

# ***VEDTAK I STATENS HELSEPERSONELLMND, 20.06.2006***

**SAKSNUMMER:** 06/59

**KLAGER:** A

**PROSESSFULLMEKTIG:** Advokat B

**SAKEN GJELDER:** Klage over vedtak om advarsel til lege, jf helsepersonelloven § 56.

**SAKENS BAKGRUNN:** Klageren er lege og driver egen praksis med behandling av pasienter med skader etter dopingmisbruk og enkelte hormonsykdommer og stoffskiftesykdommer.

Denne saken gjelder klagerens diagnostikk, behandling og oppfølging av pasienter med mulige stoffskiftesykdommer samt journalføring og ressursbruk. Helsetilsynet har konkret vurdert syv pasientbehandlinger knyttet til pasientene C, D, E, F, G, H og jente 11 år.

Helsetilsynet i X og Statens helsetilsyn har innhentet sakkyndige uttalelser vedrørende pasientene D, E og F fra Sylvi Aanderud, seksjonsoverlege ved Endokrinologisk seksjon, medisinsk avdeling Haukeland universitetssykehus, se uttalelser av 6. og 7. november 2003 og av 11. juni 2004.

Det foreligger i saken også en bekymringsmelding fra en rekke spesialister i endokrinologi vedrørende klagerens diagnostisering og behandling av mulig stoffskiftesykdom, jf brev av 5. mai 2004 med vedlegg.

Statens helsetilsyn ga klageren en advarsel i vedtak av 27. september 2005 for uforsvarlig pasientbehandling, jf helsepersonelloven § 4. Klagerens prøvebehandling med tyroideahormoner av pasientene D og E ble ansett uforsvarlig. Det manglet faglig grunnlag for den igangsatte behandling med tyroksin og/eller trijodtyronin. Behandlingen ble ansett for feilbehandling. Videre var klagerens oppfølging av pasientene uforsvarlig ved at behandlingseffekten ikke ble vurdert og at behandlingen med legemidlene ikke ble avbrutt ved tegn på overdosering. Klageren hadde også påført enkelte pasienter og trygden unødvendige utgifter, jf helsepersonelloven § 6. Klagerens journalføring var heller ikke i samsvar med helsepersonelloven § 40.

Vedtaket ble foreløpig påklaget i brev av 8. november 2005 og utdypet videre i brev av 25. november 2005. Statens helsetilsyn opprettholdt vedtaket og oversendte saken til Statens helsepersonellnemnd for klagesaksbehandling den 27. januar 2006. Klageren har kommet med ytterligere anførsler i brev av 28. februar 2006, 27. mars 2006 og 31. mai 2006. Statens helsetilsyn har kommet med supplerende anførsler i brev av 19. april 2006.

**KLAGEREN** mener at det ikke er grunnlag for å gi ham en advarsel.

Etter klagerens oppfatning er det oppstart av behandling av pasientene E og D og oppfølging av behandling av pasientene E, D og F som danner grunnlaget for advarselen. De tre pasientene rapporterte imidlertid om subjektiv bedring etter kort tids behandling. Av sju pasienter har fire fått såkalt kombinasjonsbehandling, det innebærer tilførsel av både stoffskiftehormonene tyroksin (T4) og trijodtyronin (T3), for å bedre helsetilstanden. Ingen fikk høy dosering, jf Felleskatalogen/Legemiddelhåndboken. Når det gjelder rekvireringen av slike stoffskiftehormoner, ligger den overfor de aktuelle pasientene under eller i nedre del av det som Felleskatalogen og Legemiddelhåndboken angir som normaldosering.

Klageren tilbakeviser kritikken om at pasientene D og E har blitt feilbehandlet. Begge hadde anamnetiske/kliniske symptomer som ga berettiget mistanke om lavt stoffskifte.

Den sakkyndige hevder at pasienter er blitt skadelidne gjennom å være påført biokjemisk og klinisk hypertyreose, det vil si høyt stoffskifte, ved å vise til lave verdier av tyreoidestimulerende hormon (TSH). Diagnosen biokjemisk hypertyreose krever imidlertid påvist samtidig både forhøyet tyroksininnhold og lav verdier av tyreoidestimulerende hormon. Dette ble ikke påvist hos noen av pasientene.

E hadde biokjemisk hypertyreose ved fire av i alt seks kontroller. Senere utviklet pasienten en autoimmunbasert hypertyreose. Ved en av fire anledninger var prøven tatt rett etter medisinnntak. Det forelå ingen mistanke om klinisk hypertyreose. Ved to av de fire kontrollene med biokjemisk hypertyreose var det mistanke om lett klinisk hypertyreose ved at pasienten hadde rapportert om anfall med hurtig puls og uro. Medisindosen ble ved begge disse anledningene redusert. Behandling med stoffskiftehormoner, spesielt trijodtyronin, skal trappes langsomt ned og gradvis mot en eventuelt seponering. Kroppen bør langsomt gjenvinne egenproduksjon av hormoner under dekke av en moderat mengde tilført hormon. Ved å avbryte hormonbehandling straks kunne pasienten ha blitt påført skade. Klageren bemerker videre at pasient E utviklet en autoimmunbasert hypertyreose, en sykdom som ofte kommer snikende. Hun bør derfor betraktes som et særtilfelle.

Klageren ber om svar på om han kritiseres for sin utredning av pasientene. Han mener for øvrig at han ikke rekvirerer noen blodprøver som han anser som unødvendige, og mener Helsetilsynet må dokumentere den faglige vurdering bak sitt syn. Av medisinsk-vitenskapelig litteratur går det fram at pasienter med stoffskiftesykdom svært ofte utvikler mangeltilstander og komplikasjoner. Det var derfor nødvendig å ta så mange blodprøver. Klageren er usedvanlig grundig i sin behandling. De aktuelle medisinske problemer betinger en meget grundig behandling dersom man skal oppnå reelle resultater. Kvalitetskontroll av legebehandlingen sikres blant annet gjennom spørreskjemaer.

Ved hver konsultasjon kartlegges situasjonen i forhold til oppnådd behandlingseffekt og eventuelle oppståtte komplikasjoner forenlig med økt stoffskifte. En igangsatt prøvebehandling med stoffskiftehormoner blir normalt evaluert etter ca tre og fem-seks måneder. Ved konstant negativt behandlingsresultat utover ca seks måneder avsluttes normalt prøvemedisineringsen.

Rekvirering av Surmontil i ett enkelttilfelle kan, etter klagerens oppfatning, ikke kalles et forsøk på å kamuflere bivirkninger av tryjodtyronin og/eller tyroksinbehandling. Helsetilsynet har heller ikke godtgjort at Isoptin har vært i vanlig bruk i klagerens praksis i den hensikt å dempe

bivirkninger av tyroksin. Klageren kan ikke se at Isoptin er brukt i behandlingen av noen av de sju enkeltsakene som er nevnt i Helsetilsynets vedtak.

Klageren skal videre ha påført enkelte pasienter og trygden utgifter i strid med helsepersonelloven § 6. Det må anføres hvilke pasienter dette gjelder og hvilke utgifter. Videre må det spesifiseres hvilket tidspunkt de unødvendige utgifter er påført. Vedtaket er på dette punkt så diffust og upresist utformet at man ikke kan forholde seg til den kritikk som har fremkommet. Det er referert til pasient H. Hvis behandling av henne utgjør en del av saken vil klageren ha oversendt den aktuelle tilsynssak i sin helhet.

Klageren anser sin journalføring for å være i overensstemmelse med de behov og instruksjoner som foreligger. Informasjon innhentes via brev før noen blir tatt i mot som pasient og pasientene fyller ut spørreskjema med opplysninger om 40 funksjonsområder og plager på kontoret umiddelbart før konsultasjonen. Skjemaet inneholder også informasjon om viktige bivirkninger ved behandling med stoffskiftehormoner.

Klageren mener videre at oppnevning av sakkyndig ikke har foregått rettmessig. Han er ikke forelagt valg av sakkyndig. I kontroversielle saker, som denne, burde det dessuten ha vært innhentet mer enn en sakkyndig vurdering, jf saksbehandlingsveilederen til Helsetilsynet. Det gjelder spesielt i de tilfeller det er faglig uenighet på området. Klageren har heller ikke fått tilsendt mandatet til den sakkyndige i flere av sakene og han er fratatt muligheten til å komme med innspill før den sakkyndige har avgitt sin uttalelse.

Det at den sakkyndige og klageren ikke har fått utvekslet synspunkter er en alvorlig og kritikkverdig saksbehandlingsfeil som kan ha påvirket sakens utfall. Det følger av både forvaltningslovens alminnelige bestemmelser og Helsetilsynets saksbehandlingsveileder pkt 2.1.1 at saken skal være så godt opplyst som mulig før vedtak fattes. Klageren har ingen tro på at den sakkyndige ville ha stått ved sine uttalelser dersom hun hadde blitt forelagt klagerens brev, dette gjelder særlig brev av 13. juni 2005. Helsetilsynet har valgt å sette sin lit til den sakkyndige, og overser de opplysninger klageren har gitt. Det er utvist mangelfull medisinsk innsikt i de problemer saken reiser ved at klagerens synspunkter i brev av 13. juni 2005 ikke er tillagt vekt.

Den sakkyndige rapporten er ikke faglig basert, og det er ikke vist til faglige dokumentasjoner. Det er også oppsiktsvekkende at Helsetilsynet benytter en endokrinolog som sakkyndig, når norske endokrinologer innrømmer at de aldri har behandlet pasienter med perifer tyroksinresistens. Statens helsetilsyn tar utgangspunkt i den sakkyndiges oppfatning om utredning, diagnostisering og behandling og forutsetter at det dreier seg om svikt i skjoldbruskkjertelen. Den sakkyndige har heller ikke vurdert den informasjon som fremgår av Felkeskatalogen og Legemiddelhåndboken vedrørende dosering.

Klagerens praksis og rådgivning baserer seg blant annet på de synspunkter som har kommet til uttrykk i de artikler som er vedlagt klagen. Den sakkyndige ville ha hatt et annet syn på klagerens praksis dersom hun hadde gjennomgått disse artiklene. Helsetilsynet ville ved en tilsvarende gjennomgåelse ha sett at det ikke er grunnlag for å rette kritikk mot klagerens praksis. Det vises for øvrig til kopi av uttalelser fra pasienter som har vært svært fornøyd med den behandling de har fått.

Viktig for Helsetilsynet synes også å ha vært at 14 endokrinologer ved ulike sykehus i Norge har sendt en bekymringsmelding til Helsetilsynet i Y. Av denne fremgår anonymiserte sakseksempler og generaliserte påstander. Sannhetsgehalten i innholdet blir ikke etterprøvet og klageren får ikke uttale seg til påstandene. En av de fjorten er heller ikke endokrinolog. Konflikten mellom klageren og det endokrinologiske miljøet startet for tjue år siden. Klageren mener at enhver norsk endokrinolog må anses inhabil i forhold til hans legevirksomhet. Helsetilsynet må foreta en selvstendig vurdering av foreliggende fakta i hver enkelt pasientklage.

Endokrinologene har i mange år hevdet at hypotyreose er en enkel sykdom å diagnostisere og behandle, men de har aldri kunnet dokumentere sine påstander. Det er ulike oppfatninger mellom endokrinologer og andre, inklusive klageren, om hva som skal utredes og hvilke diagnostiske kriterier som skal legges til grunn.

Det foreligger også saksbehandlingsfeil ved Helsetilsynets vedtak knyttet til habilitet. Assisterende Fylkeslege I, ved Helsetilsynet i Y, har den 29. april 2003 (klageren har skrevet 2004 men det anses for å være feilskrift) erklært seg inhabil. Han hadde imidlertid allerede i 2002 deltatt i den forberedende saksbehandlingen, noe som har påvirket det videre arbeidet med saken. I forbindelse med Statens helsetilsyns (sentralt) behandling av saken har helsedirektør Lars E. Hanssen erklært seg inhabil. Klageren mener det kan stilles spørsmål ved settehelsedirektør brigader Øyvind Rolstads habilitet. Det er ikke vanskelig å forstå at direktørens ansatte, i ren lojalitet, kan la seg påvirke i sitt arbeide. I oversendelsen til nemnda synes saksbehandlingen gjennomført av seniorrådgiver J og ikke settehelsedirektøren som er fullmektiget til det gjennom tidligere vedtak. Klageren ber om at årsaken til at man har byttet saksbehandler i Helsetilsynet blir avklart.

Videre er et notat av 23. august 2002 (klageren har skrevet 2003 med det anses for å være feilskrift) som I har utarbeidet ikke fremlagt overfor klageren.

Etter klagerens oppfatning er den sakyndige inhabil til å vurdere saken. Hun har hatt flere pasienter til behandling som senere har oppsøkt klageren. Klageren har vedlagt dokumentasjon på at en pasient ble avvist hos den sakyndige fordi hun hadde konsultert klageren.

Det er mange feil i forbindelse med behandlingen av sakens dokumenter. Det er en saksbehandlingsfeil at klageren ikke har fått oversendt flere dokumenter han spesifikt har bedt om. Det er videre en saksbehandlingsfeil at ikke hver klage er behandlet for seg. Det er behandlet saker knyttet opp til i alt seks pasienter, der klageren blir frifunnet for noen og dømt for noen. Likevel behandles alle i samme sak, slik at også de punkter han ikke får advarsel for blir stående som kritikkverdige.

Det foreligger saksbehandlingsfeil med hensyn til fremdrift i saken og partens rett til løpende orientering om saksbehandlingen. Helsetilsynet har brukt fire år på å behandle en av sakene og mer enn to år på å behandle de øvrige.

Klageren har gjennom flere år blitt utsatt for svært kritikkverdig saksbehandling som har påført ham og hans familie alvorlige lidelser. Saken har også fått alvorlige konsekvenser for hans praksis.

**STATENS HELSETILSYN** kan i oversendelsen til nemnda ikke se at det har fremkommet nye opplysninger av betydning for saken og finner ikke grunnlag for å endre sitt vedtak. Saken anses også tilstrekkelig opplyst.

Både klageren og hans advokat har tidligere fått oversendt alle sakens dokumenter, med unntak av dokument datert 23. august 2002 som ble ansett for å være et internt dokument. Etter en ny vurdering i Statens helsetilsyn er dette dokumentet nå oversendt klageren.

Saksbehandlingen har tatt uforholdsmessig lang tid. Helsetilsynet har i vedtak av 27. september 2005 redegjort for bakgrunnen for dette. Det har vært behov for å oppnevne sette-helsetilsyn og settedirektør for Statens helsetilsyn. Det har vært nødvendig å innhente sakkyndig vurdering av tilsynssakene og det har stadig kommet inn nye tilsynssaker vedrørende klagerens virksomhet. I tillegg har det vært et bytte av saksbehandler internt i Helsetilsynet. Klageren har også tidligere fått en beklagelse fordi saken har tatt så lang tid.

Når det gjelder spørsmålene knyttet til inhabilitet, har disse etter Statens Helsetilsyns vurdering blitt behandlet på en korrekt måte, både i Statens helsetilsyn og Helsetilsynet i Y. Det interne notatet klageren nå har fått tilsendt viste kun en intern dialog om hvordan man i sakens startfase så for seg hvordan den innledningsvise saksbehandlingen skulle være, og har ikke hatt betydning for Helsetilsynets vurderinger og konklusjon i saken. Helsetilsynet finner derfor å kunne behandle klagen på det nåværende tidspunkt uten å avvente ytterligere dokumentasjon.

Den sakkyndige, seksjonsoverlege Sylvi Aanderud, ble ikke ansett som inhabil til å vurdere saken. Hennes vurderinger og konklusjoner er etter Helsetilsynets oppfatning i tråd med offisiell norsk praksis på området.

Helsetilsynet har beklaget at klageren ikke på et tidligere tidspunkt i saksbehandlingen fikk oversendt alle sakens dokumenter.

#### **NEMNDAS BEMERKNINGER:**

Spørsmålet for nemnda er om vilkårene for å gi klageren en advarsel er oppfylt, jf lov om helsepersonell mv av 2. juli 1999 nr 64 (helsepersonelloven) § 56. Etter denne bestemmelse kan advarsel gis dersom klageren *forsettelig* eller *uaktsomt* har overtrådt sine plikter og *pliktbruddet er egnet til å medføre fare for sikkerheten i helsetjenesten eller til å påføre pasienter en betydelig belastning*, se loven § 56.

Nemnda tar først stilling til om klagerens behandling av enkelte utvalgte pasienter er i strid med kravet til forsvarlig legevirkosomhet, jf helsepersonelloven § 4. Deretter vil nemnda vurdere om hans honorarer er i tråd med de krav myndighetene stiller om ikke å påføre pasienter, helseinstitusjoner og trygden eller andre unødvendig tidstap eller utgift, jf helsepersonelloven § 6. Nemnda vil også vurdere om klagerens journalføring oppfyller de vilkår som fremgår av helsepersonelloven § 40. Endelig vil nemnda ta stilling til klagerens anførsler vedrørende saksbehandlingen.

*Pasientbehandlingen*

Helsepersonelloven § 4 pålegger helsepersonell å utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig.

Nemnda har kommet til at klageren handlet i strid med kravet til *faglig forsvarlighet* ved sin behandling av pasienter med mulige stoffskiftesykdommer, jf helsepersonelloven § 4.

Nemnda har ved sin vurdering lagt vekt på at behandling med stoffskiftehormonet tyroksin ikke skulle vært *påbegynt*. Slik nemnda ser det forelå det ikke faglig grunnlag for behandling med tyroksin overfor pasientene D, E, F og G, og nemnda er av den oppfatning at behandlingen var uforsvarlig.

Det er ved vurderingen lagt til grunn at tilførsel av tyroksin er standard behandling ved lavt stoffskifte. En klinisk diagnose på lavt stoffskifte skal alltid bekreftes biokjemisk før tyroksinbehandling igangsettes. Klageren har diagnostisert og startet opp med behandling av antatt lavt stoffskifte i strid med disse kriterier overfor de nevnte pasientene. Nemnda viser til at pasient Ds skjoldbruskkjertelfunksjonsprøver var normale og at laboratorieprøvene vedrørende pasient E allerede på tidspunktet for henvisningsskrivet viste at skjoldbruskkjertelen produserte for mye av hormonet tyroksin. Det var heller ikke overfor pasienten F grunnlag for å starte opp tyroksin- og trijodtyroninbehandling. F hadde også normalt blodsukker, og det var derfor ikke adekvat å starte opp behandling med Glucofag og DEHA. Pasient Gs skjoldbruskkjertelfunksjonsprøver lå også innen normalområdet.

Det kan være adekvat å igangsette prøvebehandling med tyroksin overfor enkelte pasienter med symptomer forenlig med lavt stoffskifte, men det finnes ingen sikker dokumentasjon på når en bør gjøre slike behandlingsforsøk. Nemnda viser til den sakkyndige vurderingen der det fremgår at man kan velge å gi forsøksbehandling med lave doser tyroksin dersom pasienten har symptomer som kan være forenlig med lavt stoffskifte og lett forhøyete verdier av skjoldbruskkjertelstimulerende hormon på mellom 3,5 og 10 mIE/L, selv om tyroksinverdiene er innenfor normalområdet. Slike verdier hadde ingen av de aktuelle pasientene E, D, F og G.

Nemnda finner også støtte for sitt syn i norsk og internasjonal standard på området. Det vises blant annet til Norsk elektronisk legemiddelhandbok og anbefalinger fra The European Thyroid Association ved henvisning til retningslinjer for tyreoidetesting fra The National Academy of Clinical Biochemistry (NACB). Videre viser nemnda til Henskås Allmenntidning side 531 der det fremgår at: *"Enkelte leger har stilt diagnosen hypothyreose selv om tyreoidetestingene er helt normale, på bakgrunn av uspesifikke hypothyreoselignende symptomer eller ved påvisning av anti-TPO- og/eller anti-TG-antistoffer. Slik diagnostisering er uheldig og heller ikke i samsvar med kunnskapsbasert viten."*

Nemnda har for øvrig merket seg brev av 5. mai 2004 fra en rekke spesialister i endokrinologi, der det går fram at de mener klageren driver uforsvarlig virksomhet. Det blir vist til at klageren gir tyroksin og trijodtyronin til pasienter med ulike plager uten at det er påvist lavt stoffskifte. Her fremgår også at klageren har behandlet en jente på 11 år, som slet med lærevansker og konsentrasjonsvansker, med kombinasjonsbehandling av tyroksin og trijodtyronin selv om laboratorieprøver viste normalt stoffskifte, se udatert journalnotat fra overlege K. Klageren har imidlertid opplyst at barnet ikke oppga noen symptomer på overdosering i behandlingsperioden,

og at barnet hadde god nytte av behandlingen. Nemnda anser det for kritikkverdig at klageren har igangsatt tyroksin- og trijodtyroninbehandling på et barn uten at det forligger indikasjon og faglig begrunnelse for dette

Videre har nemnda merket seg brev av 10. februar 2005 fra Fylkestrygdekontoret i X der det uttrykkes bekymring vedrørende klagerens diagnostisering og behandling av mulig stoffskiftesykdom. Det fremgår at klagerens erklæringer til trygden har et tilnærmet standardisert oppsett og at det er angitt diagnoser uten at det fremgår på hvilket grunnlag de er stillet. Det er vist til tre konkrete stønadssaker der pasientene gjennom flere år er blitt medisineret og behandlet av klageren, uten at nevneverdig bedring kan spores samtidig som anerkjente spesialister på området har bestridt både diagnosesettingen og behandlingen.

*Forarbeidet* til den igangsatte behandling har heller ikke vært tilfredsstillende. Etter nemndas vurdering ble det overfor pasientene F, E og D rekvirert en rekke prøver som anses lite relevant i sammenheng med hormonell utredning. Nemnda viser til at utredning og diagnostisering ved høyt eller lavt stoffskifte skal skje på grunnlag av sykehistorie, kliniske funn og relevante laboratorierøver. Vanlig blodprøveutredning ved mistanke om slike tilstander vil være måling av skjoldbruskkjertelstimulerende hormon og tyroksin. Anti-TPO måles hvis pasienten har struma eller det er mistanke om betennelse i skjoldbruskkjertelen. Trijodtyronin og TRAS måles ved mistanke om høyt stoffskifte. Enkelte tilleggsprøver kan være relevante vurdert ut i fra den individuelle pasient, men nemnda kan ikke se at det var grunnlag for den omfattende blodprøveutredning som klageren utførte.

Endelig har nemnda lagt *særlig* vekt på at klagerens *oppfølging* av flere av pasientene var uforsvarlig.

Nemnda viser til at det av den fremlagte dokumentasjonen i liten grad fremgår at klageren har vurdert effekt og bivirkninger av den igangsatte behandling og tatt hensyn til bivirkninger der slike har oppstått. I tråd med god praksis burde klageren ha foretatt en grundig vurdering etter noen måneder for å ta stilling til videre behandling. Dette er i svært liten grad gjort for pasientene D, E, F og G. E fikk heller ikke diagnostisert og påbegynt adekvat behandling for begynnende høyt stoffskifte. Det fremgår av den sakkyndiges uttalelse at ved prøvebehandling av tyroksin må effekten på konkrete symptomer og mulige bivirkninger evalueres etter tre til seks måneder, før det tas stilling til om medikasjonen skal opprettholdes eller ikke, se uttalelse av 11. juni 2004 fra seksjonsoverlege Sylvi Aanderud. Nemnda deler for øvrig Helsetilsynets oppfatning av at det er helt avgjørende å sørge for en grundig evaluering og oppfølging når man benytter behandling som ikke følger allment anerkjente retningslinjer.

Klageren har anført at han ved hver konsultasjon kartlegger situasjonen i forhold til oppnådd behandlingseffekt og eventuelt oppståtte komplikasjoner forenlig med økt stoffskifte. En igangsatt prøvebehandling med stoffskiftehormoner blir normalt evaluert etter ca tre og fem til seks måneder. Det er ikke dokumentert i journal at dette er gjort og det fremgår at prøvebehandlingen ikke ble seponert selv om pasientene D, E, F og G fikk bivirkninger som følge av behandlingen.

Som det fremgår foran var det ikke grunnlag for å starte opp behandling. Når behandling likevel ble igangsatt, skulle klageren avsluttet tyroksinbehandlingen så snart pasientene viste tegn på

overdosering. Nemnda viser til at dette ble bekreftet ved laboratorieprøver. I tillegg fikk D symptom i form av vekttap og E symptom i form av uro og søvnløshet. I likhet med den sakkyndige mener nemnda at klagerens dosereduksjon av tyroksin og oppstart med trijodtyronin hos pasient D ved tegn på overdosering av tyroksin må anses som feilbehandling.

Nemnda anser dessuten klagerens bruk av kombinasjonsbehandling av tyroksin og trijodtyronin uforsvarlig, særlig med tanke på at bruk av legemidlene ikke avsluttes ved tegn på overdosering. Det legges til at en slik kombinasjon er behandling med særlig kraftig bivirkningspotensiale, blant annet kan økt trijodtyreoninnivå fremskynde benskjørhet. Behandling med trijodtyronin er bare aktuelt der nøyaktig justering av tyroksindosen ikke har gitt det ønskede resultat og bør medføre at tyroksindosen reduseres tilsvarende for å unngå overdosering.

### *Ressursbruk*

Helsepersonelloven § 6 pålegger helsepersonell å sørge for at helsehjelpen ikke påfører pasienter, helseinstitusjon, trygden eller andre unødvendig tidstap eller utgift.

Nemnda har kommet til at klageren har påført enkelte pasienter og trygden unødvendige utgifter, jf helsepersonelloven § 6.

Nemnda viser til at klageren har rekvirert mange og gjentatte blodprøver overfor flere pasienter som det ikke var grunnlag for. Det fremgår blant annet at klageren har rekvirert opptil 43 blodprøver til pasient H. De 43 prøvene ble gjentatt ved neste konsultasjon selv om de fleste av dem viste normale verdier og flere av prøvene var sjeldne og spesielle. Trygden har ytt stønad til å dekke utgifter ved blodprøvetakingen og er dermed påført unødvendige utgifter.

Ved sin vurdering har nemnda også lagt vekt på at pasient C ble påført unødvendige utgifter i form av reiseutgifter fra hjemstedet i Z til klagerens kontor i Y samt honorar til konsultasjon. C hadde i forkant av aktuelle konsultasjon oppsøkt Regionsykehuset i Z for å få tatt blodprøver. C ba, på grunnlag av klagerens anvisning, uttrykkelig om at analysene måtte gjennomføres ved Æ laboratorium, men analysene ble likevel gjennomført ved Regionsykehuset i Zs laboratorium. Ved neste konsultasjon i Y skal klageren ha hevdet at det måtte tas nye prøver fordi han bare kunne bruke analysesvar fra Æ. C opplevde følgelig konsultasjonen som verdiløs og ble påført unødvendige utgifter. Nemnda viser til at det var enkelt for klageren å varsle C i forkant av turen til Y hvis han var av den oppfatning at de foreliggende prøveresultatene var uten verdi.

Videre viser nemnda til at klageren har rekvirert legemidler til prøvebehandling/varig behandling som det ikke var grunnlag for og dermed påført trygden unødvendige utgifter, jf Fylkestrygdekontoret i Xs brev av 10. februar 2005. Det fremgår videre at både diagnosesettingen og behandlingen bestrides av anerkjente spesialister på området og at heller ikke nevneverdig bedring hos pasientene kan spores. Dette har resultert i betydelige utbetalinger av trygdeytelser til personer som kanskje kunne ha kommet tilbake i arbeid.

### *Journalføring*



Klagerens journalføring var videre i strid med journalføringsplikten, se helsepersonelloven § 40.

Dokumentasjon skal blant annet inneholde opplysninger om pasientens tilstand, legens vurderinger, foretatte tiltak, forskrivning og videre oppfølging. Klagerens journalnotater kan i svært liten grad sies å inneholde slike opplysninger og er gjennomgående svært kortfattede. Kliniske undersøkelser og funn og vurderingen av disse er i liten grad dokumentert. Det samme gjelder vurdering av symptomer og utvikling av disse under behandlingen. Slik nemnda ser det, er det heller ikke nedtegnet en grundig sykehistorie ved første konsultasjon. Effekt av behandling må videre dokumenteres. Det samme gjelder de vurderinger som foretas i den forbindelse.

Nemnda bemerker at i de tilfeller behandling avviker fra gjeldende retningslinjer og vanlig praksis, er det særlig viktig å føre tilstrekkelig dokumentasjon i pasientens journal. Det er heller ikke dokumentert at klageren har informert pasientene om at den behandling han har gitt er omstridt og at det var en risiko for bivirkninger. Klageren har vist til at spørreskjemaet pasientene fyller ut på kontoret umiddelbart før konsultasjon også inneholder viktig informasjon om bivirkninger ved behandling av stoffskiftehormoner. Nemnda kan ikke se at spørreskjemaene i tilstrekkelig grad inneholder slik informasjon.

#### *Vurdering etter helsepersonelloven § 56*

Klageren har uaktsomt overtrådt plikter etter helsepersonelloven §§ 4, 6 og 40, og handlingene var etter nemndas oppfatning, egnet til å medføre fare for sikkerheten i helsetjenesten og til å påføre pasienter en betydelig belastning, jf helsepersonelloven § 56. Nemnda viser til at å stille diagnoser det ikke er grunnlag for og å gi pasienter unødvendige legemidler med til dels svært plagsomme bivirkninger, er egnet til å medføre fare for sikkerheten i helsetjenesten og til å påføre pasienter en betydelig belastning. Det er også egnet til å medføre fare for sikkerheten i helsetjenesten og til å påføre pasienter en betydelig belastning at klageren ikke har tatt konsekvens av de bivirkninger hans behandling har påført pasientene. Hans manglende oppfølging på dette punkt har ført til forsinket diagnostisering og igangsettelse av korrekt behandling. Tapt tid og penger for pasientene i forhold til innholdet i konsultasjonene er også egnet til å påføre pasienter en betydelig belastning.

Vilkårene for å gi klageren en advarsel er således oppfylt, jf helsepersonelloven § 56. I de tilfeller vilkårene for å gi en advarsel er oppfylt, må det også foretas en vurdering av om advarsel *skal* gis.

De faktiske forhold ligger tilbake i tid på grunn av lang saksbehandlingstid i Helsetilsynet, men sett hen til at pliktbruddene er av svært alvorlig karakter og klageren har vist liten forståelse for at oppstart av behandlingen og den manglende oppfølgingen har vært uforsvarlig, er nemnda av den oppfatning at advarsel skal gis.

#### *Saksbehandlingen*

Klageren har en rekke innsigelser til saksbehandlingen i Helsetilsynet. Etter nemndas vurdering kan klagerens anførsler ikke føre fram.

Klageren har anført at assisterende fylkeslege i Y, I, var med på å utarbeide et notat, datert 23. august 2002, som ledd i den interne saksforberedelse, før han erklærte seg inhabil den 29. april 2003. Nemnda viser til at I ikke skrev det aktuelle notatet, men at det av notatet fremgår at han har vært med å diskutere saken internt. Slik nemnda ser det ble det aktuelle notatet utarbeidet på et svært tidlig tidspunkt i saken med mindre vekt for den videre saksbehandling. Nemnda viser for øvrig til at Helsetilsynet i Y ble oppnevnt som settehelsetilsyn og at det uansett er Statens helsetilsyn som fatter den endelige beslutning om administrativ reaksjon.

Det er heller ikke opplysninger i sakens dokumenter som skulle tilsi at settedirektør for Statens helsetilsyn, brigader Øystein Rolstad, var inhabil. Det følger da også av forvaltningsloven § 6 tredje ledd at "er den overordnede tjenestemann ugild, kan avgjørelse heller ikke treffes av en direkte underordnet tjenestemann i samme forvaltningsorgan". Rolstad var ikke direkte underordnet helsedirektør Lars E. Hanssen. Årsaken til at saksbehandler er byttet ut er besvart i Helsetilsynets brev til klageren av 19. april 2006, der det fremgår at saksbehandler har permisjon.

Klageren har videre en rekke innsigelser til både oppnevningen av og den sakkyndiges habilitet. Klageren mener at seksjonsoverlege Sylvi Aanderud var inhabil da hun avga sakkyndige vurderinger i saken. Han har vist til dokumentasjon på at den sakkyndige avviste en pasient fordi hun hadde gått i behandling hos klageren, og at det skjedde på et tidspunkt før hun ble oppnevnt som sakkyndig, jf brev av 4. mai 2006 fra pasient. Dette anses ikke som et slikt særlig forhold som nevnt i forvaltningsloven § 6 annet ledd som er egnet til å svekke tilliten til hennes upartiskhet. Nemnda er av den oppfatning at den sakkyndige var habil til å vurdere saken og hun må videre anses å ha relevant spesialistkompetanse.

Nemnda deler imidlertid klagerens anførsel om at han skulle ha fått uttalt seg om valg av den sakkyndige samt mandatet. Statens helsetilsyn har beklaget dette i brev av 19. april 2006. Forholdet kan imidlertid ikke anses som en saksbehandlingsfeil som har vært egnet til å innvirke på sakens resultat, jf. forvaltningsloven § 41. Nemnda viser for øvrig til at klageren har fått oversendt den sakkyndiges uttalelser og at han i flere brev senere har fått uttale sin mening om innholdet i disse.

Nemnda anser for øvrig saken for tilstrekkelig opplyst, og har ikke ansett det for nødvendig å innhente en ytterligere sakkyndig uttalelse i saken.

Til klagerens anførsel om at det er en saksbehandlingsfeil at hver klage ikke er behandlet hver for seg bemerker nemnda at det er hensiktsmessig å behandle flere klager samtidig fordi flere pasientforhold samlet kan få betydning ved vurderingen av om vilkårene for å gi en reaksjon er oppfylt.

Klageren har også anført at det er en saksbehandlingsfeil at han ikke har fått oversendt flere dokumenter han spesifikt har bedt om. Nemnda viser til at det fremgår av sakens dokumenter at klageren samt prosessfullmektig har fått oversendt sakens dokumenter i sin helhet, foruten et internt notat av 23. august 2002. Nå skal også dette, etter en fornyet vurdering i Helsetilsynet, være oversendt klageren, jf brev av 27. januar 2006. Helsetilsynet har for øvrig beklaget at klageren ikke på et tidligere tidspunkt i saksbehandlingen fikk oversendt alle sakens dokumenter. Nemnda har ingen ytterligere kommentarer til Helsetilsynets håndtering av saken vedrørende dette punkt.

Det er videre anført at det foreligger saksbehandlingsfeil med hensyn til fremdrift i saken. Klageren har vist til at Helsetilsynet har brukt fire år på å behandle en av sakene og mer enn to år på å behandle de øvrige. Nemnda er enig i at saksbehandlingstiden i denne saken har vært lang, men at det ikke får betydning for sakens utfall. Helsetilsynet har redegjort for årsaken til den lange saksbehandlingstiden og beklaget dette. Det fremgår av redegjørelsen at oppnevning av settehelsetilsyn og settedirektør for Statens helsetilsyn, sakkyndig vurdering av tilsynssakene, stadig innkomne saker knyttet til klagerens virksomhet og bytte av saksbehandler internt i Statens helsetilsyn har forsinket saken.

Klagen har ikke ført fram og det påklagede vedtak blir å stadfeste.

Vedtaket er enstemmig.

**KONKLUSJON:** Statens helsetilsyns vedtak av 27. september 2005 stadfestes.

Nina Mår

Helene Braanen

Gunnar Steintveit

Halvor Kjølstad

Eirik Bø Larsen

Bjørg Brinch

Unni Veirød