
Helsepersonelloven regulerer ikke ledelsesansvar

KOMMENTAR

BENTE OHNSTAD

Høgskolen i Lillehammer
2626 Lillehammer

Det er en pedagogisk utfordring å spre kunnskap om nytt lovverk på en slik måte at det ikke oppstår misforståelser som gir grunnlag for feiltolkninger og feil lovanvendelse. De nye helselovene må sees under ett og i forhold til tidligere lovgivning, for å kunne skille mellom det som ligger under personansvarslovgivningen og det som stiller krav til systemer, organisering og ledelse. Motsatt av hva man kan få inntrykk av gjennom en leder i Tidsskriftet kan ikke helsepersonelloven brukes i debatten om hvem som skal lede en medisinsk virksomhet.

I Tidsskriftet nr. 25/2000 skriver Bente Mikkelsen om profesjonsbevissthet og lederskap (1). Hun berører på en rekke punkter den nye helsepersonelloven og fremsetter i den forbindelse noen påstander som krever nærmere kommentarer.

Lovens virkeområde og hensikt

Lov om helsepersonell, som trer i kraft fra 1.1. 2001, erstatter dagens legelov og en rekke andre profesjonslover og -forskrifter (2). Loven er en personansvarslov som i utgangspunktet ikke regulerer ledelse og organisering. At flere profesjonslover erstattes med én felles lov, innebærer ikke i seg selv endringer av det materielle innholdet i profesjonslovgivningen. Felles lover knyttet til bestemte ansvarsforhold og ulike arenaer er det vanlige system i norsk og utenlandsk lovgivning. Vi har for eksempel én arbeidsmiljølov for alle arbeidstakere og arbeidsgivere, men det innebærer ikke at det stilles samme krav til alle arbeidstakere. Det benyttes såkalte rettslige standarder, som

”usaklig oppsigelse” og ”forsvarlig yrkesutøvelse” for å kunne legge et differensiert innhold inn i lovkravet, som også vil variere etter den enkeltes stilling og kvalifikasjoner.

En helsepersonellov fremfor en rekke ulike profesjonslover med forskjellig regulering øker oversikt og tilgjengelighet. I tillegg har det vært et politisk mål å øke rettssikkerheten for helsepersonell ved å innskrenke muligheten til å benytte formelle reaksjoner og ved å opprette en uavhengig klagenemnd for avgjørelser av Helsetilsynet (2). Det er dessuten gjort enkelte innholdsmessige endringer ut fra at pasientens behov ble satt i sentrum og for å oppnå en mer hensiktsmessig og effektiv bruk av personell i helsevesenet.

Loven pålegger helsepersonell en rekke plikter og tydeliggjør på den måten ansvaret for flere helsepersonellgrupper. Ansvarsbegrepet, slik dette er lagt til grunn i helsepersonelloven (og for øvrig i moderne rettsdanning), innebærer at man må etterleve lovpålagte plikter. I juridisk terminologi er begrepet ”ansvar” først og fremst knyttet til rettsvirkninger ved brudd på rettsregler. Pliktbrudd innebærer med andre ord ansvar. Den som gjør seg skyldig i pliktbrudd, kan ansvarliggjøres i den forstand at vedkommende f.eks. kan bli ilagt administrative reaksjoner. Helsepersonelloven inneholder en rekke plikter hvis overordnede mål er å fremme pasienters krav på sikkerhet, kvalitet og tillit. Pliktene påhviler den som yter helsehjelp. At alle innen helsetjenesten som yter helsehjelp er pålagt et slikt ansvar, innebærer ingen endring av rettstilstanden (3).

Loven regulerer altså primært forholdet mellom den enkelte profesjonsutøver og pasienten. Profesjonsutøverens plikter motsvares stort sett av pasienters rettigheter, slik disse kommer til uttrykk i pasientrettighetsloven (4 – 6).

Derimot erstatter helsepersonelloven ikke stillingsinstrukser. Helsepersonelloven er således heller ikke ment å skulle regulere organisatoriske forhold av typen hvem som skal ha lederansvar, systemansvar eller liknende innen en behandlingsenhet. I tilfelle dette skulle lovreguleres, måtte det bli i tjenestelovgivningen, nærmere bestemt i spesialisthelsetjenesteloven når det gjelder sykehus. Men heller ikke der har man regulert over- og underordningsforhold mellom profesjoner. Kanskje fordi dette ikke er mulig eller ønskelig å regulere i lov. Intern organisering, herunder utarbeiding av stillingsinstrukser, forvaltning av lederskap og systemansvar, er – som tidligere – forhold som hører under arbeidsgivers styringsrett.

Påstander som må korrigeres

Flere av utsagnene i lederen i Tidsskriftet (1) kan ikke bli stående uten kommentar.

”I legerollen er det profesjonelle ansvar befestet.” Det høres ut som dette er spesielt for legerollen. Et profesjonelt ansvar er vel befestet i alle yrkesroller, herunder i andre profesjonsroller enn legerollen (4). Et profesjonelt ansvar innebærer i juridisk forstand at det stilles krav til profesjonell utførelse av yrket. Kravet til profesjonell yrkesutøvelse er presisert og tydeliggjort i helsepersonelloven for alle som faller inn under lovens anvendelsesområde.

Kravet varierer med utøverens kvalifikasjoner. Det stilles således andre krav til leger enn til f.eks. sykepleiere. Det ”totalansvar” det vises til, er ikke noe som følger av gjeldende eller ny lovgivning, jf. nedenfor. I rettspraksis og forvaltningspraksis må det foretas en vurdering av den enkeltes handling/unnlatelse ut fra den konkrete situasjonen.

”De fire nye lovene omhandler ikke lenger medisinsk behandling.” Dette er feil. Begrepet helsehjelp omfatter enhver handling som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende eller rehabiliterende mål, jf. § 3, tredje ledd. Definisjonen er såpass vid for at den skal fange opp også andre typer pasientrettet virksomhet enn medisinsk behandling.

”Loven alminneliggjør helsepersonell ved å sideordne all virksomhet og ved å unngå å definere relasjoner mellom helsepersonellgrupper.” Loven sideordner ikke all virksomhet, men differensierer kravet til yrkesutøvelse ut fra helsepersonells kvalifikasjoner, jf. forsvarlighetskravet i lovens § 4. Dette er i samsvar med dagens ansvarssystem. Når det gjelder definisjon av relasjoner mellom helsepersonell, går jeg ut fra at det siktes til at loven ikke regulerer *hvem* som skal gjøre *hva*. Jeg stiller meg tvilende til om det er ønskelig med en slik uttømmende oppregning i lovtekst. Den måtte i så fall også inneholde regler om hva leger med ulike kvalifikasjoner kan foreta seg. Ethvert helsepersonells spesifikke fagområde måtte i så fall defineres og beskrives detaljert i form av monopoler og fullmakter knyttet til bestemte oppgaver. Det sier seg selv at dette er en umulig oppgave (7). Det ville også representere en ny og statisk tilnærming i ansvarslovgivning som bryter med grunnleggende prinsipper. I helsetjenesten og i annen virksomhet benyttes monopoler i liten grad som styrende for ansvarsspørsmål. Det henger sammen med at slik regulering ville gripe inn i mulighetene for å lede og innrette den enkelte virksomhet slik det er hensiktsmessig og forsvarlig. I ny lovgivning har man derfor valgt å videreføre dagens system med forsvarlighetskravet som kjernen i det individuelle ansvaret, en rettslig standard som utvikles over tid, i samsvar med utviklingen innen de enkelte fag.

”I hovedsak er ingen kunnskap overordnet annen kunnskap. Dette er et brudd med tidligere forståelse.” Det er usikkert hvilken forståelse det her siktes til. Hvis forfatteren mener at forståelsen om at legens kunnskap er overordnet annen kunnskap er en forståelse som tidligere har hatt lovforankring, er dette feil. Over- og underordningsforhold mellom helsepersonell har aldri vært lovregulert (7). Denne debatten kan vanskelig knyttes til helsepersonelloven og ansvarslovgiving, der det legges til grunn prinsipper som ble nedfelt allerede i romerretten og som gjelder i alle vestlige land.

”Loven fraksjonerer det medisinske ansvaret.” De nye lovene innebærer ingen vesentlige endringer i legers rettslige ansvar, jf. det som er sagt ovenfor. Tidligere lovgivning har ikke regulert medisinsk ledelse mv. At leger nå har fått en eksplisitt beslutningsmyndighet i helsepersonelloven § 4, er imidlertid nytt.

Det høres ut som om forfatteren mener at det er lovgivers intensjon å legge funksjonene koordineringsansvarlig, informasjonsansvarlig, journalansvarlig og pasientansvarlig til flere forskjellige personer. Kunnskap om lovgivers motiver fremgår av lovens forarbeider, der det eksplisitt er uttalt det motsatte av denne påstanden. Det fremgår at pasientansvarlig lege (i sykehus) bør ha

alle disse funksjonene. Det er arbeidsgiver som skal påse at disse funksjonene blir ivaretatt på en adekvat måte, og det gjøres best ved å samordne dette og legge alle funksjonene til én person, som altså i de aller fleste tilfellene bør være identisk med pasientansvarlig lege. Grunnen til at dette ikke er presisert i loven, er at loven gjelder for personell i all helsetjenestevirksomhet. Det ble ikke ansett som hensiktsmessig å legge lovmessige hindringer i veien for at f.eks. en sykepleier kan ha disse oppgavene på et sykehjem eller en fysioterapeut i en fysioterapeutklinikk.

”Legeansvaret er knyttet til det individuelle forsvarlighetsbegrep.” Det har det alltid vært. Men det betyr ikke at legen etter tidligere lovgivning har hatt et selvstendig systemansvar. Det har aldri vært lovbestemt at leger skal ha et systemansvar. Systemansvaret er – og har alltid vært – et arbeidsgiveransvar. Leger har (hvis de ikke er arbeidsgivere) ikke noe arbeidsgiveransvar, men er i likhet med andre ansatte underlagt arbeidsgivers styringsrett.

Forsvarlig organisering er således også et arbeidsgiveransvar, og dette er regulert i lovens § 16. Kravet til forsvarlig organisering innebærer blant annet at arbeidsgiver skal sørge for rett person på rett plass, han skal fordele oppgaver i samsvar med personelletts kvalifikasjoner, sørge for tilsyn og for at det etableres internkontroll. Gjennom stillingsbeskrivelser og prosedyrebøker avklares hvem som skal gjøre hva. Som ledd i ivaretagelsen av dette ansvaret må arbeidsgiver sørge for at en kvalifisert person utøver lederskapet på ulike nivåer, og i sykehusenheter som driver klinisk virksomhet, er ofte den rette personen til å utøve dette lederskapet en lege. I andre sammenhenger kan det være en person med annen fagbakgrunn.

Det at andre profesjoner ansvarliggjøres, representerer ikke noe nytt, eller at legen blir fratatt ansvaret innen sitt område. Som nevnt over plasseres rettslig ansvar etter en konkret vurdering. Det er m.a.o. ikke nok å være lege for å komme i rettslig ansvar dersom legen ikke kan bebreides. Det er vel heller ikke et mål for Legeforeningen at ansvarslovgivningen skal benyttes til å posisjonere legen, slik at legen blir objektivt ansvarlig for andres feil, uavhengig av skyld og alternative handlingsmuligheter. Plikten til forsvarlighet innebærer naturlig nok en plikt til å innrette seg etter faglige begrensninger, innhente bistand og viderehenvisse pasienten.

Det ville være et brudd på kravet til forsvarlig organisering dersom arbeidsgiver innen sykehustjenesten eller andre deler av helsetjenesten satte en person uten nødvendige faglige kvalifikasjoner til å lede behandlingsenheter og/eller treffe beslutninger som har betydning for pasientens sikkerhet. En forsvarlig organisering, som bl.a. innebærer en god forvaltning av personellressursene innen den enkelte behandlingsenhet, skal fremme en helsetjeneste som er egnet til å ivareta pasientens krav på kvalitet, sikkerhet og tillit.

Pasienten skal motta hjelp hos den som har de kvalifikasjoner som er nødvendige for formålet. Pasienten er dessuten tjent med at alle som forestår pasientbehandling ansvarliggjøres, og det er det som er helsepersonellovens fremste formål.

LITTERATUR

1. Mikkelsen B. Kan leger lede? Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 2986.
2. Befring AK, Ohnstad B. Karnov: Kommentarer til helsepersonelloven. Oslo: Gyldendal rettsdata, 1999.
3. Ohnstad B. Medisinsk-faglig ansvar – tilbakeblikk og fremtidsperspektiv. Tidsskr Nor Lægeforen 1998; 118: 263 – 4.
4. Halvorsen M. Rettslig grunnlag for medisinsk behandling. Oslo: Fagbokforlaget, 1998.
5. Syse A, Førde R, Førde OH. Medisinske feil. Oslo: Gyldendal, 1999.
6. Syse A. Karnov: Kommentarer til pasientrettighetsloven. Oslo: Gyldendal rettsdata, 1999.
7. Husom N. Leger og foterapeuter i samme sko? Forslag om felles lov om helsepersonell. Tidsskr Nor Lægeforen 1997; 117: 3276 – 7.

Publisert: 10. januar 2001. Tidsskr Nor Legeforen.

Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 14. februar 2026.