

Helsepersonelloven og behandlerens rettsstilling

Det fremmes hvert år mange hundre saker for helsetilsynet.

TEKST

Thorbjørn Axelsen

PUBLISERT 1. januar 2004

** Thorbjørn Axelsen avgikk nylig med døden. Han viste et sterkt engasjement i forhold til de spørsmål som reises i dette innlegget, og vi har valgt å publisere det som planlagt.*

Psykologloven ble i år 2000 oppslukt av Helsepersonelloven. Helsepersonelloven gjelder for alt behandlende personell i det offentlige og private, og omfatter deres virksomhet og lisens (autorisasjon). Loven er omfattende, og finnes i bok og hefteform, samt under Lovdata på Internett. Den er formodentlig lest av de fleste med et behandleransvar. Dersom den ikke er det, bør en bruke tid på å sette seg nærmere inn i de regler som gjelder for en selv som behandler.

Hvem kontrollerer kontrollørene?

Loven er ment å skulle regulere behandleres arbeid, sikre kvalitet og kontroll. Den administreres ikke primært av rettsvesenet, men er en fullmaktslov som kan anvendes av fylkesleger og helsetilsynet, med helsenemnda som ankeinstans. Avgjørelser her kan eventuelt ankes inn for det ordinære rettssystemet. Loven gir helsetilsynet omfattende rettigheter ved vurdering av behandling og behandlere, uansett behandlergruppe. Jeg vil hevde at loven gir nevnte offentlige organer en uant og uintendert sterk rolle. De gjøres til kontrollorganer med vide fullmakter. Intensjonen bak loven er i takt med den alminnelige oppfatning om at pasienter lett bør kunne påklage behandling og behandlere. Prosedyrene for dette er klare. Det som er mindre klart er hva som må til for at loven får konsekvenser for behandlere. Det synes åpenbart at det her bygges på skjønn fra saksbehandlere. Det er ikke stilt nærmere betingelser for deres behandlingskompetanse.

I mange posisjoner som vedrører Helsepersonelloven sitter leger. Det gjelder det første trinn for eventuelle klager og pålegg: fylkeslegene. I Helsetilsynet er det noe mer uklart, men det er også her legedominans. Nemnda har imidlertid juristovervekt. Felles for dem alle er at det er høyst uklart med behandlerkompetansen hos dem som kan avgjøre vedtaksforslag. De bør kunne vurdere alle de mange behandlergruppene loven er tenkt å dekke. Således er kravene som ligger implisitt meget store til de som fatter vedtak.

I tillegg til spørsmålet om behandlingserfaring, kommer det fire hundre gamle spørsmålet om leger og helse, samt legedominans. Leger har et laug. Det er delt i minst

to: legebyråkratiet og den utøvende legestand. Det er legebyråkratiet som er interessant her. Det er denne delen som forvalter Helsepersonelloven, og som fungerer som kontrollinstansen. Men det spørsmål som naturlig følger med er hvem som kontrollerer kontrollørene. Som kjent blir de ofte en stat i staten, men makt og nettverk.

Dette kan – jeg sier kan – få mange uheldige konsekvenser. Byråkratiet er en slags etterforsker, aktor og dommer på en gang. Når det gjelder etterforskning, er den trolig stort sett fraværende eller amatørmessig. Når det gjelder aktorarbeid bygger en på egen (manglende) etterforskning og klage, og utferdiger en påstand slik aktorarbeid vanligvis gjør. Men det som så skjer, er spesielt i så viktige saker for en anklaget (påklaget) behandler: De samme myndigheter skal fastsette en dom (fatte vedtak). Dette vedtak kan ha store konsekvenser for behandlere, slik som tapt autorisasjon – hvilket vil si yrkesforbud. Det kan en altså komme ved mye synsing og lite fakta. Det er i tillegg den anklagede som ofte må bevise sin uskyld, ikke som vanlig er at en er uskyldig til det motsatte er bevist.

Det som synes så greit på papiret: Helsepersonelloven er et dekke for en mulig ganske summarisk og subjektiv preget vurdering av byråkrater uten nødvendigvis særlig behandlererfaring, verken som leger eller i andre behandlingsroller. Det gir rom for stort skjønn, og derved subjektive behandlingsidealer, sympatier, antipatier, fordekte faglige uenigheter, moral og moralisering.

Hvem tar behandleren i forsvar?

Det trekkes inn såkalte sakkyndige fra aktorarbeidets side. Men i loven står det intet om hvem som kan anses som sakkyndig. Det kan i prinsippet være hvem som helst Helsetilsynet finner gagnelig. Her ligger igjen vesentlige farer. Innen for eksempel psykologi er det som gjøres på poliklinikker og i sykehus innen psykisk helsevern ofte vesensforskjellig fra det som gjøres i førstelinjen og i privat praksis. Psykologer er engasjert på en rekke områder med et spenn som for eksempel er ukjent for leger, fra oppsøkende arbeid og personalarbeid til arbeid i internasjonale organisasjoner. Således blir den tradisjonelle lege lite egnet som bedømmer av virksomhet. Men dette gjelder også ofte personer med samme akademiske tittel (cand. psychol.) hvis virke er trygt forankret i helsevesenets hundreårige tradisjon av uforanderlighet.

Psykolog Jens Skår fikk etter nevnte prosedyre en straff som besto i livsvarig inndragelse av autorisasjonen på grunn av det en syntes om hans behandling. Han arbeidet med en gruppe pasienter hvor få har oppnådd særlig gode resultater. Likevel fant helsebyråkratene å kunne vurdere dette slik at seks års embetseksamen, fem års spesialistutdanning og omfattende praksis måtte overses og legges død. Skår ville aldri mer kunne praktisere igjen. Saken kom opp for ordinær rett. Der var de vanlige rettssikkerhetssideer til stede, med forsvarer og uavhengige dommere. Det må tilføyes at aktorarbeid hadde innkalt sakkyndige hvis faglige uenighet var vel kjent. Nå fremsto de som sakkyndige. Muligens var de det, men langt fra uhildede. Retten dømte Skår til en bot i størrelsesorden med uaktsom kjøring, og frifant ham for de alvorligste anklager reist ut fra Helsepersonelloven. Dette er en alvorlig vekker. Det ligger utenfor mitt emne

her å gå inn på en diskusjon av Skår og hans arbeid. Mitt tema er det prinsipielle ved å dømme andres faglige innsats. Det var i 2001 over 1500 saker fremmet for Helsetilsynet.

I utgangspunktet bygger loven på skjønn og tro, og i liten grad beviskrav. I motsetning til norsk lovpraksis er det den anklagede som må bevise sin uskyld. Det er ingen instans som tar behandleren i forsvar. Det er liten tvil om at loven bygger på de beste intensjoner for å sikre pasienter. De er ofte i en svak stilling. Men her synes behandlerne å ha blitt den svake part. De mange mulige uintenderte virkninger er så omfattende at loven bør gjennomgås på nytt.

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 41, nummer 1, 2004, side

TEKST

Thorbjørn Axelsen