

# Legers ansvar – noen tanker og innspill

**Ordningen med pasientskadeerstatning har eksistert i mange år. Likevel er det en del misforståelser rundt ordningen, også blant leger. I denne kommentaren presiseres flere forhold vedrørende Norsk Pasientskadeerstatning.**

Legers ansvar i erstatningsrettslig sammenheng har de siste 14 årene indirekte vært regulert av regler for midlertidig ordning med pasientskadeerstatning. Ordningen trådte i kraft 1.1. 1988 (offentlige somatiske sykehus) og ble utvidet i 1992 (offentlige psykiatriske sykehus og kommunelegetjenesten/kommunale legevakter, inkludert privatpraktiserende allmennleger med driftsavtale). Ordningen forvaltes av Norsk Pasientskadeerstatning, som også er sekretariat for Pasientskadenemnda.

Et hovedsiktemål med å innføre pasientskadeordningen var å gjøre det enklere for pasienter å oppnå erstatning. Det skulle ikke lenger være nødvendig å bevise erstatningsbetingende uaktsomhet eller «skyld». Hovedregelen har vært ansvar for feil eller svikt, men uten at det har vært nødvendig å statuere uaktsomhet på skadevoldersiden. Reglene inneholder i tillegg en bestemmelse som gir grunnlag for å yte erstatning i unntakstilfeller der det overhodet ikke foreligger noen feil eller svikt, men der pasienten er kommet særlig dårlig ut. Det er imidlertid upresist å si at intensjonen med ordningen var å innføre et objektivt ansvar (1) eller at ordningen har medført et objektivt ansvar (2).

Til tross for reglernes manglende søkelys på uaktsomhet/skyld som nødvendig vilkår for å yte erstatning, virker det fortsatt som om leger i stor grad *tror* at dette er vurderingstemaet når et erstatningskrav behandles.

Det er meget forståelig at en lege kan føle det ubehagelig når noen vurderer håndteringen av en pasient, selv om denne vurderingen skjer uavhengig av en skyldbetraktning. Det er imidlertid grunn til å tro at leger hadde funnet dette mindre belastende dersom de i større grad var på det rene med den reelle rettslige tilstanden på dette området. Norsk Pasientskadeerstatning og det regelverk vi håndterer, setter altså ikke søkelyset på om den enkelte lege, flere leger sammen eller et sykehus som sådant har opptrådt klanderverdig når vi vurderer et erstatningskrav fra en pasient.

Selv om erstatningsordningen har eksistert i snart 14 år, synes leger ofte ha den oppfatning at når en pasient gis rett til erstatning, er det ensbetydende med at Norsk Pasientskadeerstatning har funnet håndterin-

gen av pasienten kritikk- eller klanderverdig. Omtale av erstatningsrett i artikler (3–5) – ofte med basis i lite relevante utenlandske tilstander – og i mediene for øvrig er nok en medvirkende årsak til dette. Presisjonsnivået hva gjelder rettstilstanden er ikke alltid imponerende. For uke- og dagspressen er «legetabber» (et uttrykk som jo underforstått innebærer at man skriver om kritikkverdige forhold) godt stoff. Det hjelper øyensynlig ikke mye at vi i vår kontakt med mediene prøver å presisere at «tabber» og kritikkverdige forhold ikke er det vi leter etter ved behandlingen av erstatningssaker.

Begrepet «objektiv skyld», som nylig ble brukt i Tidsskriftet (3), er uten mening i juridisk forstand. Det man kan snakke om er objektivt ansvar (ansvar der det foreligger årsakssammenheng mellom en handling/unnlattelse og en skade) eller ansvar uavhengig av skyld (ansvar der det foreligger årsakssammenheng mellom en handling/unnlattelse og en skade, og der et annet og mildere ansvarsgrunnlag enn skyldansvaret kommer til anvendelse). To situasjoner som nylig er nevnt i Tidsskriftet (3), kan belyse poengene:

Ole, fem år, dør som følge av komplikasjoner til korrekt gitt narkose under inngrep for residiverende tonsillitt. Etter alminnelig, tradisjonell erstatningsrett ville det åpenbart ikke foreligge noe ansvar i dette tilfellet. Etter reglene som gjelder for Norsk Pasientskadeerstatning kunne – og ville sannsynligvis – pasientens foreldre fått erstatning, fordi resultatet ville blitt bedømt å være utslag av en riktignok kjent, men meget sjelden risiko som ikke må aksepteres sett i forhold til inngrepet relativt beskjedne omfang. Altså: Ansvar, selv om ingen feil overhodet forelå. Jeg går ut i fra at dette ville være en løsning – når først tragedien var ute – som både foreldre og behandlingsapparat (og så vel leger og sykepleiere til stede under inngrepet som sykehusets ledelse) ville synes er god?

25 år gammel mann dør ved bruk av Tuxi Forte. Her spør forfatteren om ansvaret ligger hos Legemiddelverket, legen eller pasienten (3). Denne situasjonen reguleres av legemiddelansvaret i lov om produktansvar. I denne loven er inntatt i utgangspunktet objektive ansvarsregler for legemiddelprodusenter og -importører. Dersom hostesafteu var gitt på korrekt indikasjon, vil det ikke kunne bli ansvar for legen. Mest sannsynlig ville dette tilfellet ledet til ansvar for legemiddelforsikringspoolen, som er forsikringsgiver for legemiddelansvarsforeningen (lovpliktig sammenslutning av legemiddelprodusenter og -importører). Det ville ikke fremstå som rimelig at pasienten (avdøde)

selv bærer følgene (erstatningsrettslig) av en så sjelden bivirkning til/reaksjon på legemidlet. Legemiddelverket kunne bare blitt ansvarlig dersom det på uforsvarlig vis hadde gitt tillatelse til å bruke dette legemidlet i Norge, hvilket jo er en nokså søkt problemstilling. Legemiddelansvaret er for øvrig komplisert, og innebærer at pasienten i mange tilfeller må bære risikoen for skader. Dette er imidlertid en for omfattende problemstilling å belyse nærmere i denne sammenhengen...

En viktig vei å gå er at leger tør å snakke om feil, at feil uvegerlig blir begått, men at ikke alle feil som begås skyldes klanderverdige forhold. Det er tale om å *alminneliggjøre* et fenomen (feil under yrkesutøvelse) som selvsagt forefinnes innen legestanden som innen alle andre yrkesgrupper. Som flere anser jeg Peter F. Hjorts artikkel i Tidsskriftet (6) som banebrytende, likeledes anbefaler jeg Erling Breiviks artikkel (7), også som en meget god innføring i hva Norsk Pasientskadeerstatning er og hva pasientskade-reglene innebærer.

Jeg mener Legeforeningen tok et skritt i gal retning ved å arbeide for at begrepet «feil» i lovteksten «feil eller svikt ved ytelsen av helsehjelp, selv om ingen kan lastes» ble tatt ut av den nå vedtatte pasientskadeloven. Bakgrunnen var at man så det uheldige i å treffe vedtak om feil fra enkeltpersoner som grunnlag for erstatning uten at den personen som angivelig har gjort feil gis en mulighet til å ivareta sine interesser i saken. Lovforslaget innebar – og den vedtatte loven innebærer fortsatt – kun en videreføring av de midlertidige reglens ansvar uavhengig av skyld. I forarbeidene til de midlertidige reglene fremkommer det at «kan det konstateres at det objektivt sett er skjedd en feil og denne er forårsaket av (undersøkelse, behandling, med videre), er utgangspunktet at erstatning skal gis» (8). Jeg kan vanskelig se at et feilbegrep som ikke er knyttet opp til en aktsomhetsnorm kunne vært problematisk for legestanden. Nå er loven vedtatt kun med begrepet «svikt ved ytelsen av helsehjelp, selv om ingen kan lastes». Selv om vurderingen da ikke skal knyttes direkte opp til enkeltpersoners forhold, vil svikt ved ytelsen av helsehjelp ofte innebære at en eller flere har gjort en feil ved sin håndtering av pasienten. Man vil derfor i praksis sjelden komme utenom å vurdere enkeltpersoners handlinger selv etter pasientskadeloven og den endrede lovteksten.

Bedre kunnskap om helsesaker hos journalister vil kunne være med på å demme opp for noe av den unødvendig negative omtale i mediene. Men vi må være klar over at pres-

→

# Velkommen til fremtiden!

Organisasjonsdebatt eller ikke organisasjonsdebatt er spørsmålet i Tidsskriftet nr. 22/2001 (1). Svaret er enkelt: Organisasjonsdebatten er i gang for lengst, enten man liker det eller ei.

Fagforeninger som ønsker å holde tritt med tiden og medlemmene bør drøfte organisasjonsspørsmål kontinuerlig. Skipper-taksdebatter hvert tiende år er ikke tilstrekkelig. Foreningen må uavlatelig spørre seg selv om den beskjeftiger seg med de rette tingene og på riktig måte. Hva er visjonene og hva prioriterer vi når vi må velge mellom hensynet til medlemmer, helsepolitikk og fag? Er vi så slagkraftige og mektige som vi liker å tro at vi er, eller har makten fått et annet ansikt? Er vi oppdatert på medlemmenes ønsker, og gjenspeiles det i fagforeningspolitikken? Er det samsvar mellom foreningens politikk og omgivelsenes krav og forventninger?

Å tilpasse seg er på ingen måte godt nok. Selvsagt må vi forholde oss til de gitte rammebetingelsene, men ikke med servil passivitet. Det handler om å ha fantasi, vilje, pågangsmot og kløkt til å definere virkeligheten, tolke forutsetningene og utvikle kollektiv innflytelse. Det dreier seg om å overveie fremtidige betingelser, etablere nye strategier og alternative nettverk for å opprettholde handlekraft.

Yngre legers forening (Ylf) har samlet noen synspunkter på hvordan vi tror Legeforeningen skal klare tilpasningen, påvirke dagsordenen og etablere en strategi som fanger opp endringer i medlemsmassen og i verden rundt oss (2).

Påstander om at Ylf ønsker en modell som tilsvarer den danske legeforeningens konstruksjon, er en urimelig forenkling av Ylfs

innspill. For å avlive myter i fødselsfasen ønsker jeg å redegjøre for de overordnede prinsippene for Ylfs organisasjonspolitik.

## Ytre press

Vi opplever en rivende faglig og helsepolitisk utvikling. Det er ikke nytt og bør ikke komme som noen overraskelse. Mange vil ha et ord med i laget og ønsker å styre den medisinske evolusjonen. Stadig dukker det opp nye, sterke gutter i klassen som har som mål å detronisere dem som sitter med kontrollen. Det er for eksempel slett ikke gitt at Legeforeningen skal beholde delegerede oppgaver og innflytelse over spesialistutdanning og -godkjenning for all fremtid. Flere har snust på *det* beinet. Det er heller ikke en naturlov at legene kun i kraft av sin faglige autoritet vil oppnå tilfredsstillende lønnsutvikling fremover. Profesjonell selvtillfreds-het er en død strategi. Publikum, pasienter og presse stiller spørsmål ved Legeforeningens mange roller, og de godtar ikke uten videre at vi opptrer i gråsonen mellom fag- og fagforeningspolitikk. Makten har fått et annet ansikt. Har vi plassert oss riktig i dette landskapet? Satser vi på de rette hestene?

## Indre press

Er foreningen i fase med medlemmenes forventninger, verdier og interesser? Vi er flinke, med rette, til å understreke at alle leger har felles bakgrunn og felles interesser og at vi må stå samlet. Vi sier også at vi anerkjenner at Legeforeningen består av mange grupper med til dels ulike behov. Foreningen er nokså selvtillfreds med hvordan vi takler de indre spenningene og fremstår som én forening. Gjør vi det? Hva mener vi med én forening?

Konflikter skaper spenninger, og spen-

ninger skaper energi. Utnytter vi energien til å ivareta våre medlemmers interesser eller bruker vi den på å dempe interne tvister? Handlingsrom og innflytelse kan ikke utvikles uten økt demokratisering av virksomheten. Alle bør ha en reell mulighet til å delta, sette dagsorden og være med på beslutningene. Uten åpenhet og reell anerkjennelse av ulikheter oppstår det utakt mellom medlemmene og organisasjonen. Organisasjonen blir et distansert apparat og ikke aktiv og nærværende.

Ylf mener at Legeforeningen kan takle krysspresset ved at vi avklarer rollene og unngår gråsonene. Vi sier ikke at Legeforeningen skal rendyrkes til å bli en smalsporet forhandlingsorganisasjon. Foreningen må fortsatt være i stand til å forene fagpolitikk, helsepolitikk og lønnspolitikk. Men vi må innse at vi ikke vinner publikums gunst ved å tre ut og inn av roller etter eget for-godtbefinnende. Vi får heller ikke medlemmenes bifall dersom de opplever at Legeforeningen ikke formår å nå frem som fagforening fordi den lammes av helsepolitiske og fagpolitiske hensyn.

## Sats på yrkesforeningene!

Rollene kan avklares ved at fagforeningsoppgavene overlates til de enkelte yrkesforeningene. Med fagforeningsoppgaver menes tariffforhandlinger, veiledning og opplæring av tillitsvalgte, individuell rådgivning og oppfølging samt eventuelle tvistesaker i tariffperiodene.

Yrkesforeningene kjenner medlemmenes behov og er de første til å fange opp trender. Yrkesforeningene er små og fleksible og kan raskt tilpasse seg endringer i medlemsmassen og samfunnet. Legeforeningens sekretariat skal fungere som paraply over yrkesforeningene og besørge oppgaver innenfor fagpolitiske, helsepolitiske, interkollegiale og etiske områder. Sentralstyret skal fortsatt være foreningens regjering.

For å løse fagforeningsoppgavene må yrkesforeningene få tilgang til definerte sekretariatsressurser, enten gjennom avtaler med moderforeningen om kjøp av slike tjenester eller ved å etablere selvstendige sekretariater med egne ansatte, slik Ylf er organisert i dag. Ylf vil anbefale at alle yrkesforeningene, enten alene eller sammen med andre yrkesforeninger, etablerer Ylf-modellen. Vi vil dessuten gå inn for at foreningen diskuterer en annen yrkesforeningsinnledning, eksempelvis sammenslåing av små yrkesforeninger eller opprettelse av en egen forening for leger i lederposisjoner.

## Sats på de tillitsvalgte!

Mer toppstyring og sentralisert forhandlingsmakt er neppe måten å møte indre konflikter på. Vi trenger en organisasjonsintern desentralisering av forhandlingsmyndighet

→

sen alltid vil ønske å sette fokus på det som er salgbart. Da kan ikke stoffet bli for tamt eller ufarlig. Man skal heller ikke undervurdere pressens rolle som vaktbikkje, selv om det kan være ubehaglig for den som rammes.

Leger må bli flinkere til å snakke om feil, akseptere at slike begås og være klar over at erstatning kan gis i Norge selv om ingen kan bebreides for den skade som har oppstått. På redaksjonelt nivå i Tidsskriftet (9) er korrekt nok påpekt at viktigere enn begrepene man benytter, er rammene og holdningene som skapes rundt gjennomgang og diskusjon av feil. Legeforeningen, utdanningsinstitusjonene og fagmiljøene rundt i det ganske land har et særlig ansvar for å sørge for at disse spørsmålene blir belyst på en konstruktiv måte.

Rolf Gunnar Jørstad

Norsk Pasientskadeerstatning  
Postboks 1733 Sentrum  
0121 Oslo

## Litteratur

1. Reiersen N. Ny lov om pasientskadeerstatning. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 1842.
2. Aarseth HP. Erstatning ved pasientskader. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 1652.
3. Lysebo DE. Forskyving og forsterking av ansvar. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 1391–4.
4. Kristiansen IS. Bør medisinske feil unngås for enhver pris? Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 3178–83.
5. Sundar T. Små flekker kan gi store søksmål. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 4613–5.
6. Hjort PF. Uheldige hendelser i helsetjenesten – forebygging og håndtering. Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 3184–9.
7. Breivik EB. Norsk Pasientskadeerstatning: reparering av skader og forebygging av feil. I: Syse A, Førde O, Førde R. Medisinske feil. Oslo: Kunnskapsforlaget, 2000: 81–109.
8. Arbeidsgruppens notat om erstatningsordning for pasientskader. Oslo: Helse- og sosialdepartementet, 1987.
9. Solberg S. Åpenhet om medisinske feil. Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 3109. ○