

Varsom, nøyaktig og objektiv – krav til attester og erklæringer fra helsepersonell

*Rapport fra arbeidsgruppe oppnevnt av helse- og
omsorgsministeren for å vurdere bruk av sakkyndig
helsepersonell innen justissektoren*

Til helse- og omsorgsministeren

Arbeidsgruppen som ble oppnevnt ved Helse- og omsorgsdepartementets brev av 23. november 2005 for å vurdere bruk av sakkyndig helsepersonell innen justissektoren, legger ved dette fram sin rapport. Rapporten er enstemmig.

Arbeidsgruppen foreslår en rett for part i forvaltningssak til å bli varslet og uttale seg om forvaltningens bruk av sakkyndig. Gruppen foreslår videre presiseringer i helsepersonelloven § 15 om attester og erklæringer, en forskrift som gir nærmere bestemmelser og sanksjonsregler for overtredelse av lovens og forskriftens krav. Endelig foreslår arbeidsgruppen mer presise krav til attester og erklæringer innen justissektoren.

Oslo, 16. mai 2006

Hans Petter Graver
leder

Magne Fladby

Jan Emil Kristoffersen

Kari Meling

Ingunn Fossgard

Marit Krohg

Ina E. Strømstad

Randi Grøndalen

Olav Lund

Anne-Kari Torgalsbøen

Even Hagelien

Yngve Ystad

Synnøve Stang Lund
Hanne-Cecilie Bjørka
Kjetil Jonsbu

DEL I	ARBEIDSGRUPPENS INNSTILLING	15
1	ARBEIDSGRUPPENS SAMMENSETNING, MANDAT OG ARBEIDSFORM MV.	15
1.1	Sammensetning	15
1.2	Arbeidsform	15
1.3	Mandat – fortolkning og avgrensning	16
1.3.1	Mandat	16
1.3.2	Avgrensning av arbeidsgruppens mandat	17
1.4	Nærmere om enkelte sentrale begreper	18
1.4.1	Attester, erklæringer o.l.	18
1.4.2	Behandlererklæringer	18
1.4.3	Sakkyndigerklæringer	18
2	ANDRE RELEVANTE ARBEIDER	19
2.1	NOU 2006: 9 Kvalitetssikring av sakkyndige rapporter i barnevernsaker – Øvreeideutvalget	19
2.2	Sosial- og helsedirektoratets retningslinjer for sakkyndige erklæringers utforming og innhold	20
2.3	Legeforeningens prosjektgruppe om helseattester	21
2.4	NOU 2000: 23 Forsikringsselskapers innhenting, bruk og lagring av helseopplysninger – Røsægutvalget	22
2.5	NOU 2001:12 Rettsmedisinsk sakkyndighet i straffesaker – Rognumutvalget	22
3	NOEN PROBLEMOMRÅDER KNYTTET TIL HELSEERKLÆRINGER SOM GRUNNLAG FOR BESLUTNINGER	23
3.1	Innledning	23
3.2	Rolleforståelse	23
3.3	Kommunikasjon	25
3.4	Fagkunnskap	26
4	KRAV TIL UTSTEDELSE AV ATTESTER, ERKLÆRINGER O.L. ETTER GJELDENE RETT	27

4.1	Innledning	27
4.2	Generelle hensyn	27
4.3	Generelle forvaltningsrettslige regler om bruk av rådgivere	29
4.3.1	Forvaltningens plikt til å opplyse saken	29
4.3.2	Partenes plikt til å bidra til opplysning av saken	30
4.3.3	Fagpersoners plikt til å gi opplysning til forvaltningen	31
4.3.4	Utgifter til rådgiveres honorar	31
4.3.5	Habilitetsregler og andre regler for saksbehandlingen ved innhenting av opplysning fra fagpersoner	32
4.4	Attest-/erklæringsutsteders roller	33
4.5	Helsepersonellovens regler	35
4.5.1	Forsvarlighetskrav	35
4.5.2	Kravet til varsomhet, nøyaktighet og objektivitet	35
4.5.3	Erklæringen skal være korrekt	36
4.5.4	Attesten/erklæringen skal være tilpasset sitt formål	36
4.5.5	Forholdet til taushetsplikt og samtykke fra den erklæringen omhandler	37
4.5.6	Habilitet	38
5	ARBEIDSGRUPPENS VURDERINGER	40
5.1	Innledning	40
5.2	Forvaltningsloven	41
5.3	Helsepersonelloven § 15	42
5.3.1	Arbeidsgruppens vurdering av helsepersonelloven § 15	42
5.3.1.1	Fra pliktregel til kompetanseregulering	43
5.3.1.2	Tydeliggjøring av plikten til ikke å tilbakeholde relevante opplysninger	44
5.3.1.3	Hjemmel til å gi forskrift	44
5.3.1.4	Lovteknisk justering/presisering av bestemmelsens ordlyd	44
5.3.2	Arbeidsgruppens vurdering av hva en forskrift om attester, erklæringer o.l. bør inneholde	45
5.3.2.1	Innledning	45
5.3.2.2	Overordnede krav til attester, erklæringer o.l.	45
5.3.2.3	Habilitet	46
5.3.2.4	Pasientens samtykke	46
5.3.2.5	Kompetanse og kunnskap	47
5.3.2.6	Nøyaktighet og etterprøvbarehet	47
5.3.2.7	Egenerklæring	48
5.4	Sanksjonsbestemmelser	48
5.4.1	Innledning	48
5.4.2	Nærmere om behovet for en egen tilbakekallsbestemmelse	48
5.5	Tiltak foreslått av Røsæg-, Rognum- og Øvreeideutvalgene	52

5.6	Arbeidsgruppens vurdering av tiltak innenfor justissektoren	52
5.6.1	Forfall for parter, siktede og vitner i rettssaker	52
5.6.2	Straffegjennomføringen	54
5.6.2.1	Soningsutsettelse	54
5.6.2.2	Benådning	55
5.6.2.3	Straffavbrudd	56
5.6.2.4	Prøveløslatelse, endring i soningsforhold mv.	56
6	ARBEIDSGRUPPENS FORSLAG	57
6.1	Forslag til lov om helseattester	57
6.2	Forslag til forskrift	59
6.3	Forslag til tiltak innenfor justissektoren	60
6.3.1	Forfall for parter, siktede og vitner i rettssaker	60
6.3.1.1	Skjema	60
6.3.1.2	Rådgivende instans	61
6.3.2	Soningsutsettelse	61
6.3.2.1	Skjema	61
6.3.2.2	Sentralisert behandling	61
6.3.3	Benådning	62
6.3.3.1	Skjema	62
6.3.3.2	Second opinion	62
6.3.4	Straffavbrudd fra friomsorgen	62
6.3.4.1	Skjema	62
7	ADMINISTRATIVE OG ØKONOMISKE KONSEKVENSER AV FORSLAGENE	63
7.1	Forslag til lovendringer	63
7.2	Forslag til forskrift	64
7.3	Forslag til tiltak innenfor justissektoren	64
DEL II – VEDLEGG TIL ARBEIDSGRUPPENS INNSTILLING		66
VEDLEGG 1	OVERSIKT OVER REGLER OM INNHENTING, UTFERDIGELSE OG BRUK AV ULIKE ATTESTER, ERKLÆRINGER O.L.	66
1	Innledning	66
2	Helselovgivning	66
2.1	Helsepersonelloven	66
2.1.1	Innledning – lovens formål	66
2.1.2	Forsvarlighet	67
2.1.3	Krav til ressursbruk	68
2.1.4	Forbud mot gaver mv. i tjenesten	69

2.1.5	Undersøkelser i forbindelse med straffbare forhold	70
2.1.6	Krav til attester, legeerklæringer o.l. - habilitetskrav	71
2.1.7	Meldeplikt om bierverv eller andre engasjementer	73
2.1.8	Taushetsplikt	74
2.1.9	Sanksjoner – pålagt sakkyndig undersøkelse	75
2.2	Kommunehelsetjenesteloven	76
2.3	Spesialisthelsetjenesteloven	76
2.4	Bioteknologiloven	77
2.5	Lov om statlig tilsyn med helsetjenesten	77
3	Folketrygdloven	77
3.1	Innledning	77
3.2	Ulike typer ytelser – bruk av erklæringer	78
3.3	Saksbehandling	78
3.4	Kontroll - sanksjoner	79
4	Prosesslovgivning	80
4.1	Straffeprosessen	80
4.1.1	Innledning	80
4.1.2	Hvem kan oppnevne/engasjere sakkyndige?	80
4.1.3	Mandat	81
4.1.4	Bruk av sakkyndige under etterforskningen	81
4.1.5	Oppnevningen av den sakkyndige	81
4.1.6	Antall sakkyndige - valget av sakkyndig	81
4.1.7	Habilitet	82
4.1.8	Sakkyndigerklæringen	82
4.1.9	Partsengasjerte sakkyndige	82
4.1.10	Ekstern kvalitetssikring – Den rettsmedisinske kommisjon	83
4.2	Sivilprosessen	84
4.2.1	Innledning	84
4.2.2	Når kan sakkyndige oppnevnes?	85
4.2.3	Sakkyndigvurderinger, sakkyndige vitner (partsengasjerte sakkyndige) og vitner	85
4.2.4	Mandat	85
4.2.5	Antall sakkyndige – valg av sakkyndig – sakkyndige utvalg	85
4.2.6	Habilitet	86
4.2.7	Sakkyndigerklæringen	86
4.2.8	Sakkyndige vitner	87
4.2.9	Evaluering av sakkyndigerklæringer	87

VEDLEGG 2 OVERSIKT OVER SAKSTYPER INNENFOR JUSTISSEKTOREN HVOR DET BRUKES ATTESTER, ERKLÆRINGER O.L. FRA HELSEPERSONELL 88

1	Innledning	88
2	Forfall for parter, siktede/tiltalte og vitner i rettssaker	88
2.1	Innledning	88
2.2	Retningslinjer	88

2.2.1	Sosial- og helsedirektoratets rundskriv IS-9/2006 om krav i forbindelse med utstedelse av attester, helseerklæringer og lignende	88
3	Soningsutsettelse	89
3.1	Innledning	89
3.2	Omfang	89
3.3	Retningslinjer	89
3.3.1	Artikkel i Juristkontakt 1/93	89
3.3.2	Sosial- og helsedirektoratets rundskriv IS-9/2006 om krav i forbindelse med utstedelse av attester, helseerklæringer og lignende	90
4	Benådning	91
4.1	Innledning	91
4.2	Omfang	91
4.3	Saksgang	91
4.3.1	Søknad om benådning før påbegynt soning	91
4.3.2	Søknad om benådning etter påbegynt soning	92
4.4	Retningslinjer	92
4.4.1	Notat fra Justisdepartementet	92
4.4.2	Sosial- og helsedirektoratets rundskriv IS-9/2006 om krav i forbindelse med utstedelse av attester, helseerklæringer og lignende	93
5	Straffavbrudd	93
5.1	Innledning	93
5.2	Omfang	94
5.2.1	Straffavbrudd fra fengslene	94
5.2.2	Straffavbrudd fra friomsorgen	94
5.3	Retningslinjer	94
5.3.1	Retningslinjer til straffegjennomføringsloven fastsatt av Kriminalomsorgens sentrale forvaltning 16.05.02	94
5.3.2	Skriftlige retningslinjer for bruk av erklæringer	95
5.3.3	Sosial- og helsedirektoratets rundskriv IS-9/2006 om krav i forbindelse med utstedelse av attester, helseerklæringer og lignende	95
6	Prøveløslatelse	95
6.1	Innledning	95
6.2	Retningslinjer	96
6.2.1	Retningslinjer til straffegjennomføringsloven fastsatt av Kriminalomsorgens sentrale forvaltning 16.05.02	96
6.2.2	Sosial- og helsedirektoratets rundskriv IS-9/2006 om krav i forbindelse med utstedelse av attester, helseerklæringer og lignende	96
7	Helsepersonell tilknyttet justissektoren.	97
7.1	Kontor for rettspsykiatri – Politilegen	97
7.1.1	Innledning	97
7.1.2	Saksområder	97
7.1.3	Saksmengde	97
7.1.4	Personalressurser	98
7.1.5	Målsettinger og prioriteringer 2006-2007	98
7.1.6	Fagutvikling	98

7.2	Nærmere om helsetjenestetilbudet for innsatte i fengsel	98
8	Voldsoffererstatningssaker	99
8.1	Innledning	99
8.2	Statistikk	100
8.3	Hjemmel	100
8.4	Formål	100
8.5	Retningslinjer	100
8.6	Om dokumentasjon av skader i voldssaker	101
VEDLEGG 3 GJENNOMGANG AV ENKELTE ANDRE SAKSOMRÅDER, HERUNDER RETNINGSLINJER FOR BRUK AV ATTESTER, ERKLÆRINGER O.L. FRA HELSEPERSONELL		103
1	Folketrygden	103
1.1	Innledning	103
1.2	Hjemmel	103
1.3	Formål	103
1.4	Skjema/retningslinjer	103
1.4.1	Medisinsk vurdering av arbeidsmulighet ved sykdom	103
1.4.2	Legeerklæring ved arbeidsuførhet – en felles erklæring	104
2	Pasientskader	105
2.1	Innledning	105
2.2	Hjemmel	105
2.3	Formål	106
2.4	Retningslinjer	106
2.4.1	Norsk pasientskadeerstatning	106
2.4.2	Pasientskadenemnda	106
3	Barnevernsaker	107
3.1	Innledning	107
3.2	Hjemmel	107
3.3	Formål	108
3.4	Retningslinjer	108
4	Statens helsetilsyn/Helsetilsynet i fylkene	109
4.1	Innledning	109
4.2	Hjemmel	109
4.3	Formål	109
4.4	Retningslinjer	110
4.4.1	Veileder for sakkyndig uttalelse i tilsynssaker (desember 2003)	110
4.4.2	Veileder for sakkyndig undersøkelse av helsepersonell i forbindelse med tilsynssaker (juli 2004)	110
4.4.3	Saksbehandlingsveileder for tilsynssaker	111
4.4.4	Retningslinjer for det praktiske samarbeidet mellom Trygdeetaten og Helsetilsynet i fylket	113
5	Utlendingssaker	114
5.1	Innledning	114

5.2	Hjemmel	114
5.3	Formål	115
5.4	Retningslinjer	115
5.5	Rådgivningsteam	116
6	Opplæringsaker	117
6.1	Innledning	117
6.2	Sakkyndige vurderinger etter opplæringslovas kapittel 5	118
6.3	Retningslinjer	119
7	Billighetserstatningssaker	121
7.1	Innledning	121
7.2	Hjemmel	121
7.4	Retningslinjer	122
8	Forsikring	122
9	Sosial- og helsedirektoratets rundskriv IS-9/2006 ”Krav i forbindelse med utstedelse av attester, helseerklæringer o.l.”	123
9.1	Innledning - bakgrunn	123
9.2	Nærmere om direktoratets rundskriv	123
10	Etiske retningslinjer for helsepersonell	124
10.1	Innledning	124
10.2	Legeforeningen	125
10.3	Psykologforeningen	125
VEDLEGG 4 OVERSIKT OVER UTDANNING, OPPLÆRING, KURS MV. FOR HELSEPERSONELL INNEN SAKKYNDIGHETSARBEID		127
1	Innledning	127
2	Grunnutdanningen	127
2.1	Medisin	127
2.2	Psykologi	128
3	Spesialistutdanningen	128
3.1	Medisin	128
3.2	Psykologi	129
4	Videre- og etterutdanning	129
4.1	Opplæringsprogram i barnefaglig sakkyndighetsarbeid for domstoler og forvaltning	129
4.2	Sakkyndigutdannelse (B-nivå) for rettsmedisinsk sakkyndige i straffesaker	130
4.3	Forskjellige kurs i regi av legeforeningen	131
4.3.1	Legeforeningens utdanning på internett/LUPIN - ”Hvordan skrive en spesialisterklæring”	131
4.3.2	Legeforeningens utdanning på internett/LUPIN –”Forsikringsmedisin”	132
4.3.3	Medisinsk sakkyndighet med vekt på skadedokumentasjon	132
4.3.4	Spesielle emner innen gynekologi og obstetikk	133
		11

4.3.5	Juridiske og trygdemessige aspekter ved nevrologi	133
4.3.6	Jus i arbeidsmedisinen. Grunnkurs I	133
4.3.7	Trygdemedisin og forsikringsmedisin	133
4.3.8	Allmenmedisin	133

VEDLEGG 5 OVERSIKT OVER FORSLAG FRA RØSÆG- OG ROGNUMUTVALGET 134

1 NOU 2000:23 Forsikringssektors innhenting, bruk og lagring av helseopplysninger – Røsægutvalget 134

1.1	Retningslinjer for hva en erklæring bør inneholde	134
1.2	Opplæring av sakkyndige	134
1.3	Standardmandat	134
1.4	Et veiledende tredjepartsorgan	134
1.5	Organisering av sakkyndigvirksomhet	135
1.6	Koordineringstiltak trygd - forsikring	135
1.7	Habilitetsregler	136
1.8	Prosedyrer for saksbehandling vedrørende habilitet	136
1.9	Regler for kontakt mellom partene og den sakkyndige	136
1.10	Regler om innsynsrett	137
1.11	Nøytral oppnevningssinstans	137

2 NOU 2001:12 Rettsmedisinsk sakkyndighet i straffesaker – Rognumutvalget 137

2.1	Oversikt over kvalifiserte sakkyndige	137
2.2	Bort med ordningen med faste sakkyndige	138
2.3	Habilitet	138
2.4	Behov for veiledning ved utforming av mandat	138
2.5	Krav til intern kvalitetssikring av sakkyndig virksomhet	139
2.6	Sakkyndige vitner bør kunne fremlegge skriftlige erklæringer	139
2.7	Retningslinjer for den sakkyndiges skriftlige erklæring	139
2.8	Fortsatt behov for ekstern kvalitetssikring	140
2.9	Opplæring av sakkyndige	140
2.10	Organisering av rettsmedisinske tjenester	141

VEDLEGG 6 OVERSIKT OVER REGELVERK, PRAKSIS MV. VEDRØRENDE ATTESTER/ERKLÆRINGER I DANMARK OG SVERIGE 142

1 Danmark 142

1.1	Lovgivning og annet regelverk	142
1.1.1	Legeloven	142
1.1.2	Forskrift om ”almindelige regler for afgivelse af lægeerklæringer”	142
1.2	Sundhedsvæsenets Patientklagenævn	143
1.3	Legeforeningens attestutvalg	144

2 Sverige 146

2.1	Lovgivning og annet regelverk	146
2.1.1	Helsepersonelloven	146
2.1.2	Forskrift om ”utfärdande av intyg inom hälso- och sjukvården m.m”	146

2.2	Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN)	147
-----	--	-----

VEDLEGG 7 GJENNOMGANG AV ENKELTE GENERELLE TILTAK SOM KAN VÆRE AV BETYDNING FOR Å OPPNÅ HØY KVALITET PÅ ULIKE ATTESTER, ERKLÆRINGER O.L. 148

1	Innledning	148
2	Opplæring av helsepersonell	148
2.1	Grunnutdannelsen	148
2.2	Spesialistutdannelsen	149
3	Egne godkjennings- eller autorisasjonsordninger – krav om kompetansenivå	149
4	Kompetanseheving hos mottager / bestiller av erklæringer	150
5	Skjema og retningslinjer	150
5.1	Bruk av standardiserte skjemaer, blanketter m.v.	150
5.2	Bruk av elektroniske skjemaer, blanketter – elektronisk kommunikasjon	151
5.3	Retningslinjer	153
5.3.1	Innledning	154
5.3.2	Obligatoriske og absolutte krav til innholdet i alle attester/erklæringer – oppsummering av arbeidsgruppens gjennomgang	154
5.3.3	Arbeidsgruppens supplerende kommentarer	156
6	Kommunikasjon mellom beslutningsorgan og helsepersonell	157
6.1	Veiledning i forbindelse med utforming av mandat	157
6.2	Valg av rett kompetanse	158
6.3	Særlige utfordringer hvor sakkyndighetsoppdraget er gitt av parten	159
6.4	Tilbakemelding til helsepersonellet	160
7	Faglig overprøving/vurdering av attester/erklæringer	161
7.1	Fornytt vurdering – ”second opinion”	161
7.2	Fagfellevurdering	162
7.3	Konsultativ sakkyndig	163
7.4	Krav om mer enn en sakkyndig i enkelte saker	165
8	Gjennomgang av ulike etater eller organisasjoners arbeid knyttet til kontroll, tilsyn og sanksjoner	166
8.1	Offentlige myndigheter og/eller organer mv.	166
8.1.1	Statens helsetilsyn/Helsetilsynet i fylket	166
8.1.2	Trygdemyndighetene	167
8.1.3	Norsk pasientskadeerstatning og Pasientskadenemnda	169
8.1.4	Straff	170
8.2	Helsepersonellorganisasjoner	170
8.2.1	Innledning	170
8.2.2	Legeforeningen	170
8.2.3	Psykologforeningen	172

DEL I ARBEIDSGRUPPENS INNSTILLING

1 Arbeidsgruppens sammensetning, mandat og arbeidsform mv.

1.1 Sammensetning

Arbeidsgruppen ble oppnevnt av Helse- og omsorgsdepartementet i samråd med Justis- og politidepartementet, ved brev av 23. november 2005. Arbeidsgruppens leder har vært professor dr. juris Hans Petter Graver, Institutt for privatrett, Universitetet i Oslo.

Øvrige medlemmer av arbeidsgruppen har vært:

- Leder av seksjon for trygdemisbruk Magne Fladby, Rikstrygdeverket (oppnevnt etter forslag fra Rikstrygdeverket)
- Førstestatsadvokat Ingunn Fossgard, Riksadvokatembetet (oppnevnt etter forslag fra Riksadvokaten)
- Lagdommer Randi Grøndalen, Frostating Lagmannsrett (oppnevnt etter forslag fra Domstolsadministrasjonen)
- Avdelingsleder Even Hagelien, Landsforeningen for Hjerte- og lungesyke (oppnevnt etter forslag fra Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon)
- Lege Jan Emil Kristoffersen, leder av Allment praktiserende lægers forening (oppnevnt etter forslag fra Den norske Lægeforening)
- Rådgivende lege Marit Krohg, leder Fagmedisin If skadeforsikring (oppnevnt etter forslag fra Finansnæringens Hovedorganisasjon)
- Seniorrådgiver, spesialist i psykiatri Olav Lund, Sosial- og helsedirektoratet (oppnevnt etter forslag fra Sosial- og helsedirektoratet)
- Underdirektør Kari Meling, Kriminalomsorgsavdelingen, Justis- og politidepartementet (oppnevnt etter forslag fra Kriminalomsorgsavdelingen, Justis- og politidepartementet)
- Advokat Ina E. Strømstad, advokatfirmaet Hjort (oppnevnt etter forslag fra Advokatforeningen)
- Førsteamanuensis dr.psychol. Anne-Kari Torgalsbøen, Psykologisk Institutt, Universitetet i Oslo (oppnevnt etter forslag fra Norsk Psykologforening)
- Overlege Yngve Ystad, Sykehuset i Buskerud, leder av gruppe for rettspsykiatri i Norsk psykiatrisk forening (oppnevnt etter forslag fra Den norske Lægeforening)

Sekretariatet for arbeidsgruppen har bestått av rådgiver Synnøve Stang Lund (100 %), førstekonsulent Hanne-Cecilie Bjørka (50 %) og seniorrådgiver Kjetil Jonsbu (50 %).

1.2 Arbeidsform

Arbeidsgruppen har hatt 6 møter, hvorav 2 møter gikk over to dager.

For å få et best mulig beslutningsgrunnlag har arbeidsgruppen arrangert et høringsseminar i forbindelse med et av 2-dagersmøtene. Til dette høringsseminaret ble eksterne personer/organisasjoner med innsikt på fagfeltet invitert til å holde innlegg om konkrete problemstillinger. I tillegg ble en rekke representanter fra frivillige organisasjoner, offentlige myndigheter o.a. invitert til å delta på høringsseminaret og i plenumsdiskusjonene i tilknytning til de ulike innlegg.

Med utgangspunkt i diskusjoner i arbeidsgruppen og i samråd med arbeidsgruppens leder, har sekretariatet utarbeidet utkast til rapportens ulike vedlegg. Utkast til vedleggene har blitt forelagt arbeidsgruppen for diskusjon og innspill. På bakgrunn av dette har leder og sekretariat forelagt endelig versjon av vedleggene for arbeidsgruppen.

På bakgrunn av diskusjoner i arbeidsgruppen, samt rapportens ulike vedlegg, har leder forfattet utkast til arbeidsgruppens innstilling. Utkast til innstilling er forelagt arbeidsgruppens medlemmer for diskusjon og innspill, og deretter godkjenning.

1.3 Mandat – fortolkning og avgrensning

1.3.1 Mandat

Arbeidsgruppen er gitt følgende mandat:

”Arbeidsgruppen skal gjennomgå ulike typer sakkyndigerklæringer helsepersonell avgir til justissektoren. Videre skal den foreslå konkrete tiltak som kan sikre god kvalitet og høy legitimitet.

Dette innebærer:

- Beskrive og vurdere regelverket for bruk av helsepersonell som sakkyndige inn mot justissektoren
- Innhente erfaringer fra andre sektorer vedrørende medisinske sakkyndighetserklæringer
- I den utstrekning det finnes hensiktsmessig å innhente opplysninger om hvordan dette håndteres i sammenlignbare land

På denne bakgrunn skal arbeidsgruppen:

1. Foreslå eventuelle endringer i regelverket for bruk av sakkyndige og vurdere hvilke overordnede regler som bør gjelde for:
 - helsepersonellets habilitet, kompetanse og honorering
 - utarbeidelse, innhold og avlevering av sakkyndige erklæringer
2. Vurdere i hvilken utstrekning slike retningslinjer også bør ligge til grunn for helsetjenestens levering av sakkyndige erklæringer til andre samfunnssektorer
3. Gi en overordnet vurdering av om angitte retningslinjer og tiltak kan være hensiktsmessig også ved bruk av medisinske sakkyndighetserklæringer i forsikringsforhold
4. Gi en analyse og vurdering av økonomiske og administrative konsekvenser

Arbeidsgruppen skal så langt som mulig vurdere tiltak som kan sikre at bestiller avgir et hensiktsmessig mandat.

Arbeidsgruppen skal ikke se på helsetjenestens levering av ulike analysesvar (for eksempel blodprøver) som avgis av institusjoner i samsvar med anerkjent praksis og fremgangsmåte.

Arbeidsgruppen skal ikke se på oppgaver knyttet til organiseringen av Rettsmedisinsk institutt. Dette vil bli behandlet særskilt.

Frist for arbeidet settes til 15. mai 2006.

Arbeidsgruppen gis anledning til å ta opp avklaring av mandatet med Helse- og omsorgsdepartementet og Justis- og Politidepartementet.”

1.3.2 Avgrensning av arbeidsgruppens mandat

Arbeidsgruppen ble opprettet etter at det fremkom påstander om utstedelse av falske erklæringer til domfelte som ville slippe fengselsstraff. En journalist fra Dagens Næringsliv som utga seg for å være domfelt, henvendte seg til helsepersonell for å få utstedt falske erklæringer mot betaling. Erklæringene skulle benyttes for å oppnå lettelser i forbindelse med straffegjennomføringen.

I kjølvannet av saken ble det reist tilsynssak mot flere helsepersonell og politiet innledet etterforskning. Verken Statens helsetilsyn eller politiet er ferdig med sitt arbeid når arbeidsgruppen leverer sin innstilling, men politiet siktet for kort tid siden to helsepersonell for korrupsjon. I forhold til avgrensning av arbeidsgruppens mandat har gruppen funnet det naturlig å se på bakgrunnen for oppnevningen samt tiden den har hatt til rådighet.

Arbeidsgruppen vil foreta en bred beskrivelse av hva som foreligger av regelverk og retningslinjer for utstedelse av attester, erklæringer o.l. fra helsepersonell til bruk i forvaltningen.

Arbeidsgruppens konkrete tiltak for å sikre god kvalitet og høy legitimitet på attester, erklæringer o.l. vil primært rettes mot utenrettslige erklæringer som avgis til kriminalomsorgen, politi og påtalemyndighet i forbindelse med straffegjennomføringen. Begrunnelsen for at arbeidsgruppen gjør en slik avgrensning, er fordi mandatet uttrykkelig nevner at gruppen skal ”beskrive og vurdere regelverket for helsepersonell som sakkyndige inn mot justissektoren”.

Arbeidsgruppen vil hovedsakelig se på attester, erklæringer o.l. som skrives med sikte på avgjørelser som treffes av andre organer enn domstolene. Dette innebærer at attester/erklæringer som skal brukes som bevis i en rettssak og attester/erklæringer som innhentes under etterforskningen i straffesaker faller utenfor arbeidsgruppens mandat. Arbeidsgruppen vil imidlertid foreslå tiltak i tilknytning til attester, erklæringer o.l. som avgis i forbindelse med parter, siktede og vitners sykdomsforfall til rettssaker.

Arbeidsgruppen vil avgrense mot strafferettslige tiltak mot for eksempel korrupsjon, dokumentfalsk, bedrageri og trygdemisbruk.

Arbeidsgruppen vil foreta generelle vurderinger av om tiltakene som foreslås kan være hensiktsmessige ved helsetjenestens levering av attester, erklæringer o.l. til andre samfunnssektorer. På bakgrunn av disse vurderingene vil arbeidsgruppen forslå endringer og presiseringer i det generelle regelverket i helsepersonelloven som gjelder helsepersonells utstedelse av attester, erklæringer o.l.

1.4 Nærmere om enkelte sentrale begreper

1.4.1 Attester, erklæringer o.l.

Med attest eller erklæring fra helsepersonell forstår arbeidsgruppen enhver skriftlig uttalelse om, eller på grunnlag av, en persons helsetilstand, funksjonsevne eller dødsårsak, som utarbeides til bruk i rettsforhold eller forvaltning.

Attester og erklæringer omfatter et vidt spekter, blant annet skjemaer til trygdemyndighetene (sykmeldinger, arbeidsuførhet, stønad), helseattester til forskjellige formål og sakkyndighetserklæringer fra helsepersonell. Attesten/erklæringen kan dreie seg om en persons helsetilstand mer allment, eller mer spesifikt om personens behov, evner eller andre forhold som knytter seg til helsetilstanden. En resept på et medikament som samtidig inneholder en rekvisisjon basert på en vurdering av pasientens behov i forhold til et regelverk (såkalt blåresept) vil være en attest/erklæring. Vanlige resepter faller derimot utenfor. Utenfor attest-/erklæringsbegrepet faller videre epikriser, legebrev og utskrivningsbrev, som har til formål å sikre god dokumentasjon og kommunikasjon om konkrete behandlingsforløp.

Arbeidsgruppen skiller ikke mellom uttrykkene attest eller erklæring. Disse uttrykkene har derfor ingen klart definert rettslig betydning og det kan dermed ikke knyttes spesifikke eller forskjellige rettsvirkninger til om det ene eller andre uttrykket er brukt.

1.4.2 Behandlererklæringer

Med behandlererklæringer mener arbeidsgruppen attester, erklæringer o.l. om en pasient som avgis på grunnlag av opplysninger som i hovedsak er innhentet med det formål å behandle pasienten eller som avgis etter pasientens oppfordring for å dokumentere en helsetilstand eller lignende.

1.4.3 Sakkyndigerklæringer

Med sakkyndigerklæring mener arbeidsgruppen attester, erklæringer o.l. om en person som avgis som ledd i utførelsen av et oppdrag om å foreta nærmere spesifiserte beskrivelser, beregninger eller vurderinger, basert på nødvendige innhentede opplysninger.

2 Andre relevante arbeider

2.1 NOU 2006: 9 Kvalitetssikring av sakkyndige rapporter i barnevernsaker – Øvreeideutvalget

Regjeringen Bondevik II oppnevnte den 9. september 2005 et offentlig utvalg som skulle se på hvilken rolle sakkyndige spiller i barnevernet. Utvalget har vært ledet av psykolog Haldor Øvreeide, og ble gitt følgende mandat:

”De sakkyndiges arbeid i barnevernsaker er i dag kvalitetssikret på ulike måter. I regi av Barne- og familiedepartementet er det bl.a. etablert et eget opplæringsprogram for barnefaglig sakkyndige som går over flere år. I tillegg er fylkesnemnda og domstolene i barnevernsaker satt med fagkyndige medlemmer/meddommere. Dette innebærer at den samlede fylkesnemnda/domstolen har kompetanse til å ta stilling til om de sakkyndige utredningene er utarbeidet på forsvarlig måte og holder god nok kvalitet.

Utvalget skal utrede om det i tillegg bør etableres et særskilt kontrollorgan som innebærer en etterfølgende kontroll og kvalitetssikring av sakkyndiges rapporter i barnevernsaker. Utvalget skal utrede hvilke oppgaver kontrollorganet bør ha og skal foreslå et uttømmende mandat for kontrollorganets arbeid. Utvalget skal videre komme med forslag til hvordan kontrollorganet skal sammensettes, organiseres og administreres.

Utvalget skal utrede de administrative, juridiske og økonomiske konsekvensene av forslaget. Herunder skal utredes konsekvensene av for saksbehandlingstiden i fylkesnemnd/domstol. Utvalgets utredning skal foreligge 1. mars 2006.”

Øvreeideutvalgets innstilling ble overlevert Barne- og likestillingsdepartementet 28. mars 2006. Innstillingen er publisert som NOU 2006: 9 Kvalitetssikring av sakkyndige rapporter i barnevernsaker.

Øvreeideutvalgets forslag til kvalitetssikringstiltak er:

- Opprettelse av en Barnesakkyndig kommisjon for kvalitetsvurdering av sakkyndige rapporter i barnevernsaker. Utvalget foreslår at den sakkyndiges rapport i barnevernsaker ikke legges til grunn for vedtak eller avgjørelse i barneverntjenesten, fylkesnemnd eller retten før den er vurdert av kommisjonen, unntak gjøres imidlertid for vedtak i akutsituasjoner.
- Utarbeidelse av egne ”Retningslinjer for sakkyndig arbeid i barnevernsaker” som fastsetter grunnkriterier for arbeid og rapportering. Retningslinjene skal ta utgangspunkt i den allerede eksisterende ”Veiledning for sakkyndige i saker etter barneloven og barnevernloven” fra 1998.
- Den sakkyndige skal sammen med sin rapport levere en standard selvdeklarasjon. Deklarasjonen bør inneholde opplysninger om den sakkyndiges grunnutdanning, videreutdanning og spesialitet, samt omfang og karakter av faglig praksis som er relevant for det sakkyndige arbeidet. Dessuten skal den sakkyndige gi opplysninger om antall sakkyndige oppdrag samt andre typer oppdrag, veiledning,

konsultasjonstjenester og liknende av ulik karakter som vedkommende har hatt for den aktuelle oppdragsgiver de siste to år. Videre skal den sakkyndige oppgi antall oppdrag vedkommende har hatt som fagkyndig nemndsmedlem eller fagkyndig meddommer de siste to årene for det beslutningsorgan; fylkesnemnd eller domstol, som vil være neste ledd i en eventuell fortsatt behandling av saken. Utvalget foreslår at det bør utarbeides et eget standard skjema som integreres i de foreslåtte "Retningslinjer for sakkyndig arbeid i barnevernsaker".

- Videre arbeid med barnevernets kompetanseprofil og utredningsprosess. Det største problemet er etter utvalgets syn dobbeltrolleproblemene som oppstår fordi barneverntjenesten både har hjelpende og kontrollerende oppgaver innen for samme tjeneste.
- Opprettelse av en arbeidsgruppe som kan utarbeide konkrete forslag og initiativ for å styrke det akademiske grunnlaget for barnesakkyndig arbeid. Utvalget foreslår at Barne- og likestillingsdepartementet i tilknytning til en eventuell opprettelse av Barnesakkyndig kommisjon tar initiativ overfor universitetene og relevante forskningsinstitusjoner i denne sammenheng.
- Videreutvikling av utdanningsprogrammet for barnefaglig sakkyndighetsarbeid.
- Utvidet bruk av to sakkyndige.

På bakgrunn av forslagene til kvalitetssikringstiltak foreslås også lovendringer i barneverntjenesteloven, sosialtjenesteloven, lov om fylkenemndene, tvistemålsloven og tvisteloven. Videre foreslår utvalget en forskrift for Barnesakkyndig kommisjon, samt forslag til endringer i Retningslinjer for saksbehandling i barneverntjenesten.

2.2 Sosial- og helsedirektoratets retningslinjer for sakkyndige erklærings utforming og innhold

I brev av 25. februar 2005 fra Domstolsadministrasjonen til Helse- og omsorgsdepartementet, redegjorde Domstolsadministrasjonen for enkelte problemstillinger knyttet til erklæringer til bruk overfor retten i forbindelse med parts- og vitneforfall i rettssaker. Domstolsadministrasjonen ba i den forbindelse departementet vurdere utarbeidelse av en generell veiledning til landets leger og annet erklæringsgivende helsepersonell hvor det ble redegjort for de strenge krav som gjelder for parter og vitners sykdomsforfall, samt understrekes viktigheten av at det bare utstedes erklæringer som fyller disse krav. Ved Helse- og omsorgsdepartementets brev av 8. mars 2005 ble Sosial- og helsedirektoratet bedt om å vurdere hvordan denne henvendelsen burde følges opp.

I brev av 7. juli 2005 til Helse- og omsorgsdepartementet opplyste Sosial- og helsedirektoratet at man ville utarbeide et rundskriv om disse problemstillingene. Ved Helse- og omsorgsdepartementets brev av 7. september 2005 ble imidlertid direktoratet bedt om å utvide arbeidet med slik rundskriv/veileder. I den forbindelse er det blant annet uttalt:

"Under henvisning til muntlig orientering fra departementet 31. oktober 2005, bekreftes herved at departementet ber direktoratet om å utvide arbeidet med ovennevnte rundskriv/veileder. Utvidelsen består i at rundskrivet/veilederen også skal omfatte attester, legeerklæringer o.l. som utarbeides til bruk for også andre formål. Dette kan for eksempel være i forsikringssaker, trygdesaker og innen strafferettspleien, herunder benådning og prøveløslatelse m.v.

Departementet mener at en nærmere tolkning og utdypning av helsepersonelloven § 15, herunder habilitetsreglene, vil stå sentralt i dette arbeidet.

Bestillingen til direktoratet omfatter etter dette å utarbeide et rundskriv/veileder hvor det skal gis en generell redegjørelse for regelverket og innholdsmessige krav for:

- attester, legeerklæringer og lignende

Videre skal det redegjøres for regelverket samt konkrete og innholdsmessige krav til helse-/legeerklæringer:

- som grunnlag for forfall for parter, tiltalte, fornærmede og vitner i rettssaker
- til bruk i straffesaker, herunder soningsdyktighet, benådning, prøveløslatelse og straffeavbrudd,
- til bruk for forsikringsselskaper,
- til bruk i trygdesaker
- innenfor eventuelt andre konkrete områder hvor det kreves helse-/legeerklæringer

Rundskrivet bør herunder inneholde en vurdering av hvilke helseattester behandlende lege/helsepersonell kan utstede, og hvilke attester som bør/skal utstedes av sakkyndige.

Departementet ber om at direktoratet i det videre arbeidet med rundskrivet samarbeider med/knytter til seg relevant kompetanse i nødvendig grad, slik at innholdet i helseerklæringen kan inneholde de opplysninger som er nødvendig for å nå formålet med den.”

Bestillingen til direktoratet vil med andre ord overlappet arbeidsgruppens mandat til en viss grad. Grovt sett kan man imidlertid si at direktoratets rundskriv i hovedsak skal fokusere på innholdsmessige krav til ulike former for attester og helseerklæringer, mens arbeidsgruppen i tillegg skal se på systemene rundt innhenting og utarbeiding av attester, erklæringer og lignende, samt evt. forhånds- eller etterkontroll av ulike erklæringer.

Sosial- og helsedirektoratets rundskriv IS-9/2006 om ”Krav i forbindelse med utstedelse av attester, helseerklæringer o.l.” forelå 7. mars 2006. Rundskrivet er inndelt i 7 kapitler. Kapittel 1 omhandler de generelle krav til attester/helseerklæringer som fremgår av helsepersonelloven. Kapittel 2 oppstiller en liste på 10 punkter over generelle innholdsmessige krav som det er aktuelt å stille til en attest/helseerklæring. I kapitlene 3 til 7 gjøres det rede for regelverket og innholdsmessige krav til attester/helseerklæringer som grunnlag for forfall for parter, siktede/tiltalte, vitner, lagrettemedlemmer og meddommere, og videre attester/helseerklæringer til bruk i saker om soningsudyktighet, benådning, prøveløslatelse og straffeavbrudd samt attester/helseerklæringer til bruk i trygdesaker, forsikringssaker og utlendingssaker.

2.3 Legeforeningens prosjektgruppe om helseattester

Legeforeningen har nedsatt en prosjektgruppe med formål å vurdere ulike sider ved helseattestarbeidet, som for eksempel kriterier for utforming, taushetsplikt, objektivitet, habilitet, honorering osv. Prosjektgruppen skal presentere resultatet av sitt arbeid i en prosjektrapport innen mars 2007.

2.4 NOU 2000: 23 Forsikringssekskapers innhenting, bruk og lagring av helseopplysninger – Røsægutvalget

Røsægutvalgets innstilling omhandler helseopplysninger i forsikring. Helseopplysninger i forsikringsammenheng brukes i to sammenhenger; ved tegning av forsikring og ved oppgjør av forsikring. Utvalget behandlet blant annet spesielle forhold knyttet til innhenting av erklæringer fra medisinsk sakkyndige i forbindelse med erstatningsoppgjør etter personskader. Det ble fremmet en rekke konkrete forslag til tiltak i tilknytning til dette. Et sammendrag av disse forslagene er inntatt i vedlegg 5 til innstillingen.

2.5 NOU 2001:12 Rettsmedisinsk sakkyndighet i straffesaker – Rognumutvalget

Utredningen gir en omfattende beskrivelse av den rettsmedisinske virksomhet som drives i Norge, og presenterer en rekke forslag til tiltak som kan forbedre kvaliteten på de sakkyndige erklæringene. Innstillingen kommer også med forslag i forhold til hvordan det rettsmedisinske kontrollarbeidet kan organiseres. Et sammendrag av Rognumutvalgets forslag er inntatt i vedlegg 5.

3 Noen problemområder knyttet til helseerklæringer som grunnlag for beslutninger

3.1 Innledning

Det er gjort flere undersøkelser av kvaliteten på attester og erklæringer fra helsepersonell til forvaltningen og andre beslutningsorganer. I en undersøkelse Riksrevisjonen gjennomførte i 1999 om trygdeetatens oppfølging av sykmeldte, opplyste halvparten av de 48 trygdekontorene som var med i undersøkelsen at inntil 15 prosent av sykmelding II ikke hadde en tilfredsstillende kvalitet, mens en fjerdedel opplyste at mer enn 30 prosent av sykmeldingene ikke var tilfredsstillende. I intervjuene opplyste de fleste at kvaliteten var varierende, og at dette var avhengig av legen.¹ En undersøkelse gjort av helseattester i førerkortsaker antyder at mange leger har problemer med å gi korrekt konklusjon når denne etter gjeldende regler skal være negativ.²

Den direkte foranledningen til oppnevningen av arbeidsgruppen var mistanke om korrupsjon og bedrageri i forbindelse med erklæringer fra helsepersonell til justissektoren. Etter arbeidsgruppens oppfatning er det likevel ikke grunn til å tro at slike problemer er mer utbredt innenfor denne sektoren sammenlignet med andre samfunnssektorer. Det er heller ikke grunn til å tro at hovedgrunnen til svikt i kvaliteten og troverdigheten til helsepersonells utredninger og myndighetenes vedtak truffet på grunnlag av disse, skyldes utstedelse av bevisst uriktige erklæringer. Arbeidsgruppen vil derfor peke på enkelte andre forhold som nok har større forklaringsverdi i denne forbindelse.

3.2 Rolleforståelse

Helsepersonell opptrer i forskjellige roller ved utstedelse av attester og erklæringer, og det gjelder forskjellige regler og krav knyttet til de forskjellige rollene. Viktige skiller går mellom rollen som behandler og sakkyndig, og mellom rollen som sakkyndig eller rådgiver for beslutningsorganet og andre situasjoner.

For en behandler kreves stor oppmerksomhet rettet mot grenseoppgangen mellom det å ivareta den enkelte pasients interesser og å være en troverdig forvalter av samfunnets interesser, inkludert de økonomiske. Som behandlende lege kan man ønske å legge frem en sak best mulig for pasienten, noe pasienten nok også ofte forventer. Einar Kringlen har i en artikkel om helsepersonellens rolle i saker om seksuelle overgrep formulert det slik: "Som terapeuter er vi lite opptatt av om det pasienten forteller er objektivt riktig. Vi aksepterer stort sett pasientens historie, selv

¹ Dokument nr 3:9 (1998–99) Riksrevisjonens undersøkelse om trygdeetatens oppfølging av sykmeldte s. 29.

² Torkel Steen, Joan Kristina Totlandsdal, Jan Fredrik Andresen, Er legers førerkortattester korrekte? Tidsskrift for Den norske lægeförening 2000; 120: 3409-11.

om det kan reises tvil om sannhetsgehalten.”³ En slik tilnærming kan i visse situasjoner være del av terapien. En undersøkelse foretatt for noen år siden viste imidlertid at over halvparten av legene i behandlerforhold tillat iblant eller ofte pasientens ønske større vekt enn sitt eget medisinske skjønn.⁴ En slik rolleoppfatning er sikkert ofte grunnen til mange av de problemer man kan se i praksis med erklæringer skrevet uten grunnlag i det utstederen selv har legelig kjennskap til, og med erklæringer som ikke oppfyller krav til objektivitet og fullstendighet i forhold til de formål de skal benyttes til. Også institusjonelle forhold knyttet til behandlerrollen kan spille inn. Det er bl.a. blitt pekt på at fastlegeordningen, hvor tre av fire fastleger ønsker seg flere listepasienter, kan gjøre det vanskelig for leger å ta upopulære beslutninger, som for eksempel å foreslå friskmelding mot pasientens ønske.⁵

Den som mottar en attest eller erklæring fra en behandler forventer på sin side faglige nøytrale attester. Av helsepersonelloven fremgår at attester, erklæringer o.l. skal være objektive og korrekte. I praksis kan likevel legeerklæringer fra en parts fastlege eller annen behandlende lege ute i samfunnet, miste mye av sin verdi både på grunn av behandlerens nære tilknytningsforhold til pasienten, og også fordi legen sjelden har tilstrekkelig god kunnskap om de vedtak som skal treffes.⁶

Av slike grunner kan bruk av helsepersonell som opptrer i rollen som engasjert eller ansatt sakkyndig for beslutningsorganet fremstå som et alternativ. Justisminister Storbergets reaksjon på skandalen omkring mulig falske helseerklæringer høsten 2005 var bl.a. at muligheten for at ”privatpraktiserende leger og psykologer kan komme inn og indirekte overprøve viktige deler av det offentlige strafferettssystemet” er en ”systempolitisk utfordring”.

Når helsepersonellet opptrer som sakkyndig, kommer andre hensyn enn hensynet til pasienten og pasientbehandlingen inn. Det foreligger ikke lenger et tosidig behandler-pasientforhold, en tredje part kommer inn og skal ha opplysninger og helsepersonellet kan ha selvstendige plikter i forhold til sistnevnte. Oppdragsgiveren kan være domstolen, trygdeetaten, forsikringsselskaper osv., men også pasienten i egenskap av part i en sak.

Å påta seg en rolle som sakkyndig krever at helsepersonellet kan ha en fri og uavhengig rolle i forhold til oppdraget. Et pasient-behandlerforhold kan være vanskelig eller umulig å kombinere med en sakkyndigrolle. I denne rollen bør behandleren på en upartisk måte kunne balansere funksjonen som sakkyndig med interessen for pasientens videre skjebne. Opplysninger helsepersonellet tidligere har mottatt som behandler av pasienten, kan ikke brukes i forbindelse med andre oppdrag,

³ Einar Kringlen, Seksuelle overgrep, gjenvunnet hukommelse og multipel personlighetsforstyrrelse, Tidsskrift for Den norske lægeforening 2002; 122: 202-8.

⁴ 38 % mente pasientens rett til å bestemme over egen behandling hadde stor betydning for at de velger å gjøre dette. 13 % mente det hadde stor eller litt stor betydning at det er tidkrevende å motsi pasienten. Begrunnelsen for 12 % var at det var ubehagelig å motsi pasienten, og 13 % mente at det reduserte faren for klagesaker. Pål Gulbrandsen, Reidun Førde og Olaf Gjerløw Aasland, Hvordan har legen det som portvakt? Tidsskrift for Den norske lægeforening 2002; 122: 1874-9.

⁵ Håkon Lie, Reduseres sykefraværet ved kompetansehevede tiltak overfor primærlegen? Tidsskrift for Den norske lægeforening 2003; 123: 2068-71

⁶ Se til illustrasjon Justisdepartementet, Om legeerklæringer i straffesaker, 31.10.2005.

med mindre pasienten samtykker eller det finnes lovhjemmel som åpner for at slike opplysninger kan gis.

Fast engasjerte personer utsettes under tiden for kritikk for å identifisere seg for mye med oppdragsgiverens interesser. For eksempel har det både fra advokater, Norsk pasientforening, flere pasientombud og enkeltpasienter som har uttalt seg i media, vært hevdet at enkelte av Norsk pasientskadeerstatnings rådgivende leger har vist en lite pasientvennlig holdning og/eller vært omstridte i det medisinske fagmiljøet. Det har vært reist spørsmål ved om de ansvarsvedtakene der faktagrunnlaget og medisinske vurderinger bare har vært behandlet internt i NPE, er godt nok underbygget.⁷ I saker om bruk av helsepersonell som fagpersoner ved forsikringsoppgjør etter personskader er det ofte et høyt konfliktnivå knyttet til valg av sakkyndig. Også i barnevernet kommer det med jevne mellomrom kritikk mot de sakkyndiges habilitet i forhold til den kommunale barneverntjenesten, og av deres arbeid og metoder, blant annet om bruk av ulike tester.

3.3 Kommunikasjon

Når helsepersonell skriver attester og erklæringer til bruk for forvaltningen og andre beslutningsorganer, er det som regel snakk om kommunikasjon på tvers av faggrensene. Faglige beskrivelser og vurderinger må knyttes til juridiske normer og andre verdier. Dette stiller spesielle krav både til den som sender et budskap og den som mottar det.

Helsepersonell har bakgrunn i en vitenskap som orienterer seg mot universelle lover med gyldighet utover menneskers verdier og beslutninger. Dette får betydning bl.a. for krav til sikkerhet for å fastslå kausalitet – behandleren reagerer på indikasjon, forvaltningen på sannsynlighetsovervekt eller andre bevisbyrderegler, og forskeren på vitenskapelig bevis. Forvaltningen må ut fra sitt beslutningsgrunnlag ofte treffe avgjørelse på grunnlag av kunnskap som går på tvers av forskjellige disiplingrensene. Selv om ansatte i forvaltningen kan mangle den fagkunnskap som kreves for å foreta vurderinger som er nødvendig, er de ofte mer trent i tverrfaglig kommunikasjon enn mange eksperter som opererer som forskere eller praktikere innen sine felt.

I lovgivningen anvendes ofte begreper som ikke brukes innen rammen av den fagkunnskap fagpersonen uttaler seg ut fra ("arbeidsdyktig", "soningsudyktig"). I andre tilfeller får fagtermer "rettslige tillegg" ved at de tas opp i lov eller rettspraksis og underkastes en rettslig fortolkning. Dette gjelder bl.a. begreper som "sinnsyk" og "omsorgssvikt". Generelt gjelder at når det skal treffes en beslutning på grunnlag av en rettslig hjemmel, er fastleggelsen av hva som ligger i de kriteriene hjemmelen oppstiller for å treffe en beslutning, et spørsmål om rettsanvendelse. Vurderingen av hvorvidt kriteriene er oppfylt i det enkelte tilfellet er spørsmål om bevis. Forvaltningen og andre beslutningsorganer bruker sakkyndighet både for å vurdere bevisene og dermed for å vurdere om lovens betingelse for å treffe en bestemt avgjørelse foreligger ("er vedkommende soningsudyktig") og som støtte for rettsanvendelsen ("hva ligger i lovens kriterium "soningsudyktighet"). Det ligger en stor utfordring både for den fagperson som gir en uttalelse og den som skal treffe

⁷ Statskonsults rapport om NPE.

beslutningen å forstå når fagpersonen opptrer innenfor rammene av sin kompetanse og erfaring og når han går over i rettsanvendelse og generell bevisbedømmelse.⁸

3.4 Fagkunnskap

Når en fagperson uttaler seg om forhold som ligger utenfor sin spesialitet og erfaring, har ikke uttalelsen større faglig tyngde enn uttalelsen til en annen lekperson. Ofte uttaler en fagperson seg om slike forhold fordi han eller hun blir spurt om det, uten å gjøre klart at grunnlaget for uttalelsen ikke er faglig, men for eksempel alminnelig erfaring. Dersom den som skal treffe avgjørelse på grunnlag av uttalelsen ikke er bevisst på grensene for vedkommendes faglige ekspertise, kan avgjørelsen bli truffet på et sviktende grunnlag.

Utfordringen er formulert på følgende måte av Johs. Andenæs: ”De sakkyndiges bedømmelse av tiltalte og hans personlighet vil måtte bero på den mosaikk av opplysninger og inntrykk som de får gjennom samtaler med tiltalte selv, lesning av dokumentene i saken, samtaler med pårørende og kjente osv. Dette materiale kan være av varierende kvalitet, det blir ikke forelagt domstolen i rettslige former, og det er i praksis ikke godt mulig å føre motbevis. Om de sakkyndige på dette grunnlag foretar vurderinger av tiltaltes troverdighet og moralske habitus, kan det ved domstolens bedømmelse av bevisene i saken bli tillagt en større vekt enn det fortjener. Og det er neppe heldig for oppfatningen av psykiaternes rolle i straffesaken at de ikke bare gir domstolen grunnlag for avgjørelsen av reaksjonen, men også er med på å få tiltalte kjent skyldig.”⁹

⁸ Se til illustrasjon avgjørelsen i Rt. 2003 s. 940 hvor Høyesterett tillot gjenopptakelse av en fellende incestdom bl.a. ut fra at ”Journalen inneholder også referat av utsagn fra pasienten, som Michalsen går god for. Strengt tatt bør ikke en medisinsk vurdering inneholde troverdighetsbetraktninger. Vitnepsykologi er ingen barnemedisinsk disiplin. Dessuten kan fortolkningen av de medisinske funn farges av undersøkers personlige oppfatning av pasientens troverdighet.”

⁹ Johs. Andenæs, Rettspsykiatrisk sakkyndiges kompetanse i straffesaker Lov og Rett 1963 s 17.

4 Krav til utstedelse av attester, erklæringer o.l. etter gjeldende rett

4.1 Innledning

Attester, erklæringer og lignende er i mange sammenhenger nødvendig fordi helsetilstanden til enkeltpersoner har betydning for forskjellige typer vedtak og andre typer avgjørelser både i det offentlige og i det private. De kan ha betydelige rettsvirkninger og økonomiske konsekvenser og anvendes hyppig bl.a. innen for sosial- og velferdsforvaltningen, ved stillingtaken til berettigelse til helbredsbedingede ytelser, forsikringsforhold og på arbeidsmarkedsområdet. I mange tilfeller blir innholdet av en erklæring fra helsepersonell avgjørende for utfallet av saken. Det betyr at kvaliteten på erklæringen kan være av avgjørende betydning for sakens utfall.¹⁰

4.2 Generelle hensyn

Generelle hensyn som ligger til grunn for forvaltningens virksomhet er *kvalitet, tillit og effektivitet*. Disse hensynene er derfor også viktige når helsepersonells rolle i beslutningsprosessen skal vurderes.¹¹

Kvalitet betyr i overordnet forstand at forvaltningens beslutninger blir riktige. Bruk av fagkyndige og vitenskapelig basert kunnskap som ledd i forberedelsen av en forvaltningsavgjørelse bygger på den antagelse at tilføring av teori, empiri, metode og erfaring fra ulike fagfelt vil styrke kvaliteten av de beslutninger som treffes. Det er en generell trend internasjonalt at vitenskapelige råd spiller en økende rolle både for generelle og konkrete offentlige avgjørelser.¹² Når det gjelder enkeltsaker består fagkyndiges bistand som oftest av vurderinger av bevis for å klargjøre et faktisk forhold eller vurderinger av lovens vilkår i forhold til et faktum, eventuelt for å stille opp hypoteser om fremtidig utvikling. Videre kan fagkyndighet være ønskelig for å belyse spørsmål knyttet til tilbakefallsrisiko eller liknende, for eksempel om en lege med tidligere rusmiddelmissbruk nå kan anses egnet til å inneha autorisasjon.

¹⁰ Det finnes noen undersøkelser om sakkyndige erklærings betydning for feilaktig utfall av rettssaker. En undersøkelse blant advokater om deres oppfatninger om årsaker til uriktige rettsavgjørelser trakk frem de sakkyndiges antatt uheldige påvirkning av retten som forklaring på en feilaktig dom, se Stridbeck, Ulf og Anders Bratholm, Rettssikkerhet i praksis - En empirisk undersøkelse Lov og Rett 1998 s 323. I en analyse foretatt av 86 saker fra USA hvor DNA prøver viste at tiltalte var uriktig dømt hevdes det at det forelå feil i sakkyndiges undersøkelse i 63% av sakene. Funnene kan ikke direkte overføres til norske forhold bl.a. fordi "forensic science" der inkluderer det vi kaller kriminalteknisk arbeid. Se Michael J. Saks and Jonathan J. Koehler, The Coming Paradigm Shift in Forensic Identification Science, Science 5 August 2005: Vol. 309. no. 5736, pp. 892 – 895.

¹¹ Europakommisjonen identifiserer kvalitet, åpenhet og effektivitet som de tre kjerneprinsipper for sin bruk av sakkyndige rådgivere, se COM(2002) 713 final Communication from the Commission on the collection and use of expertise by the Commission: Principles and guidelines.

¹² Se Steven Glynn, Paul Cunningham and Kieron Flanagan, Typifying Scientific Advice Structures and Scientific Advice Production Methods (TSAS), Final report prepared for Directorate-General Research, European Commission, December 2003.

Fagkyndige kan også brukes til å gi generelle redegjørelser, blant annet om utviklingen av bestemte sykdommer.

Helseerklæringer må utformes på en slik måte at den erklæringen angår og den som den er stilet til kan forstå den, vurdere dens kvalitet og holdbarhet og danne seg en oppfatning om det spørsmålet som den skal bidra til å danne grunnlag for å avgjøre. Dette er viktig både av hensyn til tilliten til erklæringene og til at de avgjørelser som treffes på grunnlag av dem skal bli korrekte. Ved erklæringer f.eks. om manglende arbeidsdyktighet og invaliditet er det viktig at konklusjonen i erklæringen bygger på anførte, eksplisitte premisser, slik at rekvirenten og dennes eventuelle sakkyndige rådgiver kan vurdere om konklusjonene er akseptable.

Rollen som fagperson og kriteriene for god faglig, vitenskaplig fundert virksomhet er gjennomgående universelle og kan ikke fastlegges gjennom lovgivning eller andre rettsregler. Måten slik kunnskap formidles og brukes på, og hvordan samspillet mellom beslutningstakere i forvaltningen og fagpersoner organiseres på, varierer derimot med de rettsregler som ligger til grunn for beslutningen, hva slags organ som skal treffe avgjørelse og andre rettslige, kulturelle og nasjonale trekk.¹³ Dette tilsier at når man skal anbefale tiltak for å bedre kvaliteten av helsepersonells attester/erklæringer og forvaltningens bruk av disse, bør man ha blikket vel så meget vendt mot forvaltningens rutiner og håndtering som mot helsepersonells opptreden.

Tillit er grunnleggende for beslutningens og forvaltningens legitimitet. Med tillit forstår vi både tillit generelt i allmennheten og tillit hos partene til at saksbehandlingen er rettferdig og avgjørelsene korrekte. Åpenhet er sammen med kvalitet en viktig faktor for tillit, både når det gjelder hvordan oppdrag utformes, fagpersoner velges ut og hva som blir besluttet på grunnlag av uttalelser fra fagpersoner.

Den som blir bedt om å utarbeide en helseerklæring må alltid overveie om han eller hun er habil og har den nødvendige kompetanse og erfaring for oppgaven. Utstederen må sikre at erklæringen bygger på tilstrekkelig kunnskap om de forhold som den uttaler seg om. Den må utformes med omtanke slik at den uttalelsen gjelder og mottakeren kan forstå og vurdere innholdet av erklæringen, og den må utarbeides under hensyn til og respekt for selvbestemmelsen, integriteten og verdigheten til den som den angår.

Bruk av fagkyndighet og vitenskapelig basert kunnskap styrker beslutningsgrunnlaget for forvaltningen. Det leder til bedre informerte beslutninger og innslaget av gjetninger og subjektivt skjønn reduseres. Dette fører til at tilliten til beslutningene øker.

Effektivitet innebærer at de ressurser som settes av står i forhold til sakens betydning. Kvalifiserte fagpersoner er på mange områder en knapphetsressurs. Dette tilsier at fagpersoner engasjeres der det er et reelt behov. Effektiv ressursbruk må også sees i forhold til hva utredningen av en sak koster, og hvor mye ressurser som skal brukes

¹³ Se bl.a. Se Steven Glynn, Paul Cunningham and Kieron Flanagan, Typifying Scientific Advice Structures and Scientific Advice Production Methods (TSAS), Final report prepared for Directorate-General Research, European Commission, December 2003 s. 89.

på den enkelte sak. Denne siden ved effektiviteten er allerede regulert gjennom den generelle regelen om sakens utredning i forvaltningsloven § 17.

4.3 Generelle forvaltningsrettslige regler om bruk av rådgivere

4.3.1 Forvaltningens plikt til å opplyse saken

For saker som skal avgjøres av et forvaltningsorgan har forvaltningen ansvaret for sakens opplysning, jf forvaltningsloven § 17. Av kravet om forsvarlig saksutredning kan det ikke utledes noe alminnelig krav om at det må innhentes uttalelser fra fagpersoner. Spørsmålet må vurderes konkret, blant annet ut fra hvor komplisert og viktig den enkelte saken er, og hvilken ekspertise som finnes og tas i bruk innen forvaltningsorganet selv.

Forvaltningen må ta stilling til hvilke utredninger som skal foretas, herunder hva slags sakkyndighet som trengs. Avgjørelse av dette spørsmål skjer på bakgrunn av den aktuelle rettsregel som vedtak skal treffes i forhold til, som angir hvilke faktiske betingelser som må foreligge for å avgjøre en sak i den ene eller annen retning.

Fagkyndige brukes ikke bare til å klarlegge faktum, men også til å foreta vurderinger for eksempel av handlingers forsvarlighet eller tilbørighet, eller tiltak som bør settes inn.

I forhold til uttalelser og erklæringer fra fagpersoner til forvaltningen kan det skilles mellom slike som forvaltningen aktivt innhenter, og slike som forelegges forvaltningen. Forvaltningen kan innhente opplysninger fra en fagperson som denne allerede har, for eksempel journalopplysninger fra en lege eller psykolog om en av dennes pasienter. Forvaltningen kan også be en fagperson om å innhente opplysninger for forvaltningen. Utover rene opplysninger, kan forvaltningen be fagpersonen foreta vurderinger og analyser. Endelig kan forvaltningen engasjere en fagperson til å bistå med forberedelse, gjennomføring eller oppfølging av en forvaltningsavgjørelse. Bortsett fra de tilfellene hvor forvaltningen bare ber om opplysninger fagpersonen allerede har, innebærer forespørsel fra forvaltningen at fagpersoner utfører en tjeneste eller oppdrag for forvaltningen. Dette er annerledes der en fagperson kommer med opplysning til forvaltningen uavhengig av at forvaltningen har innhentet den. Fagpersonen kan for eksempel arbeide eller uttale seg på oppdrag fra en part eller på annet grunnlag. I slike tilfeller blir spørsmålet fra forvaltningen om uttalelsen foranlediger ytterligere undersøkelse fra forvaltningens side, for eksempel ved at parten eller vedkommende fagperson blir bedt om å supplere sin uttalelse eller at en annen fagperson blir bedt om å vurdere, supplere eller kontrollere den.

Når det gjelder spørsmålet om å innhente uttalelse fra fagpersoner, må forvaltningen avgjøre dette på bakgrunn av de opplysninger og utredninger som foreligger på forhånd, enten som følge av forvaltningens eget arbeid eller fordi de er lagt frem for organet av eller på vegne av en part eller andre. I avgjørelsen vil selvsagt også et viktig moment være hvilken sakkyndighet organet selv rår over gjennom sine ansatte tjenestemenn.

Forvaltningens avgjørelse av om den skal innhente uttalelse fra en fagperson og spørsmålet om valg av fagperson er ikke gjenstand for kontradiksjon. En part kan ikke angripe denne avgjørelsen. Parten kan selvsagt senere hevde at vedtaket lider av en saksbehandlingsfeil som følge av hvordan forvaltningen har forberedt saken i denne henseende. For at en slik anførsel skal nå frem må det da enten være brukt en inhabil fagperson slik at det foreligger brudd på forvaltningsloven § 6 jf. § 10 eller at forvaltningens valg og bruk av fagperson har ført til at saken ikke har blitt forsvarlig opplyst, jf forvaltningsloven § 17.

Med mindre loven gir uttrykkelig hjemmel til det, kan ikke forvaltningen overlate til en utenforstående fagperson å treffe avgjørelse i saken, verken om bedømmelse av faktiske forhold, om faglige spørsmål eller om tolkning eller anvendelse av den aktuelle hjemmelsbestemmelsen på det enkelte tilfellet. Avgjørelse må treffes av en som har fullmakt til å treffe avgjørelse på vegne av organet, og organet har et selvstendig ansvar for alle ledd i saksforberedelsen. Forvaltningsorganet er derfor ikke bundet av en fagpersons uttalelse verken om bevis, faglige vurderinger eller av om lovens betingelser for å treffe vedtak foreligger, se til illustrasjon Rt 1992 s. 1303. Forvaltningen skal foreta en konkret helhetsvurdering, hvor de sakkyndiges arbeid og uttalelse vil være en av flere opplysninger.

Forvaltningen mangler ofte forutsetninger for å overprøve den vurderingen som er foretatt. Det er dessuten klart at den normen forvaltningsloven § 17 viser til om at forvaltningsorganet skal påse at saken er så godt opplyst som mulig, er en relativ norm og må ses i forhold til bl.a. sakens betydning for partene og samfunnet og sakens vanskelighetsgrad. Hensynet til beslutningsøkonomi og tilgjengelige ressurser i forhold til antall saker vil ofte tilsa at en vurdering foretatt av en fagperson legges til grunn om ikke spesielle grunner tilsier noe annet. Dette momentet vil slå inn enten det dreier seg om en uttalelse forvaltningen har innhentet selv, eller en uttalelse som er forelagt forvaltningen for eksempel på vegne av en part.

4.3.2 Partenes plikt til å bidra til opplysning av saken

Parter har i utgangspunktet ingen plikt til å gi opplysninger eller på annen måte bidra til opplysning av en forvaltningssak. De har som følge av dette heller ingen plikt til å engasjere eller skaffe sakkyndig bistand til opplysning av saken. Fra dette utgangspunktet gjelder en rekke unntak. For det første kan en plikt til å gi opplysninger eller medvirke følge av uttrykkelig lovbestemmelse. Noen lover gir dessuten forvaltningen adgang til å innhente opplysninger hos lege eller annen som har behandlet en part uavhengig av taushetsplikt. Eksempel på dette har vi i folketrygdloven § 21-4.

En slags medvirkningsplikt finnes for det andre i saker hvor en part søker om noe, for eksempel en ytelse, tjeneste eller tillatelse fra forvaltningen. I slike tilfeller kan forvaltningen gå ut fra at parten etter evne bidrar til opplysning av saken og korrigerer opplysninger som er feilaktige eller ufullstendige. Forsømmer parten dette, vil forvaltningen kunne avgjøre saken i partens disfavør på grunnlag av de opplysninger som foreligger, selv om disse senere skulle vise seg å være uriktige. Dette gjelder likevel ikke ubetinget, da forvaltningen etter forvaltningsloven § 17 og etter særskilte lovbestemmelser kan ha et selvstendig ansvar å sørge for korrekte avgjørelser.

Dersom det er snakk om vurdering av noe parten har rettskrav på etter loven om visse betingelser er oppfylt, vil partens medvirkningsplikt ikke uten selvstendig lovhjemmel kunne innebære krav om å engasjere eller bidra med fagkyndige utredninger eller vurderinger. Dette kan stille seg annerledes hvor ytelsen eller tjenesten er betinget av skjønn. I slike tilfeller vil forvaltningen kanskje kunne avslå med den begrunnelse at parten ikke har påvist at søknaden bør innvilges, dersom parten ikke har dokumentert sin søknad med uttalelser fra fagkyndige personer. Selv i de tilfellene hvor parten ikke kan pålegges å engasjere en fagperson, vil partens plikt til å medvirke til sakens opplysning innebære en plikt til å underkaste seg en sakkyndig vurdering eller samtykke i at en behandler gir ellers taushetsbelagte opplysninger til forvaltningen. Medvirker parten ikke til dette, vil forvaltningen som utgangspunkt kunne avslå søknaden.

4.3.3 Fagpersoners plikt til å gi opplysning til forvaltningen

Til forskjell fra hva som gjelder i rettergang, finnes det ingen generell plikt for fagpersoner til å medvirke i opplysning og behandling av saken for forvaltningen. Ingen har plikt til å gjøre tjeneste som rådgiver for forvaltningen. På noen områder er det egne regler om dette. Noen forvaltningsorganer har regler som ligger nærmere reglene for rettergang med plikt til å gi opplysninger som vitne og til å gjøre tjeneste som sakkyndig. Det gjelder bl.a. Trygderetten, se trygderettloven § 15, og kontrollkommisjonen for psykisk helsevern, se psykisk helsevernloven § 6-4. Også ellers finnes det noen spredte bestemmelser om opplysningsplikt til forvaltningen og hjemmel for forvaltningen til å pålegge fagpersoner å ta oppdrag som sakkyndig.

Folketrygdloven § 21-4 bestemmer i første ledd at trygdens organer har rett til å innhente nødvendige opplysninger fra behandlingspersonell og andre som yter tjenester for trygdens regning. De som blir pålagt å gi opplysninger, plikter å gjøre dette uten godtgjørelse og uavhengig av taushetsplikt. Lignende regler om opplysningsplikt som også omfatter helsepersonell finnes bl.a. i barneombudloven § 4, barnevernloven § 6-4, legemiddeloven § 25, helsepersonelloven § 32 (opplysning om gravide rusmisbrukere til sosialtjenesten). I tillegg finnes regler om at Statens helsetilsyn og Datatilsynet skal ha tilgang til opplysninger uten hinder av taushetsplikt for å kunne utføre sitt tilsyn med helsepersonell og helseinstitusjoner.

I annet ledd bestemmer folketrygdloven § 21-4 at de som gir behandling eller yter tjenester for trygdens regning, etter krav fra trygdens organer plikter å gi de erklæringer og uttalelser som er nødvendige for at trygdens organer skal kunne vurdere rettigheter og plikter etter loven. Dette er i praksis en hjemmel for å kreve at bl.a. privatpraktiserende leger, psykologer og sykehus skal avgi sakkyndige erklæringer.

4.3.4 Utgifter til rådgiveres honorar

Utgiftene til bruk av sakkyndig rådgiver må betales av den som engasjerer rådgiveren. Der en fagperson engasjeres av forvaltningen, må forvaltningen dekke utgiftene. Dette følger av forvaltningens ansvar for sakens opplysning. I de tilfellene der lovgivningen inneholder en plikt til å gi opplysninger til forvaltningen, er oppfyllelse av denne plikten ikke et oppdrag som det kan kreves betalt for å oppfylle. Uten egen hjemmel kan forvaltningen ikke pålegge partene å engasjere sakkyndige eller å dekke de

utgifter forvaltningen har med å få saken opplyst. Forvaltningen kan heller ikke avgjøre spørsmålet om å bruke nødvendig sakkyndig bistand ut fra budsjettmessige hensyn utover den generelle avveining som ligger i forvaltningsloven § 17 om at den innsats som legges i opplysning av saken må ses i forhold til sakens kompleksitet og viktighet.

En part må selv dekke utgiftene til sakkyndig bistand som han selv har engasjert. Dette gjelder for eksempel når en pasient oppsøker sin fastlege eller annen behandler med et ønske om en attest/erklæring i forbindelse med stevning som vitne eller siktet i rettssak eller ved søknad om soningsutsettelse m.m. Det finnes en begrenset adgang til å få dekket utgifter til medisinsk eller annen sakkyndig bistand av det offentlige etter retts hjelploven § 14. Når særlige grunner foreligger og det er nødvendig med medisinsk eller annen sakkyndig bistand for å bringe på det rene om det er behov for fri retts hjelp, kan departementet samtykke i at fritt rettsråd skal dekke vesentlige og nødvendige utgifter til slik sakkyndig hjelp. I klagesaker hvor en part får medhold, gir forvaltningsloven § 36 adgang til å kreve at forvaltningen dekker utgiftene til en privatengasjert fagperson.

4.3.5 Habilitetsregler og andre regler for saksbehandlingen ved innhenting av opplysning fra fagpersoner

Forvaltningsloven har få regler om fremgangsmåte og andre krav ved forvaltningens bruk av fagpersoner. Det er ingen formelle krav til forvaltningens valg av og kontakt med engasjerte rådgivere. Det følger likevel av god forvaltningskikk at oppdraget bør utformes og henvendelsen skje skriftlig og inngå i sakens dokumenter. Det samme er tilfellet med de dokumenter som utarbeides av fagpersonen som ledd i utføring av arbeidet. Justisdepartementets lovavdeling har likevel lagt til grunn at det ikke er i strid med kravet til forsvarlig saksbehandling at en saksbehandler mer uformelt tar kontakt med fagfolk utenfor forvaltningsorganet for å få bekreftet eller sjekket opplysninger eller antagelser som saksbehandleren har gjort seg. Dersom man ved slik kontakt får nye opplysninger eller argumenter av betydning for saken, må disse imidlertid nedtegnes særskilt eller fremgå av avgjørelsen.¹⁴

For fagpersoner som er engasjert av forvaltningen som rådgivere eller sakkyndig gjelder habilitetsreglene og reglene om taushetsplikt, jf. forvaltningsloven § 10 og 13. Det samme er tilfelle med den som ut fra en lovbestemt plikt avgir erklæringer eller uttalelse til forvaltningen, for eksempel en lege i medhold av folketrygdloven § 21-4.

Habilitetsreglene utelukker bruk av en person som engasjert rådgiver for forvaltningen der han selv er part i saken eller står i et nært slektskapsforhold til en part, jf. forvaltningsloven § 6 første ledd. En person er også ellers inhabil der det foreligger særlige grunner som er egnet til å svekke tilliten til hans upartiskhet, jf. § 6 andre ledd. Tidligere oppdrag for en part som behandler eller rådgiver kan være en slik omstendighet, jf Rt. 1996 s. 1573 hvor Høyesteretts kjæremålsutvalg sa at ”den som har bistått en part i en sivil sak som privatengasjert sakkyndig, står i et slikt forhold til parten at han som regel ikke bør oppnevnes mot den annen parts protest, når dette kan unngås, jf tvistemålsloven § 242 annet ledd sammenholdt med

¹⁴ Se Lovavdelingens uttalelser 2000-11-03 JDLOV-2000-8596 ”Bærumsaken”.

domstoloven § 108". Det dreide seg her om en lege som hadde skrevet en privat sakkyndigerklæring for skadelidte i en forsikrings sak i byretten, og som skadelidte ville ha oppnevnt som sakkyndig for lagmannsretten. På den annen side kan den fagkyndighet forvaltningen etterspør nettopp være av en slik karakter at den bare eller best kan gis av pasientens behandler, slik forholdet ofte er ved legeerklæringer til trygden. At vedkommende lege er pasientens behandler er da ikke "særlige grunner".

Et spørsmål som ofte reises i praksis er om tidligere oppdrag eller økonomiske forbindelser til en part kan gjøre en person inhabil. I rettspraksis har dette kommet opp i tilknytning til oppnevning av personer som sakkyndig domsmenn. I Rt. 1976 s. 168 hadde det firma den ene domsmann var ene innehaver av i de senere år hatt flere betydelige arbeider for kommunen som hadde medført omfattende kontakt med de kommunale organer parten hadde beskyldt for klanderverdige handlinger. Sett på bakgrunn av den relativt omfattende kontakt og det samarbeid domsmannens firma hadde hatt, hadde og vel måtte forventes å ville ha fremover i tiden med nettopp disse kommunale organer, antok Høyesterett at innehaveren ikke skulle gjort tjeneste som domsmann i saken. Det hadde ingen betydning at domsmannen hadde fått oppdragene for kommunen gjennom anbud, dvs. på grunnlag av objektive kriterier.

Forretningsmessige forbindelse med en part behøver imidlertid ikke ha noen innflytelse på de råd som gis til det offentlige. Avgjørende er om dette objektivt sett må sies å utgjøre særegne omstendigheter som er skikket til å svekke tilliten til en persons uheldighet. Slike forhold vil lett kunne påvirke allmennhetens tillit til om myndighetenes beslutning bygger på en upartisk og uavhengig vurdering. En rådgiver som allerede er forretningsmessig knyttet til en part vil lett komme i denne kategori. Omfanget av den økonomiske forbindelse må likevel være av betydning, se Rt. 1961 s. 1300 hvor honorarer fra kommunen som over en tiårsperiode utgjorde ca. 3 % av firmaets bruttoinntekter ikke var nok til å gjøre innehaveren inhabil som domsmann. Det må også erindres at de saker som er referert her gjelder oppnevning av domsmenn hvor kravene til habilitet nok er strengere enn ved bruk av rådgivere for forvaltningen. Hvor det er forvaltningen som skal treffe vedtak vil dessuten ikke tidligere forbindelse med forvaltningsorganet virke inhabiliserende, da forvaltningen ikke er part i den sak som skal avgjøres, men avgjørelsesorgan. Men dersom det etterpå skulle bli tvist om forvaltningens avgjørelse, vil forvaltningens rådgivere ut fra disse betraktninger kunne være utelukket fra å opptre som sakkyndig for retten.

Disse reglene gjelder ikke for rådgivere som er engasjert av parter eller som forvaltningen kontakter med sikte på å få opplysninger fra. De forvaltningsrettslige habilitetsreglene er ikke til hinder for at vedkommende som part, partsrepresentant eller på annen måte som utenforstående på eget initiativ engasjerer seg i en sak. Helsepersonelloven § 15 har imidlertid egne regler om habilitet for helsepersonell som avgir attester, erklæringer o.l., se nærmere nedenfor.

4.4 Attest-/erklæringsutsteders roller

Helsepersonell blir i ulike sammenhenger bedt om å avgi helseopplysninger eller uttale seg om en persons helsetilstand, for eksempel overfor domstolene eller forvaltningen. Avhengig av sammenhengen vil det stilles ulike forventinger og rettslige krav til helsepersonellet.

Overfor domstolene eller forvaltningen vil helsepersonellet uttale seg om en persons fortidige eller nåværende helsetilstand på bakgrunn av opplysninger som allerede er innsamlet, typisk der hvor helsepersonellet er behandler. Overfor domstolene gjelder en generell vitneplikt, mens en slik plikt ikke gjelder overfor forvaltningen.

Både overfor domstolene og forvaltningen vil taushetsplikten begrense adgangen til å utlevere opplysninger. For domstolene er dette regulert i prosesslovgivningen, jf. tvistemålsloven § 205 og straffeprosessloven § 119. Når det gjelder forvaltningen følger dette av helsepersonelloven.

Reglene innebærer at den opplysningene angår som hovedregel må gi samtykke for at helsepersonell skal kunne gi opplysninger, og at adgangen til å gi opplysninger begrenses av samtykkets rekkevidde. Dersom den opplysningene angår er part i saken, vil han eller hun etter omstendighetene kunne ha en sterk egeninteresse i å gi slikt samtykke, fordi en søknad ellers ikke vil bli innvilget eller et vedtak kan bli ugyldig dersom parten ikke har bidratt til en korrekt og fullstendig opplysning av saken. Viktige unntak fra dette er bestemmelsene om opplysningsplikt overfor trygden i folketrygdloven § 21-4 og overfor barnevernet i helsepersonelloven §§ 32-33.

En annen rolle er hvor helsepersonell blir bedt om å foreta vurdering av en person med sikte på å klarlegge vedkommendes behov eller evner i forhold til en avgjørelse som skal treffes. Eksempler på dette kan være innvilgelse av ytelser etter folketrygdloven, utstedelse av sertifikat etc. En slik vurdering kan bli foretatt av en som allerede har de nødvendige opplysninger om personen som følge av et behandlerforhold, eller av en som må innhente opplysningene ved undersøkelse eller fra personen selv eller dennes behandlere.

En tredje rolle er hvor oppdraget går på å vurdere sannsynlige årsaker til en tilstand eller hendelse eller fremtidige utviklingsforløp på grunnlag av nødvendige opplysninger om de aktuelle forholdene.

Det er selvsagt glidende overganger mellom disse kategoriene. Når det gjelder de to siste rollene må det imidlertid trekkes et klart skille mellom de tilfeller hvor erklæringen gis etter formelt oppdrag fra et forvaltningsorgan og andre tilfeller. Hvor helsepersonell utarbeider en erklæring på oppdrag fra forvaltningen, vil vedkommende opptre som "særlig rådgiver eller sakkyndig" i forvaltningslovens forstand med konsekvenser bl.a. for habilitetsregler og rett til innsyn. I disse tilfeller gjelder heller ingen taushetsplikt overfor forvaltningen i forhold til opplysninger vedkommende innhenter som ledd i sitt oppdrag. Etter helsepersonelloven § 27 har helsepersonell som opptre som sakkyndig ikke taushetsplikt i forhold til oppdragsgiver. Pasienten kan imidlertid reservere seg mot å gi eller samtykke til utlevering av helseopplysninger for å foreta en sakkyndig vurdering, med mindre det finnes lovhjemmel som gir grunnlag for at sakkyndig vurdering skal foretas. Foreligger ikke slikt samtykke eller lovhjemmel, kan selvsagt heller ikke pasientens behandler utlevere opplysninger om pasienten som ledd i utførelsen av et oppdrag som sakkyndig.

4.5 Helsepersonellovens regler

4.5.1 Forsvarlighetskrav

Helsepersonell skal opptre forsvarlig i forbindelse med utøvelsen av sin virksomhet. Dette gjelder ikke bare ved behandling av pasienter, men også i forbindelse med utstedelse av attester eller erklæringer og ved utførelse av sakkyndighetsoppdrag. Av forsvarlighetskravet kan utledes både krav til hvordan den fagkyndige går frem, og til innholdet i attester/erklæringer som avgis.¹⁵

Et generelt krav som kan utledes av forsvarlighetskravet, er at attester/erklæringer må baseres på et opplyst grunnlag; faktisk og helsefaglig. Det bør fremgå av vurderingen hvordan den faktiske informasjon er innhentet, eventuelt en vurdering av dette grunnlaget og betydningen av det for vurderingen, inkludert eventuell tvil og usikkerhet knyttet til grunnlaget. Det bør også klart fremgå hva som er vurdert, eventuelt avvik fra det mandat som var gitt og eventuell tvil og usikkerhet knyttet til vurderingen. Helsepersonell må ikke gå utenfor sine kvalifikasjoner og må unngå synsing og private oppfatninger som ikke er faglig fundert. Dersom et helsepersonell mener å ikke ha gode nok kvalifikasjoner til å gi den vurderingen som et mandat foranlediger, bør dette fremgå av erklæringen, med en eventuell anbefaling om hvordan denne ekspertisen kan innhentes.

4.5.2 Kravet til varsomhet, nøyaktighet og objektivitet

Ved avgivelse av en attest eller erklæring bør utstederen uansett rolle være seg oppmerksom på at slike dokumenter kan få avgjørende betydning i så vel private som offentlige rettsforhold. På denne bakgrunn stiller loven krav om at den som utsteder attest, erklæring o.l. skal være varsom, nøyaktig og objektiv. At attesten/erklæringen skal være objektiv innebærer at den ikke skal fremstå som et partsinnlegg, men gi en objektiv faglig beskrivelse av pasientens helsetilstand, samt redegjøre for premisser og konklusjoner på en etterprøvable måte.

Etter legeforeningens etiske regler skal erklæring ikke avgis dersom legen mener at det saklige grunnlag for å utstede erklæringen ikke er til stede. Dette innebærer bl.a. at helsepersonellet må påse at de ikke avgir erklæring om sykdommer eller forhold som de ikke har kjennskap til gjennom sin gjerning. I sin årsberetning for 2004/2005 kritiserte for eksempel rådet for legeetikk en lege for ikke å ha angitt at det var pasientens mor som var hans kilde for å uttale at pasienten hadde vært utsatt for en ytre, uforutsett akutt hendelse som medførte at hun falt og pådro seg aktuelle skade. Det bør med andre ord tydelig fremgå hvilke opplysninger i en erklæring som beror på utstederens egne undersøkelser eller observasjoner, og hvilke som er oppgitt av pasienten selv, tredjemann eller innhentet fra journaler og lignende. Brudd på dette kravet er gjennomgående i mange av de saker om helseerklæringer som er behandlet av det danske Patientklagenævnet.

Et eksempel på brudd på varsomhetskravet kan nevnes fra Patientklagenævnet i Danmark. I sak 0231904 20. februar 2003 ga legen erklæring om at en kvinne ikke

¹⁵ Se Anne Kjersti Befring, Legen som sakkyndig, Tidsskrift for Den norske lægeforening 2004; 124: 1270-1.

kunne møte i retten på grunn av ryggproblemer. Noen måneder tidligere hadde kvinnen vært hos legen for samme lidelse og fått attest slik at saken ble utsatt. Legen hadde i mellomtiden flyttet fra stedet. I den aktuelle saken hvor rettsaken var berammet på nytt ringte kvinnen ham og sa hun nettopp hadde vært innlagt på sykehus for ryggen. Sykehuset hadde gitt en erklæring om diagnosen, men det var ikke tilstrekkelig for retten som måtte ha en erklæring om at hun ikke kunne møte. Legen ga denne erklæringen på bakgrunn av henvendelsen. Etterpå viste det seg at sykehusoppholdet hadde vært en måned tidligere. Kvinnen var nå på ferie i USA og ringte legen derfra, uten at hun opplyste det til ham. Patientklagenævnet uttalte at legen hadde utvist ”manglende omhu og uhildethed ved sin udfærdigelse af erklæringen”.

4.5.3 Erklæringen skal være korrekt

Helsepersonelloven § 15 sier at attester, erklæringer o.l. skal være korrekte og bare inneholde opplysninger som er nødvendige for formålet. Selv om pasienten kan ha sterkt behov for hjelp eller støtte, må ikke dette føre til at helsetilstanden fordreies for å oppnå resultatet. I det danske Pasientklagenævnets sak 0342103, 20. mai 2004, hadde en lege utferdiget en attest på sykdom for en ni år gammel gutt om at han som følge av dette ikke kunne møte til samvær hos sin far. Det fremgikk av saken at moren og gutten hadde fortalt at gutten var urolig og hadde problemer med sengevæting m.m. når han skulle ha kontakt med faren. Til legen hadde gutten også fortalt at faren slo ham. Patientklagenævnet kritiserte legen og anførte at det ikke forelå sykdom hos gutten som gjorde at det var uforsvarlig å transportere ham til faren, og at det derfor var galt å utstede attest på sykdom.

At opplysningene skal være korrekte innebærer også at relevante opplysninger ikke må forties eller fordreies, jf også legeforeningens etiske regler § 4. I mange av de sakene som er behandlet av Rådet for legeetikk er det gitt kritikk mot attestutsteder for ikke å ha gitt alle relevante opplysninger om den erklæringen omhandler. I tilfeller hvor erklæringen skal brukes for å vurdere innvilgelse av ytelse kan en bevisst utelatelse av opplysninger rammes av straffebudet mot bedrageri. Straffeloven § 270 setter straff for den som i den hensikt å skaffe seg eller andre en uberettiget vinning fremkaller, styrker eller utnytter en villfarelse og dermed rettsstridig forleder noen til en handling som volder tap eller fare for tap for ham eller den han handler for. I en sak gjengitt fra Rådet for legeetikk for 2003/2004 hadde en lege uttalt i tilknytning til at en person skulle tegne livsforsikring med uføredekning at ”(Pasientens navn og fødselsdato) har de beste leveutsikter og god fremtidig arbeidsevne”. Legen opplyste ikke at forsikringssøker på søknadstidspunktet i 1991 hadde vært sammenhengende syk/på attføring i mer enn seks år.

4.5.4 Attesten/erklæringen skal være tilpasset sitt formål

Formålet med attesten/erklæringen bør være oppgitt av den som ber om attesten/erklæringen, enten dette er en pasient eller et beslutningsorgan. Opplysningene i attesten/erklæringen skal være så utfyllende og tydelige at formålet oppfylles, dvs. at mottager av erklæringen settes i stand til å foreta nødvendige vurderinger på bakgrunn av attesten/erklæringen. Den som utsteder attest/erklæring må vurdere hvilke opplysninger som er relevant og nødvendig i henhold til formålet. En sak fra rådet for legeetikk for 2003/2004 kan illustrere dette. Et forsikringselskap

henvendte seg til forsikrings søkerens behandlende lege for å få uttalelse om årsak til en sykemelding vedkommende hadde fått. Legen svarte ”Årsak til sykmelding i mars 99 var hodepine,” uten å oppgi at plagen i stor grad var utløst av stress. Rådet uttalte at selskapet har bedt om å få belyst årsak til sykmelding, ikke diagnose, og at diagnose ikke nødvendigvis er ensbetydende med en årsak til sykmelding. Legen ble kritisert da han burde ha forstått at den uttalelse han ga, var for knapp til å oppfylle sin hensikt.

Det kan være et problem at den som utsteder attest/erklæring ikke har nok kunnskap om hva som er relevante problemstillinger og vurderingstemaer for den instans som skal treffe avgjørelsen. Dette kan gjøre det vanskelig å avgjøre hva som er formålet med attesten/erklæringen og dermed hvilke opplysninger og vurderinger som er relevante. I forbindelse med saker om soningsavbrudd og soningsutsettelse er det for eksempel gjennomgående at legen eller psykologen som skriver en erklæring for parten ikke har tilstrekkelig god kunnskap om hvilke muligheter for differensiert soning som finnes innenfor kriminalomsorgen.

4.5.5 Forholdet til taushetsplikt og samtykke fra den erklæringen omhandler

I de fleste tilfeller hvor attesten/erklæringen utstedes av en som er eller har vært behandler, er pasientens samtykke nødvendig. Er pasientens henstilling eller samtykke så begrenset at en erklæring vil gi et ufullstendig eller misvisende bilde av situasjonen, må den som skal utstede erklæringen enten gjøre oppmerksom på at den bygger på et avgrenset materiale eller avstå fra å utstede en erklæring. Selv om det er gitt et vidt samtykke, må den som skal utstede erklæring vurdere på selvstendig grunnlag hvilke opplysninger det er grunn til å gi. Det følger av helsepersonelloven § 15 at attester/erklæringer bare skal inneholde opplysninger som er nødvendige for formålet.

Taushetsplikt er ikke til hinder for at helsepersonell som opptrer som sakkyndig gir opplysninger til oppdragsgiver, hvis opplysningene er mottatt under utførelse av oppdraget og har betydning for dette, jf. helsepersonelloven § 21. Den som opptrer som sakkyndig, skal gjøre pasienten oppmerksom på oppdraget og hva dette innebærer. Hvis det er beslutningsorganet som er oppdragsgiver, kan den opplysningene gjelder bare pålegges å medvirke til den sakkyndiges utredning i den utstrekning han eller hun kan pålegges å medvirke til sakens opplysning. Utgangspunktet i forvaltningsretten er at en part ikke kan pålegges en slik plikt, men på den annen side kan det gå ut over partens mulighet til å få et vedtak i sin favør dersom han/hun ikke bidrar til sakens opplysning. Uten partens samtykke vil en sakkyndig ikke ha tilgang til nødvendige opplysninger eller til å undersøke parten. Dersom det er parten selv som er oppdragsgiver må den sakkyndige ha samtykke for å bringe mottatte opplysninger videre.

Det er kun den informasjon som er innhentet i forbindelse med sakkyndighetsoppdraget som kan utleveres, jf. Rt. 2005 s. 1329. Høyesterett kom her til at politiets rett til å kreve tatt blodprøve av en mistenkt for promillekjøring etter helsepersonelloven § 12 ikke ga rett til å kreve utlevert resultatet av ordinære medisinske undersøkelser foretatt i behandlingsøyemed. I den aktuelle saken hadde

sykehuset tatt blodprøver av den mistenkte da han ble bragt inn på sykehuset. Da politiet kom med sitt krav om å ta blodprøve i etterforskningsøyemed var det gått så lang tid at dette ikke hadde noen bevisverdi. Men politiet fikk altså likevel ikke tilgang til de blodprøvene som allerede forelå.

4.5.6 Habilitet

Begrepene habilitet/inhabilitet har ingen etisk eller moralsk verdi i seg selv, men er alene juridiske uttrykk. Begrepet inhabilitet må ikke forveksles med inkompetanse i vanlig språklig forstand, da inhabilitet ikke betyr manglende dyktighet eller utilstrekkelig sakkunnskap. Inhabilitet omhandler objektive omstendigheter som kan være egnet til påvirke allmennhetens tillit til om beslutningstakeren kan være upartisk. Det avgjørende er den abstrakte risiko. Inhabilitet er ikke knyttet til en vurdering av om den aktuelle beslutningstaker er rakrygget og evner å heve seg over den aktuelle situasjonen. En annen måte man kan si det på er at habilitetsregler etablerer en slags "sikkerhetssone". Habilitetsregler tar sikte på å motvirke at en sak blir påvirket av uvedkommende hensyn eller preget av interessekollisjoner.

Av tredje punktum i helsepersonelloven § 15 følger at helsepersonell som er inhabil etter forvaltningsloven § 6, ikke skal utstede attest, legeerklæring o.l. Forvaltningsloven § 6 etablerer inhabilitet ut fra to typer relasjoner. For det første foreligger inhabilitet dersom beslutningstakeren selv er part i den saken som skal avgjøres, eller har en nærmere definert familiemessig eller forretningsmessig tilknytning til en part. For det andre foreligger inhabilitet ut fra en konkret vurdering i det enkelte tilfellet av om det foreligger andre særegne forhold som er egnet til å svekke tilliten til hans upartiskhet. Det skal blant annet legges vekt på om avgjørelsen i saken kan innebære særlig fordel, tap eller ulempe for ham selv eller noen som han har nær personlig tilknytning til.

Helsepersonell kan ikke utstede attest/erklæring for seg selv eller medlemmer av sin nærmeste familie. En lege kan for eksempel ikke sykemelde sine barn eller ektefelle eller avgi erklæring om at de er forhindret fra å møte til en eksamen, et rettsmøte eller lignende. Ved anvendelse av regelen om inhabilitet på grunn av "særegne forhold" må det utvises et skjønn. Man må se både på situasjonen som attesten/erklæringen utstedes i, hva den skal brukes til og hva slags forbindelse utstederen har til den som den angår, den som skal motta den og de som ellers har interesser knyttet til utfallet av den saken som attesten/erklæringen skal inngå i beslutningsgrunnlaget for. Hvor det er tale om en behandlererklæring, vil det at utstederen har et behandlingsforhold til den erklæringen angår, selvsagt ikke være inhabiliserende. Hvor det er tale om en sakkyndigerklæring kan et langvarig og tett behandlerforhold være en omstendighet som objektivt sett kan være egnet til å svekke tilliten til utstederens upartiskhet. Den som skal utstede en attest/erklæring bør ikke samtidig ha tilknytning til pasientens arbeidsgiver, forsikringsselskap eller annen mottaker av erklæringen. Det er uansett viktig med åpenhet og informasjon om mulig inhabiliserende forhold.

Hvor helsepersonell opptrer som særlig rådgiver eller sakkyndig for forvaltningen gjelder forvaltningsloven § 6 direkte. I slike tilfeller er tilknytningen til forvaltningen selvsagt ingen inhabilitetsgrunn. Den som har opptrådt som behandler for en part kan imidlertid ikke engasjeres som sakkyndig for forvaltningen.

Av og til blir det hevdet at en person er inhabil som sakkyndig dersom han har markert seg med sterke standpunkter til faglige spørsmål. Dette er særlig aktuelt der det er delte meninger eller skoleretninger innen fagmiljøet. Spørsmålet om slike forhold fører til inhabilitet for sakkyndige i straffesaker, ble vurdert av Høyesterett i Rt. 1986 s. 484 (Treholtsaken). Høyesterett la her listen for inhabilitet meget høyt, slik at utgangspunktet må være at dette ikke fører til at en person blir inhabil som sakkyndig. Høyesterett la bl.a. vekt på ”at de sakkyndiges standpunkter her må spesifiseres og begrunnes, og at det er retten som etter en samlet vurdering av det som fremkommer i saken, må ta standpunkt til karakteren av de dokumenter og opplysninger det gjelder.”

I tillegg til habilitetsregelen i § 15 sier § 9 at helsepersonell under ingen omstendigheter på egne eller andres vegne må motta gave, provisjon, tjeneste eller annen ytelse som er egnet til å påvirke deres tjenstlige handlinger på en utilbørlig måte. Under ”tjenestelige handlinger” inngår bl.a. utstedelse av attest, sykmelding eller annen erklæring. Det er gitt en egen forskrift til bestemmelsen. Begrepet gave, provisjon, tjeneste eller annen ytelse omfatter også godtgjørelser for utført arbeid og lignende der godtgjørelsen overstiger det som står i rimelig forhold til det utførte arbeidet, se forskriften § 4. Det forhold at honorar utover det som står i ”rimelig” forhold til arbeidet er ulovlig, innebærer at honorarets størrelse har betydning for habilitetsvurderingen etter § 15.

Habilitetsregelen i helsepersonelloven § 15 er en pliktregel, dvs. et forbud mot å utstede en erklæring i inhabilitetssituasjoner. Her skiller den seg fra reglene i forvaltningsloven som er *kompetanseregler* i juridisk forstand, dvs. regler som knytter seg til gyldigheten av forvaltningsvedtak. En helseerklæring blir ikke ugyldig fordi om utstederen har overtrådt § 15, men utstederen kan straffes eller utsettes for disiplinærreaksjoner. På den annen side vil det forhold at en erklæring er avgitt til forvaltningen i strid med helsepersonellovens bestemmelser, kunne få betydning for gyldigheten av det vedtak som er truffet på grunnlag av den etter vanlige forvaltningsrettslige regler.

5 Arbeidsgruppens vurderinger

5.1 Innledning

I innstillingens vedlegg 7 har arbeidsgruppen diskutert enkelte tiltak av mer generell art som antas å kunne være av betydning for å oppnå høy kvalitet på ulike attester, erklæringer o.l. som helsepersonell utsteder, både innenfor justissektoren og på andre områder. En rekke av disse tiltakene er allerede iverksatt, men arbeidsgruppens formål med å diskutere disse har vært å bidra til tydeliggjøring og økt fokus på enkelte "allmenne" tiltak som kan bidra til høy kvalitet på attester, erklæringer o.l.

I dette kapittelet har imidlertid arbeidsgruppen fokusert på "nye" tiltak eller tiltak som mer spesifikt retter seg mot det som har vært arbeidsgruppens kjerneområde. Slik arbeidsgruppen ser det vil disse tiltakene enkeltvis og samlet kunne bidra til at ulike attester, erklæringer o.l. fra helsepersonell har høy kvalitet. Med høy kvalitet siktes særlig til at attester/erklæringer er i samsvar med de krav som fremgår av relevant regelverk (lov, forskrift, retningslinjer mv.), at attester/erklæringer har et innhold og en utforming som gjør at de fyller sitt formål og at attester/erklæringer kan tjene som underlag for forvaltningens beslutninger.

Ved vurdering av hvilke tiltak arbeidsgruppen vil anbefale, har gruppen særlig lagt vekt på fire hensyn:

1. Tiltak bør bidra til tydeligere rolleforståelse blant parter som er involvert ved utstedelse og bruk av den enkelte attest/erklæring. Dette gjelder først og fremst i forhold til helsepersonellet som utsteder attesten/erklæringen, men også i forhold til de personer eller instanser som bestiller eller mottar ulike attester/erklæringer. Problemstillinger knyttet til åpenhet og habilitet er sentralt.
2. Tiltak bør bidra til bedre kommunikasjon mellom de parter som er involvert ved bestilling, utstedelse, mottak og bruk av ulike attester/erklæringer.
3. Tiltak bør bidra til at attester/erklæringer har høy kvalitet, slik at den som skal vurdere eller avgjøre en sak hvor attester/erklæringer fra helsepersonell inngår som en del av sakens faktum, får et best mulig beslutningsgrunnlag.
4. Tiltak bør bidra til å gjøre det vanskeligere å utstede uriktige attester/erklæringer, samt gjøre det enklere å avdekke uriktige attester/erklæringer.

De tiltak arbeidsgruppen foreslår retter seg i utgangspunktet mot helsepersonellet og de attester/erklæringer som de utsteder. Tiltakene vil imidlertid også ha betydning for den som mottar eller har bestilt attester/erklæringer som grunnlag for sine beslutninger.

Arbeidsgruppen antar i den forbindelse at de generelle presiseringer av regelverket som gruppen foreslår, vil bidra til å lette mottagerens bruk av attester/erklæringer fra helsepersonell. Disse reglene vil kunne gjøre det lettere for mottagere å stille krav til attester/erklæringer. Arbeidsgruppen vil også påpeke at det vil være viktig for mottagerne å følge opp helsepersonells arbeid med attester/erklæringer mer generelt,

for eksempel gjennom veiledning innenfor sitt område. Mottagere bør også vurdere å melde fra til tilsynsmyndighetene om klare svikt eller mangler ved attester/erklæringer.

Arbeidsgruppen antar videre at de generelle presiseringer av regelverket også vil kunne være til hjelp for beslutningstagere eller mottager når disse skal utarbeide for eksempel skjemaer, blanketter og lignende som er særlig tilpasset deres behov eller saksområde. Dette illustreres gjennom arbeidsgruppens konkrete forslag til tiltak overfor justissektoren, jf. i den forbindelse pkt. 5.6 og pkt. 6.3.

5.2 Forvaltningsloven

Forvaltningsloven har få formelle regler for bruk av fagpersoner. Et viktig punkt er om dette bør formaliseres, og hva som i så fall bør formaliseres på overordnet nivå (forvaltningsloven, helsepersonelloven). Arbeidsgruppen har derfor vurdert om det kan være hensiktsmessig med en regel om innhenting av uttalelse fra særlige rådgivere eller sakkyndige i forvaltningsloven kapittel III, og hva den i så fall skal inneholde.

Et spørsmål er om en part skal ha rett til å uttale seg om valg av fagperson og mandat. Det må skilles mellom bruk av fagpersoner som rådgivere og bruk som utredere (en slags utvidelse av forvaltningens egen saksbehandlingsskapasitet). Uttalerett for parten er mindre på sin plass i den siste typen situasjon. De vesentlige spørsmål dreier seg om partens rettigheter i forhold til fagpersoner som forvaltningen betaler for, da forvaltningen ikke kan motsette seg at en part søker bistand hos en fagperson han selv betaler for. Problemstillinger oppstår imidlertid i forhold til hvor langt forvaltningen har eller bør ha plikt til å utsette en sak og gi en privat engasjert fagperson tid til å gi sin vurdering.

Åpenhet om faglige vurderinger og måten de brukes på i forvaltningen er viktig for tilliten både til de faglige rådgiveres rolle og forvaltningen. Til illustrasjon kan nevnes at den tillitskrise som vitenskapen har vært rammet av internasjonalt som følge bl.a. av AIDS-skandalen i Frankrike og BSE-skandalen i Storbritannia, gjennomgående er møtt med en økt åpenhet og innsyn for allmennheten.¹⁶ Åpenhet er viktig også i forhold til tilliten til og legitimiteten av helsepersonells erklæringer og forvaltningens avgjørelser. Forvaltningsloven § 18 annet ledd bokstav b gir i dag adgang til å unnta dokumenter for den interne saksbehandlingen utarbeidet av særlige rådgivere eller sakkyndige. Unntaket tar sikte på personer eller organer med særskilte rådgiverfunksjoner, og omfatter alle typer sakkyndige. Den generelle bakgrunnen for unntaksadgangen var et ønske om å sikre organet en krets av "interne rådgivere". Det vil ofte bero på tilfeldigheter om avgjørelsesorganet har tilstrekkelig ekspertise og erfaring representert innenfor organet, og man så det som lite rimelig å legge avgjørende vekt på en slik forskjell når man kommer til spørsmålet om partsinnsyn. En tilsvarende begrensning ligger i offentlighetsloven § 5 annet ledd.

¹⁶ Se Steven Glynn, Paul Cunningham and Kieron Flanagan, Typifying Scientific Advice Structures and Scientific Advice Production Methods (TSAS), Final report prepared for Directorate-General Research, European Commission, December 2003 s. 90

I den nye loven om innsyn i dokument i offentlig verksemd er utgangspunktet motsatt. Loven bygger på ”at utgangspunktet bør vere at det ikkje kan gjerast unntak frå innsyn for dokument som blir innhenta utanfrå, aleine av den grunn at dokumentet er til bruk for den interne saksførebuinga hos mottakaren,” se Ot.prp. nr. 102 2004– 2005 s. 54. På denne bakgrunn er det gitt nye regler i offentlighetsloven og en ny § 18 b i forvaltningsloven om partsinnsyn i dokumenter organet har innhentet utenfra for sin interne saksforberedelse. Til forskjell fra det som gjelder etter § 18 annet ledd i dag om at parten som utgangspunkt ikke har rett til å gjøre seg kjent med slike dokumenter, skal de være underlagt den vanlige regelen om partsinnsyn. Etter § 18 b annet ledd kan det likevel ”gjøres unntak for deler av dokument som inneholder råd om og vurderinger av hvordan et organ bør opptre i en sak, og som organet har innhentet til bruk for sin interne saksforberedelse, når det er påkrevd av hensyn til en forsvarlig ivaretagelse av det offentlige interesser i saken”.

Etter arbeidsgruppens oppfatning er det viktig både av hensyn til å få saken best mulig belyst, partens interesser og tilliten til forvaltningens avgjørelser, at parten har mulighet for å uttale seg om de premisser som legges ved bruken av eksterne rådgivere. Siden hovedregelen blir at utredninger fra rådgivere er underlagt partsoffentlighet, er det vanskelig å se prinsipielle innvendinger mot å gi partsrettigheter også i denne fasen av saksbehandlingen. Partsrettigheter vil kunne avklare uenighet knyttet til valg av sakkyndig og dennes habilitet og hvordan mandatet skal utformes. Det bør likevel være forvaltningen som avgjør disse spørsmålene, på samme måte som det er forvaltningen som legger opp hvordan saken for øvrig skal behandles. Partsrettighetene må selvsagt også i denne fasen innskrenkes ut fra de samme hensyn som ligger til grunn for forvaltningsloven § 18 b. Forvaltningen må ikke fratas muligheten til å søke råd i fortrolighet, for eksempel om sin strategiske posisjon i forhandlinger eller potensielle eller aktuelle rettslige konflikter, jf også ny offentleglov § 20.¹⁷

Det er særlig i saker det knytter seg partsinteresser til at det er aktuelt å pålegge forvaltningen en aktiv plikt til å forelegge spørsmålet om bruk av sakkyndig for utenforstående. Offentlighet om bruk av sakkyndige har betydning rent generelt for tilliten til forvaltningens avgjørelser. Mandat og oppdrag til sakkyndige vil være underlagt generell offentlighet etter den nye offentlighetsloven og unntak kan bare gjøres etter § 15 tredje ledd. Når det gjelder forvaltningsloven, bør regelen knyttes til saksforberedelse av enkeltvedtak. En slik regel kan gis som et nytt tredje punktum i § 17 tredje ledd.

5.3 Helsepersonelloven § 15

5.3.1 Arbeidsgruppens vurdering av helsepersonelloven § 15

Det fremgår av redegjørelsen for gjeldende rett at det ut fra eksisterende regler kan utledes ganske omfattende krav til hvordan helsepersonell skal opptre og hvordan

¹⁷ Det har også vært hevdet at rådgiveren kan komme i en vanskelig stilling om rådene er tilgjengelige for parten, se Attester - umulig eller bare vanskelig? Jarand Gjestland Tidsskrift for Den norske lægeforening 2004; 124: 676. Selv om dette undertiden kan sette den som skal utstede erklæringen under press, kan arbeidsgruppen ikke anbefale at det gjøres unntak fra reglene om partsinnsyn av denne grunn utover de alminnelige regler som finnes forvaltningsloven § 19.

erklæringer skal være. Det er likevel et problem at kravene bare er uttrykt i overordnede vendinger. Dette betyr at de er vanskelig tilgjengelig med den følge at de ikke egner seg for å bli lagt til grunn i bl.a. undervisning og daglig praksis. Det kan også reises tvil om de krav som kan utledes i alle sammenhenger går langt nok og gir de mest hensiktsmessige regler. Arbeidsgruppen vil derfor forslå at kravene presiseres noe i helsepersonelloven § 15 og i forskrift til denne bestemmelsen.

5.3.1.1 Fra pliktregel til kompetanseregel

Som nevnt er habilitetsregelen i helsepersonelloven § 15 en pliktregel, dvs. et forbud mot å utstede en erklæring i inhabilitetssituasjoner. Her skiller den seg fra reglene i forvaltningsloven som er *kompetanseregler* i juridisk forstand, dvs. regler som knytter seg til gyldigheten av forvaltningsvedtak. En erklæring, attest eller lignende fra et helsepersonell, blir ikke ugyldig selv om utstederen har overtrådt habilitetskravene i § 15, men utstederen vil kunne straffes eller bli gitt administrative reaksjoner etter helsepersonelloven. På den annen side vil det forhold at en erklæring er avgitt til forvaltningen i strid med helsepersonellovens bestemmelser kunne få betydning for gyldigheten av det vedtak som er truffet på grunnlag av den etter vanlige forvaltningsrettslige regler.

Arbeidsgruppen mener det bør vurderes å endre habilitetsregelen i helsepersonelloven § 15 fra en pliktbestemmelse til en kompetansebestemmelse. I så fall kan bestemmelsen i samsvar med dette endres fra dagens ordlyd hvor det heter at helsepersonell som er inhabil ikke *skal* utstede attester/erklæringer, til en ordlyd hvor det fremgår at helsepersonell som er inhabil ikke *kan* utstede attester/erklæringer. Dette vil ha den følge at et vedtak som treffes der en attest eller erklæring er et formalkrav, uten videre vil bli ugyldig dersom det helsepersonell som utstedte attesten var inhabil.

Arbeidsgruppen vil imidlertid påpeke at dette i så fall vil reise en rekke vanskelige problemstillinger. En slik regel vil gjelde generelt og i enkelte tilfeller vil dette kunne virke urimelig, særlig i forhold til en person som fremlegger en erklæring uten å kjenne til regelverket, og som senere blir møtt med et ugyldig vedtak. I slike tilfeller vil personen kunne være lite å bebreide og ugyldighet vil kunne få store konsekvenser. I tillegg er inhabilitet etter forvaltningsloven § 6 andre ledd knyttet opp mot en skjønsmessig vurdering, noe som gjør at ugyldighet som følge av en slik skjønsmessig regel kan virke strengt.

En slik regel vil også reise problemstillinger av mer prinsipiell art når det gjelder forholdet til forvaltningslovens regler om klageinstansens adgang til å omgjøre ugyldige vedtak, med eller uten klage, jf. forvaltningsloven § 34 og § 35.

Innenfor den tidsramme arbeidsgruppen har hatt til rådighet, har det ikke vært mulig for arbeidsgruppen å foreta en tilstrekkelig grundig vurdering av konsekvensene av en slik lovendring.

Arbeidsgruppen vil derfor anbefale at Helse- og omsorgsdepartementet, i samråd med andre berørte departementer, utreder nærmere hvorvidt habilitetsregelen i helsepersonelloven § 15 skal endres fra en pliktbestemmelse til en kompetansebestemmelse.

5.3.1.1 Tydeliggjøring av plikten til ikke å tilbakeholde relevante opplysninger

Når det gjelder de overordnede krav i loven er det etter arbeidsgruppens mening en svakhet at bestemmelsen ikke uttrykkelig sier at alle de opplysninger som er relevante for formålet skal gis i erklæringen, jf. særlig bestemmelsens formulering om at attester, erklæringer o.l. bare skal ”inneholde opplysninger som er nødvendige for formålet”. Erfaringene viser at dette er et punkt hvor det ofte oppstår problemer. Dette skjer enten ved at det i en attest/erklæring holdes tilbake opplysninger som helsepersonellet burde ha forstått ville være av betydning for formålet med / mottageren av attesten/erklæringen, eller ved at det ikke opplyses at erklæringen bygger på en begrenset del av de opplysninger helsepersonellet har om den pasient/person attesten/erklæringen gjelder.

Arbeidsgruppen foreslår at helsepersonelloven § 15 tydeliggjøres i så måte.

5.3.1.3 Hjemmel til å gi forskrift

Arbeidsgruppen vil også foreslå at det utarbeides en forskrift med nærmere bestemmelser om helsepersonells utstedelse av attester, erklæringer og lignende. Ved å gi reglene i forskrift vil de oppnå en høyere status enn offentlig fastsatte retningslinjer, veiledere osv. Dette vil sikre reglene større plass i undervisnings- og informasjonsmateriell til helsepersonell og også gjøre dem lettere tilgjengelig for andre gjennom bl.a. Lovdata. Blir reglene fastsatt som forskrift i medhold av helsepersonelloven, vil de også lettere kunne danne grunnlag for lovens administrative reaksjonssystem ved brudd på lovens bestemmelser.

Helsepersonelloven § 15 gir i dag ikke hjemmel for forskrifter. Arbeidsgruppen foreslår derfor at bestemmelsen gis et nytt ledd som gir hjemmel for departementet til å gi nærmere forskrifter om helsepersonells utstedelse av attester, erklæringer og lignende, herunder formalkrav og innholdsmessige krav. Arbeidsgruppen foreslår at slik forskriftshjemmel inntas som nytt andre ledd i helsepersonelloven § 15.

5.3.1.4 Lovteknisk justering/presisering av bestemmelsens ordlyd

Dersom det besluttes å foreslå endringer av helsepersonelloven § 15 i tråd med ovenstående forslag, vil arbeidsgruppen anbefale at det samtidig foretas enkelte språklige endringer av mer teknisk art.

I gjeldende § 15 brukes betegnelsen ”attest, legeerklæring o.l.” (vår understrekning). Som nevnt flere steder i innstillingen legger arbeidsgruppen til grunn at leger står for den klart største andelen av ulike attester, erklæringer o.l., og at bestemmelsen dermed i praksis vil ha størst betydning overfor leger. Videre viser arbeidsgruppen til at begrepet ”legeerklæring” er innarbeidet i daglig språkbruk.

Slik arbeidsgruppen ser det fremstår likevel den siterte ordlyd som uheldig, idet det kan oppfattes slik at bestemmelsen skal ha et annet innhold eller stille andre krav for erklæringer utarbeidet av leger, kontra attester eller erklæringer fra annet helsepersonell. Basert på (manglende) uttalelser i lovens forarbeider, ordlyden i bestemmelsens tredje punktum (jf. at man her snakker om ”Helsepersonell”), samt lovens system for øvrig, legger arbeidsgruppen til grunn at § 15 retter seg mot alle de

helsepersonellgrupper som omfattes av loven, og at det i prinsippet ikke skal gjelde forskjellige krav til ulike personellgrupper når de utsteder attester, erklæringer o.l. Arbeidsgruppen mener derfor at det er uheldig å operere med en ordlyd som kan gi inntrykk av at erklæringer fra leger skal vurderes i forhold til andre prinsipper/regler enn erklæringer fra annet helsepersonell. En annen sak er selvsagt at det ved vurderingen av om en konkret erklæring oppfyller lovens krav hva angår innhold og kvalitet, vil måtte sees hen til hva slags helsepersonell som har utarbeidet erklæringen. Sagt på en annen måte vil man som følge av forskjell i helsefaglige kvalifikasjoner kreve et høyere faglig nivå når det gjelder en erklæring utstedt av en lege, kontra en erklæring utstedt av for eksempel en sykepleier.

Arbeidsgruppen foreslår i tråd med ovennevnte at ordlyden gjøres generell og at man i § 15 (første ledd) benytter betegnelsen ”attest, erklæring o.l.”

I samsvar med dette må også bestemmelsens tittel endres.

5.3.2 Arbeidsgruppens vurdering av hva en forskrift om attester, erklæringer o.l. bør inneholde

5.3.2.1 Innledning

Som nevnt under pkt. 5.3.1.3 mener arbeidsgruppen at det bør utarbeides en forskrift med nærmere bestemmelser om helsepersonells utstedelse av attester, erklæringer og lignende, herunder formalkrav og innholdsmessige krav.

I det følgende har arbeidsgruppen vurdert enkelte forhold/problemstillinger som bør reguleres nærmere gjennom en slik generell forskrift.

Etter arbeidsgruppens vurdering vil man også i fremtiden måtte ha et system hvor helsepersonell avgir erklæringer både ut fra rollen som behandler og sakkyndig. De konfliktskapende faktorene knyttet til disse rollene er det heller ikke lett å gjøre noe med. På den annen side vil en tydeliggjøring og synliggjøring av de utfordringer som ligger i de forskjellige rollene kunne bidra til å tilpasse aktørenes forventninger og forhindre misforståelser, og dermed øke erklæringenes verdi som grunnlag for beslutninger. Slik tydeliggjøring og synliggjøring vil for det første kunne oppnås ved regelfesting av klare definisjoner av rollene og de krav som stilles til helsepersonell i de ulike roller. I tillegg til regelfesting, bør forventningene til de ulike rollene tydeliggjøres både gjennom opplæring av helsepersonell og gjennom bevisstgjøring av personalet i de organer som skal treffe avgjørelser på grunnlag av attester og erklæringer fra helsepersonell.

I tillegg til slike tiltak rettet mot tydeliggjøring av rollen til helsepersonell, bør saksbehandlingsregler og rutiner i det enkelte beslutningsorgan gjennomgå med sikte på å klarlegge når en sak kan tilstrekkelig utredes gjennom en erklæring fra behandler og når det kreves en vurdering av en sakkyndig.

5.3.2.2 Overordnede krav til attester, erklæringer o.l.

De overordnede krav til attester, erklæringer o.l. er slått fast i helsepersonelloven § 15. Arbeidsgruppen vil likevel anbefale at disse kravene gjentas og utdypes noe i

forskriften. Dette kan være hensiktsmessig særlig av pedagogiske grunner, da det i praksis vil være mange situasjoner hvor den som skal forholde seg til kravene bare har forskriften for hånden. Forskriften bør derfor være utfyllende med hensyn til de krav som gjelder.

Det er et overordnet krav at den som utsteder attest, erklæringer o.l. skal være varsom, nøyaktig og objektiv. Han eller hun skal utøve sin virksomhet med respekt for pasientens rettssikkerhet og integritet og for mottageren av erklæringens behov. Attester, erklæringer o.l. skal gi en faglig beskrivelse av pasientens helsetilstand og være så utfyllende og tydelig at formålet med erklæringen oppfylles. Attest, erklæring o.l. skal skrives slik at den kan forstås av pasienten og mottageren uten unødvendig bruk av faguttrykk. Dette innebærer også at den må skrives på en tydelig måte, både med hensyn til språk og utforming.

Attesten/erklæringen skal være så utfyllende og tydelig at formålet med attesten/erklæringen oppfylles. Er den som skal utstede en attest eller erklæring i tvil om formålet, bør bestilleren av attesten/erklæringen kontaktes med sikte på oppklaring.

5.3.2.3 Habilitet

Det knytter seg forskjellige krav til habilitet til den som skal utstede attester/erklæringer i hhv. behandlerrollen og sakkyndigrollen.

I behandlerrollen går oppdraget først og fremst ut på å vurdere hvilke opplysninger om pasienten som er relevante for den aktuelle attesten/erklæringen og formålet med den, samt å gi disse opplysningene på en objektiv og forståelig måte. Det er viktig at både pasienten, den som skal motta erklæringen og allmennheten kan ha tillit til at attestutsteder ikke har andre hensyn å ta enn å gi en så fyllestgjørende og korrekt erklæring som mulig. Dersom attestutstederen står i et særlig nært forhold til den erklæringen angår kan det være grunn til å betvile dette.

Når det gjelder sakkyndigrollen må perspektivet utvides. Den som utsteder erklæringen har her et oppdrag som er mer direkte tilknyttet den sak som erklæringen skal bidra til å belyse. Det innebærer at også forhold knyttet til behandlingen av saken og dens utfall kan ha betydning for den sakkyndiges habilitet. Dersom den sakkyndige er engasjert av et forvaltningsorgan og utfører sakkyndigoppdraget på vegne av dette, kommer forvaltningslovens regler om habilitet direkte til anvendelse. Har vedkommende, eller står han i, et forhold til en part eller annen med klare interesser i sakens utfall, bør vedkommende være inhabil som sakkyndig også der hvor han har sitt oppdrag fra andre enn beslutningsorganet slik at forvaltningslovens regler ikke kommer til anvendelse. Reglene må likevel ikke utformes slik at parter er utelukket fra å engasjere egne sakkyndige.

5.3.2.4 Pasientens samtykke

Attest, erklæring o.l. kan bare utstedes med pasientens samtykke eller med hjemmel i lov. Samtykke er også nødvendig for at en behandler skal kunne utgi pasientopplysninger i forbindelse med utstedelse av attest/erklæring og for at en

sakkyndig skal gis tilgang til pasientopplysninger fra journaler, samtaler med behandlere, etc.

Etter helsepersonelloven § 27 har den som opptrer som sakkyndig ikke taushetsplikt overfor oppdragsgiveren, men han eller hun har altså ikke tilgang til opplysninger om pasienten eller kan ikke undersøke pasienten uten at denne samtykker eller det foreligger hjemmel i lov. Dersom pasienten samtykker ligger det i dette at opplysningene kan bringes videre til oppdragsgiver så langt samtykket rekker.

Hvis pasientens samtykke er begrenset må den som skal utstede en attest eller erklæring vurdere om begrensningen er slik at attesten/erklæringen vil gi et ufullstendig eller misvisende bilde av situasjonen. Dersom dette er tilfelle må helsepersonellet etter omstendighetene avstå fra å utstede en attest/erklæring eller i attesten/erklæringen gjøre oppmerksom på at den bygger på et avgrenset materiale. I enkelte tilfeller vil det ut fra det formål erklæringen skal fylle, ikke være forsvarlig å utstede en slik attest/erklæring, selv om man opplyser at den bygger på et avgrenset materiale.

5.3.2.5 Kompetanse og kunnskap

Helsepersonell skal ikke utstede attest, erklæring o.l. uten nødvendig fagkompetanse. Helsepersonellet har et selvstendig ansvar for å vurdere om han eller hun har den rette fagkompetanse til å avgi attest/erklæring. Denne vurderingen må skje på bakgrunn av mandatet eller oppdraget og det formål attesten/erklæringen skal brukes for.

Helsepersonell skal heller ikke utstede attest/erklæring om forhold det ikke har fått kunnskap om gjennom sin virksomhet. Det er likevel ikke noe krav til at kunnskapen er basert på undersøkelser og lignende som helsepersonellet selv har utført. Attesten/erklæringen kan også bygge på opplysninger som er innhentet fra andre. Også opplysninger som er gitt helsepersonellet av pasienten selv, kan brukes hvis det fremgår hvor helsepersonellet har opplysningene fra. Dette kravet må sees i sammenheng med kravet om dokumentasjon.

5.3.2.6 Nøyaktighet og etterprøvbarehet

Helsepersonellet skal bygge sine erklæringer på nødvendig innhentet informasjon og på så omfattende undersøkelser som formålet tilsier. Den skal redegjøre for rammene for de undersøkelser som er foretatt (kjennskap til pasienten, hvordan identiteten er dokumentert, tid og sted for undersøkelsen, tolk, ledsagere) og konklusjon (relevante medisinske funn og følger).

Attesten/erklæringen skal skrives slik at den kan forstås av pasienten og mottakeren, uten unødvendig bruk av faguttrykk. Den skal redegjøre for premisser og konklusjoner på en etterprøvbare måte. Dokumentasjon (tidligere utredninger, epikriser, laboratoriefunn osv.) skal vedlegges eller på annen måte være tilgjengelig for mottakeren av erklæringen. I attesten eller erklæringen må dato for siste personlige undersøkelse av pasienten angis. Dersom slik undersøkelse ikke er foretatt skal dette uttrykkelig fremgå.

Dokumentene som ligger til grunn for attest, erklæring o.l. skal være tilgjengelige for mottaker av attesten eller erklæringen. Dette kan skje enten ved at de vedlegges attesten eller erklæringen, eller ved at utstederen opplyser hvordan mottakeren kan få tilgang til dem.

Attest, erklæring o.l. skal redegjøre for premisser og konklusjon på en etterprøvbar måte. Det skal tydelig fremgå hvilke opplysninger i attesten, erklæringen o.l. som beror på helsepersonellens egen undersøkelse av pasienten og hvilke opplysninger som kommer fra den undersøkte eller tredjemann, eller om opplysningene stammer fra pasientjournaler eller lignende. Hvor attesten eller erklæringen avgis på fortrykt skjema, kan det i skjemaet angis hvilke krav som stilles til begrunnelse og redegjørelse for grunnlaget for de konklusjoner som trekkes.

5.3.2.7 Egenerklæring

Det er viktig at det fremgår hva slags relasjon den som utsteder en attest eller erklæring har til den attesten/erklæringen gjelder. En attest, erklæring o.l. skal derfor opplyse om den erklæringen angår er pasient hos utstederen og hva slags kjennskap utstederen har til pasienten. Det skal videre fremgå om attesten, erklæringen o.l. utstedes som behandlererklæring eller sakkyndigerklæring. Foreligger det for øvrig forhold som kan ha betydning for vurdering av utstederens habilitet, skal dette fremgå. Selv om en vurdering i ettertid kommer til at utstederen ikke var inhabil, vil brudd på plikten til å opplyse om slike forhold være et selvstendig regelbrudd.

Attest, erklæring o.l. skal dateres, og undertegnes med utsteders navn, stilling, tjenestested og telefonnummer, eventuelt også elektronisk signatur.

Ved utstedelse av sakkyndigerklæring skal utstederen opplyse hvem som har gitt oppdraget. Det skal videre opplyses om utstederen i løpet av de siste to år har hatt oppdrag for samme oppdragsgiver, for mottakeren av erklæringen eller for andre som kan ha interesser i utfallet av den saken som skal avgjøres på grunnlag av den. Denne kan være viktig for bedømmelsen av habiliteten, og også mer allment for bedømmelse av forholdet mellom den sakkyndige og andre som kan ha interesse i behandlingen av en sak.

5.4 Sanksjonsbestemmelser

5.4.1 Innledning

Helsepersonelloven inneholder i dag ikke særskilte bestemmelser som gir Statens helsetilsyn hjemmel til å foreta tilbakekall eller suspensjon av helsepersonells rett til å utferdige erklæringer, attester og lignende overfor ulike instanser eller til bruk ved ulike formål.

5.4.2 Nærmere om behovet for en egen tilbakekallsbestemmelse

Etter arbeidsgruppens oppfatning er det en svakhet ved helsepersonellovens system at tilsynsmyndighetene i tilfeller hvor helsepersonell utferdiger attester/erklæringer i strid med lovens bestemmelser, i hovedsak kun kan velge mellom

sanksjonsalternativene advarsel (§ 56) og tilbakekall/suspensjon av helsepersonellens autorisasjon eller lisens (§§ 57 – 58). Tilbakekall av autorisasjon eller lisens er en streng reaksjon som sjelden brukes. Dette kan føre til at det i for liten grad blir reagert når helsepersonell skriver mangelfulle eller misvisende attester/erklæringer. Dette kan igjen føre til at mottakere av slike attester i liten grad benytter klageadgangen overfor tilsynsmyndighetene. Slik arbeidsgruppen ser det burde tilsynsmyndighetene ha en klar lovhjemmel til å sanksjonere overfor brudd på reglene om attester og erklæringer. Dette kan skje ved at tilsynsmyndighetene gis adgang til å tilbakekalle helsepersonells rett til å utferdige attester, erklæringer og lignende. Slikt tilbakekall kan gis for en avgrenset tid og i et varierende omfang.

Helsepersonellovens § 59 vil etter arbeidsgruppens oppfatning være mindre egnet i disse tilfellene, idet denne bestemmelsen i hovedsak tar sikte på situasjoner hvor det anses nødvendig å begrense helsepersonellens autorisasjon til utøvelse av nærmere bestemte typer virksomhet eller yrkesutøvelse. I tillegg er det en forutsetning for bruk av bestemmelsen i § 59 at vilkårene for tilbakekall av ”hele” autorisasjonen er oppfylt. I noen tilfeller hvor reglene for attester/erklæringer er overtrådt, vil det neppe være hjemmel for å tilbakekalle ”hele” autorisasjonen. I andre tilfeller vil tilbakekall av autorisasjonen være en for streng reaksjon, samtidig som en advarsel etter § 56 i noen tilfeller vil kunne fremstå som en for mild eller mindre formålstjenelig reaksjon.

Slik arbeidsgruppen ser det bør en slik ny tilbakekallsadgang for eksempel kunne anvendes i tilfeller hvor det foreligger utstedelse av bevisst uriktige attester/erklæringer for å forlede mottaker av attesten/erklæringen eller for å bistå eller bidra til at pasienten urettmessig oppnår en fordel eller mottar ytelser han/hun ellers ikke ville hatt krav på. Tilbakekall vil kunne være aktuelt i de tilfellene hvor helsepersonellet over tid eller i et visst omfang har utferdiget attester/erklæringer som er i strid med helsepersonellovens krav. Det bør være av underordnet betydning om helsepersonellet mottar en gjenytelse eller ikke for å utferdige erklæringen/attesten. Ved vurderingen av eventuelt tilbakekall bør det legges vekt på om helsepersonellet tidligere har fått tilbakemelding om at attester/erklæringer han/hun har utferdiget ikke er i samsvar med lovens krav.

Tilbakekall av autorisasjon eller lisens etter helsepersonelloven § 57 gjøres av Statens helsetilsyn for å ivareta pasientsikkerhet/beskytte pasienter og opprettholde tillit til helsepersonell/helsetjeneste. Formålet med bestemmelsene er ikke å straffe de som bryter normen, men å hindre at de i fremtiden kan påføre sine pasienter skade eller komme til å krenke det tillitsforholdet det nødvendigvis må være mellom allmennheten og helsetjenesten/helsepersonell, jf Rt. 2004 s. 1343. Tilbakekall av ”attestretten” vil ha et mer straffende formål, idet dette i hovedsak vil måtte gjøres hvor helsepersonell ved sin opptreden bidrar til eller medvirker til at noen urettmessig oppnår fordeler eller slipper ulemper, samt der hvor uriktige attester/erklæringer gjør at forvaltningens eller domstolens avgjørelser blir uriktige. Samtidig finnes det tilfeller der liv og helse kan bli satt på spill ved en uforsvarlig utøvelse av attestretten, jf. for eksempel førerrett til bil og fly og arbeid offshore.

Det finnes i dag sanksjonsbestemmelser i folketrygdloven overfor leger og psykologer som skriver uriktige attester/erklæringer, jf. folketrygdloven § 25-6 som sier:

”Dersom en person som gir behandling eller yter tjenester som faller inn under denne loven, gjør seg skyldig i misbruk overfor trygden, ikke oppfyller lovbestemte plikter eller gir trygden misvisende opplysninger eller erklæringer som kan føre til misbruk av trygdeytelser, kan Rikstrygdeverket bestemme at det ikke skal ytes godtgjørelse for behandling eller tjenester som vedkommende utfører. I slike tilfeller plikter trygden heller ikke å yte stønad på grunnlag av erklæring fra vedkommende.”

Sanksjonsbestemmelsen i folketrygdloven § 25-6 er i forhold til blåresepter supplert av § 11 i forskrift 18. april 1997 nr. 330 om stønad til dekning av utgifter til viktige legemidler og spesielt medisinsk utstyr (blåreseptforskriften).

Etter § 25-7 kan Rikstrygdeverket utelukke en lege fra å utstede legeerklæringer som grunnlag for ytelse fra folketrygden dersom en lege ikke innen rimelig tid gir trygden de opplysninger som er nødvendige for å avgjøre en sak om sykepengar, medisinsk rehabilitering, attføring, tidsbegrenset uførestønad eller uførepensjon, eller dersom legen gjentatte ganger ikke følger bestemmelser gitt i eller i medhold av loven om sykmelding og funksjonsvurdering.

Ved uriktig attestskrivning eller erklæringer overfor andre mottakere enn trygden, finnes det i dag ingen andre sanksjonsmuligheter enn de generelle bestemmelsene i helsepersonelloven, samt eventuelt bestemmelser i straffeloven som måtte komme til anvendelse. Dette er etter arbeidsgruppens oppfatning en mangel i dagens regelverk. Særlig når bestemmelsene om skriving av attester og erklæringer presiseres gjennom arbeidsgruppens forslag til endring i helsepersonelloven og en forskrift i medhold av denne, vil innføring av en sanksjonsbestemmelse bidra til å markere en skjerpet innstilling fra myndighetenes side til denne delen av helsepersonells virksomhet. Det vil kunne gi et signal til mottakere av slike erklæringer at det er mulig å henvende seg til tilsynsmyndighetene dersom grunnleggende krav ikke oppfylles.

Arbeidsgruppen vil derfor foreslå en ny bestemmelse om tilbakekall av retten til å utstede attester og erklæringer. En slik bestemmelse bør være generell og komme som en ny bestemmelse i helsepersonelloven. Tilbakekall bør kunne skje hvis helsepersonellet utsteder attester, erklæringer o.l. i strid med loven eller bestemmelser gitt i medhold av den. Tilbakekall må skje ut fra en helhetsvurdering som særlig omfatter hvor alvorlig overtredelsen er, om den har foregått over tid eller om den har et stort omfang. Helsepersonellens subjektive forhold har også betydning. Det har videre betydning om den har ført til uriktige avgjørelser i rettsforhold, herunder at noen ikke har fått den rettsstilling de har krav på eller har fått en uberettiget rettsstilling. Hvor dette har skjedd bevisst fra helsepersonellens side, vil slike tilfeller lett kunne nærme seg straffelovens bestemmelser om falsk forklaring eller medvirkning til bedrageri. På vanlig måte må det legges vekt på om helsepersonellet tidligere har mottatt advarsel/tilbakemelding/korreksjon for lignende forhold.

Tilbakekall skal gjelde for en bestemt tid. Tilbakekall skal når forholdene taler for det, begrenses til å gjelde bestemte typer attester, erklæringer o.l. eller til å gjelde attester, erklæringer o.l. som utferdiges til bruk for nærmere bestemte formål eller overfor nærmere bestemte mottakere. Både når det gjelder tid og omfang, må vedtak om tilbakekall stå i et proporsjonalt forhold til overtredelsen. Vedtak om tilbakekall av

retten til å utferdige attester, erklæringer o.l. er inngripende, og bør derfor være enkeltvedtak etter forvaltningsloven.

Arbeidsgruppen har vurdert om sanksjonsbestemmelsene i folketrygdloven bør overføres til helsepersonelloven og om trygdens arbeid med slike saker bør overføres til Statens helsetilsyn. Argumenter som kan tale for dette er hensynet til mer harmonisert regelverk og en enhetlig praktisering av reglene. Gode grunner kan tale for at kompetansen til å idømme disiplinære sanksjoner med tilnærmet lik effekt bør samles hos samme forvaltningsorgan. Dette vil sikre et mer enhetlig og oversiktlig sanksjonssystem, samtidig som det også vil være enklere for helsepersonell å forholde seg til. Statens helsetilsyn har særlig kompetanse i forhold til vurdering av helsepersonells yrkesutøvelse. Det kan synes vilkårlig om sanksjonskompetansen avhenger av hvem som er adressat for den uriktige attest/erklæring.

På den annen side er det nær sammenheng mellom sanksjonsbestemmelsene i folketrygdloven og trygdens forvaltning av trygdemidlene. I de fleste tilfeller vil trygdeetaten være nærmest til å vurdere kvalitet og objektivitet i erklæringer, attester o.l. fra helsepersonellet. Trygdeetaten er den største mottakeren, og har størst mulighet til å reagere på mangelfulle/dårlige attester, erklæringer og lignende. Reaksjoner overfor helsepersonell må dessuten ses i sammenheng med trygdens mer generelle arbeid for å avdekke svindel og misbruk, noe som går langt videre enn vurdering av det enkelte helsepersonells rolle i skrivning av attester og erklæringer. Det vil kunne være uheldig å skille disse deler av arbeidet fra hverandre.

De to etatene har allerede et utstrakt samarbeid i slike saker og dette bør kunne utvides dersom også Statens helsetilsyn får sanksjonskompetanse. Det bør kunne avtales på et tidlig tidspunkt hvorvidt en sak er så alvorlig at Statens helsetilsyn bør bruke sine hjemler, eller om trygdeetaten skal reagere overfor helsepersonellet. I andre saker er det unaturlig at trygden reagerer mot et helsepersonell som retter mesteparten av sin aktivitet mot andre sektorer for eksempel ved å skrive attester eller erklæringer overfor justissektoren.

Hensynene til et enhetlig sanksjonssystem og helsepersonellens rettssikkerhet kan etter arbeidsgruppens oppfatning oppfylles dersom man etablerer et felles klageorgan for slike vedtak, enten det er trygden eller Statens helsetilsyn som fatter vedtak i førsteinstans. Arbeidsgruppen vil derfor foreslå at det i folketrygdloven gjøres den endring at klage på trygdens vedtak om å nekte en lege å opptre på trygdens regning eller å inndra retten til å skrive attester eller erklæringer, kan påklages til Statens helsepersonellnemnd.

Avgjørelse om å frata helsepersonell retten til å utstede attester, erklæringer og lignende, bør på samme måte som andre sanksjoner mot helsepersonell, registreres i Helsepersonellregisteret. Dette bør gjelde uavhengig av om det er Statens helsetilsyn eller trygden som fatter vedtaket. Av hensyn til sammenheng i reglene, bør også trygdens vedtak om å nekte helsepersonell å opptre for trygdens regning, registreres. Registreringen bortfaller når tiden for tilbakekall utløper eller vedtak oppheves etter klage.

5.5 Tiltak foreslått av Røsæg-, Rognum- og Øvreeideutvalgene

Arbeidsgruppen har i innstillingens vedlegg 5 inntatt en oversikt over en rekke av forslagene fra hhv. Røsæg- og Rognumutvalgene. I innstillingens pkt. 2.1 er det dessuten inntatt en oppsummering av Øvreeideutvalgets forslag.

Det foreligger dermed tre utredninger som blant annet omhandler problemstillinger knyttet til bruk av helsepersonell som sakkyndige innenfor fagfeltene forsikring, rettsmedisin og barnevern. Arbeidsgruppen registrerer at Røsæg- og Rognumutredningene bare til en viss grad er fulgt opp, mens Øvreeideutredningen nylig er ferdigstilt.

Arbeidsgruppen har ikke sett det som sin oppgave å skulle vurdere eller overprøve de ulike forslag som utvalgene har kommet med, men vil påpeke at flere av disse forslagene direkte eller indirekte vil kunne ha betydning for helsepersonells arbeid som sakkyndig eller for helsepersonells utstedelse av ulike attester, erklæringer o.l. Utvalgene har blant annet foreslått flere organisatoriske ordninger som kan være av betydning for kompetanseoppbygging, kvalitetssikring og kontroll av helsepersonells arbeid som sakkyndig. Videre har utvalgene foreslått tiltak knyttet til opplæring og utdanning av helsepersonell. Øvreeideutvalget har dessuten foreslått å innføre en ordning med selvdeklarasjon/egenerklæring for sakkyndige.

Arbeidsgruppen vil anbefale at det skjer en oppfølging av disse tre utvalgene og at man i så fall vurderer de ulike forslagene samlet, jf. for eksempel forslagene til organisatoriske ordninger og forslagene knyttet til opplæring/utdanning. Når det gjelder Øvreeideutvalgets forslag om egenerklæring, viser arbeidsgruppen til at det i gruppens forskriftsforslag er inntatt en egen bestemmelse som skal ivareta deler av dette, jf. forslagens § 8.

5.6 Arbeidsgruppens vurdering av tiltak innenfor justissektoren

5.6.1 Forfall for parter, siktede og vitner i rettssaker

En effektiv rettspleie krever at parter og vitner møter til de tidspunkter de er innkalt på. Domstolene mottar jevnlig begjæringer fra parter, siktede og vitner om utsettelse av rettsforhandlinger grunnet sykdom. Domstolene opplever ofte at mange av erklæringene de mottar fra helsepersonell i denne sammenheng ikke gir retten grunnlag for å vurdere om vedkommende har gyldig forfall i lovens forstand.

Siktede, parter og vitner plikter å møte til rettsmøte etter en lovlig forkynt innkallelse. Siktetes møteplikt er regulert i straffeprosessloven §§ 85 flg., og partene og prosessfullmektigenes møteplikt er regulert i tvistemålsloven § 89. Plikten til å møte som vitne i straffesaker og sivile saker er regulert i henholdsvis straffeprosesslovens §§ 108 flg. og tvistemålsloven §§ 199 flg.

For lagrettemedlemmer og meddommere gjelder bestemmelsen i domstolloven § 105, hvor det fremgår at ”til gyldig forfall medregnes omstendigheter som fører til at vedkommende ikke uten fare for helbred eller velferd kunne ha møtt”. Denne

bestemmelsen er veiledende også ved vurderingene av hvorvidt de andre grupper som plikter å møte i retten, har lovlig forfall.

Det er bare de mer alvorlige sykdomstilstander som gir lovlig forfall. Eksempler på dette er akutte tilstander som krever øyeblikkelig behandling og tilstander som vil bli vesentlig forverret som følge av oppmøte i retten.

Den hverdag som møter behandlende helsepersonell er at de relativt sjelden blir konfrontert med situasjoner der en pasient trenger erklæring i forhold til oppmøte i en retts sak. I de tilfeller dette skjer er situasjonen ofte den at oppmøte vil føles ubehagelig for pasienten som f.eks frykter konsekvenser av vitnemål i form av represalier eller lignende eller der vedkommende frykter at vitnemål vil kunne ødelegge viktige menneskelige relasjoner som vedkommende har. Dette er imidlertid belastninger som kan følge av å måtte møte i retten og som ikke gir grunnlag for fritak. For helsepersonellet kan det likevel oppstå en situasjon hvor han eller hun føler seg presset til å skrive en erklæring for å tilfredsstillende pasientens krav.

Retten opplever ofte at erklæringer de mottar sier at en pasient ikke kan møte uten at erklæringen gir retten tilstrekkelig grunnlag til å vurdere om kravene for fritak for oppmøte er tilfredsstillende. Retten må i disse tilfelle treffe sin beslutning uten å ha for hånden et tilfredsstillende beslutningsgrunnlag. Det er en utfordring å sikre at helsepersonell gir så grundige opplysninger om vitnets eller partens helsetilstand at dommeren kan foreta den rettslige vurdering av møteplikten.

Tidspress kan bidra til at dommeren lettere aksepterer forfall på grunnlag av en ufullstendig erklæring, fremfor å ta merarbeidet med å få de helsemessige forholdene bedre belyst.

Arbeidsgruppen har vurdert forskjellige typer av tiltak.

Det foreligger nå en konkretisering av de krav en helseerklæring skal tilfredsstillende i Sosial- og helsedirektoratets rundskriv IS-9/2006 "Krav i forbindelse med utstedelse av attester, helseerklæringer o.l.". Her står det:

"Det må dokumenteres at sykdommen ikke bare medfører arbeidsudyktighet, men faktisk er til hinder for at parten eller vitnet møter i retten. Da det er retten som vurderer om det foreligger gyldig forfall i det enkelte tilfelle, må de opplysningene som er av betydning for denne vurderingen framgå av selve erklæringen. Det er opplysninger om vedkommendes sykdomsbilde som her er det sentrale. Det er ikke tilstrekkelig at helsepersonellet i erklæringen begrenser seg til å opplyse at pasienten ikke er i stand til å møte i det angjeldende rettsmøte. Retten må kjenne til begrunnelsen for denne konklusjonen fra helsepersonellets side.

Attest/helseerklæring må etter domstolenes praksis minimum inneholde konkrete opplysninger om sykdom som er utenfor den innkaltes kontroll, og som gjør det umulig eller uforholdsmessig byrdefullt å møte.

Helseopplysninger bør som hovedregel dokumenteres i form av attester utstedt av behandlende helsepersonell. I normaltillfellene vil det verken være nødvendig eller hensiktsmessig å gjøre bruk av sakkyndige til dette formål."

Arbeidsgruppen mener at rundskrivet på en god måte konkretiserer de krav som gjelder og gjør disse tilgjengelige for helsepersonellet. Det er likevel et problem at de fleste helsepersonell så vidt sjelden kommer bort i problemstillingen, at det ikke er rimelig grunn til å forvente at de er fortrolige med disse kravene gjennom sin praksis. Det er derfor nødvendig med tiltak som kan bistå helsepersonellet med å finne frem til disse kravene når de trenger dem. Arbeidsgruppen vil ut fra dette foreslå at det utarbeides et skjema som følger med innkalling til møte i retten som part eller vitne, og som må brukes ved avgivelse av en slik helseerklæring. Dette skjema bør inneholde en henvisning til relevante deler av rundskrivet og være utformet slik at dommeren får de opplysninger som er nødvendige for å ta stilling til møteplikten. Skjemaet bør samtidig være integrert i elektronisk pasientjournal.

I pkt. 6.3.1 har arbeidsgruppen beskrevet hva et slikt skjema bør inneholde.

Arbeidsgruppen mener at det i tillegg kan være nyttig med en fagkyndig instans som retten enkelt kan konsultere og få råd i tvilstilfeller.

5.6.2 Straffegjennomføringen

5.6.2.1 Soningsutsettelse

Soningsutsettelse på grunn av soningsudyktighet reguleres av straffeprosesslovens § 459 første ledd. Det fremgår av denne bestemmelsen at fullbyrding av frihetsstraff eller samfunnsstraff skal utsettes dersom domfelte er blitt alvorlig sinnslidende eller hans helsetilstand ellers gjør fullbyrding utilrådelig. Det er påtalemyndigheten som treffer vedtak om soningsutsettelse.

Vurderingen må ta utgangspunkt i en bedømmelse av domfeltes helsetilstand og de konsekvenser soning vil kunne få for denne, jf. Rt. 1998 s. 2061. Noen ganger vil disse konsekvensene være slik at det fremstår som klart at soning må utsettes. I andre tilfeller vil det gjenstå en vurdering av om de helsemessige konsekvenser av soning, må anses så betydelige at de overskrider grensen for hva som kan anses tilrådelig. Denne vurderingen er ikke av rent helsefaglig karakter.

Vurderingen er sammensatt og må også bygge på rettferdighets- og konsekvensbetraktninger. Soning fører til problemer for mange og terskelen for å få soningsutsettelse må være høy dersom straffen rent allment skal være rettferdig og konsekvent, jf. Rt. 2003 s. 851. Om et fengselsopphold kan forenes med domfeltes helsetilstand må vurderes ut fra hva slags soning det er tale om. Vurderingen blir annerledes i forhold til soning i et åpent fengsel, enn ved soning i et vanlig fengsel. Problemer ved soning kan dessuten avhjelpest gjennom det konkrete opplegget i fengselet, som kan gjelde både soningsforhold og tilgang på helsefaglig hjelp og behandling.

Ideelt sett skal attesten/erklæringen uttale seg om den domfeltes helsemessige tilstand på en slik måte at påtalemyndigheten kan vurdere hvilke konsekvenser forholdene under straffegjennomføringen har for vedkommende. I mange tilfeller oppnås ikke dette. Dette kan ha sammenheng med at den som utsteder attesten ikke er klar over hva som skal til for å få soningsutsettelse. Selv om attestutsteder er klar over dette vil

vurderingen kunne bli mangelfull dersom han eller hun ikke kjenner innholdet av det soningsopplegg som kan tilbys domfelte og de tilpasninger som kan gjøres for å legge denne til rette i forhold til vedkommendes helsetilstand.

Soning vil alltid fremstå som meget belastende for den det gjelder. Den som skriver erklæringen vil lett oppleve at et negativt utfall av en søknad vil kunne komme i konflikt med hjelperollen. I andre tilfeller kan helsepersonellet med rette eller urette føle seg utsatt for et press fra pasientens side om å utstede en erklæring som kan danne grunnlag for søknad om utsettelse.

De problemene som er pekt på her er det ikke lett å løse gjennom regelverksendringer eller andre enkle administrative tiltak. De forslag arbeidsgruppen har kommet med tar derfor utgangspunkt i at for de fleste som skriver slike erklæringer vil dette være en oppgave de relativt sjelden gjør, og som lett kan oppfattes som vanskelig eller ubehagelig. Forslagene tar derfor sikte på å standardisere oppgaven og vil i tillegg lette kommunikasjonen mellom helsepersonellet og justismyndighetene. Dette vil gjøre erklæringene bedre som beslutningsunderlag.

For det første foreslår arbeidsgruppen at det utarbeides et skjema også til denne typen erklæringer som alltid legges ved innkallinger til soning. Skjemaet bør samtidig være integrert i elektronisk pasientjournal.

I pkt. 6.3.2 har arbeidsgruppen beskrevet hva et slikt skjema bør inneholde.

For det andre vil arbeidsgruppen anbefale at det vurderes å sentralisere behandlingen av slike saker. Særlig sett i lys av det skjønn som må utøves vil dette kunne bidra til større grad av likebehandling. Det vil også kunne bidra til en øket grad av profesjonalitet hos mottaker ved håndtering av helseerklæringer i slike saker. Sentralisert behandling vil videre gi større muligheter for å avdekke eventuelle uheldige nettverk mellom fagpersoner og advokater. I tillegg vil en slik sentralisering kunne gjøre det lettere å etablere kontakt med nødvendig ekspertise.

5.6.2.2 Benådning

Hjemmel for benådning er Grunnloven § 20. Det er bare Kongen i statsråd som kan innvilge søknad om benådning. Justisdepartementet har ved kgl.res. av 5. juni 1981 fått delegert myndighet til å avslå søknader. Vedtak i saker om benådning er unntatt fra den forvaltningsmessige begrunnelsesplikt, jf. forskrift til forvaltningsloven § 24 gitt ved kgl.res. av 16. desember 1977 og 5. juni 1981.

Benådning har som formål å hindre at straff blir fullbyrdet når dette vil være urimelig eller uheldig på grunn av særlige omstendigheter som er inntruffet etter rettskraftig dom, eller som domstolen ikke hadde kjennskap til. En benådning skal ikke være en overprøvelse av domstolens avgjørelse. Hindringer eller problemer av rent midlertidig karakter kan ofte avhjelpes gjennom adgangen til å søke soningsutsettelse, jf. straffeprosessloven § 459. Dersom dommen over lengre tid har blitt stående ufullbyrdet, fordi påtalemyndigheten har ansett domfelte for soningsudyktig og tilstanden anses varig, kan benådning være aktuelt.

Dersom det søkes om benådning før soningen er påbegynt, er det politikammeret som hadde ansvaret for behandlingen av straffesaken, som har ansvaret for forberedelsen av benådningssøknaden. Politiet sender benådningssøknaden sammen med sin innstilling og straffesakens dokumenter via stats- eller riksadvokaten til Justisdepartementet, Kriminalomsorgsavdelingen, til behandling.

Dersom det søkes om benådning etter at soningen er påbegynt, er det fengselet hvor den domfelte soner som er ansvarlig for å forberede søknaden. Etter at søknaden er blitt behandlet i fengselet, blir den sendt til den aktuelle regionen. Regionen skriver på bakgrunn av dette en innstilling og sender den til Kriminalomsorgsavdeling i Justisdepartementet.

Dersom søknaden om benådning er begrunnet i helsemessige årsaker, anbefaler arbeidsgruppen at det også til bruk i disse sakene utarbeides et skjema, jf. for så vidt arbeidsgruppens drøftelse under pkt. 5.6.2.1 om bruk av skjema i soningsutsettelsessaker. Arbeidsgruppen anbefaler at det for benådning og soningsutsettelse benyttes et felles skjema, jf. pkt. 6.3.2.

Arbeidsgruppen anbefaler videre at det bør foreligge en "second opinion" i saker hvor det er aktuelt å benåde av helsemessige grunner. Det bør utarbeides nærmere retningslinjer for innhenting av "second opinion" i disse sakene.

5.6.2.3 Straffavbrudd

Kriminalomsorgen kan beslutte at gjennomføringen av straffen skal avbrytes dersom domfeltes helsetilstand tilsier det, eller når det for øvrig foreligger særlig tungtveiende grunner som ikke kan avhjelpes på annen måte, jf. straffegjennomføringsloven §§ 35 og 57. Straffavbrudd kan gis både fra fengselsstraff og fra samfunnsstraff.

Når det gjelder straffavbrudd fra fengslene er det arbeidsgruppens oppfatning at det er et godt fungerende samarbeid mellom de ansatte i fengslene og helsetjenesten. Arbeidsgruppen vil derfor ikke anbefale noen konkrete tiltak på dette området.

Når det gjelder straffavbrudd fra friomsorgen, anbefaler arbeidsgruppen at det utarbeides et skjema. Arbeidsgruppen understreker viktigheten av at det brukes erklæringer hvor formålet med erklæringen fremgår, samt at grunnlaget for avbruddssøknaden fremgår. Slik arbeidsgruppen ser det bør det i disse tilfellene ikke være tilstrekkelig med en vanlig sykmelding.

I pkt. 6.3.3 har arbeidsgruppen beskrevet hva et slikt skjema bør inneholde. Skjemaet bør integreres i elektronisk pasientjournal og alltid legges ved innkallinger til soning.

5.6.2.4 Prøveløslatelse, endring i soningsforhold mv.

Arbeidsgruppen er kjent med at det foreligger andre typer saker hvor det utstedes/benyttes helseerklæringer. Dette gjelder for eksempel ved prøveløslatelse, søknad om overføring til lavere sikkerhetsnivå eller andre lettelser i soningsforholdene. Arbeidsgruppen har ikke gått nærmere inn i dette.

6 Arbeidsgruppens forslag

6.1 Forslag til lov om helseattester

Forslag til lov om helseattester

§ 1

Fra den tid denne lov trer i kraft gjøres slike endringer i følgende lover:

I.

Lov 10. februar 1967 om behandlingsmåten i forvaltningssaker (forvaltningsloven) § 17 tredje ledd skal lyde:

Partene bør også for øvrig gjøres kjent med opplysninger av vesentlig betydning som det må forutsettes at de har grunnlag og interesse for å uttale seg om, og som parten etter § 18 jfr. § 19 har rett til å gjøre seg kjent med. Ved avveiningen skal legges vekt på om rask avgjørelse er ønskelig og om hensynet til parten er tilstrekkelig varetatt på annen måte, for eksempel ved at han er gjort kjent med retten etter § 18 jfr. § 19 til å se sakens dokumenter. *Dersom organet innhenter vurdering til bruk i saksforberedelsen fra særlige rådgivere eller sakkyndige skal dokument om innhenting av slik uttalelse etter samme betingelser forelegges partene til uttalelse.*

II.

I lov 28. februar 1997 nr. 19 om folketrygd (folketrygdloven) gjøres følgende endringer:

1. § 25-6 skal lyde:

Tap av retten til å praktisere for trygdens regning

Dersom en person som gir behandling eller yter tjenester som faller inn under denne loven, gjør seg skyldig i misbruk overfor trygden, ikke oppfyller lovbestemte plikter eller gir trygden misvisende opplysninger eller erklæringer som kan føre til misbruk av trygdeytelser, kan Arbeids- og velferdsetaten bestemme at det ikke skal ytes godtgjørelse for behandling eller tjenester som vedkommende utfører. I slike tilfeller plikter trygden heller ikke å yte stønad på grunnlag av erklæring fra vedkommende. *Avgjørelse om at det ikke skal ytes godtgjørelse for behandling eller tjenester kan påklages av vedkommende til Statens helsepersonellnemnd.*

2. § 25-7 skal lyde:

Utelukkelse fra å utstede legeerklæringer

Dersom en lege ikke innen rimelig tid gir trygden de opplysninger som er nødvendige for å avgjøre en sak om sykepenger, medisinsk rehabilitering, attføring, tidsbegrenset uførestønad eller uførepensjon, kan Arbeids- og velferdsetaten

bestemme at trygden i opptil ett år ikke skal gi slike ytelser på grunnlag av erklæringer fra legen. Det samme gjelder dersom legen gjentatte ganger ikke følger bestemmelser gitt i eller i medhold av denne loven om sykmelding og funksjonsvurdering. *Avgjørelse om at det ikke skal gis ytelser på grunnlaget av erklæringer fra en lege kan påklages av vedkommende lege til Statens helsepersonellnemnd.*

III.

I lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven) gjøres følgende endringer:

1. § 15 skal lyde:

§ 15. Krav til attester, *erklæringer* o.l.

Den som utsteder attest, *erklæring* o.l. skal være varsom, nøyaktig og objektiv. Attest, *erklæring* o.l. skal være korrekte og bare inneholde opplysninger som er nødvendige for formålet. *Attest, erklæring o.l. skal inneholde alle opplysninger som helsepersonellet bør forstå er av betydning for mottageren og for formålet med attesten, erklæringen o.l., samt gjøre det klart dersom attesten, erklæringen o.l. bare bygger på en begrenset del av de opplysninger helsepersonellet har.* Helsepersonell som er inhabil etter forvaltningsloven § 6, skal ikke utstede attest, *erklæring* o.l.

Departementet kan i forskrift fastsette nærmere bestemmelser om hvordan ulike attester, erklæringer o.l. skal utformes og hvilke opplysninger de skal inneholde.

2. Ny § 62 a skal lyde:

§ 62 a. *Tilbakekall av retten til å utferdige attester, erklæringer o.l.*

Hvis helsepersonells utferdigelse av attester, erklæringer o.l. er i strid med denne lov eller bestemmelser gitt i medhold av den kan Statens helsetilsyn helt eller delvis kalle tilbake retten til å utferdige attester, erklæringer o.l.

Ved vurdering av tilbakekall etter første ledd skal det legges vekt på alvorligheten av overtredelsen, herunder om den har foregått over tid, dens omfang, om overtredelse skyldes forsettlig eller grovt uaktsomt forhold fra helsepersonellens side, om overtredelsen har ført til uriktige avgjørelser i rettsforhold, herunder at noen ikke har fått den rettsstilling de har krav på eller har fått en uberettiget rettsstilling, samt om helsepersonellet tidligere har mottatt advarsel for lignende forhold.

Tilbakekall etter første ledd skal gjelde for en bestemt tid. Tilbakekall skal, når forholdene taler for det, begrenses til å gjelde bestemte typer attester, erklæringer o.l. eller til å gjelde attester, erklæringer o.l. som utferdiges til bruk for nærmere bestemte formål eller overfor nærmere bestemte mottakere.

Helsepersonell kan selv gi avkall på retten til å utferdige attester, erklæringer o.l. ved skriftlig erklæring til Helsetilsynet i fylket. Et avkall er bindende i den perioden det er gitt for.

Vedtak om tilbakekall av retten til å utferdige attester, erklæringer o.l. er enkeltvedtak etter forvaltningsloven.

§ 2

Denne lov trer i kraft fra den tid Kongen bestemmer

6.2 Forslag til forskrift

Forskrift om helsepersonells utstedelse av attester, erklæringer o.l.

§ 1. Hovedregel

Den som utsteder attest, erklæring o.l. skal være varsom, nøyaktig og objektiv.

Utstederen skal foreta sin virksomhet med respekt for pasientens rettssikkerhet og integritet og for mottakeren av erklæringens behov.

Attester, erklæringer o.l. skal gi en faglig beskrivelse av pasientens helsetilstand og være så utfyllende og tydelig at formålet med attesten eller erklæringen oppfylles. Er den som skal utstede en attest eller erklæring i tvil om formålet, bør den som har bestilt attesten eller erklæringen kontaktes med sikte på oppklaring. Opplysninger som er relevante for formålet må ikke forties eller fordreies.

Attest, erklæring o.l. skal skrives slik at den kan forstås av pasienten og mottakeren, uten unødvendig bruk av faguttrykk.

§ 2. Anvendelsesområde

Denne forskriften gjelder alle attester, erklæringer o.l. som utstedes av helsepersonell. For attester, erklæringer o.l. som utstedes av helsepersonell på fortrykte blanketter, skjemaer o.l. gjelder denne forskriften med de nødvendige tilpasninger, dog slik at § 1, §§ 4 – 6, § 7 første ledd og § 8 første og andre ledd gjelder ubetinget.

§ 3. Definisjoner

Med attester, erklæringer o.l. menes i denne forskrift både behandlererklæringer og sakkyndigerklæring.

Med behandlererklæring menes attest, erklæring o.l. om en pasient som avgis på grunnlag av opplysninger som i hovedsak er innhentet med det formål å behandle pasienten eller som avgis etter pasientens oppfordring for å dokumentere en helsetilstand eller lignende.

Med sakkyndigerklæring menes attest, erklæring o.l. om en person som avgis som ledd i utførelsen av et oppdrag om å foreta nærmere spesifiserte beskrivelser, beregninger eller vurderinger, basert på nødvendige innhentede opplysninger.

§ 4. Habilitet

Helsepersonell skal ikke opptre som sakkyndig eller utstede attest, erklæring o.l. som behandler eller sakkyndig dersom vedkommende er inhabil etter forvaltningsloven § 6.

§ 5. Samtykke

Attest, erklæring o.l. kan bare utstedes etter pasientens samtykke eller med hjemmel i lov. Dersom pasientens samtykke til utlevering av opplysninger er så begrenset at en attest, erklæring o.l. vil gi et ufullstendig eller misvisende bilde av situasjonen, må helsepersonellet gjøre oppmerksom på at attesten eller erklæringen bygger på et avgrenset materiale eller avstå fra å utstede slik attest eller erklæring.

§ 6. Kompetanse og kunnskap

Helsepersonell skal ikke utstede attest, erklæring o.l. uten nødvendig fagkompetanse. Helsepersonell skal heller ikke utstede attest, erklæring o.l. om forhold det ikke har fått kunnskap om gjennom sin virksomhet.

§ 7. Nøyaktighet og etterprøvbarehet

Helsepersonell skal bygge sine attester, erklæringer o.l. på nødvendig innhentet informasjon og på så omfattende undersøkelser som formålet tilsier. Attester, erklæringer o.l. skal redegjøre for rammene for de undersøkelser som er foretatt, hva slags dokumentasjon som foreligger, helsepersonellens vurderinger og konklusjon. I erklæringen skal det anføres dato for siste personlige undersøkelse av pasienten. Dersom slik undersøkelse ikke er foretatt skal dette uttrykkelig fremgå. Dokumentene som ligger til grunn for attest, erklæring o.l. skal være tilgjengelige for mottaker av attesten eller erklæringen.

Attest, erklæring o.l. skal redegjøre for premisser og konklusjon på en etterprøvbare måte. Det skal tydelig fremgå hvilke opplysninger i attesten, erklæringen o.l. som beror på helsepersonellens egen undersøkelse av pasienten og hvilke opplysninger som kommer fra den undersøkte eller tredjemann, eller om opplysningene stammer fra pasientjournaler eller lignende.

§ 8. Egenerklæring

En attest, erklæring o.l. skal opplyse om den erklæringen angår er pasient hos utstederen og hva slags kjennskap utstederen har til pasienten. Det skal fremgå om attesten, erklæringen o.l. utstedes som behandlererklæring eller sakkyndigerklæring. Foreligger det forhold som kan ha betydning for vurdering av utstederens habilitet, skal dette fremgå.

Attest, erklæring o.l. skal dateres, og undertegnes med utsteders navn, stilling, tjenestested og telefonnummer, eventuelt også elektronisk signatur.

Utsteder av sakkyndigerklæring skal opplyse hvem som har gitt oppdraget. Det skal videre opplyses om utstederen i løpet av de siste to år har hatt oppdrag for samme oppdragsgiver, for mottakeren av erklæringen eller for andre som kan ha interesser i utfallet av den saken som skal avgjøres på grunnlag av den.

6.3 Forslag til tiltak innenfor justissektoren

6.3.1 Forfall for parter, siktede og vitner i rettssaker

6.3.1.1 Skjema

Arbeidsgruppen mener det til bruk i disse sakene bør utarbeides et eget skjema. Et slikt skjema bør inneholde følgende:

1. Opplysninger om pasienten: navn, fødselsnummer og adresse.
2. Pasienten er kjent fra tidligere: ja/nei. Pasienten har vist legitimasjon: ja/nei
3. Pasienten er personlig undersøkt av meg: ja/nei. Hvis ja: dato, klokkeslett og sted.
4. Jeg er pasientens faste behandler: ja/nei. Hvis ja, fra når?
5. Formålet med erklæringen.
6. Er pasienten av helsemessige grunner ute av stand til å gjennomføre reisen til rettslokalet? ja/nei.

7. Har pasienten alvorlig sykdom som vil bli vesentlig forverret av å møte i retten?
ja/nei
8. Hvis nei under punkt 6, er det annen akutt eller kronisk tilstand som gjør det umulig å møte i retten? ja/nei
9. Hvis ja under punkt 6, 7 eller 8, skyldes dette akutt eller alvorlig sykdom, og når oppstod den? Beskriv pasientens symptomer, varighet, funn ved undersøkelsen og gi en begrunnet vurdering av hvorfor du mener pasienten ikke kan møte i retten.
10. Utsteders underskrift, dato og telefonnummer.

Skjemaet bør vise til rundskriv IS-9/2006 fra Sosial- og helsedirektoratet om krav i forbindelse med utstedelse av attester, helseerklæringer og lignende. Rundskrivet finnes på Sosial- og helsedirektoratets nettsider; www.shdir.no.

6.3.1.2 Rådgivende instans

Arbeidsgruppen mener at det i disse sakene også kan være nyttig med en fagkyndig instans som retten enkelt kan konsultere og få råd i ved tvilstilfeller.

6.3.2 Soningsutsettelse

6.3.2.1 Skjema

Arbeidsgruppen mener det til bruk i disse sakene bør utarbeides et eget skjema. Et slikt skjema bør inneholde følgende:

1. Opplysninger om pasienten: navn, fødselsnummer og adresse.
2. Pasienten er kjent fra tidligere: ja/nei. Pasienten har vist legitimasjon: ja/nei
3. Pasienten er personlig undersøkt av meg: ja/nei. Hvis ja: dato, klokkeslett og sted.
4. Jeg er pasientens faste behandler: ja/nei. Hvis ja, fra når?
5. Formålet med erklæringen. Alternativer: soningsutsettelse eller benådning
6. Har pasienten alvorlig psykisk lidelse? ja/nei. Hvis ja må det fremlegges erklæring fra spesialist i psykiatri eller klinisk psykologi.
7. Er det andre sider ved pasientens helsetilstand som gjør soningen utilrådelig? ja/nei
8. Hvis ja under punkt 6 eller 7, beskriv pasientens symptomer, fysisk og psykisk funksjonsevne, varighet, funn ved undersøkelsen og gi en begrunnet vurdering av hvorfor du mener soning er utilrådelig.
9. Det må foretas en vurdering av om tilstanden er varig eller om det er utsikt til bedring
10. Utsteders underskrift, dato og telefonnummer.

Skjemaet bør vise til rundskriv IS-9/2006 fra Sosial- og helsedirektoratet om krav i forbindelse med utstedelse av attester, helseerklæringer og lignende. Rundskrivet finnes på Sosial- og helsedirektoratets nettsider; www.shdir.no.

6.3.2.2 Sentralisert behandling

Arbeidsgruppen vil anbefale at det vurderes å sentralisere behandlingen av disse sakene. Dette vil kunne bidra til større grad av likebehandling og økt grad av profesjonalitet hos mottaker av helseerklæringer i slike saker. Sentralisert behandling vil også gi større muligheter for å avdekke eventuelle uheldige nettverk og gjøre det lettere å etablere kontakt med nødvendig ekspertise.

6.3.3 Benådning

6.3.3.1 Skjema

Dersom søknaden om benådning er begrunnet i helsemessige årsaker, anbefaler arbeidsgruppen at det utarbeides et skjema. Arbeidsgruppen anbefaler at det benyttes samme skjema som for soningsutsettelse, jf. pkt. 6.3.2.1.

6.3.3.2 Second opinion

Arbeidsgruppen anbefaler at det bør foreligge en "second opinion" i saker hvor det er aktuelt å benåde av helsemessige grunner. Det bør utarbeides nærmere retningslinjer for innhenting av "second opinion" i disse sakene.

6.3.4 Straffavbrudd fra friomsorgen

6.3.4.1 Skjema

Arbeidsgruppen mener det til bruk i disse sakene bør utarbeides et eget skjema. Et slikt skjema bør inneholde følgende:

1. Opplysninger om pasienten: navn, fødselsnummer og adresse.
2. Pasienten er kjent fra tidligere: ja/nei. Pasienten har vist legitimasjon: ja/nei
3. Pasienten er personlig undersøkt av meg: ja/nei. Hvis ja: dato, klokkeslett og sted.
4. Jeg er pasientens faste behandler: ja/nei. Hvis ja, fra når?
5. Formålet med erklæringen.
6. Er pasienten av helsemessige grunner ute av stand til å utføre
 - samtale
 - kurs/undervisning
 - tungt fysisk arbeid
 - lett fysisk arbeid
7. Hvis nei i forhold til noen av alternativene under pkt. 6. Beskriv pasientens symptomer, varighet, funn ved undersøkelsen og gi en begrunnet vurdering av hvorfor du mener pasienten er ute av stand til å utføre den/de aktivitetene.
8. Utsteders underskrift, dato og telefonnummer.

Skjemaet bør vise til rundskriv IS-9/2006 fra Sosial- og helsedirektoratet om krav i forbindelse med utstedelse av attester, helseerklæringer og lignende. Rundskrivet finnes på Sosial- og helsedirektoratets nettsider; www.shdir.no.

7 Administrative og økonomiske konsekvenser av forslagene

7.1 Forslag til lovendringer

Arbeidsgruppen har foreslått enkelte endringer i helsepersonelloven, forvaltningsloven og folketrygdloven. Endringen er dels av teknisk art og dels av organisatorisk art.

Når det gjelder administrative og/eller økonomiske konsekvenser knyttet til selve utarbeidelsen av lovendringene, antar arbeidsgruppen at disse vil være av begrenset omfang og at de uansett kan dekkes innenfor berørte departementers budsjettammer.

Forslaget til endring i *forvaltningsloven* innebærer at en part, på nærmere vilkår, gis rett til å få forelagt til uttalelse dokument om innhenting av vurdering fra særlige rådgivere eller sakkyndige. En administrativ konsekvens av dette vil være at forvaltningen, som en del av saksbehandlingen, da vil måtte oversende dokumenter til sakens parter og sette av tid til å avvente en eventuell tilbakemelding. Dette vil kunne forlenge saksbehandlingstiden noe. På bakgrunn av den tid arbeidsgruppen har hatt til rådighet har gruppen ikke hatt anledning til å beregne eller vurdere de økonomiske konsekvensene av dette.

Når det gjelder endringen av *helsepersonelloven* § 15, representerer disse i hovedsak en utdyping eller presisering av gjeldende bestemmelse. Dette vil ikke få administrative eller økonomiske konsekvenser av betydning.

Innføring av ny sanksjonsbestemmelse i helsepersonelloven, jf. forslag til ny § 62a, vil imidlertid få administrative og økonomiske konsekvenser.

Arbeidsgruppen viser til at Statens helsetilsyn har opplyst at de i 2005 behandlet tre saker som i hovedsak gjaldt overtredelse av helsepersonelloven § 15. En av disse sakene endte med en advarsel til helsepersonellet. Arbeidsgruppen utelukker imidlertid ikke at det i tillegg til disse tre sakene, kan ha blitt foretatt vurderinger av helsepersonells utstedelse av attester, erklæringer o.l. i andre saker uten at disse sakene spesifikt har vært knyttet opp mot helsepersonelloven § 15.

Gruppen viser videre til at Legeforeningens etiske råd i perioden 1. juli 2004 til 31. desember 2005 behandlet 128 saker. Av beretningen for denne perioden fremgår imidlertid ikke hvor mange av disse sakene som gjaldt leges utstedelse av attest, erklæring og lignende. I beretningen er det redegjort for 5 klagesaker knyttet til slik problematikk, men arbeidsgruppen antar at etisk råd har behandlet et noe høyere antall klagesaker enn de som spesifikt er redegjort for i beretningen.

Når det gjelder Norsk Psykologforenings Fag-etiske råd, har disse opplyst at de i perioden 1. januar 2004 – 31. desember 2005 mottok totalt 34 klagesaker innen

området sakkyndighetsarbeid. Av disse 34 sakene ble 16 saker åpnet, 16 saker avvist og 2 saker er foreløpig ikke avgjort.

Innføring av en slik bestemmelse vil medføre økt oppmerksomhet knyttet til helsepersonells utstedelse av attester, erklæringer o.l., samt muligens også økt fokus fra tilsynsmyndighetenes side når det gjelder denne type problemstillinger. Dette vil kunne medføre en økning når det gjelder antall klagesaker knyttet til helsepersonells utstedelse av attester/erklæringer, samt også at tilsynsmyndighetene av eget tiltak vil vurdere denne type problemstillinger i flere saker. Slik sett vil det kunne forventes et økt ressursbehov for tilsynsmyndighetene. Under henvisning til dette, samt basert på ovenstående tallmateriale (som riktignok er begrenset og usikkert), antar arbeidsgruppen at Statens helsetilsyn årlig vil komme til å behandle et sted mellom 15 – 20 saker opp mot den nye tilbakekallsbestemmelsen.

Ved at det innføres en slik ny sanksjonsbestemmelse vil derfor tilsynsmyndigheten ha behov for noe mer saksbehandlingsressurser, samt også noe ressurser for å bygge opp nødvendig kompetanse til å behandle denne type saker.

Endringene i *folketrygdlovens* § 25-6 og § 25-7 innebærer at klage over vedtak etter bestemmelsene skal behandles av Statens helsepersonellnemnd. Arbeidsgruppen har fått opplyst at Rikstrygdeverket sjelden utestenger helsepersonell fra kun å skrive attester/erklæringer (§ 25-7) dersom de har rett til å praktisere for trygdens regning. De fleste av disse sakene har vært vurdert som så alvorlige at Rikstrygdeverket har utestengt helsepersonellet fra å praktisere for trygdens regning (§ 25-6). De siste to årene er 8 - 10 leger utestengt fra å praktisere for trygdens regning i perioder.

Arbeidsgruppen antar at de ressurser som i dag benyttes til klagesaksbehandlingen i disse sakene, kan overføres Statens helsepersonellnemnd. Slik sett vil ressurser medgått til den løpende saksbehandling av disse sakene totalt sett tilsvare dagens ressursforbruk. I tillegg til dette vil imidlertid Helsepersonellnemnda i en oppstartsperiode ha behov for noe ressurser for å bygge opp nødvendig kompetanse på et nytt saksområde.

7.2 Forslag til forskrift

Forskriftsforslaget representerer i all hovedsak en utdyping eller presisering av helsepersonelloven § 15. Dette vil således ikke få administrative eller økonomiske konsekvenser av betydning.

7.3 Forslag til tiltak innenfor justissektoren

Arbeidsgruppen har foreslått at det utarbeides enkelte skjemaer som helsepersonell skal benytte ved ulike sakstyper innenfor justissektoren. Gruppen antar at selve utarbeidelsen av slike skjemaer vil ha begrensede økonomiske og administrative konsekvenser.

Det vil imidlertid måtte påregnes noe kostnader knyttet til opptrykking eller annen tilgjengeliggjøring av skjemaene, samt eventuelle informasjonstiltak for å gjøre skjemaene kjent.

Når det gjelder implementering av disse skjemaene i elektroniske pasientjournalssystemer (EPJ) antar arbeidsgruppen at kostnadene forbundet med dette vil dekke av leverandørene av disse systemene.

Når det gjelder administrative eller økonomiske konsekvenser av de øvrige forslag arbeidsgruppen har inntatt i pkt. 6.3, vil dette måtte vurderes nærmere på bakgrunn av hvilke forslag man velger å følge opp og hvordan disse mer spesifikt skal utformes.

DEL II – VEDLEGG TIL ARBEIDSGRUPPENS INNSTILLING

Vedlegg 1 Oversikt over regler om innhenting, utferdigelse og bruk av ulike attester, erklæringer o.l.

1 Innledning

I dette vedlegget har arbeidsgruppen redegjort for regelverk av betydning for innhenting, utstedelse, bruk og kontroll av attester, erklæringer o.l. avgitt av helsepersonell. Det er i hovedsak redegjort for regelverk i form av lover, men også enkelte forskrifter.

Som det vil fremgå er det redegjort for regler av både materiell og prosessuell art. I noen tilfeller er det vanskelig å trekke et klart skille mellom regelverk av materiell og prosessuell art. Med regelverk av materiell art siktes det i denne sammenheng først og fremst til regelverk om innholdsmessige eller kvalitetsmessige krav til ulike attester, erklæringer o.l., eller regleverk som pålegger plikter eller ansvar knyttet til ”fagligheten” ved utarbeidelse av attester eller erklæringer. Med regelverk av prosessuell art siktes det derimot til regelverk som sier noe om hvem som kan avgi ulike attester, erklæringer o.l., i hvilke saker det kan eller skal oppnevnes sakkyndige, hvem som kan være sakkyndig, hvor mange som skal oppnevnes og hvem som skal oppnevne de sakkyndige, samt regelverk om kvalitetssikring eller kontroll av attester, erklæringer o.l..

Når det mer prinsipielt gjelder drøftelse av begrepene ”attest, erklæring”, ”sakkyndigerklæring” og behandlererklæring”, vises det til innstillingens pkt. 1.3 og pkt. 1.4, hvor det er redegjort for arbeidsgruppens mandat og forståelsen/avgrensningen av dette, samt redegjort for enkelte sentrale begreper. I herværende vedlegg har arbeidsgruppen lagt til grunn en vid forståelse av begrepene attest, erklæring, sakkyndig erklæring o.l. Regelgjennomgangen gjelder dermed både for ulike attester, erklæringer, meldinger o.l. som helsepersonell avgir etter anmodning fra pasienten og for sakkyndige erklæringer i mer tradisjonell forstand, for eksempel erklæringer som avgis på bestilling fra en oppdragsgiver og i henhold til et på forhånd fastsatt mandat.

2 Helselovgivning

2.1 Helsepersonelloven

2.1.1 Innledning – lovens formål

Et stort antall lover og forskrifter regulerer helsetjenesten og helsepersonells yrkesutøvelse. Når det gjelder helsepersonells yrkesutøvelse er lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven) den mest sentrale. Loven gjelder for 27

autoriserte helsepersonellgrupper og pålegger disse en rekke rettigheter og plikter, herunder bestemmelser som direkte eller indirekte er av betydning for helsepersonells utarbeidelse av sakkyndige erklæringer, attester, meldinger, henvisninger og lignende. I praksis står legene for den klart største andelen av attester, erklæringer o.l., samtidig som også psykologer utarbeider et stort antall attester eller erklæringer. I tillegg vil blant annet tannleger, fysioterapeuter og kiropraktorer utarbeide et visst antall.

Allerede lovens formålsbestemmelse i § 1 indikerer at det vil gjelde visse begrensninger eller krav i forhold til helsepersonells arbeid som sakkyndig eller ved utarbeidelse av attester, erklæringer o.l., idet det her heter at:

”Lovens formål er å bidra til sikkerhet for pasienter og kvalitet i helsetjenesten samt tillit til helsepersonell og helsetjeneste.”

Slik sett vil det kunne være i strid med lovens formål dersom helsepersonell utarbeider attester eller erklæringer som faglig sett ikke holder mål, og ikke minst dersom helsepersonell bevisst utarbeider uriktige attester eller erklæringer for at en person uberettiget skal oppnå en fordel eller rettighet eller unngå en ulempe. Slik virksomhet vil utvilsomt kunne være uheldig for befolkningens, pasienters og myndigheters tillit til helsepersonell, og det vil i verste fall også kunne få innvirkning på pasientsikkerhet og helsehjelpens kvalitet.

2.1.2 Forsvarlighet

Etter § 4 er helsepersonell pålagt en plikt til å utøve sin virksomhet forsvarlig, jf. særlig bestemmelsens første ledd hvor det heter at ”(H)elsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellets kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig.”

Forsvarlighetsplikten vil også gjelde for helsepersonell som utsteder attester, erklæringer o.l. eller arbeider som sakkyndige, enten muntlig eller ved utarbeidelse av skriftlige erklæringer. I disse henseender må helsepersonellet utføre sitt oppdrag i samsvar med det som etter en konkret vurdering fremstår som faglig forsvarlig i forhold til utstedelse av aktuelle attest eller erklæring eller i forhold til sakkyndighetsoppdraget og den aktuelle pasient.

I kravet om at helsepersonell skal opptre forsvarlig i forbindelse med utstedelse av attester/erklæringer og ved utøvelse av sakkyndighetsoppdrag, ligger det både et krav til hvordan helsepersonellet går frem i sitt arbeid og til innholdet i attestene/erklæringene. Hva dette mer spesifikt innebærer i forhold til helsepersonells arbeid, er ikke drøftet i lovens forarbeider. Arbeidsgruppen antar imidlertid at det blant annet må kunne kreves at attester/erklæringer baserer seg på et opplyst faktisk og helsefaglig grunnlag. Videre bør det fremgå av vurderingen hvordan den faktiske informasjon er innhentet, eventuelt en vurdering av dette grunnlaget og betydningen av det for vurderingen, inkludert eventuell tvil og usikkerhet knyttet til grunnlaget. Det bør også klart fremgå hva som er vurdert, eventuelt avvik fra det mandat som var gitt og eventuell tvil og usikkerhet knyttet til vurderingene.¹⁸ Arbeidsgruppen vil imidlertid påpeke at de nærmere krav til ulike typer attester/erklærings form og

¹⁸ Se Anne Kjersti Befring, Legen som sakkyndig, Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 1270-1.

innhold, vil kunne variere noe avhengig av hva slags type attest/erklæring det er snakk om, hva som foranlediger attesten/erklæringen og for hvilket formål attesten/erklæringen er utferdiget.

I tråd med hva som ellers gjelder når helsepersonell yter helsehjelp, må helsepersonell ved utstedelse av attester/erklæringer og ved arbeid som sakkyndig, være bevisst begrensninger i egen kompetanse eller faglige kvalifikasjoner. Helsepersonellet bør ikke gå utenfor sine kvalifikasjoner, samt unngå private oppfatninger som ikke er faglig fundert. Dersom helsepersonellet ikke mener å ha tilstrekkelige eller riktige kvalifikasjoner til å gi den vurderingen som et mandat foranlediger, bør helsepersonellet vurdere om det i det hele tatt bør være sakkyndig, eventuelt ta dette opp særskilt med oppdragsgiver. I hvert fall bør det her fremgå hvilke områder av en sakkyndig attest/erklæring hvor helsepersonellet er i tvil om egen kompetanse.¹⁹

I tillegg til at forsvarlighetskravet innebærer en plikt for det enkelte helsepersonell til å opptre i samsvar med faglige normer og lovbestemte krav for yrkesutøvelsen, innebærer forsvarlighetskravet også en plikt til å holde seg faglig oppdatert, jf. lovens forarbeider (Ot.prp. nr. 13 (1998-99) Om lov om helsepersonell m v) hvor det på side 38 bl.a. uttales:

”Forsvarlighetskravet innbefatter bl a en plikt til faglig ajourhold. Hvilke krav som stilles til å holde seg faglig à jour vil blant annet være avhengig av i hvilken grad man har hatt mulighet og oppfordring til å gjøre seg kjent med nyere forskningsresultater. Plikten må videre sees i relasjon til om en ny behandlingsmetode e l gir økte muligheter for helbredelse i forhold til den tradisjonelle. (...)”

Slik plikt til å være faglig oppdatert vil også gjelde når helsepersonell utarbeider attester/erklæringer.

2.1.3 Krav til ressursbruk

Av lovens § 6 fremgår at helsepersonell ”skal sørge for at helsehjelpen ikke påfører pasienter, helseinstitusjon, trygden eller andre unødvendig tidstap eller utgift.”

I bestemmelsens forarbeider er det presisert at denne plikten ”gjelder ved organisering av virksomheten, herunder prioritering av pasienter i tillegg til ved diagnostisering, behandling og oppfølging av den enkelte pasient”, jf. Ot.prp. nr. 13 side 77.

Det vil åpenbart kunne være i strid med bestemmelsen dersom helsepersonell ved å utstede bevisst uriktige attester/erklæringer, bidrar til at pasienter får rettigheter, fordeler eller ytelser de ellers ikke ville hatt krav på, for eksempel ulike ytelser etter folketrygdeloven. Selv om helsepersonellet ikke bevisst har utstedet uriktige attester/erklæringer, vil det også kunne være i strid med bestemmelsen dersom det utstedes attester/erklæringer som er av så lav faglig kvalitet, så mangelfulle eller overfladiske at pasienten gis rettigheter eller fordeler som vedkommende på bakgrunn av en forsvarlig utarbeidet eller objektivt sett ”riktig” attest/erklæring ikke skulle hatt.

¹⁹ Se forrige note.

Det vil også kunne være i strid med § 6 dersom helsepersonell utferdiger attester/erklæringer som er feilaktige eller så mangelfulle at pasienten av den grunn ikke får helsehjelp han ellers ville hatt krav på eller dersom han først får helsehjelp på et senere tidspunkt enn hva han ville fått med en riktig erklæring. Også utferdigelse av attester/erklæringer som gjør at en pasient får helsehjelp på et tidligere tidspunkt enn hva han/hun etter en ”riktig” erklæring skulle hatt krav på, vil etter en konkret vurdering kunne være i strid med bestemmelsen. I slike tilfeller kan det tenkes at andre pasienter som følge av slik erklæring må vente lenger på helsehjelp enn hva de ellers skulle gjort, for eksempel hvis det er lange ventetider på grunn av et begrenset undersøkelses- eller behandlingstilbud.

2.1.4 Forbud mot gaver mv. i tjenesten

I lovens § 9 er det oppstilt et forbud for helsepersonell mot å motta gave, provisjon, tjeneste eller annen ytelse som er egnet til å påvirke deres tjenestelige handlinger på en utilbørlig måte. I bestemmelsens forarbeider er det vist til at begrunnelsen for å regulere helsepersonells yrkesutøvelse bl.a. vil være hensynet til befolkningens tillit til helsepersonell, jf. for så vidt ovenfor om lovens formålsbestemmelse. Det vises til at det er nødvendig med allmenn tillit til at helsepersonell opptrer ut fra et ønske om å gi pasienten adekvat helsehjelp og ikke ut fra andre utenforliggende hensyn eller hensynet til egen vinning.

Bestemmelsen vil særlig være relevant for helsepersonells samhandling eller kontakt med profesjonelle aktører så som legemiddelindustri, selgere/produsenter av medisinsk teknisk utstyr eller forbruksmateriale, forskningsmiljøer og lignende. Imidlertid vil også helsepersonellets samhandling eller kontakt med pasienten være relevant i forhold til bestemmelsen, herunder de tilfellene hvor helsepersonellet utsteder attester/erklæringer eller opptrer som sakkyndig.

Bestemmelsens *første ledd* innebærer et forbud mot at helsepersonell mottar gaver e l som er egnet til å påvirke deres tjenstlige handlinger på en utilbørlig måte. I forarbeidene til bestemmelsen er det presisert at uttrykket ”egnet til” inneholder en objektiv standard, jf. Ot.prp. nr. 13 side 221. Det uttales bl.a. at dersom ”helsepersonellet gjennom ytelser påvirkes til tjenstlige handlinger de ellers ikke ville gjort og som er egnet til å føre til usaklig forskjellsbehandling av pasienter eller behandling som ikke er helsefaglig begrunnet, vil departementets forslag forby mottak av slike ytelser.”

I forarbeidene er det også på side 63-64 bl.a. uttalt at et forbud kun er ”ment å ramme utilbørlig påvirkning. Med ”utilbørlig” menes her en påvirkning som er egnet til å påvirke helsepersonell på en slik måte at andre vurderinger enn de faglige og samfunnsøkonomiske ligger til grunn. Med andre vurderinger menes f eks hensynet til kommersielle interesser eller egen vinning.”

Bestemmelsens *andre ledd* fastslår at helsepersonell fra en pasient bare kan motta gave, provisjon, tjeneste eller annen ytelse, såfremt denne er av ubetydelig verdi. Hvor grensen skal gå må vurderes konkret, men i lovens forarbeider er det antydnet en grense på tusen 1998 kroner, jf. Ot.prp. nr. 13 side 221. Det presiseres imidlertid at dette ikke er ment som noen absolutt verdigrense. I konkrete situasjoner vil det kunne godtas gaver av høyere verdi, samtidig som også gaver og lignende av lavere verdi vil

kunne være i strid med forbudet. Gaver fra pasienter til helsepersonell vil også kunne rammes av forbudet i første ledd dersom de er egnet til utilbørlig påvirkning.

I forhold til bestemmelsen vil helsepersonell med andre ord ikke kunne motta urettmessig betaling eller andre ytelser for å utarbeide attester/erklæringer, og selvsagt heller ikke motta betaling/ytelser for å utarbeide en uriktig attest/erklæring til pasientens fordel. Betaling for oppdrag som skjer i samsvar med fastsatte eller veiledende takster eller etablert praksis vil neppe være i strid med bestemmelsen. I strid med bestemmelsen vil det først kunne være dersom betalingen (også) må sies å inneholde et gaveelement for helsepersonellet.

Det er ikke fastsatt generelle satser for helsepersonells virksomhet som sakkyndig. På enkelte områder er det imidlertid fastsatt slike satser, jf. for eksempel lov av 21. juli 1916 nr. 2 om vidners og sakkyndiges godtgjørelse mv og salærforskriften av 3. desember 1997. Det er her gitt nærmere regler om godtgjørelse av sakkyndige for domstolene, og ved Justisdepartementets Rundskriv G-16/2003 er det satt faste satser for ulike former for sakkyndighetsarbeid/-oppdrag. Videre har Rikstrykdeverket fastsatt såkalte honorartakster for legeerklæringer. Hvor mye den enkelte lege honoreres fra trygden varierer avhengig av antatt tid medgått for legen til å skrive de ulike erklæringene. Ytterligere et eksempel er avtale om honorar for legeundersøkelser for forsikringsselskaper, hvor det er inngått avtale om bestemte takster for ulike typer attester/erklæringer.

Med hjemmel i helsepersonelloven § 9 tredje ledd har departementet fastsatt forskrift 29. august 2005 nr. 941 om begrensninger i helsepersonells adgang til å motta gave, provisjon, tjeneste eller annen ytelse. Forskriften gir nærmere bestemmelser om hvilke ytelser som er omfattet av helsepersonelloven § 9 første og annet ledd.

2.1.5 Undersøkelser i forbindelse med straffbare forhold

Etter helsepersonelloven § 12 første og andre ledd er enkelte helsepersonellgrupper pålagt en plikt til å bistå politiet med visse former for prøvetaking eller andre undersøkelser av personer som er mistenkt for straffbart forhold under påvirkning av alkohol eller annet berusende eller bedøvende middel. Det fremgår at adgangen til slik prøvetaking/undersøkelse må være hjemlet i lov, jf. for eksempel vegtrafikkloven § 22 a, samt må kunne skje uten fare for pasienten.

I disse tilfellene vil helsepersonellets virksomhet ligne på den rolle sakkyndige tradisjonelt har. Plikten til å foreta undersøkelser eller gjennomføre prøver/analyser er pålagt helsepersonellet i kraft av deres faglige kunnskap og kompetanse, og utfallet av slike prøver eller undersøkelser vil jevnlig bli fremlagt i etterfølgende straffesak. På den annen side kan man i disse tilfellene også velge å se på helsepersonellet som medhjelper til politiet, og ikke som en uavhengig sakkyndig i tradisjonell forstand.

Av bestemmelsens tredje ledd fremgår at helsepersonellet ikke har plikt til å foreta slike prøver/undersøkelser dersom de har et nærmere definert slektskap til pasienten eller dersom helsepersonellet har pasienten til behandling.

2.1.6 Krav til attester, legeerklæringer o.l. - habilitetskrav

I helsepersonelloven § 15 er det fastsatt regler som direkte gjelder for helsepersonells utstedelse av attester og erklæringer, idet det her heter:

”Den som utsteder attest, legeerklæring o.l. skal være varsom, nøyaktig og objektiv. Attest, legeerklæring o.l. skal være korrekte og bare inneholde opplysninger som er nødvendige for formålet. Helsepersonell som er inhabil etter forvaltningsloven § 6 skal ikke utstede attest, legeerklæring o.l.”

Formålet med bestemmelsen er blant annet å bidra til at helsepersonells opplysninger om pasienter ikke misbrukes av helsepersonellet selv eller av andre. Bestemmelsen må sees i sammenheng med den plikt til forsvarlighet som følger av lovens § 4, samt også de etiske regler og krav til god yrkesskikk som kan være fastsatt for eller som ellers antas å måtte gjelde for ulike profesjonsgrupper.

Bestemmelsen er forholdsvis kort drøftet i forarbeidene, jf. Ot.prp. nr. 13 side 224 hvor det i de spesielle merknadene bl.a. er uttalt:

”Etter departementets forslag skal helsepersonell som yter helsehjelp ved utstedelse av legeerklæring, attest o.l. følge de krav til god yrkesskikk som gjelder for hver profesjonsgruppe. For eksempel for legene vil dette være etiske regler for leger. Helsepersonellet skal bygge sine erklæringer på nødvendig innhentet informasjon og på så omfattende undersøkelser som formålet tilsier. Slik dokumentasjon skal imidlertid ikke gis hvis helsepersonellet etter forvaltningsloven ansees inhabil. Dette vil for eksempel være tilfelle hvor det er slektskap eller svogerskap i opp- eller nedstigende linje eller i sidelinje så nær som søsken mellom helsepersonellet og den som dokumentasjonen utstedes for.”

Av bestemmelsens ordlyd fremgår at skriftlige erklæringer skal være ”korrekte”. Dette må antas å omfatte både den faktiske fremstillingen i attesten/erklæringen, vurderinger av betydningen av den faktiske fremstilling, samt når det gjelder faglige vurderinger, jf. for så vidt ovenfor om forsvarlighetsplikten etter helsepersonelloven § 4. Når det kreves at attester/erklæringer skal være ”objektive”, må dette antas å innebære at attesten/erklæringen ikke skal fremstå som et partsinnlegg, men gi en objektiv faglig beskrivelse av pasientens helsetilstand, samt redegjøre for premisser og konklusjoner på en etterprøvbart måte. Det bør blant annet klart fremgå av de enkelte utsagn i erklæringen om de bygger på pasientens fremstilling, bakgrunnsinformasjonen eller av helsepersonellens egne funn og vurderinger. For å sikre objektivitet oppstiller bestemmelsen også et krav til habilitet for den som skal utstede attesten/erklæringen, jf. nærmere om dette nedenfor. Bestemmelsens krav om den som utsteder attest/erklæring skal være ”varsom”, må blant annet antas å innebære at helsepersonellet bør ta kontakt med pasienten dersom det skjønner at det er tale om å utlevere spesielt sensitive opplysninger. Helsepersonellet bør da vurdere å ta opp med vedkommende person hvordan det skal refereres til slike særlig sensitive opplysninger. Det er imidlertid ikke anledning til å fravike kravet til objektivitet og fullstendighet i slike tilfeller, og dersom helsepersonell og pasient ikke blir enige, må pasienten trekke samtykket tilbake eller helsepersonellet må frasi seg oppdraget

Som nevnt er det i bestemmelsens forarbeider presisert at helsepersonellet skal bygge sine erklæringer på nødvendig innhentet informasjon og på så omfattende

undersøkelser som formålet tilsier. Hva som er nødvendig undersøkelse og informasjon vil kunne variere ut i fra formålet. Det vil være den enkelte oppdragsgiver som må tilkjennegi overfor helsepersonellet hva som er formålet med attesten/erklæringen. Utformingen av mandatet for oppdraget vil derfor være viktig, spesielt når det anmodes om en sakkyndig erklæring

Helsepersonelloven § 15 gir i seg selv ikke hjemmel for å utlevere taushetsbelagte opplysninger. Dette er regulert i § 27, jf. nedenfor. I samsvar med dette er det presisert i § 15 at sakkyndige erklæringer bare skal inneholde opplysninger som er nødvendige for formålet.

§ 15 gjelder for alle de attester eller erklæringer som helsepersonell utsteder, dvs. både attester, erklæringer eller meldinger som helsepersonell avgir etter anmodning fra pasienten (ofte betegnet som behandlererklæringer) og for sakkyndige erklæringer i mer tradisjonell forstand, for eksempel erklæringer som avgis på bestilling fra en oppdragsgiver og i henhold til et på forhånd fastsatt mandat. Kravene etter § 15 vil med andre ord gjelde uavhengig av om helsepersonellet handler på oppdrag fra pasienten eller på oppdrag fra en tredjeperson.

Utstedes attest/erklæring på oppdrag fra pasienten, er det pasientens samtykke som danner grunnlaget for utlevering av opplysninger. Utstedelsen skjer da som en del av pasient/behandler-forholdet. For at helsepersonell skal kunne skrive en attest/helseerklæring, må pasienten samtykke til at relevante og nødvendige opplysninger fra pasientjournalen brukes. I motsatt fall risikerer helsepersonell å utstede en attest på sviktende faglig grunnlag, i tillegg til at dette vil kunne innebære et brudd på helsepersonellens taushetsplikt. Det er kun opplysninger som er i samsvar med formålet med utstedelsen som skal gis og dette gjelder selv om samtykke fra pasienten er generelt formulert.

Dersom helsepersonellet opptrer som sakkyndig, handler vedkommende som hovedregel på vegne av en annen oppdragsgiver enn pasienten. Som sakkyndig regnes helsepersonellet når han eller hun avgir erklæringer, attestasjoner og lignende som ikke står i direkte forbindelse med behandlingen av skade eller sykdom, men som er ment å skulle tilrettelegge grunnlaget for avgjørelser av forskjellig slag. I disse situasjonene foreligger det ikke lenger et tosidig pasient/behandler-forhold, i og med at en tredjepart kommer inn og skal ha opplysninger, og helsepersonellet kan ha selvstendige plikter i forhold til denne. Oppdragsgiveren kan for eksempel være domstolen, trygdeetaten, forsikringsselskaper, utlendingsmyndighetene osv. Opplysninger som helsepersonellet innhenter som sakkyndig vil i utgangspunktet ikke være taushetsbelagte for oppdragsgiver, jf. nærmere nedenfor om helsepersonelloven § 27. Denne bestemmelsen oppstiller krav som må være oppfylt, før det kan anses å foreligge et sakkyndighetsoppdrag som gir grunnlag for utlevering av helseopplysninger til oppdragsgiver, blant annet at helsepersonellet gjør pasienten oppmerksom på at vedkommende opptrer som sakkyndig og at opplysninger som skrives seg fra sakkyndigoppdraget vil bli utlevert til oppdragsgiver.

Bestemmelsen i § 27 gir ikke pasienten adgang til å reservere seg mot at den sakkyndiges informasjon utleveres til oppdragsgiver, dersom informasjonen er innhentet og benyttet i samsvar med kravene som følger av bestemmelsen. Pasienten

kan imidlertid reservere seg mot at det blir foretatt en sakkyndig vurdering, med mindre det finnes lovhjemmel som gir grunnlag for at sakkyndig vurdering skal foretas.

I forbindelse med utstedelse av en attest/erklæring fra sakkyndig kan det være nødvendig å innhente bakgrunnsdokumentasjon ut over det som fremkommer av den sakkyndiges egen undersøkelse av pasienten, samt fra hva pasienten og behandlende helsepersonell har opplyst om tidligere. Dersom ikke annet rettsgrunnlag foreligger, forutsetter innhenting av supplerende bakgrunnsinformasjon at pasienten har gitt sitt samtykke. Helsepersonellet som avgir opplysninger til en sakkyndig, må vurdere konkret hvor langt pasientens samtykke rekker, og om opplysningene som det ønskes tilgang til er nødvendige av hensyn til oppdraget. Det er kun opplysninger som er innhentet i forbindelse med, og som er nødvendig og relevant for det konkrete oppdraget, som den sakkyndige kan utlevere til oppdragsgiver.

Dersom helsepersonellet er inhabil etter forvaltningsloven § 6, kan det ikke utstede sakkyndige erklæringer, attester og lignende. Dette innebærer at helsepersonell ikke skal utstede erklæringer/attester dersom de blant annet har et nærmere definert slektskap eller familiær tilknytning til pasienten, jf. fvl. § 6 første ledd.

Av fvl. § 6 andre ledd fremgår videre at vedkommende vil være inhabil dersom det foreligger ”særegne forhold (...) som er egnet til å svekke tilliten til hans upartiskhet”. I helsepersonellovens forarbeider er forholdet til fvl. § 6 andre ledd ikke drøftet nærmere. Arbeidsgruppen antar at enkelte pasient/behandler-forhold kan være av en slik art at det kan stilles spørsmål ved hvorvidt helsepersonellet alltid vil klare å ivareta sin objektivitet eller upartiskhet. For eksempel kan man tenke seg pasient/behandler-forhold som har vart over mange år eller hvor pasient og behandler omgås privat. På den annen side vil det i mange tilfeller være en forutsetning for å utarbeide en korrekt erklæring at man kjenner pasienten, og kanskje også kjenner pasienten over noe tid.

Selv om det fremgår av helsepersonelloven § 15 at helsepersonell ikke ”skal” utstede legeerklæring/attest dersom det foreligger inhabilitet, sier bestemmelsen intet om hva som skal skje med erklæringer/attester som er utstedet på tross av at det foreligger inhabilitet. Slik arbeidsgruppen ser det vil en erklæring, attest eller lignende fra et helsepersonell, neppe bli ugyldig selv om utstederen har overtrådt habilitetskravene i § 15. Arbeidsgruppen har drøftet denne problemstillingen særskilt i innstillingen, jf. blant annet innstillingens pkt. 5.3.1.1, og det vises til dette.

2.1.7 Meldeplikt om bierverv eller andre engasjementer

Etter lovens § 19 plikter helsepersonell å melde fra til arbeidsgiver om bierverv og andre engasjementer i annen virksomhet. I bestemmelsens forarbeider, Ot.prp. nr. 13 side 73, er det vist til at det særlig blant offentlig ansatte har vært vanlig å ha bierverv, men at det er stor variasjon i arten og omfanget.

Det fremheves at slike bierverv kan ha flere positive virkninger. Slikt ekstraarbeid kan innebære en mer effektiv utnyttelse av det enkelte helsepersonells ressurser og offentlig ansatt helsepersonell vil gjennom bierverv kunne få erfaring som vil være til nytte i hovederhvervet. I forlengelsen av dette understrekes det imidlertid at bierverv

også kan ha negative konsekvenser, bl.a. i form av at omfattende bierverv kan gå ut over hovedervet, at helsepersonellet som følge av bierverv kan havne i interesse- eller lojalitetskonflikter med hovedarbeidsgiver og i form av at bierverv kan være egnet til å svekke tilliten til at offentlig ansatte treffer avgjørelser på grunnlag av rent faglige og samfunnsøkonomiske vurderinger. Slik arbeidsgruppen ser det vil begrunnelsen for helsepersonelloven § 19 til en viss grad samsvare med den begrunnelse som ligger bak forvaltningslovens habilitetsregler.

Bestemmelsens *første ledd* pålegger helsepersonell en plikt til av eget tiltak å melde fra til arbeidsgiver der de har bierverv av en slik art som vil kunne innebære en interessekonflikt med arbeidsgiver. Av merknadene til bestemmelsen, jf. Ot.prp. nr. 13 side 225-226, fremgår at vurderingen er objektiv, og at det ikke er den enkeltes subjektive oppfatning av om det foreligger et potensial for en interessekonflikt som er avgjørende. I § 19 *andre ledd* er det inntatt en bestemmelse om meldeplikt som kan aktiveres av arbeidsgiver hvis denne har behov for opplysninger om de ansattes bierverv. Personellets egen plikt etter første ledd til å melde fra om bierverv som kan medføre interessekonflikter, vil gjelde uavhengig av om arbeidsgiver benytter muligheten i annet ledd eller ikke.

Det at helsepersonell påtar seg oppdrag som sakkyndig, vil altså kunne utløse en meldeplikt til arbeidsgiver. Enten fordi det ved dette oppstår en risiko for interessekonflikt (første ledd) eller fordi arbeidsgiver ber om opplysninger om ansattes bierverv (andre ledd).

Som eksempel på lignende meldepliktordninger, kan vises til den meldeplikt/registrering av dommers sidegjøremål som følger av domstolloven §§ 121a – 121k. Et eksempel på en frivillig meldeordning er den registrering og offentliggjøring av økonomiske interesser som Stortingsrepresentanter anbefales å gjøre. Et litt annet eksempel har man i forbindelse med publisering av vitenskapelige artikler i fagtidsskrifter. Her kreves det i stadig større utstrekning at forfatteren skal redegjøre for eventuelle interessekonflikter eller forhold som kan ha betydning for hvordan man vil vurdere forfatterens uavhengighet/objektivitet, for eksempel lønnet eller ulønnet oppdrag eller verv for kommersielle aktører.

2.1.8 Taushetsplikt

Helsepersonell er underlagt taushetsplikt etter lovens §§ 21 – 29. I likhet med hva som gjelder når helsepersonell i forbindelse med ytelse av helsehjelp får kjennskap til noens legems- eller sykdomsforhold eller andre personlige forhold, vil helsepersonellet også være underlagt taushetsplikt når de som sakkyndig eller ved utstedelse av attester/erklæringer blir kjent med slike opplysninger.

I § 27 er det inntatt en spesialbestemmelse om helsepersonells taushetsplikt når de opptrer som sakkyndig. Den sakkyndige gis her rett til å gi taushetsbelagte opplysninger til oppdragsgiver, ”dersom opplysningene er mottatt under utførelse av oppdraget og har betydning for dette.” For den sakkyndige gjelder taushetsplikten overfor andre enn oppdragsgiver. Det fremgår videre at den sakkyndige skal gjøre pasienten oppmerksom på at han utfører oppdrag som sakkyndig og hva dette innebærer. Helsepersonell vil kunne inneha forskjellige roller som henholdsvis behandler eller sakkyndig, og pasienten skal være klar over dette.

Helsepersonelloven § 27 gir imidlertid ikke hjemmel for pålegg om sakkyndige vurderinger, kun regler for hvordan opplysninger skal behandles dersom det foreligger rettslig grunnlag for å foreta en sakkyndig vurdering.

Verken i straffesaker eller sivile saker har retten adgang til å motta taushetsbelagt informasjon, jf. henholdsvis straffeprosessloven §§ 118 og 119 og tvistemålsloven §§ 204 og 205. Dersom helsepersonellet opptrer som vitne må det påse at det foreligger rettsgrunnlag for å fravike taushetsplikten, typisk ved at den opplysningene gjelder gir sitt samtykke, jf. helsepersonelloven § 22.

Dersom helsepersonell har mottatt opplysninger som offentlig tjenestemann, vil vedkommende i tillegg være underlagt forvaltningsmessig taushetsplikt, jf. forvaltningsloven § 13f. Vedkommende fagdepartement kan imidlertid beslutte at taushetsplikten skal tilsidesettes i en konkret rettssak. Departementet kan imidlertid ikke sette til side den taushetsplikt helsepersonellet er pålagt etter helsepersonelloven.

2.1.9 Sanksjoner – pålagt sakkyndig undersøkelse

Lovens kapittel 11 inneholder ulike sanksjoner som kan komme til anvendelse overfor helsepersonell som opptrer i strid med loven. Statens helsetilsyn og Helsetilsynet i fylket skal føre tilsyn med at landets helsetjeneste og helsepersonell drives i samsvar med krav fastsatt i lov og forskrifter, jf. lov 30. mars 1984 nr. 15 om statlig tilsyn med helsetjenesten (tilsynsloven) §§ 1 og 2. Tilsynsmyndighetene vil dermed også kunne føre tilsyn med helsepersonells utstedelse av attester/erklæringer og arbeid som sakkyndig, og vil kunne sanksjonere dersom helsepersonellet i den forbindelse opptrer i strid med helsepersonelloven.

Med hjemmel i § 56 kan Statens helsetilsyn gi advarsel til helsepersonell ”som forsettlig eller uaktsomt overtrer plikter etter denne lov eller bestemmelser gitt i medhold av den, hvis pliktbruddet er egnet til å medføre fare for sikkerheten i helsetjenesten eller til å påføre pasienter en betydelig belastning.”

Helsepersonell som overtrer helsepersonelloven vil altså kunne gis en advarsel så fremt vilkårene i § 56 er oppfylt. I Ot.prp. nr. 13 er det på side 173 bl.a. uttalt: ”Begrepet pliktbrudd må sees i sammenheng med forsvarlighetsbegrepet og lovens pliktbestemmelser. Ethvert avvik mellom norm og atferd vil ikke innebære uforsvarlighet. Avviket må være av en viss størrelse før det kan bli tale om uforsvarlighet.”

I alvorlige tilfeller kan helsepersonells autorisasjon bli tilbakekalt, jf. lovens § 57 første og andre ledd. I tråd med uttalelser i lovens forarbeider, samt under henvisning til tilsynsmyndighetenes praksis, vil tilbakekall av autorisasjon kun være aktuelt i de svært alvorlige tilfellene.

Av lovens § 60 fremgår at i saker hvor Statens helsetilsyn vurderer tilbakekall av autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning, kan helsepersonellet bli pålagt å la seg underkaste medisinsk eller psykologisk undersøkelse av sakkyndig. Lege/psykolog som foretar slik undersøkelse av helsepersonell, vil være å anse for sakkyndig for tilsynsmyndighetene.

Statens helsepersonellnemnd er klageorgan for en rekke vedtak tilsynsmyndigheten fatter i medhold av helsepersonelloven, herunder vedtak om advarsel, vedtak om tilbakekall/suspensjon av rekvireringsrett og vedtak om tilbakekall/suspensjon av autorisasjon/lisens, jf. helsepersonelloven §§ 68 – 71.

Helsepersonellnemnda er i mange saker ”selvforsynt” med sakkyndighet, ved at nemnda skal være sammensatt med helsefaglig bakgrunn, jf. § 69 andre ledd. Av bestemmelsens tredje ledd fremgår imidlertid at nemnda kan oppnevne to sakkyndige for bistand i den enkelte sak.

I tillegg til ovennevnte sanksjonsbestemmelser, følger det av straffebestemmelsen i § 67 at helsepersonell ”som forsettlig eller grovt uaktsomt overtrer eller medvirker til overtredelse av bestemmelser i loven eller i medhold av den, straffes med bøter eller fengsel i inntil tre måneder.”

Helsepersonellovens straffebestemmelse suppleres av straffeloven. Helsepersonell som utarbeider (bevisst) uriktige attester/erklæringer vil kunne rammes av flere bestemmelser i straffeloven

2.2 Kommunehelsetjenesteloven

Lov 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene (kommunehelsetjenesteloven) inneholder ikke bestemmelser som direkte har betydning for helsepersonells arbeid som sakkyndige eller ved utstedelse av ulike attester/erklæringer. Arbeidsgruppen viser imidlertid til lovens § 1-3a, hvor det fremgår at kommunen skal planlegge, organisere og legge til rette for at helsepersonell kan oppfylle krav fastsatt i eller i medhold av lov. Dette vil gjelde også overfor helsepersonells arbeid med utstedelse av attester, erklæringer mv.

Arbeidsgruppen viser også til at loven pålegger kommunen å sørge for nærmere bestemte former for helsetjeneste, herunder helsetjenester for innsatte i de kommuner der det ligger anstalter under kriminalomsorgen, jf. § 1-3, første ledd, nr. 1, bokstav e). Helsetjenesten i fengslene skal være likeverdig med helsetjenesten som den øvrige befolkningen har krav på, og de samme elementene som inngår i kommunens primærhelsetjeneste skal inngå i fengselets helsetjenestetilbud.

2.3 Spesialisthelsetjenesteloven

I likhet med kommunehelsetjenesteloven, inneholder heller ikke lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m. noen bestemmelser som direkte har betydning for helsepersonells arbeid som sakkyndige eller ved utstedelse av ulike attester/erklæringer. Ansatte innenfor spesialisthelsetjenesten er slik sett ikke pålagt noe særskilt ansvar for å engasjere seg som sakkyndig eller for å utstede ulike typer attester/erklæringer. En annen sak er imidlertid at helsepersonell med spesialistkompetanse/spesialistgodkjenning ofte vil bli engasjert som sakkyndige eller for å utstede ulike attester/erklæringer fordi de innehar spesiell kompetanse innenfor sine fagfelt. De samme krav som ellers gjelder ved utstedelse av attester/erklæringer, vil imidlertid også gjelde når helsepersonell innenfor spesialisthelsetjenesten utsteder attester/erklæringer.

2.4 Bioteknologiloven

Lov 5. desember 2003 nr. 100 om humanmedisinsk bruk av bioteknologi m.m. (bioteknologiloven) inneholder i utgangspunktet ikke bestemmelser som gjelder attester/erklæringer spesielt. Loven inneholder imidlertid i § 5-8 en bestemmelse som kan ha betydning for attester/erklæringer, nærmere bestemt hvordan genetiske opplysninger kan benyttes utenfor helsetjenesten. I bestemmelsen heter det:

”Det er forbudt å be om, motta, besitte, eller bruke opplysninger om en annen person som er fremkommet ved genetiske undersøkelser som omfattes av § 5-1 annet ledd bokstav b, eller ved systematisk kartlegging av arvelig sykdom i en familie.

Det er forbudt å spørre om genetiske undersøkelser eller systematisk kartlegging av arvelig sykdom i en familie har vært utført.

Forbudet i første og annet ledd omfatter ikke virksomheter som er godkjent etter § 7-1 til å utføre genetiske undersøkelser som omfattes av § 5-1 annet ledd, eller til forskningsformål. Dersom genetiske opplysninger skal benyttes til forskningsformål må den opplysningene gjelder ha gitt samtykke til dette.

Unntatt fra forbudet i første og annet ledd er helsepersonell som trenger opplysningene i diagnostisk og behandlingmessig øyemed.”

Bestemmelsen vil således ha betydning for hvordan genetiske opplysninger kan innhentes og brukes i attester/erklæringer som skal brukes utenfor helsetjenesten, for eksempel i erstatningssaker eller i forsikringssaker.

2.5 Lov om statlig tilsyn med helsetjenesten

Lov 30. mars 1984 nr. 15 om statlig tilsyn med helsetjenesten (tilsynsloven) fastslår at Statens helsetilsyn og Helsetilsynet i fylket skal føre tilsyn med landets helsetjeneste og helsepersonell, jf. lovens §§ 1 og 2. Tilsynsmyndighetene vil føre tilsyn med at helsetjenesten drives og at helsepersonells yrkesutøvelse skjer i samsvar med krav fastsatt i lov og forskrifter. Tilsynsmyndighetene vil således også føre tilsyn med helsepersonellens etterlevelse av relevant helselovgivning når det gjelder utstedelse av ulike attester, erklæringer o.l.

Ovenfor under pkt. 2.1.9 er det redegjort nærmere for tilsynsmyndighetenes sanksjonsmuligheter dersom sakkyndigarbeid skjer i strid med relevant regelverk. Praksis fra tilsynsmyndigheten viser imidlertid at man bare i lite omfang har hatt til behandling tilsynssaker om helsepersonells arbeid som sakkyndige eller ved utferdigelse av attester/erklæringer, jf. nærmere om dette i vedlegg 7 pkt. 8.1.1.

3 Folketrygdloven

3.1 Innledning

Når det skal avgjøres om en trygdet har rett til ulike former for stønad eller ytelser omfattet av lov 28. februar 1997 nr. 19 om folketrygd (folketrygdloven), vil attester, erklæringer o.l. fra helsepersonell (og da først og fremst fra leger) ofte være en forutsetning for å innvilge stønad/ytelse, eller i hvert fall av stor betydning i så måte.

Med hjemmel i folketrygdloven fatter trygdeetaten årlig et meget stort antall vedtak overfor enkeltpersoner. Disse vedtakene utløser rett til økonomisk stønad eller andre ytelser av meget stort omfang og en stor andel av vedtakene forutsetter eller bygger som nevnt på ulike erklæringer, attester, meldinger og lignende fra helsepersonell. Helsepersonell er her gitt ansvar for å tilråde om pasienter eller andre skal tildeles rettigheter etter folketrygdloven, basert på en konkret helsefaglig vurdering av pasientens tilstand. Slik sett vil helsepersonell være en indirekte forvalter av store samfunnsressurser.

3.2 Ulike typer ytelser – bruk av erklæringer

Folketrygdloven omfatter som nevnt en lang rekke former for ytelser, økonomisk stønad eller trygd. Som eksempel kan vises til saker om stønad ved helsetjenester, sykepenger, ytelser ved medisinsk eller yrkesrettet attføring, uførestønad og uførepensjon, dekning av utgifter til legemidler, samt yrkesskadedekning.

I forhold til svært mange av disse ytelsene eller stønadsordningene er det utarbeidet standardskjemaer eller blanketter som helsepersonellet må fylle ut. Helsepersonellens arbeid vil således bestå i å redegjøre for de problemstillinger det bes om, foreta de undersøkelser/prøver det bes om, gi de opplysninger som kreves og/eller foreta de helsefaglige vurderinger som det bes om i de ulike skjemaer. Den tid helsepersonell bruker på å fylle ut eller utarbeide forskjellige typer erklæringer eller attester, varierer imidlertid mye. Enkelte erklæringer bruker man bare minutter på, mens andre erklæringer kan kreve mange timers arbeid.

I vedlegg 3, pkt. 14 er det gitt eksempler på noen slike retningslinjer/standardskjemaer som trygden bruker.

3.3 Saksbehandling

Forvaltningsloven gjelder for trygdeetatens virksomhet, herunder ved behandlingen av enkeltsaker om ulike former for stønad eller andre ytelser, jf. folketrygdloven § 21-1. I tillegg er det i folketrygdloven gitt flere spesialbestemmelser av betydning for saksbehandlingen.

I folketrygdloven § 21-3 er det inntatt bestemmelser om medlemmets opplysningsplikt overfor trygdeetaten. Av bestemmelsens første ledd fremgår at en person som krever en ytelse, selv plikter å gi de opplysninger eller levere de attester/erklæringer som er nødvendig for at trygdeetaten skal kunne ta stilling til om vedkommende har krav på ytelsen. Tilsvarende følger det av andre ledd at en person som allerede mottar en ytelse, plikter å gi de opplysninger som er nødvendige for å kontrollere om vedkommende fortsatt oppfyller vilkårene for å motta ytelsen, eventuelt i hvilket omfang vedkommende har krav på ytelsen. Dersom trygdeetaten finner det nødvendig, kan trygdeetaten med hjemmel i bestemmelsens tredje ledd, i tillegg kreve at den som krever eller mottar en ytelse, lar seg undersøke eller intervju av lege eller annen sakkyndig.

Av folketrygdloven § 21-4 første ledd, fremgår at trygdeetaten ved behandling av krav om ytelser eller ved kontroll av løpende ytelser, har rett til å innhente

nødvendige opplysninger blant annet fra behandlingsspersonell eller andre som yter tjenester for trygdens regning.

I bestemmelsens andre ledd er det inntatt en egen bestemmelse om helsepersonells utarbeidelse av erklæringer og lignende. Det fremgår her at den som gir behandling eller yter tjenester for trygdens regning, plikter å gi de erklæringer eller uttalelser som er nødvendige for at trygdeetaten skal kunne vurdere rettigheter eller plikter etter loven. Tilsvarende gjelder overfor andre særskilt sakkyndige.

Lovbestemt taushetsplikt etter helsepersonelloven vil ikke være til hinder for at helsepersonell utleverer opplysninger til trygdeetaten, jf. § 21-4 fjerde ledd.

Ved utstedelse av erklæringer og uttalelser som nevnt i folketrygdloven § 21-4, opptrer behandleren som sakkyndig premissleverandør overfor trygdeetaten.²⁰ Som sakkyndig premissleverandør for trygden har helsepersonellet en annen rolle enn den han eller hun vanligvis har som pasientens behandler. Som sakkyndig premissleverandør skal han/hun forholde seg til det konkrete oppdraget fra trygden på en nøyaktig og objektiv måte, uten tanke på om resultatet blir til gunst eller ugunst for en pasient. Som sakkyndig premissleverandør skal man være seg bevisst at man gir råd på bakgrunn av sin fagkunnskap, at man selv ikke har vedtaksrett og at man ikke skal uttale seg om hva slags vedtak som bør gjøres.

3.4 Kontroll - sanksjoner

Folketrygdloven inneholder ulike kontroll- eller sanksjonsbestemmelser som retter seg mot både den trygdede selv og mot helsepersonell som avgir eller har avgitt attester/erklæringer overfor trygden.

Dersom en trygdet gir uriktige opplysninger, holder tilbake opplysninger eller unnlater å etterkomme pålegg etter folketrygdloven, kan trygdeetaten avslå et krav om en ytelse eller stanse eller holde tilbake en allerede innvilget ytelse helt eller delvis, jf. folketrygdloven § 21-7.

Etter folketrygdloven § 25-6 kan helsepersonell miste retten til å praktisere for trygdens regning, idet det her heter:

”Dersom en person som gir behandling eller yter tjenester som faller inn under denne loven, gjør seg skyldig i misbruk overfor trygden, ikke oppfyller lovbestemte plikter eller gir trygden misvisende opplysninger eller erklæringer som kan føre til misbruk av trygdeytelser, kan Rikstrygdeverket bestemme at det ikke skal ytes godtgjørelse for behandling eller tjenester som vedkommende utfører. I slike tilfeller plikter trygden heller ikke å yte stønad på grunnlag av erklæring fra vedkommende.”

I tillegg kan en lege bli utelukket fra å utstede legeerklæringer overfor trygden, jf. folketrygdloven § 25-7 hvor det heter:

²⁰ Jf. Sosial- og helsedirektoratets Rundskriv IS-9/2006, Krav i forbindelse med utstedelse av attester, helseerklæringer o.l., kapittel 1 og 5.

”Dersom en lege ikke innen rimelig tid gir trygden de opplysninger som er nødvendige for å avgjøre en sak om sykepenger, medisinsk rehabilitering, attføring, tidsbegrenset uførestønad eller uførepensjon, kan Rikstrygdeverket bestemme at trygden i opptil ett år ikke skal gi slike ytelser på grunnlag av erklæringer fra legen. Det samme gjelder dersom legen gjentatte ganger ikke følger bestemmelser gitt i eller i medhold av denne loven om sykmelding og funksjonsvurdering.”

Det å gi uriktige opplysninger eller å ikke gi nødvendige opplysninger kan straffes etter folketrygdloven § 25-12, hvor det i første og andre ledd heter:

”Den som mot bedre vitende gir uriktige opplysninger, eller holder tilbake opplysninger som er viktige for rettigheter eller plikter etter denne loven, straffes med bøter hvis forholdet ikke går inn under strengere straffebud.

På samme måte straffes den som med hjemmel i denne loven er pålagt å gi opplysninger og meldinger, men som forsettlig eller uaktsomt forsømmer å gjøre dette.”

I vedlegg 7, pkt. 8.1.2 har arbeidsgruppen redegjort nærmere for trygdemyndighetenes tilsyns- og sanksjonsvirksomhet.

4 Prosesslovgivning

Når helsepersonell er sakkyndige for domstolene eller i en rettslig prosess, må prosesslovgivningens regler suppleres med helsepersonellovens regler. Dette innebærer bl.a. at kravene som helsepersonelloven stiller til attester, erklæringer og lignende også gjelder for sakkyndigerklæringer som helsepersonell avgir til domstolene.

4.1 Straffeprosessen

4.1.1 Innledning

I straffesaker har retten et selvstendig ansvar for at saken blir fullstendig opplyst, jf. lov 22. mai 1081 nr. 25 om rettergangsmåten i straffesaker (straffeprosessloven) § 294. Dersom retten ikke har sørget for nødvendig sakkyndig bistand, er dette en saksbehandlingsfeil som kan føre til at dommen oppheves.

Rettsmedisinsk sakkyndige oppnevnes hovedsakelig i alvorlige voldssaker, drapssaker, sedelighets- og overgrepssaker, sykehusdødsfall og i saker hvor det er spørsmål om tiltaltes strafferettslige tilregnelighet og om idømmelse av særreaksjoner.

Straffeprosessloven (strprl.) har i kapittel 11 regler om sakkyndige. Hvor de sakkyndiges bistand består i undersøkelse av reelle bevismidler (granskning) reguleres dette av strprl. kapittel 12. Rettspsykiatriske erklæringer og sakkyndige likundersøkelser er regulert særskilt av henholdsvis strprl. §§ 165 og 228.

4.1.2 Hvem kan oppnevne/engasjere sakkyndige?

Sakkyndige kan engasjeres av påtalemyndigheten under etterforskningen, sakkyndige kan oppnevnes av retten eller de kan engasjeres av partene som sakkyndige vitner. En fornærmet kan også søke sakkyndig bistand, men det gjelder ingen særregler for oppnevning av personer som sakkyndige i fornærmedes interesse.

4.1.3 Mandat

Det er oppdragsgivers ansvar og formulere et skriftlig mandat. Et mandat skal klarlegge hva man søker bistand til og hva det forventes at den sakkyndige skal redegjøre for. Det er ingen regler om utforming av mandat i straffeprosessloven, bortsett fra i de tilfeller hvor den sakkyndige oppnevnes for å utføre granskning, jf. strprl. § 152 annet ledd.

Rognum-utvalget foreslo i NOU 2001:12 bl.a en lovfesting av plikt for oppdragsgiver til å utarbeide et skriftlig mandat. Dersom den sakkyndige er engasjert av påtalemyndigheten, jf. strprl. § 148, fremgår det av påtaleinstruksen § 12-1 at oppdragets formål og omfang skal angis skriftlig. Når påtalemyndigheten ber retten foreta oppnevning av sakkyndige, skal den skriftlig angi hva som ønskes undersøkt og hva som det ønskes en uttalelse om. Av Riksadvokatens rundskriv, RA-2001-5, fremgår det at det i kompliserte saker kan være grunn til å be om råd fra fylkeslegen eller Helsetilsynet om hva mandatet bør omfatte, og hvordan det presist kan angis hva som ønskes belyst. Riksadvokaten har til internt bruk for påtalemyndigheten og politiet formulert forslag til standardmandat.

Den rettsmedisinske kommisjon har laget utkast til ”Forskrift om rettsmedisinsk sakkyndiges mandat og deres plikt til å sende erklæringer til Den rettsmedisinske kommisjon”. Utkastet ble sendt Justisdepartementet 5. juli 2005. Av forskriftsforslaget § 2 fremgår det bl.a. at enhver som er sakkyndig i rettsmedisinske spørsmål skal ha et skriftlig mandat utferdiget av bestiller.

4.1.4 Bruk av sakkyndige under etterforskningen

Sakkyndige kan engasjeres av påtalemyndigheten under etterforskningen, jf. strprl. § 148. Flere av reglene som gjelder for rettsoppnevnte sakkyndige, for eksempel habilitetsreglene i strprl. § 142 gjelder også når påtalemyndigheten henvender seg direkte til den sakkyndige. Dersom sakkyndige som har bistått påtalemyndigheten under etterforskningen, skal få status som sakkyndige under hovedforhandlingen, må de oppnevnes av retten etter reglene i strprl. §§ 138-142. Mistenkte kan også begjære oppnevnt sakkyndige til bruk for etterforskningen, jf. strprl. § 241.

4.1.5 Oppnevningen av den sakkyndige

Enhver har plikt til å påta seg vervet som sakkyndig når oppnevningen foretas av retten, jf. strprl. § 138. Den sakkyndige blir forespurt om han er villig til å påta seg oppdraget, og retten oppnevner vanligvis ikke en som er uvillig. Plikten forutsetter at det dreier seg om spørsmål som krever sakkyndighet, og det er retten (og ikke den sakkyndige selv) som vurderer hvorvidt den sakkyndige har den nødvendige sakkunnskap. Sakkyndige oppnevnes normalt etter begjæring av partene, men retten vil også på eget initiativ kunne ta opp spørsmålet om det bør oppnevnes sakkyndige. Det er retten som avgjør om sakkyndige bør oppnevnes.

Sakkyndige har rett til godtgjørelse jf. lov av 21. juli 1916 nr. 2 om vidners og sakkyndiges godtgjørelse mv og salærforskriften av 3. desember 1997.

4.1.6 Antall sakkyndige - valget av sakkyndig

Det skal oppnevnes én sakkyndig, med mindre retten finner at saken krever to eller flere sakkyndige, jf. strprl. § 139. Forarbeidene nevner saker av spesiell vanskelighetsgrad eller saker hvor det kan være aktuelt å idømme særreaksjon etter strl. §§ 39 eller 39a av en viss varighet, som eksempler på saker det kan være aktuelt å

oppnevne to sakkyndige. Ved fullstendig rettspsykiatrisk undersøkelser anbefaler Den rettsmedisinske kommisjon at det blir oppnevnt to sakkyndige. En viktig begrunnelse for dette er at rettspsykiatri i stor grad er avhengig av sakkyndiges observasjoner og skjønn, i motsetning til saker hvor man har mer objektive funn.

Det er også retten som avgjør hvilke personer som skal oppnevnes som sakkyndige. Foreslår partene de samme sakkyndige, skal disse som regel oppnevnes, jf. strprl. § 141. Retten er imidlertid ikke bundet av partenes enighet. For retten er det avgjørende å finne frem til de beste sakkyndige i vedkommende sak. Den sakkyndige oppnevnes formelt av retten, det er med andre ord retten (og ikke partene) som er den sakkyndiges oppdragsgiver.

4.1.7 Habilitet

Reglene om habilitet setter grenser for hvem som kan oppnevnes som sakkyndige. Når det kan unngås, bør det som sakkyndig ikke oppnevnes noen som etter domstollovens (dl) § 106 eller § 108 ville være ugild som dommer, jf. strprl. § 142 første ledd. Lovens habilitetsregler gjelder bare for sakkyndige som oppnevnes av retten, og ikke for sakkyndige vitner.

Bestemmelsen i dl § 106 beskriver en del situasjoner hvor det er familiære eller annen tilknytning til aktørene i saken. Det fremgår av den mer skjønnsmessige regelen i dl § 108 at inhabilitet foreligger hvis det foreligger "andre særegne omstendigheter" som er "skikket til å svekke tilliten til hans uhildethet". Eksempler på dette er hvor den sakkyndige via vennskap eller sosial omgang har tilknytning til en av partene, eller hvor den sakkyndige har vært behandler for en part eller for partens nærmeste familie. Et annet eksempel kan være at den sakkyndige er anmelder eller står i en anmelderlignende situasjon.

Det fremgår av § 142 annet ledd at det som regel ikke bør oppnevnes sakkyndige som står i et avhengighetsforhold til hverandre. Denne problemstillingen vil kunne oppstå dersom det er spørsmål om å oppnevne som sakkyndige to leger som er ansatt ved samme sykehusavdeling. Det er for eksempel lang praksis innenfor psykiatrien at to sakkyndige ikke må være i et over- og underordnet forhold til hverandre.

4.1.8 Sakkyndigerklæringen

Strprl. § 143 første ledd inneholder regler om de sakkyndiges innhenting av opplysninger. De sakkyndige avgir som regel skriftlig erklæring, jf. § 143 annet ledd. Erklæringen kan leses opp innen rammen av strprl. § 299. De sakkyndige kan innkalles til å gi muntlig forklaring for retten jf. tredje ledd.

De sakkyndige avhøres etter de regler som gjelder for vitner, men kan være til stede under hele forhandlingen jf. § 144. Retten kan tillate de sakkyndige å stille spørsmål til parter, vitner og andre sakkyndige samt rådføre seg med hverandre. De sakkyndige vil også kunne pålegges å være til stede under hele forhandlingen, dersom retten anser dette nødvendig.

4.1.9 Partsengasjerte sakkyndige

Personer som partene fremstiller for retten til avhøring som sakkyndige uten oppnevning, gir forklaring etter samme regler som vitner, men kan være til stede under hele forhandlingen og avgir forsikring etter bestemmelsene for oppnevnte sakkyndige, jf. strprl § 149. Partene kan fritt engasjere fagpersoner til å utføre et

oppdrag som sakkyndig, men retten kan nekte å høre en slik sakkyndig jf. strprl. § 292 annet ledd. Partsengasjerte sakkyndige har som utgangspunkt ikke rett til å legge frem noen skriftlig erklæring, jf. strprl. §§ 133 annet ledd if og 296-297.

4.1.10 Ekstern kvalitetssikring – Den rettsmedisinske kommisjon

Innledning

Den rettsmedisinske kommisjon (DRK) sin hovedoppgave er kvalitetssikring av erklæringer og uttalelser som gis av sakkyndige i rettsmedisinske spørsmål, jf. strprl. § 147.

Kommisjonens sammensetning

Kommisjonen er inndelt i tre faggrupper. Disse faggruppene er alminnelig gruppe, psykiatrisk gruppe og laboratorieteknisk gruppe. I 2005 behandlet alminnelig gruppe 2261 saker, psykiatrisk gruppe 503 saker og laboratorieteknisk gruppe 4450 saker. Totalt behandlet kommisjonen 7214 saker i 2005, dette er en økning på 214 saker fra 2004.

Medlemmene av kommisjonen oppnevnes av Justisdepartementet for inntil tre år av gangen, og kommisjonen fikk senest fra 1. april 2006 ny sammensetning. Departementet oppnevner en leder og en nestleder i hver gruppe, og en av gruppelederne oppnevnes som leder av kommisjonen. Kommisjonen ledes av Randi Rosenqvist, som også er gruppeleder for psykiatrisk gruppe. Den rettsmedisinske kommisjon har sitt sekretariat i Justissekretariatene.

Kommisjonens oppgaver

Kommisjonen skal kontrollere alle tilsendte erklæringer og uttalelser som omfattes av betegnelsen rettsmedisin. I Rognumutvalgets innstilling, NOU 2001:12 s. 47, defineres rettsmedisin i vid forstand: "Rettsmedisin er medisinsk kunnskap anvendt i rettslig sammenheng (herunder inkludert etterforskning). Når politiet eller retten får sakkyndig bistand fra det medisinske eller et beslektet biologisk fagområde, utøver den sakkyndige rettsmedisin. Rettsmedisinsk sakkyndigvirksomhet kan finne sted innen alle medisinske spesialiteter." I utkastet til nye forskrifter om rettsmedisinsk sakkyndiges mandat og deres plikt til å sende inn erklæringer til DRK, er det foreslått å definere hvem som er rettsmedisinsk sakkyndige og hva som er en sakkyndiguttalelse i henhold til strprl. § 147.

Som det fremgår av Rognumutvalgets innstilling på s. 105 skal DRK's kontroll sikre at det sakkyndige skjønnet til enhver tid har best mulig vitenskapelig forankring, og at like saker som behandles samtidig skal vurderes likt i hele landet. Det fremgår videre at en forsvarlig kontroll av en sakkyndigerklæring i praksis innebærer en vurdering av at den sakkyndige har relevant og tilstrekkelig utdanning og praksis, en vurdering av den sakkyndiges granskning i forhold til en allment akseptert faglig standard, en vurdering av om premissene konklusjonene bygger på virker faglig forsvarlig fundert og en vurdering av om det er sammenheng mellom de oppgitte premisser og konklusjonen.

Det finnes imidlertid begrensninger i hva DRK kan kontrollere. DRK kontrollerer de innsendte uttalelsene fra rettsoppnevnte sakkyndige, men kan imidlertid ikke kontrollere grunnlagsdokumentasjonen erklæringene bygger på. Dersom faktainformasjonen er gal er det vanskelig for Kommisjonen å fange opp dette. En annen begrensning i kontrollmuligheten er at partsengasjerte sakkyndige, jf. strprl. §§

149 og 296 skal avhøres muntlig, og det er begrensninger i muligheten til å lese opp erklæringer fra sakkyndige vitner, jf. strprl. §§ 296 og 297. Når partsengasjerte sakkyndige som hovedregel ikke kan fremlegge skriftlige erklæringer forhindrer også dette kvalitetskontroll via DRK.

Det er i medhold av strprl. § 146 annet ledd gitt forskrift om Den rettsmedisinske kommisjon av 14. mars 2003 nr. 294. Forskriftene inneholder bl.a. regler om kommisjonens sammensetning, medlemmenes kvalifikasjoner og kommisjonens oppgaver. Av forskriftens § 3 fremgår at DRK skal gjennomgå innsendte erklæringer og uttalelser som angitt i strprl. § 147. Kommisjonen godkjenner ikke erklæringer, men gir domstolen råd hvis den finner vesentlige mangler eller usikkerhet i erklæringene. Den kan også anmode sakkyndige om å gi skriftlig tilleggserklæring innen en passende frist.

Kommisjonen har også en rådgivende funksjon, jf. strprl. § 146 og forskriftens § 3 b. Kommisjonen skal bistå retten, påtalemyndigheten, forsvarere, bistandsadvokater, sakkyndige, justismyndigheter, helsemyndigheter og andre aktuelle myndigheter i rettsmedisinske spørsmål. Kommisjonen gir generelle råd om hvordan bestillerens mandat til den sakkyndige bør utformes i situasjoner hvor bestilleren ikke har oversikt over det aktuelle fagområdet. Den kan videre gi råd om sakkyndige og om hva slags faglig kompetanse som kreves. Kommisjonen mottar også henvendelser fra andre som for eksempel studenter og forskere, og den benyttes også i en viss utstrekning som høringsinstans av offentlige myndigheter. Det foreligger ingen statistikk på i hvor stort omfang kommisjonen blir brukt som rådgivende organ.

DRK har videre ansvar for sakkyndigutdannelsen, jf. forskriftens § 3 c. I merknadene til forskriften fremgår det at kommisjonen skal ha ansvar for en felles sakkyndigutdanning. DRK har ansvaret for å utdanne rettsmedisinsk sakkyndige bl.a. i juridiske og etiske forhold av betydning for sakkyndigrollen, forståelse av mandat, skriving av erklæringer og om DRKs arbeid. Denne sakkyndigutdannelsen er nærmere omtalt i rapportens vedlegg 4 pkt. 4.2.

Forskriftens § 6 opphever forskrift av 4. mars 1988 nr. 187 om antagelse av faste rettsmedisinske sakkyndige. Ordningen med faste rettsmedisinske sakkyndige var lite kjent for domstolen, påtalemyndigheten og forsvarere og hadde liten praktisk betydning. I stedet skal kommisjonens sekretariat (Justissekretariatene) etablere en oversikt over rettsmedisinsk sakkyndige og deres kvalifikasjoner. Kommisjonens sekretariat er i ferd med å utarbeide en slik liste over sakkyndige. Kommisjonen legger opp til at den som ønsker oversikten over sakkyndige, for eksempel dommere, advokater, påtalemyndighet, kan henvende seg til Justissekretariatene og få listen tilsendt. Listen tenkes oppdatert en gang pr. år.

4.2 Sivilprosessen

4.2.1 Innledning

I sivile saker som kommer for domstolene brukes sakkyndigerklæringer avgitt av helsepersonell for eksempel i forskjellige erstatningssaker hvor det foreligger

personskade, som sakkyndige i barnevernssaker og barnefordelingssaker og i trygdesaker.

Lov 13. august 1915 nr. 6 om rettergangsmåten for tvistemål (tvistemålsloven) har i kapittel 18 regler om sakkyndige. I den nye tvisteloven er det et eget kapittel 25 om sakkyndigbevis. Tvisteloven er vedtatt av Stortinget, men foreløpig ikke trådt i kraft. Det er usikkert når tvisteloven vil tre i kraft, men muligens 1. juli 2007.

Enhver har plikt til å påta seg vervet som sakkyndig når oppnevningen foretas av retten, jf. § 238 i tvistemålsloven (tvml.). Sakkyndige har rett til godtgjørelse jf. lov av 21. juli 1916 nr. 2 om vidners og sakkyndiges godtgjørelse mv og salærforskriften av 3. desember 1997.

4.2.2 Når kan sakkyndige oppnevnes?

Tvistemålsloven har ingen uttrykkelig regel om når sakkyndige skal eller kan oppnevnes. Det avgjørende er i henhold til rettspraksis om oppnevning av sakkyndig er nødvendig for å få saken betryggende opplyst, og i tvisteloven er dette lovfestet i § 25-2 (1). Det fremkommer av denne bestemmelsen at sakkyndige kan oppnevnes når det er nødvendig for å få et forsvarlig faktisk avgjørelsesgrunnlag.

4.2.3 Sakkyndigvurderinger, sakkyndige vitner (partsengasjerte sakkyndige) og vitner

Et sakkyndigbevis er, jf. tvisteloven § 25-1, en fagkyndig vurdering av faktiske forhold i saken. Hovedforskjellen mellom sakkyndigbevis og et vitnebevis er at den sakkyndige vurderer hendelsesforløpet eller tilstanden, mens et vitne forklarer seg om et faktisk hendelsesforløp eller tilstand.

De sakkyndige kan trekkes inn på flere måter i en sak for domstolene. I sivilprosessen er det to typer sakkyndigbevis. Det er sakkyndigvurderinger ved rettsoppnevnte sakkyndige, og sakkyndigvurderinger ved sakkyndige vitner som føres av partene. De sakkyndige vitnene er vitner som har fagkyndighet på vedkommende område, og som vurderer bevisene etter oppdrag fra en part.

4.2.4 Mandat

Det er ingen regler i tvistemålsloven om mandatutforming. Den nye tvisteloven har imidlertid i § 25-4 regler for rettsoppnevnte sakkyndige. Det fremgår av denne bestemmelsen at det er retten som fastsetter hva den sakkyndige skal utrede, og som gir de nødvendige instruksjoner. Partene får uttale seg om disse spørsmålene, og det vil ofte være naturlig at retten ber om forslag til mandat. Retten kan pålegge partene å utarbeide forslag til mandat for de sakkyndige.

4.2.5 Antall sakkyndige – valg av sakkyndig – sakkyndige utvalg

Utgangspunktet, jf. tvml. § 239 første ledd og tvisteloven § 25-3 første ledd er at det skal oppnevnes én sakkyndig. Dersom en forsvarlig belysning av saken tilsier at det bør oppnevnes to sakkyndige, skal dette gjøres. Ved vurderingen av om to sakkyndige bør oppnevnes skal det ses hen til karakterene av sakkyndighetsspørsmålene samt sakens betydning for partene. I den nye tvisteloven § 25-3 første ledd er det også inntatt en proporsjonalitetsvurdering med hensyn til om det bør oppnevnes mer enn én sakkyndig.

Kongen kan, jf. tvml. § 240, anta faste sakkyndige til å gjøre tjeneste for visse arter av spørsmål. Det er imidlertid ikke opprettet utvalg av faste sakkyndige i sivile saker. I tvisteloven § 25-3 fjerde ledd er det også gitt hjemmel for kongen til å oppnevne utvalg av sakkyndige for visse sakstyper. Det fremgår av tvistemålsutvalgets utredning i NOU 2001:32 s. 975 at det er uheldig at hjemmelen i tvistemålsloven § 240 ikke er brukt, og at det i en del sakstyper vil være et klart behov for faste utvalg av sakkyndige som retten kan henvende seg til. Dette gjelder særlig sakstyper hvor det ofte er behov for sakkyndighet som for eksempel barnefordelingssaker, for skader av ulik medisinsk art og for visse typer saker som behandles etter tvistemålslovens kapittel 33. De mest praktiske eksemplene på domstolsprøving etter kapittel 33 er overprøving av fylkesnemndas vedtak i barnevernsaker og vedtak om tvangsinnleggelse eller nektelse av utskrivning etter lov om psykisk helsevern.

Partene har som hovedregel rett til å uttale seg om valg av sakkyndige, men de har ikke krav på at den de foreslår blir oppnevnt. Begjærer begge parter de samme sakkyndige oppnevnt skal imidlertid retten som regel ta begjæringen til følge, jf. tvml. § 241.

Hvis det blir opprettet et utvalg av sakkyndige, skal det oppnevnes sakkyndige fra utvalget når det ikke er ønskelig å oppnevne andre, jf. tvistelovens § 25-3 andre ledd. Retten har med andre ord ikke plikt til å oppnevne sakkyndige fra utvalget.

4.2.6 Habilitet

Den som etter domstolloven (dl.) § 106 ville være ugild som dommer, skal ikke oppnevnes som sakkyndig, jf. tvml. § 242 første ledd. Oppnevnes en person til tross for at han faller inn under dl. § 106 skal oppnevningen kalles tilbake. Sakkyndige som er i en situasjon som faller inn under dl. § 108 bør, jf. tvml. § 242 annet ledd, heller ikke oppnevnes som sakkyndig hvis det kan unngås, men det er ikke noe absolutt forbud mot oppnevning.

Inhabilitetsregelen i den nye tvisteloven § 25-3 tredje ledd går lengre enn det som følger av tvml. § 242. Det fremgår av tvisteloven § 25-3 tredje ledd at en som ville ha vært inhabil som dommer i saken, ikke skal oppnevnes som sakkyndig. Habilitetsreglene i dl. §§ 106 flg. må derfor legges til grunn ved vurderingen av den sakkyndiges habilitet. Det fremgår av tvistemålsutvalgets innstilling at det bør unngås å oppnevne sakkyndig hvor tilknytning til partene, andre sakkyndige eller andre forhold gjør at det kan reises tvil om deres uavhengighet eller upartiskhet. Det bør for eksempel unngås å oppnevne to leger ved samme sykehusavdeling som sakkyndige i samme sak.

4.2.7 Sakkyndigerklæringen

Tvistemålsloven §§ 244 til 246 og tvistelovens § 25-5 inneholder regler om sakkyndigerklæringen, sakkyndiges forklaring for retten og om den sakkyndiges adgang til å følge hovedforhandlingen.

Den sakkyndige skal avgi en skriftlig erklæring hvis ikke retten har bestemt noe annet, jf. tvml. § 244 og tvistelovens § 25-5 første ledd. Denne regelen innebærer et viktig unntak fra regelen om bevisumiddelbarhet. Det er et skjønsspørsmål om den

sakkyndige skal innkalles til retten. Den sakkyndige innkalles hvis hensynet til oppdraget eller sakens opplysning ellers tilsier det. De sakkyndige kan følge hovedforhandlingen i sin helhet, og de kan rådføre seg med andre sakkyndige samt stille spørsmål til parter og vitner, jf. tvml. § 246 og tvistelovens § 25-5 tredje ledd.

4.2.8 Sakkyndige vitner

En part kan føre vitner som sakkyndig bevis. Grunnen til at de sakkyndige opptrer som vitner kan være at de mangler den nødvendige habilitet som kreves for rettsoppnevnte sakkyndige, at retten ikke har funnet det nødvendig med sakkyndige eller at retten mener vedkommende ikke har den tilstrekkelige fagkunnskap.

Reglene om sakkyndige vitner finnes i tvml. § 248 og tvistelovens § 25-6. Sakkyndige vitner skal gi forklaring etter samme regler som for vitner. Sakkyndige vitner kan i likhet med rettsoppnevnte sakkyndige være til stede under forhandlingene. Bestemmelsene bør ses i sammenheng med reglene om adgangen til å fremlegge skriftlige erklæringer som er utarbeidet i anledning saken. Tvml. § 197 forbyr som utgangspunkt dette, med mindre partene er enige om at den skriftlige erklæringen brukes. I tvisteloven § 21-12 annet ledd fremgår det at skriftlige forklaringer kan føres som bevis hvis partene er enige om det, eller hvis de gis adgang til å avhøre den som har gitt forklaringen, og det ikke er betenkelig av hensyn til sakens opplysning å bruke den. Bestemmelsen utvider adgangen til å fremlegge skriftlige erklæringer som er utarbeidet i anledning saken. Dette vil typisk dreie seg om rapporter utarbeidet av sakkyndige vitner.

4.2.9 Evaluering av sakkyndigerklæringer

Det er ingen regler om kontroll av sakkyndigerklæringer i tvistemålsloven, slik man har i straffeprosessloven ved Den rettsmedisinske kommisjon. I den nye tvisteloven er det i § 25-3 fjerde ledd gitt hjemmel for Kongen til å opprette utvalg for å evaluere sakkyndigerklæringer på bestemte fagfelt. Tvistemålslovutvalget peker i NOU 2001: 32 s. 976 på at det kan være vanskelig for retten å ta stilling til om sakkyndigerklæringer er utarbeidet i samsvar med anerkjente vitenskapelige metoder, og ellers er i samsvar med aksepterte vitenskapelige standpunkter på vedkommende fagområde. Slik evaluering kan være nyttig for eksempel i tilknytning til medisinske eller psykologiske problemstillinger. Et annet aktuelt område kan være sakkyndigerklæringer i barnefordelingssaker eller i saker om tvungen overtakelse av omsorg for barn.

Det fremgår av NOU 2001:32 s. 975 og Ot.prp.nr.51 (2004-2005) til tvisteloven s. 465 at Domstoladministrasjonen kan opprette utvalg av sakkyndige for bestemte sakstyper. Domstoladministrasjonen har pr. i dag ingen konkrete planer i forhold til opprettelsen av et slikt utvalg.

Vedlegg 2 Oversikt over sakstyper innenfor justissektoren hvor det brukes attester, erklæringer o.l. fra helsepersonell

1 Innledning

I dette vedlegget vil det bl.a. bli redegjort for hjemmel, saksgang, omfang og retningslinjer innenfor ulike sakstyper innenfor justissektoren hvor det gjøres bruk av attester, erklæringer og lignende fra helsepersonell som grunnlag for beslutninger.

2 Forfall for parter, siktede/tiltalte og vitner i rettssaker

2.1 Innledning

Siktede/tiltalte, parter og vitner plikter å møte til rettsmøte etter en lovlig forkynt innkallelse. Siktedet/tiltaltes møteplikt er regulert i straffeprosessloven §§ 85 flg., og partene og prosessfullmektigenes møteplikt er regulert i tvistemålsloven § 89.

Plikten til å møte som vitne i straffesaker og sivile saker er regulert i henholdsvis straffeprosesslovens §§ 108 flg. og tvistemålsloven §§ 199 flg.

For lagrettemedlemmer og meddommere gjelder bestemmelsen i domstolloven § 105, hvor det fremgår at ”til gyldig forfall medregnes omstendigheter som fører til at vedkommende ikke uten fare for helbred eller velferd kunne ha møtt”. Denne bestemmelsen er veiledende også ved vurderingene av hvorvidt de andre grupper som plikter å møte i retten, har lovlig forfall.

2.2 Retningslinjer

2.2.1 Sosial- og helsedirektoratets rundskriv IS-9/2006 om krav i forbindelse med utstedelse av attester, helseerklæringer og lignende

Rundskrivet oppstiller i pkt. 3.2 særlige innholdsmessige krav til attesten/helseerklæringen:

”Det må dokumenteres at sykdommen ikke bare medfører arbeidsudyktighet, men faktisk er til hinder for at parten eller vitnet møter i retten. Da det er retten som vurderer om det foreligger gyldig forfall i det enkelte tilfelle, må de opplysningene som er av betydning for denne vurderingen framgå av selve erklæringen. Det er opplysninger om vedkommendes sykdomsbilde som her er det sentrale. Det er ikke tilstrekkelig at helsepersonellet i erklæringen begrenser seg til å opplyse at pasienten ikke er i stand til å møte i det angjeldende rettsmøte. Retten må kjenne til begrunnelsen for denne konklusjonen fra helsepersonellets side.

Attest/helseerklæring må etter domstolenes praksis minimum inneholde konkrete opplysninger om sykdom som er utenfor den innkaltes kontroll, og som gjør det umulig eller uforholdsmessig byrdefullt å møte.

Helseopplysninger bør som hovedregel dokumenteres i form av attester utstedt av behandlende helsepersonell. I normaltilfellene vil det verken være nødvendig eller hensiktsmessig å gjøre bruk av sakkyndige til dette formål.”

3 Soningsutsettelse

3.1 Innledning

Soningsutsettelse på grunn av soningsudyktighet reguleres av straffeprosesslovens § 459 første ledd. Det fremgår av denne bestemmelsen at fullbyrding av frihetsstraff eller samfunnsstraff skal utsettes dersom domfelte er blitt alvorlig sinnslidende eller hans helsetilstand ellers gjør fullbyrding utilrådelig. Det er påtalemyndigheten som treffer vedtak om soningsutsettelse.

Vedtak om avslag på søknad om soningsutsettelse kan påklages til nærmeste overordnede påtalemyndighet innen 3 uker fra underretning om vedtaket kom frem til klageren, jf. påtaleinstruksen § 29-4 fjerde ledd.

3.2 Omfang

Det finnes ingen landsomfattende statistikk over antall søknader om soningsutsettelse. Kriminalomsorgen har en oversikt, men den gjelder bare de utsettelsene som blir innvilget etter at dommen er oversendt til Kriminalomsorgen. Hvor mange søknader om soningsutsettelse som blir innvilget før dette tidspunktet er imidlertid vanskelig å anslå.

Enkelte politidistrikt registrerer antall søknader om soningsutsettelse internt. Oslo politidistrikt registrerte 504 søknader om soningsutsettelse i 2005 hvorav 176 ble innvilget og 53 sendt til politilegen. Det vil si at 35 % av søknadene ble innvilget. I 2004 registrerte Oslo politidistrikt 477 søknader hvorav 50 ble sendt til politilegen og i 2003 ble 404 søknader registrert hvorav 66 ble sendt til politilegen. Oslo politidistrikt begynte først å registrere antall innvilgelser i 2005. Det fremgår ikke av denne oversikten om begrunnelsen for søknad om soningsutsettelse var helse eller andre forhold.

Hordaland politidistrikt registrerte 62 søknader om soningsutsettelse i 2005. Av disse ble 33 søknader innvilget og 29 søknader avslått. Det er oppgitt at 43 av søknadene var begrunnet med helsemessige årsaker, og at 25 saker ble sendt til politilegen.

3.3 Retningslinjer

3.3.1 *Artikkel i Juristkontakt 1/93*

Politiet i Oslo og statsadvokatembetet i Trøndelag opplyser at de ikke har de noen egenproduserte retningslinjer, men at de bruker en artikkel skrevet av Tor-Geir Myhrer i Juristkontakt 1/93 som utgangspunkt for sin praksis. Myhrer var førstestatsadvokat da artikkelen ble skrevet.

Myhrer fremhever at begrepet ”alvorlig sinnslidende” sjelden reiser problemer. Alternativet ”helsetilstanden forøvrig gjør fullbyrdingen utilrådelig” er imidlertid vanskeligere å praktisere. Vanskelighetene knytter seg særlig til følgende problemstillinger:

1. Gir de fremlagte erklæringene et korrekt (ikke overdrevent) bilde av domfeltes helsetilstand?

2. "Helsetilstanden" omfatter hele sykdomsregisteret og alle uførhetsgrader. Hvordan de forskjellige somatiske eller psykiske lidelser eller funksjonstap påvirkes av fengselsoppholdet kan være vanskelig å avgjøre på forhånd.
3. Hva ligger i "utilrådelig"? Hvilke belastninger må den syke eller uføre tåle?

Basert på et rundskriv fra riksadvokaten om retningslinjer for hvordan påberopelse av soningsudyktighet skal behandles og vurderes fra 1983, samt praksis stiller Myhrer opp tre punkter av betydning for vurderingen i forhold til spørsmålet om soningsudyktighet:

1. Det er langt på vei domfeltes ansvar å fremskaffe den nødvendige dokumentasjon for sin dårlige helsetilstand. Han kan herunder pålegges å fremstille seg for en bestemt offentlig lege til undersøkelse, for eksempel politilegen eller en lege ved fylkessykehuset. I mange tilfeller er formålet med en slik henvisning til offentlig lege nettopp å øve kontroll med om erklæringer fra domfeltes private lege gir en korrekt beskrivelse av helsetilstanden. Det forekommer ikke så sjelden at den offentlige lege kommer til et annet resultat enn domfeltes private lege.

2. De som avgir erklæringer om domfeltes helsetilstand må også "tvinges" til å vurdere virkningene av fengselsoppholdet opp mot lovens krav om "utilrådelighet". Dette innebærer at det må gis en beskrivelse av:

- Hvilke følger et fengselsopphold kan få for helbredstilstanden, og eventuelt behandlingsmulighetene.
- Sannsynligheten for at disse følger skal inntre.
- Hvilke muligheter det er for å forebygge følgene gjennom for eksempel medisinerer, lettelser i soningsvilkårene og lignende

3. Utilrådelig er et sterkt uttrykk. At soningen av helsemessige grunner ikke er ønskelig eller vil ha uheldige virkninger på mulighetene for helbredelse, er ikke nok. Hva som skal til må alltid avgjøres etter en konkret vurdering, men et utgangspunkt kan være:

- Innebærer soningen en dokumentert risiko for at en fra før alvorlig eller svak helsetilstand forverres, eller
- dersom mulighetene for helbredelse i vesentlig grad blir mindre, må fullbyrdingen sies å være utilrådelig.

Myhrer knytter også noen spesielle kommentarer til utilrådelighetsvurderingen i forbindelse med faren for selvdrap som det ikke gjøres nærmere rede for i denne oversikten.

3.3.2 Sosial- og helsedirektoratets rundskriv IS-9/2006 om krav i forbindelse med utstedelse av attester, helseerklæringer og lignende

I rundskrivets pkt 4.2 bokstav a er det redegjort for særlig innholdsmessige krav til attesten/helseerklæringen i forbindelse med vurdering av soningsdyktighet:

"I straffeprosessloven § 459 første ledd reguleres spørsmålet om soningsutsettelse ved såkalt "soningsudyktighet".

Det er påtalemyndigheten som vurderer om det foreligger grunnlag for utsettelse etter bestemmelsen. I utgangspunktet er det derfor påtalemyndigheten som er nærmest til å redegjøre for hva slags krav man skal stille til erklæringer som skal være grunnlag for saker etter bestemmelsen. Vurderingen av soningsdyktighet har imidlertid også betydning for andre etaters avgjørelser, for eksempel for Justisdepartementets behandling av benådningssaker. Spørsmålet kommenteres derfor nærmere nedenfor.”

4 Benådning

4.1 Innledning

Hjemmel for benådning er Grunnloven § 20. Det er bare Kongen i statsråd som kan innvilge søknad om benådning. Justisdepartementet har ved kgl.res. av 5. juni 1981 fått delegert myndighet til å avslå søknader. Vedtak i saker om benådning er unntatt fra den forvaltningsmessige begrunnelsesplikt, jf. forskrift til forvaltningsloven § 24 gitt ved kgl.res. av 16. desember 1977 og 5. juni 1981.

Benådning har som formål å hindre at straff blir fullbyrdet når dette vil være urimelig eller uheldig på grunn av særlige omstendigheter som er inntruffet etter rettskraftig dom, eller som domstolen ikke hadde kjennskap til. En benådning skal ikke være en overprøvelse av domstolens avgjørelse. Hindringer eller problemer av rent midlertidig karakter kan ofte avhjelpes gjennom adgangen til å søke soningsutsettelse, jf. straffeprosessloven § 459.

4.2 Omfang

Nedenfor følger en oversikt over antall innvilgede og avslåtte benådningssøknader for 2002, 2003, 2004 og 2005. Statistikken omfatter både benådning i forhold til frihetsstraff og i forhold til bøter.

År	Innvilget	Avslått	Totalt
2002	35	249	284
2003	47	269	316
2004	51	274	325
2005	49	269	318

4.3 Saksgang

4.3.1 Søknad om benådning før påbegynt soning

Det politikammeret som hadde ansvaret for behandlingen av straffesaken, har ansvaret for forberedelsen av benådningssøknaden, jf. påtaleinstruksen § 31-1, 1. ledd. Politiet avgjør om det bør foretas avhør av søker for å opplyse saken best mulig. Det skal videre opplyses om domfelte etter domsavsigelsen er registrert med nye oppgjorte eller uoppgjorte forhold, eller om det i senere tid er avdekket forhold som lå forut for dommen. Ellers skal søker oppfordres til å legge frem dokumentasjon for det som påberopes som grunnlag for søknaden, som for eksempel helse, økonomi, arbeids- og familieforhold. Politiet sender så benådningssøknaden sammen med sin innstilling og straffesakens dokumenter via stats- eller riksadvokaten til Justisdepartementet, Kriminalomsorgsavdelingen, til behandling.

4.3.2 Søknad om benådning etter påbegynt soning

Hvis soningen er påbegynt er det fengselet hvor den domfelte soner som er ansvarlig for å forberede søknaden. Det fremgår av pkt. 3.45.6 i retningslinjer til straffegjennomføringsloven (fastsatt av Kriminalomsorgens sentrale forvaltning 16.05.02) at spørsmålet om benådning kan tas opp av fengselsleder på eget tiltak eller etter søknad fra den innsatte. Anstalten skal gi uttalelse om spørsmål som antas å ha betydning for benådningssaken, herunder om søknaden anbefales eller ikke.

Etter at søknaden er blitt behandlet i fengselet, blir den sendt til den aktuelle regionen. Regionen skriver på bakgrunn av dette en innstilling og sender den til Kriminalomsorgsavdeling i Justisdepartementet.

4.4 Retningslinjer

4.4.1 Notat fra Justisdepartementet

Justisdepartementet har utarbeidet et notat (juni 1997) som omhandler saksbehandlingsregler og vurderingsmomenter vedrørende søknader om benådning. Notatet er distribuert internt i departementet og til fengselslederne i Kriminalomsorgen. Notatet er for tiden under revisjon.

Hver enkelt benådningssøknad undergis en konkret og skjønnsmessig helhetsvurdering. Det er ikke mulig å sette opp en liste med vilkår som vil føre til benådning, men i notatet påpekes en del momenter som er relevant å vektlegge:

- Forbrytelsens art og straffens lengde
- At domfelte har betydelige helsemessige problemer. Dokumentasjon på helsemessige problemer bør komme fra offentlig lege eller psykolog
- At en dom er blitt gammel uten at fullbyrdingen er skjedd (særlig ved korte dommer)
- At domfelte har omsorg for barn eller andre nærstående
- Arbeidsmessige og/eller økonomiske forhold
- Anbefalinger om benådning fra dømmende rett eller påtalemyndigheter
- Om domfelte har hatt en markert positiv utvikling siden domsavsigelsen
- Hvorvidt domfelte er registrert med nye oppgjorte eller uoppgjorte straffbare forhold
- Hensyn til offeret

Notatet avslutter med en liste over momenter som bør kontrolleres ved bruk av legeerklæringer i benådningssaker:

- Legeerklæringer bør ha en adressat.
- Det må fremgå tydelig hvilket formål erklæringen er ment å skulle uttale seg om
- Erklæringen er ingen meningsytring, men skal være en helsefaglig uttalelse med beskrivelse av somatiske og psykiske symptomer og evt. somatiske eller psykiske lidelser.
- Erklæringen må på bakgrunn av de funn som er gjort, gi uttrykk for en konklusjon.
- Er det psykososiale problemer som anføres, bør det fremgå om helsepersonellet har snakket med vedkommende mer enn en gang – eventuelt hvor lenge helsepersonellet har kjent domfelte. Tidligere livssituasjon og sykehistorie bør fremgå av erklæringen dersom dette ikke allerede fremgår av saksdokumentene.

4.4.2 Sosial- og helsedirektoratets rundskriv IS-9/2006 om krav i forbindelse med utstedelse av attester, helseerklæringer og lignende

I rundskrivets pkt. 4.2 om særlige innholdsmessige krav til attesten/helseerklæringen står det under pkt. b om benådning:

”For å bli benådet forutsettes det at søknaden er begrunnet med ekstraordinære omstendigheter som gjør det urimelig å fullbyrde dommen. Det er en forutsetning at disse omstendighetene har oppstått etter domstidspunktet, eller at de som et minimum var ukjent for retten da dommen ble avsagt. Praksis er meget restriktiv.

Det er vanlig at benådningssøknader er begrunnet med at den domfeltes helsetilstand er så dårlig at han ikke er soningsdyktig. I henhold til praksis, stiller kriminalomsorgen strenge krav til attesters/helseerklærings troverdighet i disse sakene. Attester/helseerklæringer fra domfeltes fastlege eller annet behandlende helsepersonell, mister mye av sin verdi både på grunn av helsepersonellens nære tilknytningsforhold til pasienten, og også fordi helsepersonellet sjelden har tilstrekkelig god kunnskap om hvilke muligheter for differensiert soning som finnes innenfor kriminalomsorgen.

I slike saker stiller man derfor tilnærmet alltid krav om at det skal foreligge en uttalelse fra offentlig helsepersonell, som ikke er domfeltes behandlende helsepersonell. Ideelt sett vil man ha en uttalelse fra politilegen, da vedkommende har stor tillit både på grunn av sin objektivitet, men også på grunn av at politilegen besitter god kunnskap om kriminalomsorgen og de muligheter som finnes for å tilpasse soningen til den enkeltes fysiske eller psykiske problemer.”

5 Straffavbrudd

5.1 Innledning

Kriminalomsorgen kan beslutte at gjennomføringen av straffen skal avbrytes dersom domfeltes helsetilstand tilsier det, eller når det for øvrig foreligger særlig tungtveiende grunner som ikke kan avhjelpest på annen måte, jf. straffegjennomføringsloven §§ 35 og 57. Straffavbrudd kan gis både fra fengselsstraff og fra samfunnsstraff.

Avbrudd kan gis i en bestemt periode av inntil fire uker og kan senere forlenges en gang med inntil fire uker, jf. forskrift til lov om straffegjennomføring §§ 3-33 og 5-3. Innvilgelse av søknad om ytterligere forlengelse kan gis av nærmeste overordnede nivå. I særlige unntakstilfeller kan overordnet nivå innvilge avbrudd for en ubestemt periode.

Avgjørelser om straffavbrudd treffes av lokalt nivå (fengsler eller friomsorgskontor) innen kriminalomsorgen, jf. straffegjennomføringsloven § 6. Når den domfelte er idømt fengselsstraff på mer enn ti år, idømt en strafferettslig særreaksjon eller forvaring eller innsatt i avdeling med særlig høyt sikkerhetsnivå treffer regionalt nivå også avgjørelse etter strgf.l. § 35.

5.2 Omfang

5.2.1 *Straffavbrudd fra fengslene*

Det var 14 499 personer som avsonet straff i 2005. Av disse fikk 198 innvilget straffavbrudd. Avbrudd innvilges bare dersom det etter en konkret helhetsvurdering anses som sikkerhetsmessig forsvarlig.

5.2.2 *Straffavbrudd fra friomsorgen*

Friomsorgen har ikke statistikk over hvor mange som avsoner samfunnsstraff og som innvilges avbrudd.

5.3 Retningslinjer

5.3.1 *Retningslinjer til straffegjennomføringsloven fastsatt av Kriminalomsorgens sentrale forvaltning 16.05.02*

Straffavbrudd fra fengselet

Søknad om straffeavbrudd skal undergis en konkret, skjønnsmessig vurdering i det enkelte tilfelle. Det skal vurderes om problemene kan løses på annen måte enn ved avbrudd, for eksempel ved innvilgelse av permisjon, fremskutt permisjonstid, utvidet permisjonskvote, utvidet telefontid eller fremstilling. Dersom avbrudd er aktuelt av helsemessige årsaker, må hensynet til innsattes helse veies opp mot hensynet til samfunnsvernet, herunder hva slags straffbare handlinger det er fare for. (jf. retningslinjene pkt. 3.38)

Når avbruddet er begrunnet i den innsattes helsetilstand fremgår det av retningslinjene at helsetilstanden hos innsatte må være dokumentert og av en slik karakter at avbrudd vil kunne avhjelpe problemene. Avbrudd gis ikke hvis innsattes helsetilstand kan ivaretas i tilstrekkelig grad i fengselet. Før avbrudd gis, skal det vurderes overføring til annet egnet fengsel, gjennomføring av straff i institusjon i medhold av straffegjennomføringsloven § 12 eller gjennomføring av straff i sykehus, jf. straffegjennomføringsloven § 13. Avbrudd er særlig aktuelt i perioder med dagplassering i sykehus eller poliklinisk behandling, da slik tilknytning til sykehuset ikke er tilstrekkelig for å tilfredsstille kravene til straffegjennomføring. Er soningsudyktigheten erklært av "varig art", bør det vurderes om det er grunnlag for å søke benådning eller fremskutt prøveløslatelse.

Straffavbrudd fra friomsorgen

Det fremgår av retningslinjene pkt. 5.7 at dersom den domfelte ikke kan møte til avtale på grunn av sykdom, kreves dette dokumentert med erklæring. Fristen for fremleggelse av erklæring er senest to dager etter fraværet. Friomsorgen bør i samråd med den domfelte vurdere om vedkommende for eksempel er i stand til å møte til individuell samtale i stedet for samfunnsnyttig tjeneste. På den måten kan man forhindre unødig endring av gjennomføringsplanen. Hvis den domfelte, på grunn av sin helsetilstand eller andre særlig tungtveiende grunner ikke er i stand til å gjennomføre straffen i en periode, kan gjennomføringen stanses etter straffegjennomføringsloven § 57. Betydelige rusproblemer kan også falle inn under begrepet helsetilstand i forhold til denne bestemmelsen.

5.3.2 Skriftlige retningslinjer for bruk av erklæringer

Av seks fengsler (et av de største i hver region), seks friomsorgskontor (et tilfeldig utvalgt fra hver region) og alle regionskontorene er det kun Ringerike fengsel som har utarbeidet skriftlige retningslinjer for bruk av erklæringer i behandlingen av søknader om soningsavbrudd mm.

5.3.3 Sosial- og helsedirektoratets rundskriv IS-9/2006 om krav i forbindelse med utstedelse av attester, helseerklæringer og lignende

I rundskrivets pkt 4.2 bokstav d er det redegjort for særlig innholdsmessige krav til attesten/helseerklæringen i forbindelse med søknad om straffavbrudd:

”Straffegjennomføringsloven inneholder bestemmelsene om straffavbrudd fra henholdsvis fengselsstraff og samfunnsstraff. Etter disse bestemmelsene kan kriminalomsorgen beslutte at gjennomføringen av straffen skal avbrytes dersom domfeltes helsetilstand tilsier det, eller når det for øvrig foreligger særlig tungtveiende grunner som ikke kan avhjelpes på annen måte.

Slike søknader har mange likhetstrekk med prøveløslatelse etter halv tid, og behandles stort sett på samme måte. Et avbrudd medfører imidlertid at domfelte må sone straffen senere.

Det er helt nødvendig at attesten/helseerklæringen dokumenterer domfeltes helseproblemer og uttaler seg om i hvilken grad et avbrudd vil avhjelpe problemene. Det skal ikke gis straffavbrudd dersom domfeltes helsetilstand kan ivaretas i tilstrekkelig grad i fengselet eller ved overføring til annet egnet fengsel, institusjon eller sykehus. En attest/helseerklæring bør derfor også uttale seg om mulighetene til å gi domfelte medisinskfaglig oppfølging innenfor kriminalomsorgen.

Ved samfunnsstraff er det særlig viktig at attesten/helseerklæringen uttaler seg om domfeltes helseproblemer og hvorvidt disse medfører at han ikke er i stand til å gjennomføre straffen. Også her er det viktig at man kommenterer mulighetene for at et avbrudd vil avhjelpe situasjonen ved at domfeltes helsetilstand vil forbedre seg i denne perioden. I likhet med ved prøveløslatelse er det viktig å understreke at kriminalomsorgen ved behandlingen av slike søknader skal foreta en bred helhetsvurdering av alle sakens momenter, der også andre omstendigheter enn den domfeltes helsetilstand er av betydning.”

6 Prøveløslatelse

6.1 Innledning

Straffegjennomføringsloven § 42 første og tredje ledd inneholder reglene for prøveløslatelse ved henholdsvis utholdt 2/3 og 1/2 straffetid. Prøveløslatelse ved utholdt 1/2 straffetid er en snever unntaksregel som bare skal benyttes dersom ”særlige grunner” foreligger, jfr. § 42 tredje ledd. Søknader om prøveløslatelse ved utholdt 1/2 straffetid kan være begrunnet med at domfeltes helsetilstand er så dårlig at han vil bli alvorlig skadelidende dersom han ikke løslates.

Avgjørelser om prøveløslatelse treffes av lokalt nivå innen kriminalomsorgen, jf. straffegjennomføringsloven § 6. Når den domfelte er idømt fengselsstraff på mer enn ti år, idømt en strafferettslig særreaksjon eller forvaring eller innsatt i avdeling med særlig høyt sikkerhetsnivå treffer regionalt nivå også avgjørelse etter strgf.l. § 42.

6.2 Retningslinjer

6.2.1 *Retningslinjer til straffegjennomføringsloven fastsatt av Kriminalomsorgens sentrale forvaltning 16.05.02*

Det fremgår av retningslinjene pkt 3.45.2 at prøveløslatelse i perioden mellom halv og to tredjedels straffegjennomføringstid skal være særlig begrunnet med sterke og tungtveiende, godt dokumenterte momenter. Det skal foretas en skjønnsmessig helhetsvurdering i hvert enkelt tilfelle. Slik løslatelse skal ikke innvilges dersom det er grunn til å anta at domfelte vil begå nye straffbare handlinger i prøvetiden.

Det skal alltid vurderes om overføring til annet fengsel eller institusjon i medhold av straffegjennomføringsloven § 12 er tilstrekkelig før framskutt løslatelse etter halv tid innvilges. Det skal videre vurderes om for eksempel frigang, avbrudd eller utvidet permisjonskvote kan avhjelpe situasjonen, eller om innsatte kan gjennomføre straff i medhold av straffegjennomføringsloven § 16.

Andre momenter som skal tillegges vekt i helhetsvurderingen er sakens art, hensyn til fornærmede, hensyn til den alminnelige rettsoppfatning og hvor lang tid det er igjen til løslatelse ellers skal skje. Helsemessige årsaker kan være et moment i denne helhetsvurderingen. Dersom domfelte gjennomfører straff på en særlig tyngende måte av fysiske eller psykiske helsemessige årsaker og fortsatt gjennomføring vil kunne påføre vedkommende ytterligere helseskader, slik at det av denne grunn er urimelig at gjennomføringen fortsetter, og det ikke er noe som tyder på at helsen vil bli vesentlig bedret i overskuelig fremtid, vil dette være et moment som taler for prøveløslatelse.

6.2.2 *Sosial- og helsedirektoratets rundskriv IS-9/2006 om krav i forbindelse med utstedelse av attester, helseerklæringer og lignende*

I rundskrivets pkt 4.2 bokstav c er det redegjort for særlig innholdsmessige krav til attesten/helseerklæringen i forbindelse med søknad om prøveløslatelse:

”Reglene for prøveløslatelse ved henholdsvis utholdt ½ og 2/3-tid følger av straffegjennomføringsloven.

Prøveløslatelse ved utholdt ½ straffetid er en snever unntaksregel som bare skal benyttes dersom ”særlige grunner” foreligger. Det er vanlig at slike søknader er begrunnet med at domfeltes helsetilstand er så dårlig at han vil bli alvorlig skadelidende dersom han ikke løslates.

En attest/helseerklæring fremlagt i slike saker bør uttale seg om eventuelle fysiske og psykiske plager den domfelte har som skiller seg fra de plager andre innsatte opplever under soningen. Av særlig betydning vil det være om man har grunnlag for å uttale seg om hvorvidt fortsatt soning vil påføre domfelte ytterligere helseskader, og om det er holdepunkter for å gå ut fra at vedkommendes helsetilstand vil forbedre seg i tiden fremover.

Det understrekes imidlertid at kriminalomsorgen ved behandlingen av slike søknader skal foreta en bred helhetsvurdering av alle sakens momenter der man blant annet vektlegger opplysninger om domfeltes helsetilstand. Det skjer derfor relativt ofte at kriminalomsorgen avslår slike søknader selv om helsetjenesten anfører at domfeltes tilstand er så dårlig at løslatelse bør innvilges. Grunnet for dette er som regel både sikkerhetsmessige hensyn og at man ikke finner det tilstrekkelig godt gjort gjennom attesten/helseerklæringen at en fortsatt soning vil medføre

forverring av domfeltes helsetilstand. I tillegg vil man søke å iverksette andre tiltak som kan avhjelpe de negative helsemessige konsekvensene fremfor å innvilge prøveløslatelse.”

7 Helsepersonell tilknyttet justissektoren.

7.1 Kontor for rettspsykiatri – Politilegen

7.1.1 Innledning

Det finnes politilegekontor i Oslo og Bergen. I andre deler av landet blir behovet for lignende vurderinger foretatt av andre offentlige leger eller psykologer som politi- og påtalemyndighet gjør avtaler med. Denne fremstillingen bygger på informasjon fra Kontor for rettspsykiatri – Politilegen i Oslo.

Politilegens kontor behandler bare saker som er henvist fra leddene i straffesaksbehandlingen, i hovedsak politiet og statsadvokatene. Et lite antall personer undersøkes etter anmodning fra Økokrim, fengselsvesenet / kriminalomsorgen og Justisdepartementets kriminalomsorgsavdeling. Antallet slike saker er imidlertid lite i forhold til den samlede saksmengde. Direkte henvendelser fra advokater og domfelte henvises alltid til påtalemyndighet for vurdering med henblikk på om saken skal behandles ved politilegens kontor.

Politilegens kontor er organisasjonsmessig underlagt administrasjonssjefen i Oslo politidistrikt.

7.1.2 Saksområder

Politilegens kontor foretar vurderinger i saker hvor det er tvil om siktedes tilregnelighet eller det av andre grunner er ønskelig for påtalemyndigheten eller retten med en foreløpig rettspsykiatrisk undersøkelse, også kalt prejudisiell observasjon, jf. straffeprosessloven § 165 tredje ledd. Videre foretar politilegens kontor medisinske vurderinger i saker hvor det er spørsmål om domfeltes soningsdyktighet. Kontoret fungerer også som rådgivere for påtalemyndigheten i medisinske spørsmål knyttet til voldssaker. I tillegg administrerer politilegens kontor den såkalte promillelegeordningen.

7.1.3 Saksmengde

Politilegens kontor behandlet 453 saker i 2003, 423 saker i 2004 og 446 saker i 2005.

Nærmere beskrivelse av henviste saker i 2005 fordelt på sakstype

- Av de 446 sakene som ble henvist til politilegens kontor i 2005 gjaldt 270 anmodninger om prejudisiell observasjon. Av disse ble 81 personer fremstilt til undersøkelse, mens 95 møtte etter skriftlig innkalling. 14 personer ble undersøkt på institusjon eller i sitt hjem. I de resterende tilfeller ønsket vedkommende ikke å møte, uteble eller anmodningen ble frafalt.
- Antall anmodninger om undersøkelse henblikk på soningsutsettelse gjaldt 135 personer. Av disse møtte 81 personer, mens de resterende enten uteble eller saken ble frafalt. I det overveiende antall tilfeller var psykiske problemer årsaken til spørsmål om soningsutsettelse. Utsettelse ble anbefalt i medhold av straffeprosessloven § 459 første ledd i 35 saker, etter andre ledd i 6 saker og etter begge ledd i 8 saker. I 17 saker ble det anbefalt spesielle tiltak under soningen eller at denne ble gjennomført i henhold til straffegjennomføringsloven § 12.

7.1.4 Personalressurser

Politilegens kontor hadde per januar 5 stillingshjemler som fordelte seg på følgende måte:

Hjemmel	Betegnelse	Stillingsandel
1	Avdelingsoverlege	1,0 Engasjement
1	Overlege	0,33
1	Spesialpsykolog	0,4
1	Konsulent	1,0
1	Førstesekretær	1,0
5	Antall totalt	3,73

Kontoret administrerer også 9 privatengasjerte leger i døgnskuttet vaktturnus for blodprøvetaking og sikring av biologisk materiale i straffesaker (såkalte "promilleleger").

7.1.5 Målsettinger og prioriteringer 2006-2007

Det fremgår av virksomhetsplanen til Politilegens kontor at de vil innrette sin virksomhet mot de målsettinger og prioriteringer som fremgår av Oslo politidistrikts overordnede virksomhetsplan, og virksomhetsplan for administrasjonsavdelingen. Politilegens kontor vil i særlig grad prioritere en rask avvikling av straffesakene. Spørsmål om somatiske og/eller psykiske problemer hos domfelte som skal sone fengselsstraff vil bli nedprioritert i forhold til prejudisielle observasjoner i tråd med hovedmålsettingen. Saker fra andre politidistrikter vil bli behandlet etter at Oslo politidistrikts eget behov er dekket.

7.1.6 Fagutvikling

Fagpersonalet ved politilegens kontor holder seg faglig oppdatert ved deltagelse i kurs og seminarer med relevans til rettspsykiatrien og til rettspsykiatrisk sakkyndighetsarbeid. Kontoret påpeker også nødvendigheten av å ha en bred kontaktflate med det offentlige psykiske helsevern ved at de ansatte ved Politilegens kontor er engasjert i annen helsefaglig virksomhet. Kontoret har også et faglig samarbeid med Kompetansesenter for retts- sikkerhet- og fengselspsykiatri.

7.2 Nærmere om helsetjenestetilbudet for innsatte i fengsel

Lov 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene (kommunehelsetjenesteloven) pålegger kommunen å sørge for helsetjenester for innsatte i de kommuner der det ligger anstalter under kriminalomsorgen, jf. § 1-3, første ledd, nr. 1, bokstav e). Helsetjenesten i fengslene skal være likeverdig med helsetjenesten som den øvrige befolkningen har krav på, og de samme elementene som inngår i kommunens primærhelsetjeneste skal inngå i fengselets helsetjenestetilbud. Det vil kunne være til dels store forskjeller mellom de ulike fengsler/soningsanstalter i forhold til hvordan helsetjenesten nærmere er organisert.

I følge veilederen for helsetjenestetilbud til innsatte i fengsel, utarbeidet av Sosial- og helsedirektoratet, vil helsepersonell innenfor fengselshelsetjenesten opptre som den innsattes behandler. For å ivareta behandlerrollen på en best mulig måte, er helsepersonellet avhengig av pasientens/den innsattes tillit. Dersom rollen som behandlende helsepersonell blandes med rollen som rådgiver for de ansvarlige i straffegjennomføringen, vil det kunne være vanskelig å oppnå den innsattes tillit. Som den innsattes behandler vil helsepersonell bl.a. utstede ulike attester/erklæringer som den innsatte har behov for. De samme krav som ellers gjelder ved utstedelse av attester/erklæringer, vil også gjelde når helsepersonell utsteder attester/erklæringer for innsatte.

Dersom helsepersonell skal gi opplysninger om den innsattes helse, kan dette som hovedregel bare skje når den innsatte har samtykket. Dersom den innsatte gir sitt informerte samtykke til at taushetsbelagte opplysninger kan formidles videre, oppstår en opplysningsrett, men ikke en opplysningsplikt. Uten at det foreligger hjemmel for å gjøre unntak fra helsepersonells taushetsplikt, kan de derfor ikke meddele opplysninger som er omfattet av helsepersonells taushetsplikt, til andre. Dette innebærer at opplysninger om helsemessige og andre personlige forhold som helsepersonell har mottatt (evt. som fengselspersonell har mottatt i kraft av å være helsepersonells medhjelper), i utgangspunktet ikke kan gis videre til fengselets ledelse eller andre ansatte.

8 Voldsoffererstatningssaker

8.1 Innledning

Kontoret for voldsoffererstatning ble opprettet i Vardø 1. september 2003 og er et statlig forvaltningsorgan som avgjør søknader om erstatning fra staten til skadelidte eller etterlatte for personskade voldt ved straffbar handling. Før sentraliseringen til Kontoret for voldsoffererstatning i Vardø, var saksbehandlingen desentralisert til fylkesmannen på søkerens bosted. Klager på vedtak fattet av Kontoret for voldsoffererstatning avgjøres av Erstatningsnemnda for voldsofre. Kontoret for voldsoffererstatning og Erstatningsnemnda for voldsofre er frittstående forvaltningsorganer underlagt Justisdepartementet.

Justissekretariatene er sekretariat for Erstatningsnemnda for voldsofre og legger frem innstilling til vedtak for nemnda i saker som gjelder klage på vedtak fattet av Kontoret for voldsoffererstatning.

Voldsoffererstatningsmyndigheten mottar i hovedsak attester, erklæringer og lignende fra helsepersonell ”passivt” ved at disse vedlegges søknad om voldsoffererstatning. Slike attester/erklæringer er gjerne skrevet av søkerens behandlende lege eller psykolog. Helseopplysninger i voldsoffererstatningssaker kan også ligge i politidokumentene som voldsoffererstatningsmyndigheten innhenter, og da ofte i form av utskrift av journal fra legevakt eller i form av en attest/erklæring fra behandlende helsepersonell. Det forekommer forholdsvis sjelden at voldsoffererstatningsmyndigheten selv innhenter attester, erklæringer og lignende fra helsepersonell. Dette har sammenheng med at voldsoffererstatningsmyndighetene har en begrenset mulighet til å dekke utgiftene ved innhenting av slike erklæringer.

Det er ikke ansatt helsefagkyndige rådgivere i Kontoret for voldsoffererstatning. Erstatningnemnda for voldsofre består i dag av en dommer, en advokat med erfaring fra personskadeerstatning samt en psykiater.

8.2 Statistikk

Kontoret for voldsoffererstatning traff 2508 vedtak om erstatning i 2005, av disse ble 1733 innvilget og 775 avslått. Av Kontorets enkeltvedtak om voldsoffererstatning i 2005 ble 395 påklaget til Erstatningsnemnda for voldsofre.

Samlet utbetalt erstatning i 2005 utgjorde kr 102 746 004, som fordelte seg med kr 22 419 094 i erstatning for økonomisk tap, og kr 80 326 910 i erstatning for ikke-økonomisk tap. Gjennomsnittlig utbetaling per sak 2005 utgjorde kr 59 288.

8.3 Hjemmel

Ordningen med statlig erstatning til voldsofre trådte i kraft 1. april 1976, og gjelder for personskader oppstått som følge av straffbare handlinger som har funnet sted etter 1. januar 1975. Det er lov om erstatning fra staten for personskade voldt ved straffbar handling m.m (voldsoffererstatningsloven) av 20. april 2001 som kommer til anvendelse der søknad om erstatning fremsettes etter lovens ikrafttredelse 1. juli 2001. Etter loven har man et rettskrav på voldsoffererstatning dersom vilkårene er oppfylt. Loven avløste voldsofferforskriften gitt ved kgl. res. 23. januar 1981.

Det sentrale vilkår for å få tilkjent voldsoffererstatning er at skadelidte klart kan sannsynliggjøre at vedkommende er blitt utsatt for en forsettelig legemskrenkelse eller annen straffbar handling som bærer preg av vold eller tvang og som har medført en personskade, jf. voldsoffererstatningsloven §§ 1 og 3.

8.4 Formål

Utgangspunktet er at voldsutøveren har et ansvar for sine handlinger, og således er erstatningsansvarlig etter de alminnelige erstatningsrettslige regler. Voldsutøveren har imidlertid ofte dårlig betalingsevne og ofte forblir gjerningspersonen ukjent. Voldsofre vil bli hjulpet et stykke på vei gjennom generelle støtteordninger som f.eks. sykepenger fra arbeidsgiver, sosiale trygde- og støtteordninger og forsikringer. Ikke sjelden vil det imidlertid gjenstå et udekket tap. Det er også et samfunnsansvar å hjelpe den som blir rammet av en voldsforbrytelse, og voldsoffererstatningens formål er i rimelig utstrekning å sørge for at voldsofferet blir holdt økonomisk skadesløs.

8.5 Retningslinjer

Det er ikke utarbeidet noen veileder eller retningslinjer vedrørende attester/helseerklæringer til bruk i voldsoffererstatningssaker.

Randi Rosenqvist (formann i Den rettsmedisinske kommisjon) har i tidsskrift for Norsk Psykologforening nr. 3 for 2003 skrevet en artikkel om attest fra behandler ved voldsoffererstatning. Artikkelen viser innledningsvis til helsepersonelloven § 15 om attester, legeerklæringer og lignende samt forvaltningsloven § 6 vedrørende habilitet.

I tillegg beskriver artikkelen hvordan en attest kan skrives. En mulig disposisjon for en slik attest kan ifølge Rosenqvist være:

- Innledning. (Hvem er attesten stilet til? Hvem har anmodet om attesten? Hvor lenge har man kjent pasienten? Hva slags kontakt har man hatt? Hvilke kvalifikasjoner har man for å bedømme pasientens tilstand?)
- Den aktuelle voldshandling.
- Anamnese (Pasientens sykehistorie)
- Diskusjon av diagnose
- Diskusjon av kausalitet. (Er det sannsynlig at det er årsakssammenheng mellom den straffbare handlingen og skaden?)
- Diskusjon av invaliditet.
- Konklusjon. (Her presiseres at det ikke er behandler som skal ta stilling til om pasienten kvalifiserer til voldsoffererstatning.)

8.6 Om dokumentasjon av skader i voldssaker

En arbeidsgruppe nedsatt av Den rettsmedisinske kommisjon har laget et hefte om dokumentasjon av skader i voldssaker til bruk for leger som kommer i kontakt med akutte skadetilfeller. Dersom skader i voldssaker blir bedre dokumentert vil dette også ha betydning for voldsoffererstatningssakene.

Det fremgår av heftet at primærundersøkelser av skader tradisjonelt har hatt som siktemål å dokumentere hvilke kliniske skader man har funnet, og hvordan disse er behandlet i akuttsituasjonen. Videre fremgår:

”Blåmerker eller hudavskrapninger trenger som regel ikke medisinsk behandling og blir derfor ofte ikke registrert i journalen. Men slike funn kan være viktige for den strafferettslige behandling av saken. En nøye beskrivelse av også overflatiske skader og skader på andre deler av kroppen enn den som umiddelbart må behandles, kan være viktig for å avklare hendelsesforløp i skadesituasjoner.

Det kan være tidkrevende å dokumentere skader som ikke uten videre synes å ha medisinske implikasjoner. Likevel er det rimelig at en pasient som oppsøker helsevesenet for å få behandling for akutte skader, også har behov for en grundig registrering av ikke-behandlingstrengende skader. Dette er dokumentasjon som må gjøres der og da, da det ikke er noe som kan bli utredet på et senere tidspunkt. Dersom primærjournalen ikke er grundig nok, vil pasienten kunne ha vanskeligheter med å belyse hendelsesforløpet på et senere tidspunkt.”

I tillegg til å gi konkrete råd til helsepersonell om dokumentasjon av kroppslige skader og dokumentasjon av seksualvold, inneholder heftet enkelte juridiske tema som er knyttet til etterforskning av straffesaker, sakkyndige, vitner og vitneplikt, forskjellen på behandler og sakkyndig, legen som vitne og partsengasjert sakkyndig, samt informasjon om voldsoffererstatningsordningen.

I kapittel 5 redegjøres det for hvordan helsepersonellet bør formulere en uttalelse:

”Dersom legen har fulgt de foran angitte retningslinjene for dokumentasjon av skader med hensyn til journalføring og bruk av standardmal, kan det i mange saker være tilstrekkelig å

utlevere kopi av dette dersom man blir anmodet om en uttalelse og dette ikke strider mot taushetsplikten.

I enkelte saker vil man likevel bli bedt om, og selv finne det hensiktsmessig, å utdype journalopplysningen med en legeattest. Da må man følge helsepersonelloven § 15 som tilsier at den som utsteder attest, legeerklæring o.l. skal være varsom, nøyaktig og objektiv. Attest, legeerklæring o.l. skal være korrekt og bare inneholde opplysninger som er nødvendig for formålet. Helsepersonell som er inhabile etter forvaltningsloven § 6, skal ikke utstede attest, legeerklæring o.l..

Det er ikke alltid klart for den som utsteder en slik attest, hvilke opplysninger om saken som er relevante. Relevant informasjon må ikke fordreies eller forties. Alle funn i en skadesituasjon, også vurderinger av psykisk tilstand og referat av hva pasienten fortalte om skadens årsak, kan ha betydning for straffesaker eller sivile saker. Det må imidlertid vurderes i hvilken grad også tidligere kjente helseopplysninger skal inkluderes eller utelates.

Oppdragsgiver bør klart formulere et mandat til legen hvor det redegjøres for hvilke faktiske premisser som skal legges til grunn for vurderingen.

Forslag til disposisjon:

- hvem har bedt om attesten
- hvilket forhold har man til den attesten gjelder (habilitet)
- hva skal attesten brukes til
- hvilke medisinske spørsmål ønskes belyst ved attesten (mandat)
- hvilken kompetanse har man for å vurdere mandatet
- hvilke premisser bygger man den medisinske vurdering på (informasjon fra pasienten om hendelsen, egne funn, laboratorieprøver osv)
- hvordan vurderes disse premissene medisinsk, og i forhold til mandatet
- finnes det alternative tolkninger, differensialdiagnostiske muligheter
- i hvilken grad er pasientens saksfremstilling en nødvendig premiss for den medisinske vurdering. Kan en annen saksfremstilling også forklare funnene”

Vedlegg 3 Gjennomgang av enkelte andre saksområder, herunder retningslinjer for bruk av attester, erklæringer o.l. fra helsepersonell

1 Folketrygden

1.1 Innledning

For å sikre god kvalitet på erklæringer har trygdeetaten utarbeidet krav i rundskrivs form og i egne forskrifter. Trygdeetaten har også i stor grad utarbeidet spesielle blanketter som skal fylles ut av helsepersonell, alt etter hva slags ytelse det søkes om. Til disse blankettene er det utarbeidet egne orienteringer/veiledere. Nedenfor tas det ikke sikte på å gi en fullstendig oversikt over alle blanketter mv. som er utarbeidet av trygdeetaten, men det gis til illustrasjon to eksempler på legeerklæringer som skal utfylles på spesielle blanketter laget av trygdeetaten.

1.2 Hjemmel

Vedtak i trygdesaker fattes med hjemmel i folketrygdloven.

1.3 Formål

Folketrygdens formål er å gi økonomisk trygghet ved å sikre inntekt og kompensere for særlige utgifter ved arbeidsløshet, svangerskap og fødsel, aleneomsorg for barn, sykdom og skade, uførhet, alderdom og dødsfall. Folketrygden skal bidra til utjevning av inntekt og levekår over den enkeltes livsløp og mellom grupper av personer. Folketrygden skal bidra til hjelp til selvhjelp med sikte på at den enkelte skal kunne forsørge seg selv og klare seg selv best mulig til daglig.

1.4 Skjema/retningslinjer

1.4.1 Medisinsk vurdering av arbeidsmulighet ved sykdom

Blanketten erstatter den tidligere sykmeldingsattesten i forbindelse med innføringen av intensjonsavtalen om et mer inkluderende arbeidsliv. Det er også laget en orientering til legen om bruk og utfylling av blanketten. Orienteringen gir veiledning om utfylling av de enkelte punktene i erklæringen.

Hovedpunktene i attestens del I er:

1. Opplysninger om personen og arbeidsforholdet
2. Arbeidsmulighet/forenklet funksjonsvurdering
3. Diagnose mv.

Hvert av disse hovedpunktene inneholder igjen flere underpunkter. Del I skal fylles ut ved første gangs vurdering, ved påfølgende vurderinger i hele sykepengeperioden og eventuelt ved endringer.

Hvis arbeidstaker blir sykmeldt utover åtte uker må utvidet legeerklæring, del II på attesten, fylles ut. Det må da foreligge tungtveiende medisinske grunner som hindrer arbeidsrelatert aktivitet. Utvidet legeerklæring skal vanligvis bare fylles ut en gang. Der årsaken til manglende aktivitet ikke kommer inn under de lovbestemte unntak, skal sykepengene stoppes. Sykepengene stoppes også dersom trygdekontoret ikke har mottatt attestens Del II innen 8 uker. Leger som gjentatte ganger unnlater å følge de nye reglene om sykmelding og dokumentasjon av arbeidsuførhet, kan risikere å miste retten til å skrive legeerklæringer som grunnlag for trygdeytelser, jf. folketrygdloven § 25-7.

Hovedpunktene som skal fylles ut i den utvidete legeerklæringen, attestens del II er:

4. Medisinske årsaker til at arbeidsrelatert aktivitet ikke er igangsatt
5. Merknader til trygdekontoret
6. Legens underskrift mv

På samme måte som del I inneholder også disse hovedpunktene flere underpunkter som det ikke redegjøres i detalj for her.

1.4.2 Legeerklæring ved arbeidsuførhet – en felles erklæring

Det medisinske vilkåret for rett til sykepenger, rehabiliteringspenger, attføringspenger og uføreytelse er i vesentlig grad sammenfallende. Legeerklæringen ved arbeidsuførhet er derfor utarbeidet slik at den dekker trygdeetatens behov for medisinske opplysninger i alle disse stønadssakene.

I arbeidet med oppfølging av den sykmeldte er tidligst mulig avklaring i forhold til arbeid og/eller trygd et viktig siktemål. Trygdekontorets håndtering av de helserelaterte stønadsområdene baserer seg på medisinske opplysninger fra behandlende leger. Hensiktsmessig oppfølging forutsetter at disse ytelsene ses i sammenheng. Bruk av én felles blankett for de forskjellige stønadsformene, gir god kontinuitet i helseopplysningene, slik at utviklingen i saken og helhetsperspektivet kommer tydeligere fram. Én blankett i stedet for flere innebærer videre en effektivisering og inngår i Rikstrygdeverkets arbeid med skjemaforenkling. Det finnes også en egen orientering til legen om bruk og utfylling av blanketten.

Legeerklæring ved arbeidsuførhet skal benyttes ved 8 ukers sykmelding og etter anmodning fra trygdekontoret i sykepengeperioden, ved krav om og revurdering av rehabiliteringspenger, ved krav om og oppfølging av yrkesrettet attføring samt ved krav om og revurdering av uførepensjon.

Hovedpunktene legeerklæringen skal inneholde:

0. Hva erklæringen gjelder
1. Opplysninger om pasienten og om arbeidsforhold
2. Diagnose og sykdomsopplysninger
3. Plan for medisinsk utredning og behandling
4. Forslag til tiltak utover medisinsk behandling
5. Medisinsk begrunnet vurdering av funksjons- og arbeidsevne
6. Prognose
7. Årsakssammenheng (hvor stor betydning funksjonsnedsettelsen har for at arbeidsevnen er nedsatt)
8. Andre opplysninger

- 9. Samarbeid/kontakt
- 10. Forbehold
- 11. Legens underskrift mv.

Hovedpunktene inneholder flere detaljerte underpunkter som det ikke gjøres nærmere rede for her.

2 Pasientskader

2.1 Innledning

Norsk pasientskadeerstatning og Pasientskadenemnda er uavhengige forvaltningsorgan som behandler erstatningskrav fra pasienter innen det offentlige helsevesen. Pasientskadenemnda behandler klager på vedtak som er fattet av Norsk pasientskadeerstatning. Både Norsk pasientskadeerstatning og Pasientskadenemnda er underlagt Helse- og omsorgsdepartementet.

Norske pasientskadeerstatning benyttet eksternt sakkyndige i 2322 oppdrag i 2005. De fleste oppdragene er knyttet til å vurdere den helsefaglige håndteringen (diagnostikk/behandling) som et ledd i ansvarsvurderingen, mens et mindre antall sakkyndige vurderinger knyttet seg til å vurdere medisinsk invaliditet, samt for eksempel forhold knyttet til ervervsmessige konsekvenser av en skade som et ledd i erstatningsoppgjørene. Norsk pasientskadeerstatning har 10 rådgivende leger på deltid (enten i ansettelsesforhold eller faste konsulentoppdrag) med forskjellig medisinsk-faglig bakgrunn. Disse vurderer saker som ikke sendes ut til ekstern sakkyndig, samt i noen grad erklæringer mottatt av eksterne fagkyndige.

Når det anses nødvendig for en forsvarlig utredning av en sak innhenter Pasientskadenemnda og dets sekretariat eksterne spesialisterklæringer. Pasientskadenemndas medlemmer besitter også medisinsk kompetanse og sekretariatet har to ansatte rådgivende leger som er spesialister innen hhv. allmennmedisin og ortopedi.

2.2 Hjemmel

Lov om erstatning ved pasientskader (pasientskadeloven) av 15. juni 2001, trådte i kraft 1. januar 2003. Skader som har skjedd før dette tidspunkt behandles etter de midlertidige regler for Norsk pasientskadeerstatning.

Norsk pasientskadeerstatning ble opprettet i 1988 for å behandle erstatningskrav fra pasienter som mente at de var påført skade ved offentlige somatiske sykehus i Norge. Fra 1. juli 1992 ble ordningen utvidet til å omfatte skader oppstått på offentlige sykehus innenfor psykisk helsevern og poliklinikker, samt ved kommunale legevakter og i kommunelegetjenesten. Med innføringen av den nye pasientskadeloven 1. januar 2003 er all offentlig helsetjeneste dekket av ordningen, f.eks. også offentlig tannhelsetjeneste og fysioterapauter. I tillegg er private tjenesteytere, som private sykehus og leger som har avtale med det offentlige, også blitt en del av ordningen. Pasientskadenemnda ble opprettet 1. januar 2003 i forbindelse med at pasientskadeloven trådte i kraft.

2.3 Formål

Formålet med pasientskadeloven er å styrke det erstatningsrettslige vernet for personer som pådrar seg skader ved ytelse av helsetjenester som omfattes av lovens virkeområde. Loven inneholder både materielle og prosessuelle regler som gjør det lettere å få tilkjent erstatning etter pasientskadeloven enn etter alminnelige erstatningsrettslige regler.

2.4 Retningslinjer

2.4.1 Norsk pasientskadeerstatning

Norsk pasientskadeerstatning sender ut et standardisert informasjonsskriv til helsepersonell som påtar seg oppdrag som sakkyndig i en sak for Norsk pasientskadeerstatning. Informasjonsskrivet ledsages av et konkret mandat-brev til den sakkyndige.

I informasjonsskrivet til den sakkyndige står det bl.a. hva en spesialisterklæring bør inneholde:

- Oversikt over de dokumenter som ligger til grunn for vurderingen, og om pasienten er blitt undersøkt eller har samtalt med den sakkyndige.
- Kortfattet sammendrag av aktuell sykehistorie.
- Vurderingsdel. Her skal det gis svar til de spørsmål som er reist i mandatet, samt eventuelle andre kommentarer som man mener kan ha betydning for saken. Den sakkyndige skal ikke uttale seg om hvorvidt pasienten bør ha erstatning eller ikke.
- Det skal gis en begrunnelse og konklusjon til hvert av spørsmålene.

Erklæringene bør skrives på nøytralt papir og skal dateres og underskrives av den sakkyndige. I informasjonsskrivet fremgår det også at den sakkyndige må vurdere om det foreligger omstendigheter som er egnet til å svekke tilliten til den sakkyndiges upartiskhet, jf. forvaltningsloven § 6. Informasjonsskrivet sier også noe om taushetsplikt og honorering/tidsbruk.

2.4.2 Pasientskadenemnda

Pasientskadenemnda sender også ut et standardisert informasjonsskriv til den sakkyndige sammen med et konkret mandat. I informasjonsskrivet presiseres det at det kun skal gis en vurdering av de helsefaglige sider av saken og at den sakkyndige ikke skal ta stilling til om pasienten har eller bør ha krav på erstatning. Videre blir det presisert at det ikke er en aktsomhetsvurdering som skal foretas av den sakkyndige.

Orienteringen sammenfatter spesialisterklæringens innhold i fire hovedpunkter:

- Oversikt over sakens dokumenter (Herunder opplysninger om pasienten har blitt undersøkt eller om det har funnet sted samtale med pasienten)
- Sammendrag av sakens faktum
- Vurderingsdel (Her skal det gis svar på de spørsmål som stilles i mandatet. Dersom det er bedt om en sannsynlighetsvurdering bør det angis hvorvidt det er mer eller mindre enn 50 % sannsynlig).
- Konklusjon/kildehenvisninger (Eventuell tvil om konklusjonen bør fremkomme. Erklæringen må underskrives av den sakkyndige.)

Informasjonsskrivet inneholder også opplysninger om taushetsplikt, honorar og frist for utarbeidelse av erklæringen.

På Pasientskadenemndas nettsider fremgår det at den sakkyndige må være spesialist på det aktuelle området som skal utredes, og spesialisten ikke kan arbeide eller nylig ha arbeidet ved det sted pasienten ble behandlet. Det fremgår også at Pasientskadenemnda og dets sekretariatet gjennom flere år har fått kunnskaper om gode spesialister som er villige til å påta seg slike oppdrag. Det kan også tas hensyn til erstatningssøkers ønske når spesialist skal forespørres.

3 Barnevernsaker

3.1 Innledning

Staten ved Barne- og likestillingsdepartementet har et generelt overordnet ansvar for barnevernet, mens forvaltningen av barnevernet i hovedsak er lagt til den kommunale barneverntjenesten og fra 1. juli 2004 til Barne-, ungdoms- og familieetaten.

3.2 Hjemmel

Lov om barneverntjenester av 17. juli 1992 (barnevernloven) omhandler det offentliges ansvar for utsatte barn og unge.

Kommunen tar imot bekymringsmeldinger om barns situasjon gjennom barnevernstjenesten. Den har ansvar for å undersøke forhold og foreslå tiltak i henhold til barnevernloven. Dersom det er rimelig grunn til å anta at det foreligger forhold som kan gi grunnlag for tiltak etter barnevernloven, har barnevernet både rett og plikt til å foreta nødvendige undersøkelser. Barnevernet kan under forberedelsen av en barnevernssak bruke eksterne sakkyndige.

Fylkesmannen har tilsyn med barnevernsvirksomheten og skal bl.a. påse at pålagte oppgaver etter barnevernloven blir utført. Fylkesmannen er klageinstans for enkeltvedtak i kommunen, jf. barnevernloven § 6-5.

Fylkesnemnda for sosiale saker er faglig frittstående statlige (domstollignende) organer som blant annet avgjør saker om omsorgsovertakelse, samværsspørsmål, fratakelse av foreldreansvar med eventuelt samtykke til adopsjon og tiltak for barn og unge med atferdsvansker, jf. barnevernloven § 7-2. Det er tolv fylkesnemnder. Fylkesnemnda som vedtaksorgan består av et utvalg av alminnelige medlemmer og et utvalg av sakkyndige. Administrativt er fylkesnemndene underlagt Barne- og likestillingsdepartementet. Fylkesnemndas vedtak kan bare overprøves av domstolene.

Saker for fylkesnemnda starter ved at kommunen fremmer forslag om tiltak. Fylkesnemnda er et rent avgjørelsesorgan og det forutsettes at kommunen har foretatt den nødvendige faglige saksforberedelse. Fylkesnemnda kan likevel oppnevne en sakkyndig til å utrede saken eller enkelte sider ved saken, dersom fylkesnemnda finner dette nødvendig. Vedkommende sakkyndig deltar i tilfelle ikke i selve avgjørelsen av saken.

3.3 Formål

Barnevernlovens formål er å sikre at barn og unge som lever under forhold som kan skade deres helse og utvikling, får nødvendig hjelp og omsorg til rett tid, samt å bidra til at barn og unge får trygge oppvekstvilkår, jf. barnevernloven § 1.

3.4 Retningslinjer

Barne- og familiedepartementet (nå Barne- og likestillingsdepartementet) har utarbeidet en veiledning for sakkyndiges arbeid i saker etter barneloven og barnevernloven (Q-0961 fra 1998). Veiledningen er også en orientering for domstoler, fylkesmenn, fylkesnemnder for sosiale saker, parter og parterers fullmektiger om de sakkyndiges arbeid i slike saker. Veiledningen omhandler ikke sakkyndige som opptrer som medlemmer av fylkesnemndene for sosiale saker, og heller ikke sakkyndige i straffesaker.

Det ble innført nye saksbehandlingsregler i barneloven 1. april 2004. Lovendringene innebærer nye oppgaver og rolleutfordringer i rettsprosessen både for dommere, advokater og sakkyndige. Barne- og familiedepartementet har i denne sammenheng utarbeidet en veileder (Q-15/2004) om saksbehandlingsregler i barnefordelingssaker for domstolene og høring av barn. Det vil ikke bli gjort rede for veilederen i barnefordelingssaker. Barne- og familiedepartementets veiledning av 1998 vil bestå og bli noe revidert som følge av endringene i barneloven (revisjon av retningslinjene vil antakelig foretas i løpet av andre halvår i 2006).

Veilederen for sakkyndige redegjør for habilitetsspørsmål, både dersom den sakkyndige er engasjert i saker som avgjøres av fylkesmannen eller den kommunale barneverntjenesten (habilitetsspørsmålet reguleres av forvaltningsloven) og hvor den sakkyndige er engasjert i saker som behandles av fylkesnemnda eller domstolen (habilitetsspørsmålet reguleres av domstolloven). Veilederen redegjør også for spørsmål knyttet til taushetsplikt.

Videre inneholder veilederen spørsmål knyttet til oppnevning av den sakkyndige og mandat. Det fremgår av veilederen at den sakkyndige vil motta en skriftlig oppnevning med mandat. Samtidig vil det vanligvis bli satt en frist for avgivelse av erklæring. Oppdragsiver står fritt når det gjelder utforming av mandat. Mandatet vil i de fleste tilfeller ta utgangspunkt i de rettslige spørsmål som er reist om barnet. Den sakkyndiges rolle er også omtalt i veilederen, herunder sier veilederen noe om hva som er målet med den sakkyndiges arbeid. Veilederen bevisstgjør også den sakkyndige på forskjellen mellom rollen som sakkyndig og som behandler, og at ønsket om å være til hjelp ikke må hindre den sakkyndige i først og fremst å undersøke de spørsmål som mandatet reiser.

Veilederen oppsummerer den sakkyndiges arbeidsprosess i fire hovedfaser for deretter å beskrive disse nærmere. De fire hovedfasene er:

- planlegging og avtale/kontaktarbeid
- samtaler og annet metodisk arbeid for å få frem relevant informasjon
- vurdering og utskriving av uttalelse
- muntlig fremføring og vurdering overfor beslutningsorganet

Veilederen inneholder en grov mal for den sakkyndiges skriftlige erklæring. En skriftlig erklæring bør etter denne malen inneholde:

- Sakens oppdragsgiver, sakstype og mandat
- Beskrivelse av arbeidsopplegg, metoder og observasjonens art og omfang
- Aktuell situasjon – beskrivelse av barnets nåværende situasjon og en avklaring av hvilke alternativer som foreligger for barnet.
- En sammenfatning av den informasjonen som danner grunnlag for den sakkyndiges vurderinger. Partenes syn på de aktuelle spørsmål inkluderes og tydeliggjøres.
- Sammenfattende drøfting av vurderingene slik at det gis både vurderinger av spesifikke spørsmål som reises i mandatet, samtidig som dette ses i en helhetlig faglig belysning av saken.

Avslutningsvis inneholder veilederen en fagetisk plakett (med 10 punkter) for arbeidet som sakkyndig i barnesaker.

4 Statens helsetilsyn/Helsetilsynet i fylkene

4.1 Innledning

Statens helsetilsyn er den sentrale tilsynsmyndighet for sosialtjenesten og helsetjenesten. Statens helsetilsyn hører under Helse- og omsorgsdepartementet som overordnet myndighet. Arbeids- og inkluderingsdepartementet har styringsansvar for enkelte oppgaver Statens helsetilsyn utfører rettet mot sosialtjenesten. Statens helsetilsyn er overordnet organ for Helsetilsynet i fylkene og for fylkesmennenes tilsyn med sosialtjenesten.

4.2 Hjemmel

Lov om statlig tilsyn med helsetjenesten av 30. mars 1984 (tilsynsloven) regulerer Statens helsetilsyn og Helsetilsynet i fylkene sine oppgaver. I henhold til tilsynsloven § 2 skal helsetilsynet i fylket bl.a. informere Statens helsetilsyn om forhold som tilsier advarsel eller tilbakekall, frivillig avkall, eller suspensjon av autorisasjon, lisens, spesialistgodkjenning eller rekvireringsrett eller begrensning av autorisasjon etter lov om helsepersonell av 2. juli 1999, kapittel 11. Helsepersonelloven kapittel 11 inneholder regler om administrative reaksjoner som helsepersonell kan ilegges ved brudd på helsepersonellovens bestemmelser.

Statens helsetilsyn gir administrative reaksjoner til helsepersonell etter reglene i lov om helsepersonell kapittel 11. Klager over Statens helsetilsyn sine vedtak om administrative reaksjoner etter helsepersonelloven behandles av Statens helsepersonellnemnd, jf. helsepersonelloven § 68, annet ledd.

4.3 Formål

Formålet med tilsynsmyndighetenes virksomhet er bl.a. å sikre at befolkningens behov for sosiale tjenester og helsetjenester ivaretas, at tjenestene drives på en forsvarlig måte og at svikt i tjenesteytingen forebygges.

Helsepersonellovens formål er å bidra til sikkerhet for pasienter og kvalitet i helsetjenesten samt tillit til helsepersonell og helsetjeneste, jf. helsepersonelloven § 1.

4.4 Retningslinjer

4.4.1 Veileder for sakkyndig uttalelse i tilsynssaker (desember 2003)

En sakkyndig uttalelse i tilsynssaker er en vurdering av om arbeidet helsepersonellet har gjort er faglig forsvarlig, for eksempel ved behandlingen av en pasient. Denne vurderingen foretas av Helsetilsynet i fylkene og/eller Statens helsetilsyn, og baseres på dokumentene i saken. En sakkyndig vurdering vil være ett av flere dokumenter som danner grunnlag for tilsynsmyndighetens vurdering av saken. Den sakkyndige er å betrakte som rådgiver for tilsynsmyndighetenes vurdering av saken.

Denne veilederen omtaler bl.a. sentrale begreper som ofte benyttes i tilsynssaker, for eksempel begreper som pliktbrudd og forsvarlighet. Videre inneholder den informasjon om saksbehandlingen og andre praktiske spørsmål. Det fremgår av veilederen at den sakkyndige vurderingen skal inneholde en redegjørelse for den sakkyndiges habilitet og eventuelt andre forhold som kan ha relevans ved en vurdering av habilitetsspørsmålet.

Veiledningen sier også noe om innholdet i den sakkyndige vurderingen. Tilsynsmyndigheten utformer i den enkelte sak et konkret mandat til den sakkyndige. Sentralt i mandatet er hvilke krav tilsynsmyndigheten vurderer saken opp mot. Videre blir det formulert konkrete problemstillinger og spørsmål som den sakkyndige blir bedt om å vurdere/besvare. Dersom annet ikke fremgår av mandatet skal den sakkyndige vurderingen også inneholde:

- Opplysninger om saken (saknummer, navn på pasient, navn på helsepersonell og/eller virksomhet)
- Grunnlaget for vurderingen (det skal anføres hvilke dokumenter den sakkyndige vurdering bygger på)
- Beskrivelse av det sannsynlige hendelsesforløpet (det fremgår av veilederen hva som ligger i begrepet sannsynlighetsovervekt)
- Beskrivelse av normen saken vurderes opp mot, og den konkrete vurderingen
- Konklusjon med begrunnelse.

4.4.2 Veileder for sakkyndig undersøkelse av helsepersonell i forbindelse med tilsynssaker (juli 2004)

Statens helsetilsyn gjør i enkelte tilfeller selv bruk av sakkyndig undersøkelse av helsepersonell i tilsynssaker. Sakkyndig undersøkelse kan gjennomføres i forbindelse med vurdering av tilbakekall av autorisasjon, der helsepersonell kan bli pålagt å møte til en sakkyndig undersøkelse, jf. helsepersonelloven § 60. Sakkyndig undersøkelse kan også være aktuelt i søknad om å få tilbake autorisasjon, jf. helsepersonelloven § 62. Tilsynet har laget en omfattende veileder (juli 2004) for sakkyndig undersøkelse av helsepersonell i forbindelse med tilsynssaker.

Veilederen sier noe om hvordan kvalitetssikringen av den sakkyndige undersøkelsen ivaretas. Forhold som fremheves å ha betydning for å ivareta kvaliteten på en sakkyndig undersøkelse er:

- Valg av sakkyndig med relevant kompetanse

- Utformingen av mandatet
- Retningslinjer (veileder) for den sakkyndige undersøkelse og rapport (dersom retningslinjene fravikes skal dette begrunnes i den sakkyndiges rapport)
- Bruk av konsultativ sakkyndig.

Videre tar veilederen for seg problemstillinger og utfordringer knyttet til den sakkyndiges rolle og oppgaver, for eksempel forskjellen mellom behandler og sakkyndigrollen.

Forvaltningslovens regler om habilitet gjelder også for den som skal gjennomføre en sakkyndig undersøkelse for Statens helsetilsyn, jf. forvaltningsloven §§ 6 og 10. Den sakkyndige skal alltid underskrive en habilitetserklæring som oversendes den sakkyndige sammen med mandatet for undersøkelsen. Det samme gjelder for reglene om taushetsplikt, jf. forvaltningsloven §§ 13 til 13c. Den sakkyndige må underskrive en erklæring vedrørende taushetsplikt.

Veilederen inneholder også en omfattende beskrivelse av saksbehandlingen i saker der sakkyndig undersøkelse inngår som del av saksbehandlingen til Statens helsetilsyn. Oversikten over saksbehandlingen består av 13 punkter hvorav noen punkter er spesielt utdypet – dette gjelder punktene som omhandler utforming av mandat til den sakkyndige, den sakkyndiges kompetanse, oversendelse av relevante dokumenter, konsultativ sakkyndig, undersøkelsessituasjonen, utarbeiding av den sakkyndige rapporten, herunder hva som er målsettingen med den sakkyndige undersøkelsen og hvilke momenter som bør inngå i den sakkyndiges rapport.

Veilederen tar også for seg problemer som erfaringsmessig har oppstått ved gjennomføring av det sakkyndige oppdraget, dette kan for eksempel være at den sakkyndige ikke har tatt utgangspunkt i mandatet ved utforming av rapporten eller at den sakkyndige bare har besvart deler av mandatet i rapporten. Det kan også være at den sakkyndige har tatt stilling til spørsmål som er opp til Statens helsetilsyn å avgjøre, for eksempel at den sakkyndige drøfter helsepersonellens skikkethet og trekker konklusjoner angående autorisasjon.

Avslutningsvis sier veiledningen noe om klage og domstolsprøving, samt tidsbruk og honorering.

4.4.3 Saksbehandlingsveileder for tilsynssaker

Behandling av klager på sakkyndige uttalelser

I Statens helsetilsyns saksbehandlingsveileder er det i pkt. 4.8 ”Klager på sakkyndige uttalelser, rådgivende leger mv.” uttalt:

”I Rundskriv IK-29/97 er det gitt ”Retningslinjer for Helsetilsynet i fylkenes behandling av klager på helsepersonells sakkyndige uttalelser i saker for retten eller i fylkesnemnda for sosiale saker”.

I forhold til tilsynsmyndighetens behandling av trygdeetatens rådgivende legers virksomhet, har Helsedirektoratet i brev av 18. januar 1993 lagt til grunn at disse legene i en viss utstrekning er underlagt tilsyn. I slike saker har ikke tilsynsmyndigheten en ubetinget rett til innsyn i trygdens taushetsbelagte opplysninger, men er avhengig av at trygden finner å kunne gi de nødvendige

opplysninger, slik at det bare unntaksvis vil være aktuelt å føre tilsyn med en leges oppgaver for trygden.”

I nevnte rundskriv fra 1997 er det bl.a. uttalt:

”Helsetilsynet har mottatt flere henvendelser fra fylkesleger med spørsmål om hvordan de som tilsynsorgan skal forholde seg til klager på helsepersonell i saker vedrørende barnefordeling eller omsorgsovertagelse (som går for retten eller i fylkesnemnda for sosiale saker).

Helsepersonell vil i slike saker enten være sakkyndige, vitner eller meddommere i retten. Saker hvor helsepersonell opptrer i retten/fylkesnemnda som vitne eller meddommer vurderes ikke av helsemyndighetene. Disse forhold er ikke regulert av helselovgivningen, men av prosesslovgivningen. Dette rundskrivet omhandler derfor kun tilsynsmyndighetenes funksjon i forhold til helsepersonell som sakkyndige.”

Etter en redegjørelse for de ulike roller til hhv. tilsynsmyndighetene og domstolene/fylkesnemnda for sosiale saker, herunder dettes betydning for tilsynsmyndighetenes mulighet til å vurdere eller forberede/”opplyse” slike saker i ettertid, uttaler Helsetilsynet bl.a.:

”Etter Helsetilsynets vurdering innebærer ovennevnte at partene i en sak som går for retten/fylkesnemnda som hovedregel må benytte seg av de ankemulighetene saksreglene for disse instanser gir for å angripe en sakkyndigs vurdering. Før det foreligger en rettskraftig dom/avgjørelse vil det normalt ikke være aktuelt for tilsynsmyndighetene å gå inn og vurdere en sakkyndigs arbeid for retten/fylkesnemnda. Unntak må gjøres for de særlige tilfeller hvor det vil kunne være aktuelt å suspendere/frata den sakkyndiges autorisasjon eller godkjenning.

Det er videre etter Helsetilsynets vurdering normalt bare den sakkyndiges skriftlige erklæring som kan være gjenstand for klage til tilsynsmyndighetene. (...).”

Generelt om tilsynsmyndighetenes bruk av sakkyndige

I Helsetilsynets saksbehandlingsveileder er det i pkt. 5.2 gitt nærmere retningslinjer for ”*Innhenting av opplysninger fra sakkyndige*”. Det heter blant annet her:

I noen tilsynssaker kan det være nødvendig å innhente sakkyndige uttalelser fra helsefaglige hold for å kunne vurdere sakene. De sakkyndige bør i utgangspunktet ha en faglig posisjon og bakgrunn som samsvarer med involvert helsepersonell/virksomhet, men de må uansett ha en fagkompetanse som gjør de godt egnet til å vurdere hvilke helsefaglige krav og forventinger som bør stilles til aktuelle utøver/virksomhet. Staten står fritt i forhold til den sakkyndiges faglige vurdering/bedømmelse.

Helsetilsynet er i forhandlinger om inngåelse av en ny avtale med Legeforeningen som innebærer at foreningen gir tilsynsmyndigheten en liste over personer som skal kunne anvendes som sakkyndige. Avtalen er p.t. ikke ferdigforhandlet. Tilsvarende avtaler med Den norske jordmorforening, og Norges kiropraktorforbund er allerede etablert. Det er ikke inngått avtaler for innhenting av sakkyndige uttalelser fra personell med annen helsefaglig kompetanse. Ved behov kan Helsetilsynet i fylket ta kontakt med Helsetilsynet for forslag på sakkyndige, dersom Helsetilsynet i fylket ikke selv kjenner til en egnet sakkyndig innenfor eget distrikt.

Tilsynsmyndigheten må være oppmerksom på forhold som kan medføre inhabilitet for

sakkyndige. Ved forespørsel om oppdrag som sakkyndig skal tilsynsmyndigheten orientere vedkommende om involverte virksomheter/personell og pasienter, og be vedkommende redegjøre for om det foreligger forhold som kan tilsi inhabilitet. Dersom opplysningene innebærer tvil om habilitetsspørsmålet, skal vedkommende skriftlig redegjøre for forholdene knyttet til habilitetsspørsmålet før eventuell oppnevning. Selv om det ikke fremkommer slik tvil ved forespørselen skal de sakkyndige i oppnevningensbrevet anmodes om en redegjørelse av habilitetsspørsmålet.

Før man beslutter hvem som skal være sakkyndig(e) bør man vurdere om forslaget til valg av sakkyndig(e) skal forelegges de som tilsynssaken omhandler og eventuelt også de(n) som har tatt opp saken med tilsynsmyndigheten.

I kompliserte/kontroversielle saker kan det også være behov for å oppnevne mer enn en sakkyndig, særlig på områder hvor det ikke er enighet i fagmiljøet kan det være aktuelt å oppnevne sakkyndige fra begge hold for å få saken tilstrekkelig belyst.”

I veilederen understrekes det deretter at det ved bruk av sakkyndige må utferdiges et skriftlig oppdrag. I den forbindelse gis det eksempler på hvilke opplysninger som kan eller skal gis den sakkyndige, samt eksempler på spørsmål eller vurderingstemaer som kan eller skal inntas i den sakkyndiges mandat.

4.4.4 Retningslinjer for det praktiske samarbeidet mellom Trygdeetaten og Helsetilsynet i fylket

Helsedirektøren og trygdedirektøren inngikk 13. juni 2001 en samarbeidsavtale hvor det ble fastsatt retningslinjer for det praktiske samarbeidet mellom Trygdeetaten og Helsetilsynet i fylkene. Samarbeidsavtalen ble oppdatert 14. desember 2004. Av retningslinjenes pkt. 1 ”*Bakgrunn – målsetting*” fremgår at samarbeidet skal ta sikte på å:

- Sikre god kvalitet i helsetjenesten og tillit til helsepersonell og helsetjenesten
- Sikre korrekte opplysninger fra godkjent helsepersonell, med sikte på rett tildeling og utmåling av trygdeytelser, og for å bevare tilliten til trygdesystemet
- Forebygge/avdekke trygdemisbruk mv
- Styrke individtilsynet

Videre er det under pkt. 2 ”*De respektive etaters ansvar*” bl.a. uttalt:

”Avtalen inngått mellom helsedirektøren og trygdedirektøren samt disse retningslinjene bygger på ansvarsprinsippet for de to etater knyttet til lovgivning, ansvar- og myndighetsområder.

For trygdeetatens vedkommende betyr dette i praksis at trygdeetaten – på alle nivåer – selv har ansvar for all saksbehandling som gjelder forhold knyttet til folketrygdlovens bestemmelser. Det innebærer også at det er den trygdemedisinske rådgivningstjeneste som skal foreta den sakkyndige vurderingen av sykmeldingspraksis, dokumentasjonsstandard i sykdomsbeskrivelser, sammenfall mellom diagnose og behandling, generelle dokumentasjonsrutiner etc. og om legeerklæringene inneholder de nødvendige opplysninger etc. i forhold til folketrygdlovens bestemmelser. Trygdeetatens leger skal ikke drive tilsyn i tradisjonell forstand. Til støtte i arbeidet med vurdering av forsvarlig takstbruk har Rikstrygdeverket opprettet takstutvalg, der uavhengig eksternt medisinsk kompetanse samarbeider med trygdeetatens jurister og leger.

Dette innebærer at Helsetilsynet i fylket ikke skal opptre som sakkyndig for trygdeetaten.

Helsetilsynet i fylket kan imidlertid nyttes som rådgiver overfor trygdeetaten (se pkt. 3) på bl a følgende områder:

- helserettslige spørsmål
- gi råd om (navn på) sakkyndige i helsefaglige spørsmål
- gi råd om helsetjenestens organisering og lignende
- andre forhold som tilligger Helsetilsynet i fylkets ansvars- og arbeidsområde

På tilsvarende måte har Helsetilsynet i fylket ansvar for all saksbehandling knyttet til individtilsynssaker i relasjon til helselovgivningen.”

Som områder hvor det i praksis særlig har vist seg aktuelt med samarbeid eller informasjonsutveksling, er nevnt:

- ”mangelfull dokumentasjon i trygdesaker kan vise seg også å gjelde for helsepersonellens øvrige virksomhet,
- sendrettlighet i forhold til dokumentasjon, erklæringer og lignende kan ha med holdninger å gjøre som også gir seg utslag på andre områder av helsepersonellens virksomhet,
- spørsmål som knytter seg til økonomisk mislighold i forhold til trygdeetaten, kan ha sammenheng med helsepersonellens standard/motiver å gjøre (– men behøver selvsagt ikke ha det),
- påfallende forskrivning eller andre forhold ved helsepersonellens praksis kan også gi seg utslag f eks i forhold til trygdeetatens regelverk
- takstbruk sett i relasjon til spørsmålet om faglig forsvarlig virksomhet/ressursbruk ”

5 Utlendingssaker

5.1 Innledning

Utlendingsdirektoratet og Utlendingsnemnda er forvaltningsorganer som fatter beslutninger i utlendingssaker. Utlendingsdirektoratet og Utlendingsnemnda er administrativt underlagt Arbeids- og inkluderingsdepartementet. Utlendingsnemnda behandler bl.a. klager over Utlendingsdirektoratets avslag på søknad om asyl, familieinnvandring, oppholds- og arbeidstillatelser for øvrig, bosettingstillatelse, visum, bortvisning og utvisning.

5.2 Hjemmel

Vedtak i utlendingssaker fattes i medhold av lov 24. juni 1988 nr. 64 om utlendingers adgang til riket og deres opphold her (utlendingsloven).

Helsemessige forhold anføres som grunnlag for opphold i et stort antall asylsaker. Utgangspunktet ved behandlingen av asylsaker er at helsemessige forhold i seg selv ikke gir grunnlag for opphold. Dersom utlendingen ikke oppfyller vilkårene for asyl eller beskyttelse etter utlendingsloven § 15 første ledd, vurderes anførsler som gjelder helsemessige forhold etter lovens § 8 annet ledd. Det fremgår av § 8 annet ledd at

arbeidstillatelse eller oppholdstillatelse kan gis dersom sterke menneskelige hensyn taler for det, eller når utlendingen har særlig tilknytning til riket. Opphold i medhold av § 8 annet ledd blir gjerne omtalt som opphold på humanitært grunnlag.

Også i andre utlendingssaker kan helsemessige opplysninger ha betydning, dette gjelder for eksempel erklæringer som benyttes for å begrunne utsatt iverksettelse av et vedtak som innebærer at utlendingen må forlate riket.

5.3 Formål

Det fremgår av utlendingsloven § 2 at loven skal gi grunnlag for kontroll med inn- og utreise og med utlendingers opphold i riket i samsvar med norsk innvandringspolitikk. Loven skal ivareta rettssikkerheten til utlendinger som reiser inn i eller ut av riket, som oppholder seg her eller som søker en tillatelse etter loven. Videre skal loven gi grunnlag for vern mot forfølgelse for flyktninger og andre utlendinger som er forfulgt.

5.4 Retningslinjer

Utlendingsmyndighetene mottar helseerklæringene ”passivt” ved at erklæringene sendes inn til utlendingsmyndighetene sammen med søknaden. Det er slik sett klageren eller klagerens advokat som tar initiativ til å få fram medisinske opplysninger.

Utlendingsnemnda har i lengre tid hatt et samarbeid med Sosial- og helsedirektoratet, Legeforeningen og Psykologforeningen for å øke kvaliteten på, og kunnskapen om, helsepersonells faglige uttalelser i utlendingssaker. Et resultat av dette samarbeidet er Sosial- og helsedirektoratets retningslinjer i rundskriv IS-3/2003 for attester, helseerklæringer og lignende.²¹ Det har siden retningslinjene ble gitt vært et problem at de synes ukjente for mange. Utlendingsnemnda, Legeforeningen og Psykologforeningen har derfor samarbeidet om et informasjonsopplegg, bl.a. gjennom store oppslag i foreningenes tidsskrifter. I tillegg vedlegges retningslinjene når Utlendingsnemnda returnerer saker til advokater med anmodning om mer opplysende helseerklæringer.

Retningslinjene inneholder en henvisning til helsepersonelloven § 15, og i tillegg fremhever retningslinjene hva som bør fremgå av erklæringene og herunder tydeliggjør hva som faller innenfor og utenfor det den medisinskfaglige kompetanse skal uttale seg om. Retningslinjene fungerer også som en veileder for utlendingsforvaltningens ansatte med hensyn til hva attester/helseerklæringer i utlendingssaker bør inneholde.

Det fremgår av retningslinjene at følgende bør fremgå av attester/helseerklæringer i alle utlendingssaker:

- Hvem som er oppdragsgiver
- Hvem som eventuelt henviste pasienten til behandling
- Hva erklæringen skal benyttes til

²¹ Dette rundskrivet er nå inntatt som et eget kapittel i Sosial- og helsedirektoratets nye rundskriv IS-9/2006 ”Krav i forbindelse med utstedelse av attester, helseerklæringer o.l.”

- Hvilken kjennskap helsepersonellet har til pasienten og hvordan/om identiteten er dokumentert.
- Når og hvor undersøkelsen(e) har foregått
- Hvem som var til stede under undersøkelsen
- Hvilke opplysninger som stammer fra pasienten selv og hvilke som kommer fra andre, med oppgitt kilde.
- Om det er benyttet tolk ved undersøkelsen, og i så fall hvem som har skaffet tolken til veie.
- Beskrivelse av når helseproblemet/sykdommen begynte. Dets karakter, om det er livstruende og eventuelle andre konsekvenser for liv og helbred.
- Hvilke undersøkelser som har vært gjort og hva slags behandling pasienten har fått av norsk helsevesen.
- Hva slags utredning, behandling og/eller oppfølging som er påkrevd, samt eventuelle konsekvenser av mangel på slike tiltak. Konsekvenser (for eksempel for transport innad i Norge, flyttinger, store forandringer i sosial situasjon) bør skrives i et nøkternt språk.

I asylsaker kan pasienten opplyse at han/hun har vært utsatt for tortur eller har gjennomgått annen form for ekstrem belastning/traumatisering. I slike tilfeller bør følgende forhold belyses i erklæringen:

- Hvilket kjennskap helsepersonellet har til asylsaken som sådan. Det bør fremgå om pasientens asylforklaring har vært en nødvendig betingelse for diagnosen.
- Beskrivelse og tidfesting av hendelsene. Kilde for opplysningene oppgis.
- Beskrivelse av pasientens fysiske og/eller psykiske symptomer.
- Nøyaktig og systematisk beskrivelse av tegn til psykiske lidelser.
- Nøyaktig og systematisk beskrivelse av fysiske skader. Slike funn bør dokumenteres med fotografi, alternativt tegning/skisse.
- Vurdering av sammenhengen mellom traumene/plagene og de anførte overveldende/traumatiske hendelsene.

Attester/helseerklæringer skal ikke inneholde uttalelser om behandlingsmulighetene i hjemlandet eller om hva avgjørelsen i utlendingssaken bør bli.

Dersom en attest/helseerklæring skal benyttes for å begrunne utsatt iverksettelse av et vedtak som innebærer at utlendingen må forlate riket, bør den inneholde:

- Årsaken til reiseudyktighet.
- Helsemessige konsekvenser av utreise på det tidspunkt utlendingsmyndighetene har fastsatt.
- Når utreise tidligst kan skje ut fra et helsemessig synspunkt.

Attesten/helseerklæringen bør avsluttes med:

- Sted og tid for undersøkelsen.
- Helsepersonellens navn, stilling, adresse og telefonnummer.
- Underskrift og stempel.

5.5 Rådgivningsteam

Legeforeningen og Psykologforeningen har nylig i samarbeid med utlendingsforvaltningen v/Utlendingsnemnda opprettet et rådgivende team bestående

av minst to representanter fra Legeforeningen og minst en representant fra Psykologforeningen. Teamet tar sikte på å komme i gang ”snarest mulig” og er et prøveprosjekt som skal evalueres etter et år. Hensikten er at kvaliteten på helseerklæringene som sendes inn i utlendingssakene skal forbedres ved å gi veiledning til helsepersonellet som avgir erklæringene. Teamet skal ikke komme med en vurdering av eller uttale seg om helsebildet i den enkelte sak. Utlendingsdirektoratet og Utlendingsnemnda skal oversende helseerklæringer til teamet som de mener ikke er i tråd med retningslinjene til Sosial- og helsedirektoratet, ledsaget av kommentarer om på hvilken måte vedkommende erklæring avviker fra disse og hvilke bestemmelser i retningslinjene som evt. ikke er fulgt. Oversendelse til teamet skal ikke innebære eller medføre en materiell overprøving av helseerklæringenes medisinske innhold.

Teamet skal vurdere helseerklæringene opp mot retningslinjene til Sosial- og helsedirektoratet, herunder vurdere hvorvidt det er sammenheng mellom premissene og konklusjonen i erklæringen. Teamet skal videre konkludere mht. om det mener at erklæringen burde ha vært utformet på en annen måte. Dersom teamet kommer til at helseerklæringen er i strid med retningslinjene skal det gi tilbakemelding til vedkommende som har avgitt erklæringen med råd om hvordan erklæringen kunne ha vært utformet bedre og i tråd med retningslinjene. Tilbakemeldingen kan også inneholde en uttalelse om hvorvidt teamet er enig i utlendingsforvaltningens vurdering/kommentar. Teamet kan ikke iverksette noen sanksjoner dersom retningslinjene ikke er fulgt.

6 Opplærings saker

6.1 Innledning

Lov 17. juli 1998 nr. 61 om grunnskolen og den videregående opplæringa (opplæringslova) gjelder grunnskoleopplæring og videregående opplæring i offentlige skoler og lærebedrifter. Loven gjelder også for visse private grunnskoler.

I henhold til enkelte bestemmelser i lovens kapittel 2 om grunnskolen, er det krav om sakkyndig vurdering, jf. § 2-1 (krav om sakkyndig vurdering før vedtak om utsatt skoleoppstart), § 2-6 (krav om sakkyndig vurdering før vedtak om tegnspråkopplæring) og § 2-14 (krav om sakkyndig vurdering før vedtak om punktskriftsopplæring).

Også kapittel 3 om videregående opplæring har enkelte bestemmelser om krav til sakkyndig vurdering, jf. § 3-1 (krav om sakkyndig vurdering før vedtak om tidsmessig forlengelse av retten til videregående opplæring eller vedtak om rett til inntak på særskilt grunnkurs, jf. i sistnevnte tilfelle også særlig klageregel i § 15-2 tredje ledd), § 3-9 (krav om sakkyndig vurdering før vedtak om tegnspråkopplæring) og § 3-10 (krav om sakkyndig vurdering før vedtak om punktskriftsopplæring).

Videre er det i lovens kapittel 5 inntatt bestemmelser om spesialundervisning for barn, unge og voksne, herunder bestemmelser om sakkyndige vurderinger. Det skal i det videre redegjøres nærmere for dette regelverket.

6.2 Sakkyndige vurderinger etter opplæringslovas kapittel 5

Av § 5-1 fremgår at elever som ikke har eller kan få tilfredsstillende utbytte av ordinært opplæringstilbud, har rett til spesialundervisning. Videre fremgår det av § 5-7 at barn under opplæringspliktig alder som har særlig behov for spesialpedagogisk hjelp, har rett til dette.

Før kommunen eller fylkeskommunen gjør vedtak om spesialundervisning eller spesialpedagogisk hjelp, skal det foreligge en sakkyndig vurdering av elevens særlige behov, jf. § 5-3 første ledd. Det fremgår at slik vurdering skal vise om eleven har behov for spesialundervisning og hva slags opplæringstilbud som bør gis. I bestemmelsens andre ledd heter det:

”Den sakkyndige vurderinga skal blant anna greie ut og ta standpunkt til

- eleven sitt utbytte av det ordinære opplæringstilbudet
- lærevanskar hjå eleven og andre særlege forhold som er viktige for opplæringa
- realistiske opplæringsmål for eleven
- om ein kan hjelpe på dei vanskane eleven har innafor det ordinære opplæringstilbudet
- kva for opplæring som gir eit forsvarleg opplæringstilbud.”

Av forarbeidene til bestemmelsen (Ot.prp. nr. 46 (1997-98) Om lov om grunnskolen og den vidaregåande opplæringa (opplæringslova)), fremgår at det må vurderes konkret i det enkelte tilfelle hvor omfattende en slik sakkyndig vurdering skal være. Videre fremgår at opplistingen i andre ledd ikke er ment å skulle være uttømmende.

Av § 5-6 første ledd fremgår at enhver kommune og fylkeskommune skal ha en pedagogisk-psykologisk tjeneste (PP-tjeneste). Av bestemmelsens andre ledd fremgår at PP-tjenesten skal hjelpe skolen i arbeidet med å legge opplæringen bedre til rette for elever med særlige behov, samt sørge for at det blir utarbeidet sakkyndige vurderinger der hvor loven krever det. PP-tjenesten er etter loven kommunens/fylkeskommunens sentrale sakkyndige organ. Dersom PP-tjenesten selv ikke har nok fagkompetanse i en sak, må det innhentes kompetanse utenfra, for eksempel fra statlig kompetansesenter, privat sakkyndig eller annen kommunal tjeneste, for eksempel kommunehelsetjenesten. Også innhentede sakkyndige uttalelser fra andre instanser vil inngå i PP-tjenestens helhetlige vurdering av en sak.

Av § 5-3 fjerde ledd fremgår at kommunen/fylkeskommunen har en særlig begrunnelsesplikt dersom deres vedtak om spesialpedagogisk hjelp avviker fra det som følger av den sakkyndige vurderingen, blant annet ved at det skal fremgå hvorfor kommunen/fylkeskommunen mener at eleven likevel får et opplæringstilbud som oppfyller kravene etter §§ 5-1 og 5-7.

Foreldrene til eleven kan kreve at skolen foretar nødvendige undersøkelser for å avklare om en elev trenger spesialundervisning, og i så fall hva slags opplæring det vil være behov for, jf. § 5-4 første ledd. I henhold til Utdannings- og forskningsdepartementets veileder, jf. nærmere om denne nedenfor, må bestemmelsen forstås slik at skolen har et selvstendig ansvar for at det blir forsvarlig vurdert om alle elever får tilfredsstillende utbytte av opplæringen, samt et ansvar for å ta opp spørsmålet om hva som eventuelt kan gjøres for å få dette til. Skolen kan således ikke forholde seg passiv i påvente av at initiativet skal komme fra eleven/foreldrene.

Dersom eleven/foreldrene selv ber om det plikter skolen uansett å foreta de nødvendige undersøkelser. At skolen har dette ansvaret, betyr likevel ikke at lærerne må foreta alle undersøkelser selv. I mange tilfeller må det i tillegg innhentes sakkyndig vurdering i tråd med lovens § 5-3.

Av § 5-4 andre ledd fremgår at før det gjøres sakkyndig vurdering eller fattes vedtak om spesialundervisning, skal det innhentes samtykke fra eleven eller elevens foreldre. Med de begrensninger som følger av reglene om taushetsplikt etter forvaltningsloven, samt forvaltningsloven § 19, har eleven og foreldrene rett til å gjøre seg kjent med innholdet i den sakkyndige vurderingen og rett til å uttale seg før det treffes vedtak.

6.3 Retningslinjer

Med hjemmel i opplæringslovas § 5-3 tredje ledd kan departementet gi nærmere forskrifter om den sakkyndige vurderingen. Slik forskrift er ikke fastsatt, men Utdannings- og forskningsdepartementet har utarbeidet en omfattende veileder om "Spesialundervisning i grunnskole og videregående opplæring." Veilederen ble sist revidert i 2004, og inneholder blant annet veiledning om sakkyndig vurdering, jf. veilederens kapittel 4.

I veilederen understrekes at den sakkyndige vurderingen skal ha to hovedelementer:

- **utredning** av elevens læreforutsetninger og utbytte av det ordinære opplæringstilbudet og
- **tilråding** om hva slags opplæring som vil gi eleven et forsvarlig opplæringstilbud

Utredning

I veilederen understrekes at PP-tjenesten som sakkyndig instans, vil ha ansvar for å foreta en helhetlig utredning ut fra den dokumentasjonen som kan framskaffes. På bakgrunn av det materialet og de opplysningene som foreligger fra skolen, må PP-kontoret vurdere behovet for å innhente ytterligere opplysninger og foreta egne undersøkelser. I veilederen er det vist til at som del i dette arbeidet må PP-tjenesten benytte seg av ulike kilder og metoder, for eksempel:

- samtale med eleven/foreldrene
- utdypende opplysninger og vurderinger fra skolen
- egne undersøkelser
- rapporter og utredninger fra andre sakkyndige
- samtale med andre berørte

Samlet skal dette materialet gi PP-tjenesten mulighet til å foreta en forsvarlig utredning av de problemene som ligger til grunn for tilmeldingen.

Informasjonsinnhenting må omfatte både den enkelte elev og opplæringsssituasjonen. I tillegg til å utrede eleven bør en derfor kartlegge opplæringsinstitusjonens muligheter for å ivareta elevens behov for tilrettelegging, også innenfor det ordinære tilbudet.

Samtale med eleven/foreldrene må ta sikte på både å bringe fram relevante opplysninger om situasjonen slik den foreligger, og å få deres syn på hvordan opplæringen bør legges opp. Avhengig av den konkrete saken kan det være behov for å gå tilbake til skolen for å innhente ytterligere opplysninger og vurderinger.

I veilederen vises det til at det finnes en rekke kartleggingsprøver og diagnostiske prøver som er standardisert og gir indikasjon på elevens nivå i forhold til et landsgjennomsnitt. Ulike prøver og tester kan være ett av flere hjelpemidler i vurderingen av om eleven har behov for spesialundervisning. Det vises også til at det i enkelte tilfeller kan være aktuelt å innhente opplysninger om hva som er gjort av andre instanser, dersom en vurderer dette som relevant for saken.

Dersom PP-tjenesten selv ikke har fagkompetanse i en sak, er det i veilederen påpekt at tjenesten selv må vurdere å innhente delutredning utenfra, for eksempel fra det statlige spesialpedagogiske støttesystemet, barne- og ungdomspsykiatrien, medisinske institusjoner eller fra annen aktuell tjeneste. Videre vises det til at det i enkelte saker kan være nødvendig med samarbeid med barnevernstjenesten.

Tilråding

På bakgrunn av det samlede utredningsarbeidet skal PP-tjenesten gi en tilråding om eleven har behov for spesialundervisning, og om opplæringsinnhold. I veilederen er det vist til at etter opplæringslova så skal tilrådingen omtale følgende momenter:

- realistiske opplæringsmål for eleven
- om en kan hjelpe på de vanskene eleven har innenfor det ordinære opplæringstilbudet
- hva som vil gi et forsvarlig opplæringstilbud

Tilrådingen fra PP-tjenesten skal angi *realistiske opplæringsmål* for eleven. I veilederen vises det til at disse målene bør være av generell og overordnet karakter, og slik at de kan danne grunnlag for en nærmere konkretisering gjennom den individuelle opplæringsplanen som skolen senere må utarbeide. Behovet for særskilte individuelle tilpasninger må avveies i forhold til de vanlige bestemmelser om opplæringsinnhold. På den ene side må en følge vanlig fag- og timefordelingsplan så langt det er rimelig og meningsfylt. På den annen side må en angi avvik som eventuelt er nødvendige for at eleven skal få en opplæring som passer ut fra sine evner og forutsetninger.

Dersom PP-tjenesten konkluderer med at eleven ikke har behov for spesialundervisning, bør tjenesten likevel gi råd om *hvordan skolen ved å utvikle og tilrettelegge det ordinære opplæringstilbudet kan hjelpe på de vansker eleven har*. Dette vil danne et viktig grunnlag for skolens nærmere utforming av et opplæringstilbud for eleven gjennom vanlig tilpasset opplæring. Elever som får spesialundervisning, vil ofte også delta i deler av den ordinære opplæringen. PP-tjenesten bør – i tillegg til å gi råd om hvordan spesialundervisningen bør legges opp – derfor også gi råd om hvordan eleven kan hjelpes innenfor det ordinære opplæringstilbudet som eleven tar del i.

I veilederen vises det til at PP-tjenesten i sin tilråding ut fra en samlet vurdering må *beskrive hva som er et forsvarlig opplæringstilbud for eleven*. Det overordnede hensyn ved vurdering av et forsvarlig opplæringstilbud må generelt sett være at eleven får en opplæring som gjør eleven mest mulig livsdyktig ut fra sine evner og forutsetninger. Tilrådingen bør peke på områder hvor eleven trenger ekstra hjelp, hvilken type opplæring som bør iverksettes, og i hvilket omfang.

Tilrådingen må foruten realistiske opplæringsmål også omfatte prinsippene for innholdet i og den organisatoriske gjennomføringen av opplæringen. Det bør pekes på løsninger som bidrar til god klassetilørighet, men eventuelt også behov for gruppe- eller eneundervisning i større eller mindre grad, dersom en mener eleven er best tjent med det. Dersom det er tale om gruppeundervisning, kan det også være aktuelt å uttale seg om gruppens størrelse, ut fra elevens behov. Det kan her også være relevant å ta hensyn til gruppens sammensetning.

En kan i særskilte unntakstilfeller tilrå tilknytning til annen skole i en større eller mindre del av tiden, dersom det vurderes som det beste ut fra hensynet til eleven. En må likevel først vurdere muligheten til å gi forsvarlig opplæring ved hjemmeskolen.

Tilrådingen bør også uttale seg om elevens behov for tid til spesialundervisning, blant annet tid som må fordeles på ulike organisatoriske løsninger. En bør også omtale behovet for kompetanse og personellressurser som må settes inn (særskilt lærerkompetanse, assistent), samt eventuelt behov for særskilt utstyr og læremidler.

7 Billighetserstatningssaker

7.1 Innledning

Billighetserstatningsordningen er Stortingets egen vederlagsordning. Søknadene avgjøres av Billighetserstatningsutvalget som er et utvalg bestående av en tidligere høyesterettsdommer og to stortingsrepresentanter. Billighetserstatningsutvalgets avgjørelser kan ikke påklages.

Det er ingen saklig begrensning for hva det kan søkes billighetserstatning for. De mest vanlige søknadsgrunnlag har tradisjonelt vært pasientskader (før ordningen med Norsk pasientskadeerstatning trådte i kraft), mangelfull skolegang, feilaktige institusjonsopphold, forsømmelser i barnevernet og personskader som følge av straffbare handlinger (begått før voldsoffererstatningsordningen trådte i kraft 1. januar 1975, særlig ved seksuelle overgrep mot barn). Etter vedtak i Stortinget i 2005 er billighetserstatningsordningen blitt utvidet og tilpasset i forhold til tidligere barnehjems- og skolehjemsbarn. Ordningen ble også i 2005 utvidet slik at krigsbarn, utdanningsglidende samer og kvener og romanifolk/tatere kan søke om erstatning etter visse kriterier.

Justissekretariatene er sekretariat for Billighetserstatningsutvalget, og påser at de nødvendige faglige vurderinger og uttalelser innhentes fra de aktuelle faginstanser (for eksempel Barne- ungdoms- og familieetaten, Utdanningsdirektoratet, Sosial- og helsedirektoratet) før søknaden oversendes Billighetserstatningsutvalget til avgjørelse. Fremmes det krav om billighetserstatning for personskade som følge av straffbar handling begått før 1. januar 1975 er det Justissekretariatene som forbereder denne delen av søknaden.

7.2 Hjemmel

Erstatningen ytes på grunnlag av en ren rimelighetsvurdering i det enkelte tilfellet uavhengig av om det foreligger rettslig grunnlag for erstatning. Det finnes ingen

formelle retningslinjer for vurderingen, men i rimelighetsvurderingen tas det hensyn til Billighetserstatningsutvalgets tidligere praksis i tilsvarende saker. Ingen har rettslig krav på billighetserstatning. Det er i praksis lagt vesentlig vekt på om det offentlige kan bebreides for den skaden som er oppstått. Dette er imidlertid ikke et absolutt vilkår idet erstatning i enkelte særlige tilfeller også ytes hvor det offentlige ikke kan bebreides. Dette gjelder særlig ved personskader som følge av straffbare handlinger hvor den straffbare handlingen fant sted før 1. januar 1975.

Billighetserstatningen tar ikke sikte på å dekke søkers samlede økonomiske tap. Erstatningen er ment å være en «håndsrekning» hvor beløpet utmåles skjønnsmessig basert på en rimelighetsvurdering. Billighetserstatningsutvalget har i alminnelighet kompetanse til å innvilge erstatning med inntil kr 200 000. I saker vedrørende barnehjems- og skolehjemsbarn kan erstatning innvilges for beløp inntil kr 300 000.

7.3 Formål

Formålet med billighetserstatningsordningen er å gi ”et plaster på såret” til personer som har kommet i en særlig ugunstig stilling og som er blitt påført en skade eller ulempe som ikke dekkes etter alminnelige erstatningsregler eller gjennom trygde- eller forsikringsordninger, og hvor det er rimelig at det tilkjennes en erstatning.

7.4 Retningslinjer

Attester eller erklæringer fra helsepersonell vil særlig være aktuelt i saker hvor det er påstand om personskade (psykiske senskader) som følge av seksuelle overgrep. Det er Justissekretariatene som forbereder og innhenter opplysninger i disse sakene. Når Justissekretariatene mottar en søknad basert på dette grunnlaget, og det ikke foreligger tilstrekkelig dokumentasjon i saken, sendes et informasjonsbrev til søkeren. I informasjonsbrevet opplyses at det kan være en fordel om det innhentes en sakkyndig uttalelse, og herunder noe om hva som bør fremgå av en slik uttalelse/erklæring. For eksempel at uttalelsen fra sakkyndig bør inneholde en konkretisering av hvilke opplysninger om overgrep som har fremkommet i behandlingssituasjonen samt en vurdering av årsakssammenhengen mellom søkerens psykiske skader og de anførte overgrep. Avslutningsvis presiseres det at Justissekretariatene ikke dekker eventuelle utgifter til en slik erklæring. For øvrig finnes ingen retningslinjer eller veileder til bruk for den sakkyndige.

8 Forsikring

Forsikring har behov for attester, erklæringer o.l. fra helsepersonell i to sammenhenger; ved tegning av forsikring og ved oppgjør av forsikring. Dette saksområdet er grundig beskrevet i NOU 2000: 23 Forsikringsselskapers innhenting, bruk og lagring av helseopplysninger (Røsægutvalget).

Arbeidsgruppen viser til NOUen for nærmere gjennomgang. Arbeidsgruppen viser videre til rapportens vedlegg 5 hvor det er inntatt en oversikt over noen av utvalgets forslag.

9 Sosial- og helsedirektoratets rundskriv IS-9/2006 ”Krav i forbindelse med utstedelse av attester, helseerklæringer o.l.”

9.1 Innledning - bakgrunn

På bakgrunn av en henvendelse fra Domstolsadministrasjonen ga Helse- og omsorgsdepartementet 8. mars 2005, Sosial- og helsedirektoratet i oppdrag å vurdere utarbeidelse av en generell veiledning til landets leger og annet erklæringsgivende helsepersonell hvor det redegjøres for de strenge krav som gjelder for parter og vitners sykdomsforfall. Ved Helse- og omsorgsdepartementets brev av 7. september 2005 ble direktoratet bedt om å utvide arbeidet med slik rundskriv/veileder til også å omfatte attester, erklæringer og lignende for andre formål, for eksempel forsikringssaker, trygdesaker og saker innen strafferettspleien, herunder saker om benådning, prøveløslatelse mv.

Direktoratet ble videre bedt om å utarbeide en generell redegjørelse for regelverk og innholdsmessige krav for attester, erklæringer o.l., samt dernest en mer spesifikk redegjørelse for regelverk og konkrete og innholdsmessige krav til attester/erklæringer på nærmere bestemte saksområder/sakstyper. Direktoratet ble endelig bedt om å vurdere hvilke av disse attestene/erklæringene som kunne utstedes av behandlende helsepersonell og hvilke som burde utstedes av sakkyndige.

9.2 Nærmere om direktoratets rundskriv

Sosial- og helsedirektoratets rundskriv IS-9/2006 om ”Krav i forbindelse med utstedelse av attester, helseerklæringer o.l.” forelå 7. mars 2006. Det fremgår at hensikten med rundskrivet er å bidra til en bevisstgjøring av hvilken rolle helsepersonell skal ha i forhold til pasienten og til mottaker av erklæringen, når det er snakk om å utstede attester, erklæringer o.l. Rundskrivet retter seg mot helsepersonell som skal utstede ulike attester/erklæringer, og berører ikke hvordan det aktuelle offentlige organ eller private virksomhet deretter håndterer attestene i den videre saksbehandlingen. Det vil avhenge av blant annet aktuelt regel- eller avtaleverk i hvilken grad det er relevant å se hen til attester og erklæringer, og i så fall hvor stor betydning attester/erklæringer skal få i de konkrete sakene.

Rundskrivet er inndelt i 7 kapitler. I rundskrivets *kapittel 1* har direktoratet redegjort for de generelle krav til attester/erklæringer som fremgår av helsepersonelloven, herunder spørsmål knyttet til habilitet.

I *kapittel 2* er det redegjort for generelle innholdsmessige krav som det er aktuelt å stille til en attest/erklæring. Det understrekes at alle kravene ikke vil være like relevante i enhver sammenheng og at det vil avhenge av den enkelte sak (herunder hva slags attest/erklæring det er snakk om og hva slags mandat som eventuelt er gitt) hvor grundig man bør gå inn på de enkelte momenter og hvilke opplysninger som skal utleveres. I den forbindelse er det vist til at det bare skal utleveres opplysninger som er nødvendige og relevante for å nå formålet med attesten/erklæringen. Direktoratet har etter dette inntatt en liste på 10 punkter over generelle innholdsmessige krav som det er aktuelt å stille til en attest/erklæring:

1. Bakgrunn for erklæringen (formål, mandat, oppdragsgiver, mottaker, utsteders relasjon til pasienten)
2. Rammer for undersøkelsen (kjennskap til pasienten, hvordan identiteten er dokumentert, tid og sted for undersøkelsen, tolk, ledsagere, habilitetsavklaring)
3. Bakgrunnsopplysninger (nasjonalitet, bosted, bolig, skole, arbeid, familie, kulturelle forhold, utvikling, helseforhold før aktuell tilstand, medikamentbruk)
4. Sykehistorie (innhentet dokumentasjon/kilder, traumer, tidspunkt for debut, varighet, omfang, fysiske eller psykiske og sosiale følger hittil, tidligere uførhet, undersøkelser og behandling hittil)
5. Status presens (funn ved samtale og klinisk undersøkelse)
6. Supplerende undersøkelser (tester, prøver, strukturerte intervjuer, kliniske skalaer)
7. Diagnose (formålsrelevante fysiske funn eller tegn til psykiske lidelser, diagnoser, diagnosekoder etter ICD/ICPC)
8. Konklusjon (relevante medisinske funn og følger, funksjonsevne, arbeidsevne, spesielle følger i hht. mandatet, prognose)
9. Signatur (sted og tid for undersøkelsen, navn, stilling, adresse og telefonnummer, underskrift, evt. elektronisk signatur)
10. Vedlegg, dokumentasjon (tidligere utredninger, epikriser, laboratoriefunn osv.)

I kapitlene 3 til 7 har direktoratet deretter mer spesifikt redegjort for regelverket og innholdsmessige krav til attester/helseerklæringer som grunnlag for forfall for parter, siktede/tiltalte, vitner, lagrettemedlemmer og meddommere, og videre regelverk og innholdsmessig krav til attester/helseerklæringer til bruk i saker om soningsudyktighet, benådning, prøveløslatelse og straffavbrudd, samt attester/helseerklæringer til bruk i trygdesaker, forsikringssaker og utlendingssaker.

Det er gitt en nærmere redegjørelse for ovenstående i tilknytning til enkelte av rapportens vedlegg, jf. særlig vedlegg 2.

10 Etiske retningslinjer for helsepersonell

10.1 Innledning

En rekke helsepersonellorganisasjoner har fastsatt etiske retningslinjer for sine medlemmers yrkesutøvelse. I tillegg til sanksjonssystemet etter helsepersonelloven, vil overtredelse av slikt bransjefastsatt regelverk kunne utløse sanksjoner fra bransjen selv mot helsepersonellet.

Enkelte organisasjoners etiske retningslinjer er forholdsvis generelle eller overordnede, men også slike retningslinjer vil kunne være av betydning for hvordan helsepersonellet skal utstede attester/erklæringer eller utføre sin rolle som sakkyndig. Andre helsepersonellorganisasjoner har derimot til dels svært omfattende og detaljerte etiske retningslinjer som også inneholder spesialbestemmelser om helsepersonellens rolle som sakkyndig/utsteder av attester/erklæringer

Som nevnt tidligere er det leger som utsteder den klart største andelen av ulike attester og erklæringer, herunder sakkyndige erklæringer. I tillegg utsteder psykologer en rekke sakkyndige erklæringer. I det videre skal det derfor kort redegjøres for

Legeforeningens og Psykologforeningens etiske retningslinjer, og da spesielt de deler av retningslinjene som vil kunne være relevant ved utstedelse av erklæringer.

10.2 Legeforeningen

I Legeforeningens "*Etiske regler for leger*" er det i Del IV inntatt særskilte regler for legers utstedelse av attester og andre legeerklæringer.

I § 1 er legeerklæring definert som en uttalelse fra en lege angående en persons helsetilstand. Det vises til at dette blant annet vil omfatte utfylte skjemaer til trygdemyndighetene, attester til forskjellige formål og sakkyndighetserklæringer. Av § 2 fremgår at erklæringer ikke skal avgis dersom legen er i tvil om sin habilitet og at erklæringer ikke skal utstedes dersom legen mener at det ikke er saklig grunnlag for å utstede slik erklæring. Det presiseres i § 3 at legeerklæringer skal bygge "på nødvendig innhentet informasjon og på så omfattende undersøkelser som formålet tilsier."

Når det gjelder mer innholdsmessige krav til legeerklæringer er det inntatt regler om dette i §§ 4 og 5. I § 4 heter det:

"En legeerklæring skal gi tilstrekkelig informasjon til å fylle sin hensikt og være objektiv og nøytral i sin form. Relevante opplysninger må ikke forties eller fordreies. Erklæringen skal ikke inneholde informasjon som går utover formålet. Når medisinske dokumenter laget for andre formål brukes som vedlegg, skal det i særlig grad tas hensyn til taushetsplikten."

Videre heter det i § 5:

"Erklæringens adressat, formål, legens forhold til angjeldende person og grunnlaget for legens kunnskaper om personen skal fremgå klart av en legeerklæring. Skriftlige erklæringer skal utformes som et selvstendig dokument og må være datert og underskrevet."

Av § 6 fremgår at den som erklæringer gjelder, som hovedregel skal ha rett til informasjon om innholdet i erklæringen.

I tillegg til disse spesialreglene for sakkyndig arbeid, inneholder de øvrige etiske retningslinjer en lang rekke bestemmelser om legers yrkesutøvelse. Mange av disse vil være av direkte eller indirekte betydning for hvordan legen skal utføre sitt arbeid som sakkyndig og/eller utsteder av attester og erklæringer, idet de legger mer allmenne føringer for hvordan legen faglig sett skal utføre sin legevirksomhet.

Når det gjelder avgjørelser fra Legeforeningens etiske råd, vises det til vedlegg 7, pkt. 8.2.2 hvor det er redegjort for dette.

10.3 Psykologforeningen

Også Norsk psykologforeningen har vedtatt detaljerte etiske regler ("*Etiske prinsipper for nordiske psykologer*") for medlemmenes yrkesutøvelse.

Psykologforeningen har ikke vedtatt regler som spesifikt gjelder utstedelse av ulike attester/erklæringer eller regulerer rollen som sakkyndig/utarbeidelse av sakkyndige erklæringer. De etiske retningslinjene vil være førende ved utstedelse av ulike attester/erklæringer og for hvordan medlemmene skal opptre som sakkyndig, herunder

ved utarbeidelse av sakkyndige erklæringer. I forordet til retningslinjene er det blant annet uttalt:

”De fagetiske prinsippene regulerer psykologers faglige virksomhet, som er definert som enhver situasjon der psykologen utøver yrkesmessig virksomhet i relasjon til individ, gruppe eller organisasjon.

De fagetiske prinsippene etterleves også i yrkesmessige situasjoner hvis innhold ikke umiddelbart kan karakteriseres som psykologisk faglig virksomhet, men som utøves av psykologer og bygger på ferdigheter oppnådd gjennom psykologutdannelsen.”

Retningslinjene inneholder en rekke prinsipper/retningslinjer av faglig og etisk art. I retningslinjenes ”Del II.2 Kompetanse” er det blant annet uttalt:

”Psykologen bestreber seg på å utvikle og opprettholde høy faglig kompetanse i sitt arbeid. Psykologen tilstreber bevissthet om sine faglige og menneskelige sterke og svake sider, slik at han/hun realistisk kan vurdere med hvilken kompetanse han/hun kan påta seg oppgaver. Psykologen påtar seg kun de oppgaver, tilbyr kun de tjenester og bruker kun de metoder han/hun er kvalifisert til gjennom utdanning, trening og erfaring.”

Videre heter det i ”Del II.4 Integritet” blant annet:

”Psykologen søker å fremme integritet innen forskning, undervisning og anvendt psykologi. Dette innebærer at psykologen opptrer ærlig, upartisk og respektfullt overfor relevante involverte parter. Han/hun forsøker å synliggjøre og klargjøre sin egen rolle i de ulike sammenhengene der han/hun arbeider.”

Når det gjelder avgjørelser fra Psykologforeningens fag-etiske råd, vises det til vedlegg 7, pkt. 8.2.3 hvor det er redegjort for dette.

Vedlegg 4 Oversikt over utdanning, opplæring, kurs mv. for helsepersonell innen sakkyndighetsarbeid

1 Innledning

I dette vedlegget beskrives noe av det som finnes av utdanning, opplæring og kurs for helsepersonell innen sakkyndighetsarbeid. Arbeidsgruppen har valgt å særlig se på leger og psykologer siden disse gruppene er de som i størst omfang skriver attester, erklæringer o.l.

2 Grunnutdanningen

2.1 Medisin

Universitetet i Oslo

Det fremgår av semesterboken fra Det medisinske fakultet ved Universitetet i Oslo at et av læringsmålene for 10. semester (av totalt 12 semestre) på embetsstudiet i medisin er, at ”studentene skal forberedes for eventuell framtidig oppgave som medisinsk sakkyndig for rettsvesenet”.

Det 10. semesteret består av 3 deler:

- 3 uker forberedelser til utplassering
- 6 uker hos allmennpraktiker og 6 uker på samarbeidende sykehus
- 4 uker etterundervisning (+ 1 uke evaluering/eksamen).

Den første uken etter utplasseringen undervises det i allmennpraktikerens roller og oppgaver i samfunnet. Basert på erfaringene fra praksisperioden skal studentene bl.a. bli mer bevisst de forskjellige rollene allmennlegene kan ha i ulike faser av arbeidet med en pasient, som primærkliniker, pasientens ”advokat”, samfunnets ressursforvalter og helsetjenestens dørvokter og koordinator av ulike tjenester.

Den andre uken etter utplasseringen undervises det i anvendt samfunnsmedisin. Blant læringsmålene i samfunnsmedisinske fag er det fremhevet at undervisningen skal fremme studentenes bevissthet om de etiske dilemmaer som kan oppstå i krysningpunktet mellom å være samfunnets forvalter og pasientens advokat. Videre skal studentene ha kjennskap til de medisinsk relevante delene av folketrygdloven. De skal kunne regelverket for og legenes oppgaver ved søknad om grunnstønning, hjelpestønning, medisinsk rehabilitering, yrkesmessig atferd og uførepensjon. Studentene skal kjenne regelverk og prosedyrer ved sykmelding. De skal kunne fylle ut de vanligste formularer som brukes ved søknad om trygdeytelser.

Den tredje uken etter utplasseringen er satt av til undervisning i legens rolle i et rettssamfunn. Om denne uken står det i semesterboken ” Studentene skal ha utviklet profesjonelle holdninger til de lover, regler, bestemmelser og etiske normer som gjelder for legers virksomhet i deres samvirke med pasienter, og med andre

samarbeidspartnere som rettsvesen og politi. Studentene skal kunne anvende disse lover, regler, bestemmelser og normer og om nødvendig kunne veie dem opp mot hverandre. De skal vite forskjellen på behandlerrollen og sakkyndighetsrollen, og kjenne til og kunne utføre de vanligste sakkyndighetsoppgaver en lege vil kunne møte.” I denne uken undervises det i rettsmedisin og rettspsykiatri.

2.2 Psykologi

Universitetet i Oslo

I profesjonsstudiets 3. semester undervises det i kognitiv psykologi der vitnepsykologi inngår som en del av undervisningstilbudet. Et av læringsmålene for 9. semester på profesjonsutdanningen i psykologi er å gjøre studentene kjent med psykologiens organisering som profesjon, lover med relevans for psykologens virksomhet og fagetiske problemstillinger i profesjonsutøvelsen. Kurset (Profesjon, roller og fagetikk) består av obligatoriske forelesninger og seminarundervisning i mindre grupper. De obligatoriske forelesningene og seminarene går over seks dager (til sammen 12 dager). I seminarene gis anledning til fordypende refleksjon og diskusjon av konkrete, praktisk forankrede etiske problemstillinger og dilemmaer. Siktemålet er oppøving av personlig skjønn og dømmekraft. Fagetiske dilemmaer knyttet til rollen som sakkyndig er svært aktuelle diskusjonstemaer i seminargruppene.

Undervisning i rollen som sakkyndig inngår i forelesningsrekken, og har innen den nåværende utforming av profesjonsstudiet et omfang på 5 timer. I disse forelesningene gis en oversikt over ulike typer av sakkyndighetsarbeid; barnevern, barnefordeling, testing/vurdering (for eksempel testing av barn med henblikk på spesialundervisning) og rettspsykiatrisk vurdering. Studentene gis en innføring i de viktigste elementene i en sakkyndighetserklæring, og de sentrale rettspsykiatriske begreper (f.eks bevisstløshet, mangelfullt utviklede/varig svekkede sjelsevner) klargjøres.

Studentene skal bevisstgjøres på den rolle psykologen innehar som sakkyndig. Som behandler har psykologen et direkte ansvar overfor sin klient. Som sakkyndig arbeider man på oppdrag fra tredjepart, enten det er barnevernet, rettsapparatet eller skoleverket. I forelesningene diskuteres spørsmålet om hvor langt sakkyndigheten strekker seg, dvs. om grensene for den psykologiske fagkunnskap. En sikter mot en kritisk refleksjon omkring metodebruk og den profesjonelle rolle psykologen påtar seg når vedkommende arbeider på oppdrag fra tredje person. Psykologisk Institutt har tilsatt professor II i vitnepsykologi som gir valgfrie kurs innen rettspsykologi.

3 Spesialistutdanningen

3.1 Medisin

Det er 43 spesialiteter innenfor medisin. Innen fire av disse spesialitetene, som er arbeidsmedisin, fysikalsk medisin og rehabilitering, allmennt medisin, samt fødselshjelp og kvinnesykdommer, er det obligatoriske kurs som bl.a. tar for seg sakkyndighetsarbeid. Disse kursene er nærmere omtalt nedenfor under pkt. 4.3.

3.2 Psykologi

Innenfor klinisk psykologi er det 10 spesialiteter. For å bli godkjent psykologspesialist må det først tas et innføringsprogram. Innføringsprogrammet er likt for alle spesialiteter uavhengig av hvilken fordypning som velges senere.

Innføringsprogrammet består av 96 undervisningstimer fordelt over ca. ett år. I dette innføringsprogrammet er det obligatorisk undervisning i rettspsykologi og sakkyndig utredning, denne undervisningen går over en dag. Undervisningen tar bl.a. for seg generelt om sakkyndigrollen, ulike sakkyndige felt, øvelser og hvordan opptre i rettslig sammenheng.

Fordypningsprogrammet i klinisk nevropsykologi har spesialisterklæringer, sakkyndighetsarbeid o.a. som tema avslutningsvis i programmet.

4 Videre- og etterutdanning

Det stilles ingen obligatoriske krav til videre- og etterutdanning for at helsepersonell skal beholde sin autorisasjon. Det fremgår imidlertid av helsepersonelloven § 4 at helsepersonell er pålagt å utøve sin virksomhet forsvarlig, og dette forsvarlighetskravet innebærer også en plikt til å holde seg faglig oppdatert. I tråd med dette gjennomgår de fleste leger og psykologer kurs eller videreutdanning i større eller mindre omfang.

Nedenfor vil det bli redegjort for noe av det som finnes av kurs og opplæringsprogram i sakkyndighetsarbeid.

4.1 Opplæringsprogram i barnefaglig sakkyndighetsarbeid for domstoler og forvaltning

Innledning/Bakgrunn

Norsk psykologforening og Den norske lægeforening samarbeider om å tilby et utdanningsprogram til psykologer og leger som ønsker å arbeide som sakkyndige i saker etter barnevernloven og barneloven. Barne- og likestillingsdepartementet har delegert ansvaret og gjennomføringen av programmet til Psykologforeningen. Fra høstsemesteret 1998 har opplæringsprogrammet vært satt i gang en gang årlig.

Opptakskriterier

1. Autorisasjon som psykolog eller lege.
2. Psykologer og leger som opptas i utdanningsprogrammet skal normalt ha kompetanse som spesialist i klinisk psykologi eller som spesialist i barne- og ungdomspsykiatri. Et minstekrav er at søkere etter avsluttet utdanning kan dokumentere minst tre år med veiledet klinisk arbeid, hvorav minst to år skal være direkte klientarbeid med barn og deres familier.
3. Søkere som ikke har spesialistutdanning/utdanning som nevnt under punktene 1 og 2 kan unntaksvis tas opp til opplæringsprogrammet etter en individuell vurdering.

Gjennomføringen av opplæringsprogrammet

Opplæringsprogrammet inneholder fire kursmoduler med til sammen 12 undervisningsdager fordelt over to år.

Alle deltagere i programmet skal sørge for 40 timer med veiledning fordelt over to år. Det forutsettes at deltagerne arbeider aktivt med minst fire saker (to etter barnevernloven og to etter barneloven) i løpet av utdanningsprogrammet eller senest innen et år etter at programmet er avsluttet.

Registrering av sakkyndige

Det er opprettet register over psykologer og leger som har gjennomført opplæringsprogrammet. Ajourført register blir sendt til Barne- og likestillingsdepartementet, domstoler, kommunale barneverntjenester, fylkesmenn, fylkesnemnder, Justisdepartementet og andre aktuelle instanser/samarbeidspartnere.

Pr. desember 2005 var det registrert 166 personer på listen, herav 10 leger og resten psykologer.

Registrering er tidsavgrenset med fem år, og for å få fornyet registrering stilles det bl.a. krav om at den sakkyndige har skrevet et visst antall utredninger etter barneloven og/eller barnevernloven.

4.2 Sakkyndigutdanning (B-nivå) for rettsmedisinsk sakkyndige i straffesaker

Innledning

I Rognumutvalgets innstilling, NOU 2001:12, ble det foreslått å utvikle en felles sakkyndigutdanning for alle spesialister i medisin og andre sakkyndige som gjør tjeneste for retten i medisinske spørsmål. Kurset er på B-nivå etter den såkalte ABC-modellen om differensiert kvalifisering av sakkyndige for rettsvesenet (presentert av Randi Rosenqvist i tidsskriftet Nordisk Rettsmedisin, nr. 2 for 1998).

Kompetansenivå A forutsetter en faglig godkjent utdanning, for eksempel cand.med. eller cand.psychol. Denne kompetansen forutsettes dokumentert ved embetseksamen, autorisasjon og eventuelt en godkjent spesialitet. Hvor godt skolert helsepersonell på kompetansenivå A er i sakkyndighetsarbeid, vil være avhengig av hvor mye det undervises i dette på grunnutdannelsen og i spesialistutdannelsen.

Kompetansenivå C er et faglig fordypningsnivå hvor den sakkyndige kan tilegne seg spisskompetanse innenfor ulike rettsmedisinske disipliner.

I en del saker vil de medisinske eller psykologiske problemstillingene være så spesielle faglig sett at en vanlig spesialist, selv med en sakkyndigutdanning på B-nivå, vil ha vanskeligheter med å gi en tilstrekkelig god sakkyndigerklæring. For eksempel vil alle spesialister i psykiatri og klinisk psykologi kunne diagnostisere psykose, men farlighetsvurderinger vil være noe som ikke alle behersker. De ulike fagområder står selv ansvarlig for å utvikle spisskompetanse på C-nivå innen sine fagfelt. Det har bl.a blitt avholdt C-kurs i gynekologi og barnemishandling samt rettspsykiatri.

Nærmere om sakkyndigutdannelsen på B-nivå

Den rettsmedisinske kommisjon har utviklet et kurs for sakkyndige i straffesaker på såkalt B-nivå.

I tillegg til å heve kompetansen i sakkyndighetsarbeid hos den enkelte, skal sakkyndigutdannelsen på B-nivå bidra til bedre kommunikasjonen mellom de sakkyndige og rettens aktører.

Kursene på B-nivå startet opp våren 2005, og pr. februar 2006 har 90 personer gjennomgått kurset. Det er ingen formelle opptakskriterier til kurset, og hittil er de som har søkt tatt opp. De fleste som har gjennomgått kurset har vært spesialister innen medisin. Det har også vært noen i utdanningsstillinger og noen psykologspesialister. Kurset arrangeres over to bolker av tre dager (til sammen seks dager) innenfor et halvår.

Det er en dommer som underviser i domstolenes organisering og saksbehandling, reglene om sakkyndighet, juridisk metode, innføring i strafferett/erstatningsrett og den sakkyndige i retten. Lederen for Den rettsmedisinske kommisjon underviser i generelle aspekter ved utføringen av sakkyndige oppdrag, herunder hva en sakkyndig erklæring bør inneholde, etikk/taushetsplikt og skikk og bruk. Videre holder lederne for de respektive gruppene i Den rettsmedisinske kommisjon forelesninger i rettspsykiatri, laboratoriemedisin og rettsmedisin. De to siste dagene av kurset er satt av til øvelse i retten og rollespill. Dette ledes av en dommer og to andre jurister.

Kurset er godkjent og tellende 29 timer innenfor enkelte spesialiteter. Den rettsmedisinske kommisjon er i ferd med å lage en liste over rettsmedisinske sakkyndige, hvor det vil fremgå av den sakkyndiges CV om B-kurset er gjennomført.

4.3 Forskjellige kurs i regi av legeforeningen

4.3.1 Legeforeningens utdanning på internett/LUPIN - "Hvordan skrive en spesialisterklæring"

Innledning/bakgrunn

Kurset ble lansert i januar 2005, og pr. 31.12.05 var det 23 personer som hadde fullført kurset og fått kursbevis. Kurset er godkjent og tellende 15 timer som valgfritt kurs for samtlige spesialiteter.

Trygdeetat, forsikringsselskaper og domstolene innhenter hvert år et stort antall spesialisterklæringer i forbindelse med erstatningsspørsmål etter personskader. Spesialistenes vurderinger tillegges stor betydning. Det viser seg å være stor variasjon av ulike sakkyndige legers konklusjoner vedrørende samme skadetilfelle. Dette har utløst tvil om de sakkyndige har tilstrekkelig kompetanse, grundighet og upartiskhet. Det er etterlyst bedre opplæring for leger i å utarbeide spesialisterklæringer.

Læringsmål/kursets innhold

Målet med kurset er å gjøre deltakeren i stand til å utarbeide spesialisterklæringer slik at alle relevante opplysninger og vurderinger kommer med i en systematisk og oversiktlig form. Videre skal deltakeren kunne prinsippene for vurdering av årsaksspørsmålet, for fastsetting av medisinsk invaliditet og funksjonsvurdering. Deltakeren skal også vite hva som er den sakkyndiges ansvar i forhold til oppdragsgivers ansvar og hvordan man forholder seg korrekt til de ulike partene som er involvert i en erstatningssak etter personskader.

Kurset består av en rekke leksjoner/deler hvor det redegjøres for ulike problemstillinger knyttet til skriving av spesialisterklæringer, bl.a. spørsmål knyttet til mandat, utforming av erklæring, hvilke opplysninger som bør inngå i en erklæring, hvordan spesialisterklæringer skal brukes av oppdragsgiver/pasient mv. Kurset består også av forskjellige øvelser som følges opp av svar og eksempler. Gjennom noen av øvelsene får kursdeltakeren øvd seg på å utforme avsnitt som til slutt vil utgjøre en fullstendig spesialisterklæring. Deltakeren må gjennomføre en test etter hver leksjon for å få kurset godkjent. Til slutt må deltakeren fylle ut et evalueringsskjema som også er obligatorisk for å bestå kurset.

I tilknytning til kurset er det også inntatt en rekke linker blant annet til relevant regelverk, eksempler på standardmandater, oppsett av sakkyndig erklæringer mv.

4.3.2 Legeforeningens utdanning på internett/LUPIN – "Forsikringsmedisin"

Innledning/bakgrunn

Norske leger besvarer mer enn 100.000 forespørsler fra forsikring hvert år. Forsikringsnæringen og Legeforeningen samarbeider om å sikre god kvalitet på opplysninger fra leger til forsikring samtidig som hensyn til personvern blir ivaretatt. Kurset er utviklet av en arbeidsgruppe bestående av leger fra allmennpraksis og forsikring. Kurset er godkjent med 9 timer som valgfritt kurs for samtlige spesialiteter.

Læringsmål/kursets innhold

Den enkelte deltaker skal få en grunnleggende forståelse for de viktigste begreper og prinsipper som forsikringsmedisinen bygger på. Etter gjennomført kurs skal legene være i stand til å utforme en legeerklæring og besvare forespørsler fra forsikringsbransjen på en måte som tilfredsstillende krav til kvalitet, personvern og legetikk.

Kurset består av en rekke leksjoner med følgende innhold:

- Hva er forsikring – grunnprinsipper
- Helseopplysninger ved kjøp (tegning) av forsikring
- Helseopplysninger ved oppgjør av forsikring
- Endelig medisinsk sakkyndigvurdering i personskadesaker
- Klage på avgjørelser
- Spesielt om taushetsplikt, krav til samtykke og utlevering av journal
- Behandlende lege og sakkyndig – hvordan unngå å blande roller?
- Leger i forsikring – oppgaver og roller

4.3.3 Medisinsk sakkyndighet med vekt på skadedokumentasjon

Målgruppen for kurset er helsepersonell med oppgaver i forhold til vold og overgrep utsatte pasienter (som for eksempel, primærleger, kirurger, gynekologer, pедиатere, ortopedier, sykepleiere og andre). Kurset er ment å inngå i kompetansehevingen for klinikere når det gjelder felles sakkyndighetsutdanning, nivå B, som beskrevet i NOU 2001:12, Rettsmedisinsk sakkyndighet i straffesaker. Antall kurstimer: 12

4.3.4 Spesielle emner innen gynekologi og obstetikk

Målgruppe for kurset er utdanningskandidater i fødselshjelp og kvinnesykdommer, og kurset er obligatorisk for denne spesialiteten. Kurset tar bl.a. opp spørsmål knyttet til sporsikring i sedelighetssaker, erfaringer med erstatningssaker fra Norsk pasientskadeerstatning, en advokats betraktninger rundt retts- og erstatningssaker samt sakkyndiges rolle i klagesaker. Antall kurstimer: 30.

4.3.5 Juridiske og trygdemessige aspekter ved nevrologi

Målgruppen for kurset er leger under utdanning i nevrologi, nevrokirurgi og fysikalsk medisin og rehabilitering, men også spesialister i disse fag. Etter endt kurs skal kursdeltagerne kunne gi innføring i de lover, regler og retningslinjer som er mest aktuelle for nevrologer i deres befatning med juridiske og trygdemessige forhold. Spesielt vil det bli lagt vekt på nevrologens funksjon som sakkyndig, samt utarbeidelse av spesialisterklæringer. Antall kurstimer: 15.

4.3.6 Jus i arbeidsmedisinen. Grunnkurs I

Målgruppen for kurset er leger under utdanning i arbeidsmedisin, og kurset er obligatorisk for denne spesialiteten. Deltakerne skal tilegne seg kunnskap om lover og regler i forhold til verne- og miljøarbeid, som for eksempel lov om helsepersonell, arbeidsmiljøloven, folketrygdlovens yrkesskadebestemmelser og lov om yrkesskadeforsikring. Kurset omfatter også bl.a. erfaringer fra erstatningssaker sett fra en arbeidsmedisiners ståsted, samt hvilke krav som stilles til en spesialisterklæring. Antall kurstimer: 30.

4.3.7 Trygdemedisin og forsikringsmedisin

Målgruppen for kurset er leger under utdanning og spesialister i fysikalsk medisin og rehabilitering, og kurset er obligatorisk for denne spesialiteten. Læringsmål for kurset er at deltakerne skal få innføring i den kunnskap som er nødvendig for at spesialisten kan fungere som sakkyndig for trygdeetat, rettsvesen og i forsikringssaker. Antall kurstimer: 24.

4.3.8 Allmennmedisin

Grunnkurskatalogen for videreutdanningen i allmennmedisin omhandler i grunnkurs 4 trygdemedisin, praksisdrift, juridiske rettigheter og plikter.

Innenfor trygdemedisin er et av kunnskapskravene at legen skal kjenne til hvilke hensiktmessige samhandlingsformer og -arenaer som finnes når det gjelder trygdeetaten/NAV og arbeidslivet. Legen må vite hva rollen som sakkyndig innebærer og hvilke krav som stilles til en legeerklæring. Legen må kunne utforme legeerklæringer som dekker formålet og oppfyller kravet til sakkyndighet. Det legges også opp til diskusjon om hvordan legen kan håndtere problemstillinger knyttet til legens forskjellige roller som pasientens advokat, folketrygdens premissleverandør og samfunnets portner.

Vedlegg 5 Oversikt over forslag fra Røsæg- og Rognumutvalget

1 NOU 2000:23 Forsikringsselskapers innhenting, bruk og lagring av helseopplysninger – Røsægutvalget

Nedenfor gis en oversikt over Røsægutvalgets forslag til tiltak for å forbedre sakkyndigrapportens kvalitet, samt tiltak for å styrke tilliten til de sakkyndige.

1.1 Retningslinjer for hva en erklæring bør inneholde

Utvalget foreslo at følgende norm kunne gjelde på et overordnet plan:

- Rapporten skal være hensynsfullt formulert og forståelig for den som er undersøkt og for andre brukere
- De faktiske forhold skal være korrekte og fullstendig gjengitt
- Resonnementene skal være eksplisitte, gjennomskinnelige og etterprøvbare
- Rettsreglene, som beskrevet i mandatet, skal være riktig brukt
- Rapporten skal bygge på et alminnelig helsefaglig skjønn og være basert på det beste av den tilgjengelige fagkunnskap
- Rapporten skal gi de opplysningene partene har bedt om

1.2 Opplæring av sakkyndige

Utvalget foreslo en viss styrking av spesialistutdanningen ved at alle relevante spesialiteter innfører krav om at kandidaten skal ha skrevet minimum to sakkyndigerklæringer under veiledning.

1.3 Standardmandat

Utvalget anbefalte at det ble utviklet standardmaler for mandat til den sakkyndige tilpasset de mest sentrale skadetypene og problemstillingene. Utvalget utarbeidet selv et slikt forslag til standardmandat.

1.4 Et veiledende tredjepartsorgan

Utvalget foreslo å opprette en uavhengig kvalitetssikringsinstans med kompetanse til å gi veiledende uttalelser om helsefaglige spørsmål i tilknytning til erstatningsoppgjør etter personskadesaker i forsikring. Flertallet i utvalget mente at organet burde kunne tre i funksjon etter anmodning fra en av partene, mens mindretallet mente at instansen bare skulle stilles til disposisjon for de skadelidte.

Et slikt veiledende tredjepartsorgan ville etter utvalgets mening kunne bidra til å:

- gi begge parter lik tilgang til faglig kompetanse, som kan vurdere og gi råd om hvorvidt en innhentet sakkyndigerklæring holder tilstrekkelig formell og faglig kvalitet til at den kan legges til grunn for videre saksbehandling
- redusere unødvendig belastning på sakkyndigapparatet

- redusere unødvendig belastning på den som fremmer krav
- redusere saksbehandlingstiden for personskader
- sikre at sakkyndige får nødvendig tilbakemelding til å kunne kvalitetssikre egen virksomhet
- redusere belastningen på den enkelte sakkyndige ved å flytte fokus fra den sakkyndiges person og over på produktet
- utvikle større grad av enhetlig sakkyndigpraksis
- identifisere og eventuelt ekskludere sakkyndige som systematisk avviker fra en etablert og anerkjent virksomhetsstandard.

Det veiledende organet skulle uttale seg om sakkyndigrapportene, og ikke primært om pasientene. Undersøkelse av pasienten eller overprøving av den opprinnelige sakkyndiges kliniske skjønn skulle falle utenfor organets oppgaver. Organet skulle heller ikke fastsette en ny invaliditetsgrad, men kun uttale seg om grunnlaget for den opprinnelig oppnevnte sakkyndiges fastsettelse av invaliditetsgraden ved for eksempel å vise til hvilke premisser som ikke var oppfylt i forhold til bruken av Sosial- og helsedirektoratets invaliditetstabell.

Utvalget mente at det veiledende tredjepartsorganet også kunne brukes i trygdesaker. Virkefeltet til det veiledende tredjepartsorganet burde, etter flertallets oppfatning, ikke avgrenses til utenrettslig konfliktløsning, men også omfatte erklæringer som avgis for domstolene.

Da det veiledende tredjepartsorganets primære oppgave skulle være å bidra til økt rettssikkerhet og forutsigbarhet ved erstatningsoppgjør etter personskader, mente Røsægutvalget at organet burde organiseres med en tilknytning til myndighetene og finansieres uavhengig av partene. Røsægutvalget pekte på at organiseringen av tredjepartsorganet måtte sikre at det fikk den nødvendige kvalitet, respekt, tillit og effektivitet, samt at den sikret kollektiv læring blant dem som skriver sakkyndigerklæringer.

1.5 Organisering av sakkyndigvirksomhet

Utvalget foreslo at medisinske sakkyndigtjenester skulle organiseres gjennom frivillig tilslutning til en frittstående pool-ordning. Utvalget så for seg en geografisk spredt, men likevel oversiktlig "pool" av sakkyndige som skulle være underlagt en administrativ instans med ansvar for rekruttering til og ajourhold av "poolen". Det ville være nærliggende å legge disse oppgavene til den foreslåtte nøytrale oppnevninginstansen.

1.6 Koordineringstiltak trygd - forsikring

Utvalget mente det ville være en fordel om sakkyndigarbeidet i trygd og forsikring ble koordinert, og foreslo derfor en regel både i folketrygdloven og i forsikringsavtaleloven om at en skal søke å bruke de samme sakkyndige i trygdesaker og forsikringssaker. Sambruk må imidlertid forutsette at samtykket til innhenting og bruk av opplysninger er tilstrekkelig vidt, slik at informasjonstilfanget er det samme i trygde- og forsikringssaken. Utvalget forutsatte videre at de nøytrale oppnevnings- og veiledningsorganene som utvalget foreslo, fungerte.

1.7 Habilitetsregler

Utvalget mente det var vanskelig å lage spesielle regler om inhabilitet for sakkyndige, idet det er vanskelig å peke på klare tilknytningskriterier slike regler kunne bygge på (med unntak av ansettelsesforhold og faste oppdragsforhold). Imidlertid mente utvalget at det var utilfredsstillende at det i det alt vesentlige ikke gjelder spesielle inhabilitetskrav i de tilfellene det faktisk kan konstateres en særlig tilknytning mellom en sakkyndig og en av partene, og videre at det ville styrke systemet om slike innsigelser mot en sakkyndig blir prøvet av retten, og kunne gjøres gjeldende som saksbehandlingsfeil. På denne bakgrunn foreslo utvalget en endring i tvistemålsloven § 242 som skulle skjerpe habilitetskravene til rettsoppnevnte sakkyndige. Dersom det skulle være vanskelig å finne en rettsoppnevnt sakkyndig som tilfredsstilte kravene, kunne partene bruke private sakkyndige. Disse vil kunne frembringe den samme informasjonen som rettsoppnevnte sakkyndige, men har ikke den ekstra autoritet oppnevningen av retten gir. Utvalget antok at det ikke hadde vært meningen at helsepersonelloven § 15 skal hindre bruk av private sakkyndige med tilknytning til en av partene. De reglene som gjelder i rettergang, bør i utgangspunktet også gjelde utenfor rettergang. Dels ville det være en fordel om en alltid kan bruke de sakkyndige som har vært involvert om det reises rettsak. Dels ligger det et element av vern for forsikringskunden at de sakkyndige som engasjeres på forhandlingsstadiet - der de fleste sakene tross alt blir avgjort - er upartiske. Forslaget, slik det er utformet, gjelder derfor også før rettergang. Dette følger av henvisninger fra forsikringsavtaleloven til tvistemålsloven.

1.8 Prosedyrer for saksbehandling vedrørende habilitet

Utvalget foreslo at en kandidat for et sakkyndigoppdrag rutinemessig burde spørres om forhold som kan være relevant i en habilitetsvurdering. Særlig burde dette gjelde når en tredjepart - som retten - skal oppnevne nøytrale sakkyndige. Når en slik redegjørelse er gitt, er det naturlig at partene får se den. Hvilken form redegjørelsen skal ha, kan variere etter forholdene. Spørsmålene kan for eksempel dreie seg om arten av den sakkyndiges siste ti oppdrag i forsikringssaker: Om oppdraget var gitt av én eller begge parter, om vedkommende var foreslått av én eller begge parter, om vederlaget og om premissene for konklusjonen. Opplysningene må kunne gis anonymisert, slik at det ikke oppstår problemer i forhold til reglene om taushetsplikt. Utvalget foreslo i tvistemålsloven en regel i § 241 tredje ledd om at den sakkyndige skal redegjøre for sin habilitet og sin tidligere befatning med liknende saker.

1.9 Regler for kontakt mellom partene og den sakkyndige

Utvalget foreslo også en regulering av kontakten mellom den sakkyndige og partene. Hensikten med slike regler vil være å sikre partenes tillit til at den sakkyndiges konklusjoner ikke blir forsøkt påvirket på en utilbørlig måte. Utvalget mente at i den grad partene har kontakt med den sakkyndige i forbindelse med oppdraget, bør den andre parten underrettes om dette, og få kopier av eventuell korrespondanse. Dette vil sikre både tillit og at alle sider av saken blir belyst. Et utkast til standardavtale om oppnevning av medisinsk sakkyndig ved forsikringsoppgjør, er inntatt som vedlegg 2 til Røsægutvalgets innstilling.

1.10 Regler om innsynsrett

Utvalget fremmet forslag om å gi den som fremmer krav mot selskapet innsynsrett i den dokumentasjonen selskapet måtte utarbeide eller innhente, og også en regel om at dokumentasjonen skal forelegges han eller henne. Dette innebærer at om selskapet innhenter eller selv foretar en faglig vurdering av en helseerklæring, skal motparten få innsyn i denne vurderingen. Trygden gir i dag medlemmene slikt innsyn på forespørsel. Utvalget viste til at partene bør ha en generell adgang til innsyn i hverandres dokumenter, for å skape tillit og best mulig sikkerhet for at misforståelser blir rettet opp. En bestemmelse om innsynsrett ble foreslått i forsikringsavtaleloven kapittel 8.

1.11 Nøytral oppnevninginstans

Utvalget foreslo å opprette en særskilt nøytral oppnevninginstans dersom partene ikke kunne bli enige om valg av sakkyndig i personskadesaker. En slik nøytral oppnevninginstans skulle, etter henvendelse fra en eller begge partene, formidle oppdrag til et utvalg ("pool") av sakkyndige. Mindretallet i utvalget mente at instansen kun skulle stilles til skadelidtes disposisjon. Utvelgelsen skulle skje etter fastlagte prosedyrer basert på matematiske prinsipper for å sikre tilfeldighet i valg. For å sikre nøytraliteten skulle instansen organiseres uavhengig av partene, og finansieres slik at dens uavhengighet ikke kunne trekkes i tvil.

Utvalget foreslo at instansen burde ha tilknytning til den sentrale Domstoladministrasjonen eller et annet offentlige organ, eller eventuelt organiseres som en uavhengig stiftelse. Utvalget foreslo videre at finansieringen i hovedsak skulle skje gjennom en avgift på forsikringspremien. Bruken av den nøytrale oppnevninginstansen skulle ikke gjøres obligatorisk. Instansen skulle ikke selv ha spesiell medisinskfaglig kompetanse, utover en medisinskfaglig rådgiverfunksjon som ble trukket inn i de tilfellene partene selv ba om assistanse for å komme frem til relevant spesialistkompetanse.

2 NOU 2001:12 Rettsmedisinsk sakkyndighet i straffesaker – Rognumutvalget

2.1 Oversikt over kvalifiserte sakkyndige

For å gjøre det lettere for retten og partene å finne frem til de sakkyndige de ønsker, foreslo utvalget at det ble utarbeidet en oversikt over kvalifiserte sakkyndige til rettsmedisinske oppdrag. Oversikten burde ha informasjon om de ulike spesialistenes fagkompetanse og hvem som har gjennomgått de foreslåtte kursene i sakkyndighet (B-kurs).

Utvalget pekte imidlertid på at et problem vil, uavhengig av oversikt over sakkyndige, være at retten og partene ikke alltid vil ha forutsetninger for å vite hva som kan være relevant sakkyndighet til de aktuelle spørsmålene. Dette må ifølge utvalget løses ved kontakt mellom rekvirent og representanter for de aktuelle fagmiljøene.

2.2 Bort med ordningen med faste sakkyndige

Utvalget mente det ikke var grunnlag for fortsatt å ha regler om faste sakkyndige, da det i utgangspunktet burde være opp til påtalemyndigheten og retten å finne frem til de personer som har den nødvendige kompetanse i den enkelte sak. Utvalget understreket at realkompetanse må være det sentrale ved valg av sakkyndige, ikke hvilken stilling vedkommende har. Økt behov for spesialsakkyndighet taler også for at den definerte kretsen faste sakkyndige i dag er for vid og gir en noe tilfeldig avgrensning. Reglene har etter utvalgets erfaring hatt liten praktisk betydning.

2.3 Habilitet

Utvalget foreslo en skjerping av habilitetsregelen i straffeprosesslovens § 142, slik at den sakkyndige som rammes av domstoloven § 108 automatisk blir inhabil.

Videre mente utvalget at det burde trekkes klare skillelinjer mellom politiets og rettens bruk av sakkyndige. Det burde prinsipielt være slik at den som har bistått politiet i en sak, ikke senere bør oppnevnes som rettens sakkyndige i samme sak. Utvalget mente på denne bakgrunn at det helsepersonell som har foretatt den foreløpige undersøkelsen vil være inhabil etter domstoloven § 108 til å foreta den fullstendige rettspsykiatriske undersøkelsen.

Etter utvalgets mening må det klart unngås å oppnevne som sakkyndig noen som har en anmelderlignende rolle i saken.

Et behandlingsforhold burde etter utvalgets mening nærmest unntaksfritt medføre at den sakkyndige anses å falle inn under domstoloven § 108. Dersom straffeprosessloven § 142 endres som foreslått, vil det da alltid foreligge inhabilitet som sakkyndig.

Hvor det oppnevnes to sakkyndige, bør man unngå faren for at et avhengighetsforhold mellom de sakkyndige kan tenkes å virke inn på vurderinger og konklusjoner. Et avhengighetsforhold vil lett foreligge hvor det er et over-/underordningsforhold mellom de to sakkyndige, men her vil imidlertid forholdene på de enkelte fagområder være ulike.

2.4 Behov for veiledning ved utforming av mandat

Både retten og påtalemyndigheten burde pålegges å utarbeide skriftlige mandat ved innhenting av sakkyndig bistand. Utvalget foreslo at en slik plikt ble lovfestet i straffeprosessloven. I tillegg mente utvalget at Riksadvokaten burde vurdere behovet for retningslinjer for påtalemyndighetens bruk av mandat for sakkyndige.

Utvalget tok som utgangspunkt at spørsmålet om utforming av mandatet i første rekke må avklares mellom rekvirenten og den sakkyndige selv. Det er viktig at den sakkyndige gir beskjed til rekvirenten dersom mandatet ikke lar seg besvare, hva enten det skyldes at den konkrete sakkyndige ikke har den nødvendige kompetanse, eller at nåværende viten ikke gjør besvarelse mulig.

Utvalget mente likevel at retten og partene enklere enn i dag burde kunne få veiledning fra andre enn den valgte sakkyndige (bl.a. før sakkyndig er valgt) om utarbeidelse av mandat dersom de ønsker det. Etter forskriften om Den rettsmedisinske kommisjon § 6 b skal kommisjonen bistå med råd og opplysninger om rettsmedisinske spørsmål under strafferettslige undersøkelser. Ut fra ordlyden har derfor kommisjonen allerede i dag ansvaret for å veilede rekvirenter ved utforming av mandat. Siden rekvirenter i praksis ikke henvender seg til kommisjonen for veiledning, skjer imidlertid ikke denne type veiledning fra kommisjonen. Kommisjonens alminnelige gruppe har ikke sjeldent kritiske bemerkninger til formuleringen av den sakkyndiges mandat eller hvordan den sakkyndige har forholdt seg til mandatet. Kommisjonens kritikk kommer i forbindelse med kontrollen av den sakkyndiges erklæring. Et kontrollorgan må alltid være varsom med forhåndsveiledning i konkrete saker som det senere skal kontrollere, og kommisjonen synes i praksis å unngå de uheldige sider slik forhåndsveiledning vil kunne ha. Kommisjonen ville imidlertid kunne ha gitt veiledning basert på omfattende erfaring. Hvem som skal ha ansvaret for veiledning ved utforming av mandat vil variere etter hvilken organisasjonsmodell man velger.

2.5 Krav til intern kvalitetssikring av sakkyndig virksomhet

Utvalget mente det burde arbeides for at de virksomheter og deler av virksomheter der akkreditering eller sertifisering er mulig, blir akkreditert/sertifisert. Hovedansvaret må ligge på den enkelte virksomhet eller enkeltperson som tilbyr sakkyndigtjenester. Det ville etter utvalgets mening være naturlig at rekvirenten av rettsmedisinske tjenester krever at sakkyndige har akseptable kvalitetssikringssystemer for sin virksomhet.

2.6 Sakkyndige vitner bør kunne fremlegge skriftlige erklæringer

Etter utvalgets mening talte de beste grunner for å tillate sakkyndige vitner å legge frem skriftlige erklæringer. Beviset blir lettere tilgjengelig, og saken bedre opplyst. Dette vil også muliggjøre kvalitetskontroll via DRK. Utvalget foreslo at dette lovfestes ved at det tas inn en regel i straffeprosessloven § 149 annet ledd om at den som fremstilles som sakkyndig uten oppnevning av retten kan fremlegge skriftlig erklæring.

2.7 Retningslinjer for den sakkyndiges skriftlige erklæring

Som ledd i den interne kvalitetssikringen av rettsmedisinske erklæringer, mente utvalget det burde utarbeides retningslinjer for erklæringene på de ulike saksområdene. Utvalget påpekte at fagområdene innenfor rettsmedisin er så vidt ulike at det ikke kan gis spesifikke regler om utformingen, men at det også fantes enkelte forhold av generell karakter som alle rettsmedisinske erklæringer burde inneholde:

- Presentasjon av den sakkyndiges relevante kvalifikasjoner i forhold til oppdraget
- Mandatet for den sakkyndiges oppdrag skal gjengis i den skriftlige erklæringen
- Kildehenvisninger
- Erklæringen må henvise til litteratur eller annet materiale som den sakkyndige har bygget på i forbindelse med erklæringen. Dersom det på feltet for den sakkyndiges oppdrag er ulike faglige oppfatninger/skoler, bør den sakkyndige kort redegjøre for de ulike standpunktene og begrunne sitt eget standpunkt til de omtvistede spørsmål.

- Tid og sted for undersøkelser
- Beskrivelse av fremgangsmåten ved undersøkelsen
- Den sakkyndiges bevisbedømmelse
- Ved vurderingen av den sakkyndiges uttalelse er det av vesentlig betydning å ha klart for seg i hvilken grad den på det enkelte punkt gir uttrykk for en rent sakkyndig bedømmelse, eller om den - i alle fall for en del - er basert på en bevisbedømmelse som det egentlig tilligger retten å foreta.
- Det må komme klarest mulig frem med hvilken sikkerhet den sakkyndige uttaler seg.

2.8 Fortsatt behov for ekstern kvalitetssikring

Utvalget mente at det som hovedregel fortsatt ville være behov for ekstern kvalitetssikring av rettsmedisinske sakkyndigerklæringer i straffesaker og at Den rettsmedisinske kommisjon burde opprettholdes, om enn i en noe endret form. Utvalget viste for øvrig til forslagene i NOU 1994: 20 "Personskadeerstatning", Røsægutvalget og det foreløpige forslaget fra tvistemålsutvalget om behovet for kvalitetssikring av helsefaglig sakkyndighet i sivile saker. Røsægutvalget foreslo organet etablert som en uavhengig instans, men det tas i utredningen ikke stilling til organisasjonsformen. Forslaget understreket etter utvalgets syn behovet for ekstern kvalitetssikring av sakkyndige uttalelser. Utvalget påpekte at dersom noen av forslagene ble videreført, måtte det vurderes om det burde skje en samordning av kvalitetssikringen mellom sivile saker og straffesaker, eller om flere slike organer kan eksistere uavhengig av hverandre i Norge.

2.9 Opplæring av sakkyndige

Utvalget foreslo at det i tillegg til det felles administrative kurset for vordende spesialister ble innført et obligatorisk kurs, f.eks. av 2-3 dagers varighet, for å supplere det administrative kurset. Utvalget fremhevet at kurset burde gi en innføring i aktuelt lovverk der leger kan bli brukt som spesielle sakkyndige og prinsippene for slikt sakkyndigarbeid. Det burde også omfatte medisinske problemstillinger både innen strafferett og sivil rettspleie og gi en grunnleggende innføring i prosesslovgivningen og forvaltningsloven, samt kunnskap om rettsvesenets funksjoner og aktører, habilitetsproblematikk og mandatutforming. Utvalget pekte også på at det er viktig å fokusere på aktørenes roller og oppgaver, f.eks. at det er retten som skal foreta bevisvurderinger.

Utvalget foreslo videre at det skulle utvikles en felles sakkyndigutdanning (B-nivå) for alle spesialister i medisin og andre sakkyndige som gjør tjeneste for retten i medisinske og psykologiske spørsmål. Kurset ble forslått for å bedre kommunikasjonen mellom de sakkyndige og rettens aktører.

I en del saker vil de helsefaglige problemstillingene være så spesielle at en vanlig spesialist, selv med en sakkyndigutdanning, vil ha vanskeligheter med å gi en tilstrekkelig god sakkyndigerklæring. Utvalget mente at det måtte utvikles ulike former for spisskompetanse innenfor rettsmedisin. De ulike fagområder må selv stå ansvarlig for å utvikle spisskompetanse innen sine fagfelt.

Utvalgets flertall mente at det burde opprettes en spesialitet i rettsmedisin/rettspatologi. Dette fordi rettsmedisin er et faglig krevende spesialområde med stor betydning for rettsikkerheten.

2.10 Organisering av rettsmedisinske tjenester

Hovedproblemet med dagens organisering av de rettsmedisinske tjenestene var etter utvalgets oppfatning at de mange involverte instanser bare har del-ansvar for den totale virksomheten innen hvert fagfelt. Dette innebærer at ansvarsforholdene for tjenesteyting, fagutvikling, forskning og krav til kompetanse innen de rettsmedisinske fagområdene er uoversiktlige. Dette svekker også rettsmedisinens status og rekrutteringen til de ulike fagområdene.

Det overordnede målet ved organiseringen av rettsmedisinske tjenester er å sikre at domstolene ved behov får tilgang på best mulig sakkyndig kompetanse.

Utvalget presenterte tre alternative organisasjonsmodeller for rettsmedisinske tjenester:

Modell I: Effektivisering av dagen modell

Modell II: Styrking av Den rettsmedisinske kommisjon og formalisering av helsevesenets ansvar.

Modell II innebærer, til forskjell fra modell III, en utvidelse av Den rettsmedisinske kommisjons oppgaver. Kommisjonens kjerneoppgaver skal fortsatt være å foreta eksternkontroll av rettsmedisinske sakkyndigerklæringer. I tillegg foreslås at kommisjonen får servicemessige oppgaver overfor brukerne av rettsmedisinske tjenester utover det som er praksis i dag. Blant annet foreslås at DRK skal opprette og føre register over rettsmedisinsk sakkyndige i inn- og utland og deres kvalifikasjoner. Videre bør DRK dokumentere bruken av rettsmedisinske tjenester utover det som årsmeldingene i dag gjør. Etter modell II skal også kommisjonen ha ansvar for å arrangere B-kurs for potensielle sakkyndige.

Modell III: Sentral rettsmedisinsk instans: Kontoret for rettsmedisin.

Hovedtanken bak modell III er å samordne ansvaret for oppfølging av en del av de ulike tiltakene som er beskrevet i modell I og II i en egen instans, samtidig som man unngår å gi DRK andre oppgaver enn den eksterne kvalitetssikringen. Den sentrale instans - Kontoret for rettsmedisin – foreslås organisert som et eget kontor under Sosial- og helsedepartementet. Kontoret vil kunne gis et samordnende ansvar for rettsmedisinsk servicevirksomhet i Norge og bli et stimuleringscenter og en kunnskapsbase for rettsmedisin.

Vedlegg 6 Oversikt over regelverk, praksis mv. vedrørende attester/erklæringer i Danmark og Sverige

1 Danmark

1.1 Lovgivning og annet regelverk

1.1.1 Legeloven

Den danske legeloven (lov nr. 72 av 14. mars 1934 med senere endringer) omhandler legeerklæringer i § 8. Det fremgår av denne bestemmelsens første ledd: "En læge skal ved udfærdigelse af erklæringer, som han afgiver i sin egenskab af læge, udvise omhu og uhildethed og nøje følge de herom givne almindelige og særlige regler."

I legelovens § 8 andre ledd er det gitt hjemmel til å fastsette forskrifter for avgivelse av legeerklæringer. Slike forskrifter er gitt i Indenrigsministeriets bekendtgørelse nr. 212 av 20. juni 1935 om almindelige regler for afgivelse af lægeerklæringer.

Overtredelse av legelovens § 8 eller forskriftene gitt i medhold av § 8 straffes med bøter, jf. legelovens § 22 første ledd og forskriftens § 8.

1.1.2 Forskrift om "almindelige regler for afgivelse af lægeerklæringer"

Det fremgår av forskriftens § 1 at legen må være oppmerksom på at legeerklæringer er dokumenter som kan få avgjørende betydning i både offentlige og private rettsforhold. Forskriftens §§ 2-4 fastsetter en rekke formkrav til legeerklæringer og i §§ 1 og 4 også noen innholdsmessige krav.

Formkrav

Ifølge forskriftens § 2 skal en legeerklæring inneholde tilstrekkelige opplysninger til å kunne identifisere den personen erklæringen omhandler. Dette omfatter opplysninger som pasientens navn, stilling, alder og adresse. Videre skal det fremgå av erklæringen om pasienten er kjent for legen og om vedkommende er pasientens behandlende lege. Erklæringen skal være skrevet med tydelig skrift, være nøyaktig datert og være underskrevet med leselig underskrift og med angivelse av legens bosted. Legens navn skal så vidt mulig være påført med stempel.

Av forskriftens § 3 fremgår at overfor personer som ikke kan forutsettes å være i besittelse av medisinsk kunnskap, skal det i størst mulig grad brukes danske eller lettfattelige betegnelser for sykdom, anatomiske forhold m.m.

Videre skal det, jf. forskriftens § 4, tydelig fremgå hvilke av opplysningene i erklæringen som beror på legens egen undersøkelse av pasienten og hvilke opplysninger som kommer fra den undersøkte eller tredjemann, eller om opplysningene stammer fra journaler eller lignende. I erklæringen skal det anføres dato for legens siste personlige undersøkelse av pasienten, og dersom slik undersøkelse ikke er foretatt skal dette uttrykkelig fremgå.

Innholdsmessige krav

Det fremgår av forskriftens § 1 at legen ikke må avgi erklæringer om sykdom eller forhold som han ikke har tilstrekkelig medisinsk kunnskap om. Videre skal de opplysninger som erklæringen inneholder være så fylldige og tydelige at formålet med erklæringen oppfylles, og slik at mottakeren av erklæringen settes i stand til å danne seg et skjønn, jf. forskriftens § 4.

1.2 Sundhedsvæsenets Patientklagenævn

Innledning

Sundhedsvæsenets Patientklagenævn (heretter kalt nemnden) ble opprettet ved lov den 1. januar 1988 (lov om sundhedsvæsenets centralstyrelse m.v. L 397 1987). Reglene om nemnden finnes i lovens kapittel 3. Pasientklagenemnden behandler klager over den faglige virksomhet som utøves av helsepersonell.

Med faglig virksomhet menes ikke bare behandling og pleie m.v. som utføres av helsepersonell. Nemnden tar også stilling til klager vedrørende de mer konkrete plikter knyttet til behandlingen og pleien, som klager over informasjon og innhenting av samtykke, utferdigelse av legeerklæringer, journalføring, avgjørelser om dokumentinnsyn i helseopplysninger og overtredelse av reglene om taushetsplikt.

Det fremgår av en sammenfatning av nemndens praksis for perioden 1998-2002 at praksis vedrørende legeerklæringer på bakgrunn av klagetemaet kan deles opp i noen hovedtema. Disse er:

- Uriktige faktiske opplysninger i erklæringen
- Utilstrekkelig grunnlag. Nemnden fremhever at det avhenger av en konkret vurdering hvilke undersøkelser mv. som bør foretas i det enkelte tilfellet. Nemnden har i den forbindelse fastslått at opplysninger som ikke har betydning for den samlede vurdering og konklusjon ikke nødvendigvis skal fremgå av erklæringen
- Konklusjon/skjønnet. Nemnden tar stilling til om det har vært et tilstrekkelig grunnlag for utstedelsen av erklæringen, men er tilbakeholdne med å vurdere selve skjønnet.

Nemndens sammensetning og kompetanse

Nemnden består av én formann (dommer), 4 nestformenn og 80 medlemmer. Ved avgjørelsen av den enkelte sak skal nemnden sammensettes av formannen eller en nestformann, 2 legmannsrepresentanter og 2 representanter for den gruppe av helsepersonell saken vedrører.

Nemnden har kompetanse til å gi uttrykk for sin oppfattning av saken, herunder eventuelt fremsette kritikk overfor helsepersonellet, eller iverksette andre sanksjoner. Slike sanksjoner kan være anmodning om at tiltale blir tatt ut.

Hvor det finnes særskilte klageordninger har ikke nemnden kompetanse til å behandle klager. Dette innebærer for eksempel at nemnden ikke behandler erklæringer som er innhentet av retten, da det for disse gjelder en særlig klageadgang jf. retsplejelovens § 203 tredje. Videre er det et krav at det foreligger et lege/pasientforhold. Dette innebærer at nemnden ikke har kompetanse til å behandle erklæringer avgitt av leger ansatt i administrative stillinger som utferdiger en erklæring bare på bakgrunn av

journalmateriale og annet skriftlig materiale uten at legen har undersøkt eller har hatt en helsefaglig samtale med pasienten. Dersom legen ansatt i den administrative stillingen derimot har hatt en samtale med pasienten, vurdert pasientens helsetilstand og på denne bakgrunn utarbeidet erklæringen vil nemnden ha kompetanse til å behandle saken.

Statistikk

2003 – Avgjørelser fordelt etter klagens art og innhold
Nemnden fattet vedtak i 2219 saker i 2003.

	Ingen lovovertrædelse	Lovovertrædelse	Fordeling av saker i %
Behandling	86,6%	13,4%	85%
Journalføring	31,7%	68,3%	4,3%
Informasjon	78,9%	21,1%	7,1%
Samtykke	76,9%	23,1%	0,3%
Dokumentinnsyn	68,3%	31,7%	1,7%
Taushetsplikt	71%	29%	0,8%
Legeerklæringer	84,4%	15,6%	0,9%

2004 – Avgjørelser fordelt etter klagens art og innhold
Nemnden fattet vedtak i 3.053 saker i 2004. De sakene som ikke fremgår av statistikken nedenfor gjaldt behandling.

	Ingen lovovertrædelse	Lovovertrædelse	Antall saker
Journalføringen	31,4%	68,6%	137
Informasjon	75,8%	24,2%	178
Samtykke	68,6%	31,4%	35
Dokumentinnsyn	84,6%	15,4%	39
Taushetsplikt	92,3%	7,7%	13
Legeerklæringer	73,9%	26,1%	23

1.3 Legeforeningens attestutvalg

Attestutvalget ble opprettet i 1915, og er det eldste utvalg under Den Almindelige Danske Lægeforening. I 1934 ble Attestudvalget utpekt til å yte Sundhedsstyrelsen bistand i attestsaker, og utvalget fikk på denne måten innflytelse på Indenrigsministeriets bekendtgørelse af 20. juni 1935 angående Almindelige regler for afgivelse af lægeerklæringer (forskriften er omtalt i pkt 1.1.2).

Attestutvalget er nedsatt av Hovedbestyrelsen i legeforeningen og består av en formann og 6 medlemmer, som velges for 3 år av gangen. I tillegg har attestutvalget et sekretariat. Den daglige sekretariatsfunksjon ivaretas av en sekretær, en ansatt jurist og en almentpraktiserende lege. Sekretariatet har kontortid fra 0900-1230, og mottar anslagsvis mellom 10-20 telefonhenvendelser pr. dag. I tillegg kommer en del henvendelser i form av brev, telefax og e-post.

Attestutvalget skal bistå attestutstedende leger og attestrekvirenter generelt ved

spørsmål om attestene, det kan både være spørsmål av juridisk art og spørsmål knyttet til takster og honorering. Attestutvalget forsøker også å løse konkrete uoverensstemmelser som oppstår mellom attestrevirent og attestutsteder. Videre inngår Attestutvalget honoraravtaler med offentlige og private instanser.

Da den overveiende del av attestene utarbeides av praktiserende leger, kommer de fleste henvendelser fra praksissektoren, men det er også et ganske stort antall henvendelser fra leger i sykehusvesenet - og fra andre parter (for eksempel kommuner og advokater) vedrørende attester revirert av disse.

Attestutvalget avholder normalt fire møter i året. Annethvert år avholder utvalget et "Temamøte", hvor særlige problemstillinger kan underkastes en mer grundig behandling.

Legeforeningens medlemmer kan i "Attestnøgelen" på Læger.dk elektronisk søke nærmere opplysninger om konkrete attester og om generelle forhold vedrørende attestutstedelse. "Attestnøgelen" inneholder informasjon om over 300 ulike attester/helseerklæringer. Med kun noen få unntak, er hovedregelen at det er laget en standardblankett/skjema til alle attestene/helseerklæringene. "Attestnøgelen" har link til en del av disse standardblankettene/skjemaene, og disse vises da i PDF-format. Dette er ment som en orientering til legen om hvilken blankett som er den riktige. Som hovedregel mottar legen blanketten fra attestrevirenten. En rekke av blankettene er innarbeidet i de lege-edb-systemer som anvendes. Det gjelder fortrinnsvis i allmenn praksis, hvor det i 15-20 år har blitt anvendt elektronisk pasientjournal. Attestutvalget påpeker at bruk av de elektroniske versjoner i disse edb-systemene, sikrer at attesten blir en integrert del av den elektroniske pasientjournal. Attestutvalget ønsker ikke "stand-alone-løsninger" – dvs. attestprogrammer som ikke har sitt utgangspunkt i pasientjournalen. Hvis slike programmer innføres vil det fortsatt være nødvendig for legen å legge en papirutskrift i en manuell journal. Attestutvalget ønsker heller ikke legeattester på "web-formular", for dette vil også hos legen ende med en papirutskrift til en manuell journal.

Hvis en attestrevirent klager over en attest eller legeerklæring, innhenter Attestutvalget bemerkninger på saken fra den aktuelle lege. Det skjer deretter en vurdering av det foreliggende materiale, og både revirenten og legen mottar resultatet av denne vurderingen. Av og til må Attestutvalget overfor legen innskjerpe de regler som gjelder for legens utstedelse av attest i forhold til den særlige avtale som foreligger for den konkrete attesten. Det skjer med andre ord en veiledning av medlemmet. I mer alvorlige tilfeller kan det gis en "påtale" jf. § 4 i kommissoriet for Attestutvalget: "Ønsker Attestudvalget at påtale, at et medlem ikke har overholdt indgåede overenskomster, skal den skete påtale meddeles lægekredsforeningen."

2 Sverige

2.1 Lovgivning og annet regelverk

2.1.1 Helsepersonelloven

Den svenske helsepersonelloven, Lag (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område, har regler om attester i kapittel 3 § 4. Det fremgår av § 4 at helsepersonell som i sin yrkesvirksomhet utferdiger en attest om en persons helsetilstand eller pleie/omsorgsbehov skal utforme den med nøyaktighet og omsorg. Overtredelse av lovens § 4 kan medføre administrative reaksjoner i form av "erinran" eller "varning" jf. lovens kapittel 5 § 3. Det fremgår av lovens kapittel 7 § 1 at det er Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd som avgjør om slike administrative reaksjoner skal ilegges.

2.1.2 Forskrift om "utfärdande av intyg inom hälso- och sjukvården m.m"

Nye forskrifter om utferdigelse av erklæringer og attester som helsepersonell avgir ble innført i januar 2006. I det videre skal det gis en kort redegjørelse for det nærmere innhold i forskriften

Krav til ytere av helsehjelp og virksomhetsledere

Ytere av helsehjelp og virksomhetsledere skal aktivt sørge for at helsepersonell som skriver attester/helseerklæringer oppfyller de krav og forpliktelser som angis i lover, forskrifter mv. ved å gi direktiver og innføre hensiktsmessige rutiner. Rutinene skal særlig tilgodese at den som utferdiger attester/helseerklæringer oppfyller kravet til objektivitet og upartiskhet, og at attesten/helseerklæringen skrives med respekt for den attesten/helseerklæringen omhandler sin selvbestemmelse, integritet og verdighet.

Krav til helsepersonellet

Helsepersonellet som utferdiger attester/helseerklæringer skal alltid nøye overveie om han eller hun:

- har tilstrekkelig erfaring og kompetanse til å utferdige attesten/helseerklæringen
- er upartisk eller om det finnes noen særlige omstendigheter som er egnet til å svekke tilliten til han eller hennes upartiskhet
- kan være objektiv i forbindelse med den utredning som skal ligge til grunn for attesten/helseerklæringen
- har tilstrekkelig kunnskap om de forhold som han eller hun uttaler seg om
- kan utferdige attesten/helseerklæringen med respekt for den attesten gjelder sin selvbestemmelse, integritet og verdighet.

Utredningen

Forskriften inneholder også regler om selve utredningen. Det fremgår herunder bl.a. at en attest/helseerklæring som regel skal utformes etter en personlig undersøkelse av pasienten, og dersom slik undersøkelse ikke er foretatt skal dette opplyses i attesten/helseerklæringen.

Utformingen

En attest/helseerklæring skal i henhold til forskriften:

- utformes med nøyaktighet og omsorg slik at den attesten/helseerklæringen vedrører, samt mottakeren av attesten/helseerklæringen kan forstå og vurdere denne.

- være fullstendig og ”entydig”
- skrives med en leselig tekst og på et forståelig språk

Videre skal en attest/helseerklæring inneholde:

- formålet med attesten/helseerklæringen
- navn, personnummer og adressen på den attesten/helseerklæringen omhandler
- hvordan identiteten har blitt bekreftet
- attestutsteders navn, kompetanse og stilling
- attestutstederens tjenestested, adresse og telefonnummer

Vurderingen

Om selve vurderingen sier forskriften at attestutskriveren skal ta hensyn til at attesten/helseerklæringen kan få avgjørende betydning i offentlige og private rettsforhold. Videre skal attestutskriveren bare uttale seg om forhold som han eller hun har tilstrekkelig kjennskap til. Det skal tydelig fremgå hva som er attestutskriverens egne uttalelser og hvilke opplysninger som kommer fra pasienten, andre personer og myndigheter eller organisasjoner. En attest skal inneholde nøyaktige beskrivelser av de undersøkelser, opplysninger, journalnotater og annet som ligger til grunn for bedømmelsen.

2.2 Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN)

Innledning

HSAN er en statlig myndighet som behandler saker og treffer avgjørelser i forhold til spørsmålet om helsepersonell skal ilegges administrative reaksjoner i form av ”varning” og ”erinran”, jf. lag om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område kapittel 5 § 3. Videre behandler HSAN saker om tilbakekall av og tilbakelevering av tidligere tilbakekalt autorisasjon/lisens samt begrensinger i rekvireringsretten og tilbakelevering av tidligere tilbakekalt rekvireringsrett.

HSANs sammensetning og kompetanse

HSAN behandler anmeldelser mot helsepersonell som gjelder undersøkelse, pleie- og omsorgstjenester og behandling av pasienter. De reaksjoner som kan gis er som nevnt ovenfor ”varning og erinran”, hvor ”varning” er den alvorligste. Det er pasienten, pasientens pårørende, eller Sosialstyrelsen som kan anmelde et forhold til HSAN. HSAN kan altså ikke på eget initiativ ta opp forholdet og har ingen tilsynsoppgaver. Disse tilkommer Sosialstyrelsen. Det overordnede målet for HSANs virksomhet er gjennom sine beslutninger å bidra til pasientsikkerhet.

HSAN består av en formann/leder som skal være eller har vært dommer og ytterligere åtte medlemmer. Sakene forberedes av et sekretariat hvor saksbehandlerne er jurister. For den medisinske vurderingen benyttes sakkyndige innen ulike medisinske spesialiteter.

Vedlegg 7 Gjennomgang av enkelte generelle tiltak som kan være av betydning for å oppnå høy kvalitet på ulike attester, erklæringer o.l.

1 Innledning

Arbeidsgruppen har i dette vedlegget redegjort for enkelte tiltak av mer generell art som antas å kunne være av betydning for å oppnå høy kvalitet på ulike attester, erklæringer o.l. som helsepersonell utsteder, både innenfor justissektoren og på andre områder.

Som det vil fremgå er enkelte av tiltakene allerede gjennomført i større eller mindre grad. Når de likevel redegjøres for i dette vedlegget, skyldes dette at arbeidsgruppen ønsker å tydeliggjøre betydningen av økt fokus og kontinuerlig arbeid/vektlegging av disse tiltakene i forhold til ulike typer attester/erklæringer.

Arbeidsgruppen gjør oppmerksom på at tiltakene som er redegjort for i dette vedlegget, av ovennevnte grunner ikke er ”hentet opp igjen” i arbeidsgruppens innstilling. I innstillingen har arbeidsgruppen kun valgt å fokusere på ”nye” tiltak eller tiltak som mer spesifikt retter seg mot det som har vært arbeidsgruppens kjerneområde. Arbeidsgruppens konkrete forslag til tiltak er dermed ikke drøftet her, men kun i innstillingen, jf. i den forbindelse innstillingens kapittel 5 og kapittel 6.

2 Opplæring av helsepersonell

Opplæring av helsepersonell når det gjelder utstedelse av ulike attester, erklæringer o.l., herunder opplæring i sakkyndighetsarbeid, vil bidra til økt kompetanse blant helsepersonell. Utover at det som hovedregel stilles krav om autorisasjon/lisens som helsepersonell, - samt at slik autorisasjon/lisens ofte vil være en forutsetning for å kunne foreta nødvendige prøver og undersøkelser, stilles det i utgangspunktet ikke spesielle krav til det enkelte helsepersonells kvalifikasjoner for å kunne utstede attester/erklæringer, herunder avgi sakkyndige erklæringer.

I all hovedsak er det leger og psykologer som utsteder flest erklæringer, attester o.l. Arbeidsgruppen har derfor valgt å se nærmere på disse helsepersonellgruppene. For øvrig er det i vedlegg 4 inntatt en mer utfyllende oversikt over noe av det som finnes av opplæring, kurs mv. i sakkyndighetsarbeid for leger og psykologer.

2.1 Grunnutdannelsen

Slik arbeidsgruppen ser det vil mer opplæring når det gjelder helsepersonells arbeid med å utstede ulike attester, erklæringer o.l., bidra til økt kompetanse blant helsepersonell i dette arbeidet. Dersom det fokuseres på dette allerede i grunnutdannelsen vil man nå alle fremtidige leger og psykologer.

2.2 Spesialistutdannelsen

Medisin

Det er 43 spesialiteter innenfor medisin. I fire av disse spesialitetene, - arbeidsmedisin, allmennmedisin, fysikalsk medisin og rehabilitering, samt fødselshjelp og kvinnesykdommer, er det obligatoriske kurs som bl.a. tar for seg sakkyndighetsarbeid. Disse kursene er nærmere omtalt ovenfor i vedlegg 3 pkt 3.1.

Arbeidsgruppen antar at det også innenfor andre spesialiteter kan vurderes å innføre obligatoriske kurs som tar for seg sakkyndighetsarbeid. For eksempel kan det tenkes at det innenfor spesialitetene ortopedi og nevrologi vil være behov for slike kurs.

Psykologi

Alle som skal bli psykologspesialister må ta et innføringsprogram hvor det gis undervisning i rettspsykologi og sakkyndig utredning. Undervisningen tar bl.a. for seg generelt om sakkyndigrollen, ulike sakkyndige felt, øvelser og hvordan opptre i rettslig sammenheng.

3 Egne godkjennings- eller autorisasjonsordninger – krav om kompetansenivå

Innføring av egne *godkjennings- eller autoriseringsordninger* for den som skal kunne være sakkyndig, vil kunne bidra til at attester/erklæringer har høy kvalitet. Arbeidsgruppen vil imidlertid påpeke at opprettelse av slike ordninger vil være ressurskrevende. Dette gjelder spesielt dersom slike ordninger skal innføres i forhold til et stort antall typer attester/erklæringer eller på mange forskjellige fagfelt. I tillegg vil en slik ordning kunne oppleves som byråkratiserende og unødvendig for helsepersonell som bare skriver et lite antall erklæringer. Arbeidsgruppen vil imidlertid påpeke at det neppe vil være nødvendig eller formålstjenlig med egne godkjennings- eller autoriseringsordninger i forhold til alle typer attester, erklæringer o.l. som helsepersonell utsteder.

Et mindre omfattende tiltak vil være å stille nærmere definerte *kompetansekrav* til den som skal utstede ulike attester/erklæringer eller opptre som sakkyndig, for eksempel at vedkommende har gjennomført nærmere bestemte former for videre- eller etterutdanning. Som redegjort for i vedlegg 4 gis det allerede i dag noe undervisning i grunnutdannelsen i det å utstede attester/erklæringer og det å arbeide som sakkyndig. I tillegg finnes det noe opplæring/kurs i sakkyndigarbeid i regi av helsepersonellorganisasjonene. Arbeidsgruppen vil anta at en videreføring og styrking av dette arbeidet vil kunne ha effekt.

I tillegg kan det tenkes ordninger hvor instanser eller organer som er ”storforbrukere” av ulike attester/erklæringer, selv arrangerer opplæring eller kursing for helsepersonellet. Slik ”internopplæring” kan særlig tenkes aktuelt der hvor man bruker sakkyndige eller mottar attester/erklæringer av et visst omfang og hvor saksfeltet er noenlunde ensartet. Arbeidsgruppen antar at slik kursing/opplæring vil kunne bidra til høy kvalitet på de attester/erklæringer som instansen/organet mottar.

4 Kompetanseheving hos mottager / bestiller av erklæringer

Den som mottar attester, erklæringer o.l. må vurdere om erklæringen er av tilstrekkelig høy kvalitet, for eksempel om erklæringen oppfyller formålet, om den er i overensstemmelse med relevant regelverk, om den er utarbeidet i henhold til et eventuelt mandat, om den er tilstrekkelig utfyllende på alle punkter eller om den inneholder feil/mangler. Dette gjelder uavhengig av om mottageren selv har ”bestilt” attesten/erklæringen eller om denne fremlegges uoppfordret fra en part.

Arbeidsgruppen antar at det er til dels stor variasjon når det gjelder de ulike mottakeres kompetanse til å vurdere mottatte attester/erklæringer. Dette antas å gjelde både innenfor ulike deler av forvaltningen og hos private parter som mottar erklæringer, for eksempel advokater. Slik arbeidsgruppen ser det vil derfor opplæring og kompetanseheving hos mottakerne bidra til at disse får et bedre grunnlag for å vurdere om attester/erklæringer holder høy kvalitet, og dernest et bedre grunnlag for å fatte beslutninger på bakgrunn av erklæringene. Indirekte vil dette også kunne bidra til høyere kvalitet på senere attester/erklæringer dersom helsepersonellet som har utstedt attesten/erklæringen får tilbakemelding i forhold til feil/mangler.

5 Skjema og retningslinjer

5.1 Bruk av standardiserte skjemaer, blanketter m.v.

På enkelte områder finnes det standardiserte eller ferdigutformede skjemaer eller blanketter for ulike typer attester, erklæringer o.l. Et typisk eksempel her er helsepersonells (og da særlig legers) bruk av ulike skjemaer overfor trygden, se vedlegg 3, pkt. 1.4. Mange av skjemaene inneholder i tillegg veiledning for når skjemaene skal brukes, hvordan de skal fylles ut, hvilke opplysninger som skal fremgå osv.

En forutsetning for at bruk av skjema skal bidra til høy kvalitet på attester/erklæringer, vil imidlertid være at skjemaene er gjennomarbeidet og oppdatert på en slik måte at ulikt helsepersonell kan bruke dem. I noen tilfeller bør det medfølge tilstrekkelig veiledning for hvordan skjemaet skal fylles ut korrekt. Det å utarbeide, vedlikeholde og oppdatere skjemaer vil kunne være kostnadskrevende, spesielt for mindre instanser eller forvaltningsorganer. I tillegg vil det være nødvendig med ressurser for å gjøre skjemaene kjent, for å få helsepersonell til å ta skjemaene i bruk og til å gi veiledning/utarbeide informasjonsmateriell slik at skjemaene fylles ut korrekt. Det kan derfor neppe forventes at det utarbeides egne skjemaer på alle områder, men på områder hvor det årlig mottas et stort antall attester/erklæringer, vil det kunne være hensiktsmessig å utarbeide standardskjemaer.

Standardiserte skjemaer egner seg best der hvor det er snakk om attester eller erklæringer som rutinemessige utfylles i stort omfang og hvor samme skjema kan brukes på tross av individuelle forskjeller fra pasient til pasient eller ulike yrkesgrupper. Som eksempel kan vises til skjema for sykemelding. Utover personlige opplysninger for å identifisere pasient og lege, samt diagnoseangivelse, skal det her sjelden inntas mer omfattende helsefaglige redegjørelser eller vurderinger.

I tilfeller hvor det er behov for mer individuelle vurderinger og hvor den enkelte attest/erklæring må tilpasses den enkelte situasjon og/eller pasient eller yrkesgruppe, vil standardiserte skjemaer kunne være mindre egnet på grunn av manglende fleksibilitet. I slike tilfeller kan det være vanskelig å få "alle" pasienttilfellene til å passe inn i et og samme standardskjema. Eksempel på dette kan være dersom helsepersonellet skal utarbeide en sakkyndig erklæring i forbindelse med en erstatningssak eller en benådningssak. Sammenlignet med sykmeldingssaker, vil det her være nødvendig å gi en mer konkret og individuell helsefaglig beskrivelse og vurdering av den enkelte pasient. Et standardskjema vil i slike tilfeller kunne bli for generelt til at det er til særlig nytte. En mellomløsning vil imidlertid kunne være skjemaer hvor det er satt av plass til å fylle inn opplysninger som alltid skal være med (for eksempel personopplysninger), men at det legges opp til at helsepersonellet selv utformer erklæringens øvrige innhold utover dette.

Slik arbeidsgruppen ser det vil standardiserte skjemaer, blanketter m.v. kunne bidra til å sikre at ulike typer attester/erklæringer som helsepersonell utsteder, har høy kvalitet. Blant annet vil standardiserte og profesjonsnøytrale skjemaer bidra til at nødvendige opplysninger inntas i den enkelte attest/erklæring. En forutsetning for at standardiserte skjemaer skal bidra til høy kvalitet på erklæringene, vil som nevnt være at skjemaene er gjennomarbeidet og oppdaterte. Arbeidsgruppen vil også påpeke at det kan være uheldig dersom det blir for mange standardskjemaer. Av den grunn bør man arbeide mot skjemaforenkling, samt vurdere om flere skjemaer kan slås sammen. Som nevnt har standardiserte skjemaer i tillegg den begrensning at de egner seg best der hvor det er snakk om attester eller erklæringer som rutinemessige utfylles og hvor ett og samme skjema kan brukes på tross av individuelle forskjeller når det gjelder erklæringens formål eller type helsepersonell som utsteder dem.

5.2 Bruk av elektroniske skjemaer, blanketter – elektronisk kommunikasjon

En rekke standardiserte/ferdigutformede skjemaer, blanketter o.l. finnes også i elektronisk form. Skjemaene kan være tilgjengelig via baser på Internet eller de kan ligge inne på helsepersonellens/helseinstitusjonenes PC eller elektroniske journalsystem.

De enkleste formene er der hvor skjema kan lastes ned eller skrives ut fra nett og hvor helsepersonellet senere fyller ut skjemaet, tar en utskrift og postlegger dette. Mer avansert kan være der hvor helsepersonellet laster ned skjemaet, skriver direkte inn i dette og deretter sender utfylt skjema elektronisk til mottageren. Ytterligere mer avansert blir det med skjemaer som fylles ut direkte på nett, og sendes elektronisk derfra til mottageren. En fjerde metode, som foreløpig bare er i rutinemessig bruk innenfor helsevesenet i deler av landet, er elektronisk meldingsutveksling med standardiserte skjemaformater som er integrert i de lokale systemene på legekantor, slik at det lokale systemet sørger for elektronisk overføring til mottakers system (system-til system-kommunikasjon). En slik metode er mest aktuell der det dreier seg som et stort antall skjema som skal kommuniseres på en standardisert måte.

Elektroniske skjemaer kan i tillegg til utfyllingsveiledning inntatt i selve skjemaet, ha egen veiledning som følger med eller som kan lastes ned elektronisk. I tillegg kan

man ha mer avansert varianter hvor skjemaet selv gir hjelp ved utfyllingen, for eksempel ved at det påpekes dersom felter er glemt utfylt eller hvor det har skjedd feilutfyllinger. I tilfeller hvor skjema fylles ut direkte på nett, kan programmet nekte å videresende skjemaer som er mangelfullt eller feil utfylt.

Slik arbeidsgruppen ser det, vil bruk av eller overgang til elektroniske skjemaer kunne bidra til at ulike typer erklæringer, attester eller lignende som helsepersonell utarbeider, har høy kvalitet. Særlig elektroniske skjemaer som gjør oppmerksom på mangler eller feil ved utfyllingen, vil være hensiktsmessig ved at de til en viss grad vil "tvinge" helsepersonellet til å fylle ut attester/erklæringer på en korrekt måte og med de nødvendige opplysninger. I tillegg vil skjemaer som er fylt ut elektronisk være enklere å lese for mottakeren og man vil i større grad unngå tvil om hva som faktisk er skrevet i attesten/erklæringen. Begrensninger vil selvsagt ligge i at ikke alle opplysninger kan passes inn i ferdigfastsatte bokser eller kategorier. I en rekke sammenhenger må skjemaene åpne for individuelle variasjoner eller for innskrivning av "fri-tekst". På disse områdene vil et dataprogram bare i mindre grad kunne avsløre feil eller mangler.

I Helsedepartementets/Sosialdepartementets strategiplan for 2004 – 2007, "*S@mspill 2007. Elektronisk samarbeid i helse- og sosialsektoren*" er det skissert to hovedsatsinger når det gjelder IT-utvikling i helse- og sosialsektoren. I rapportens sammendrag er det om disse to hovedsatsingene uttalt:

"Den første skal styrke informasjonsflyten i sektoren. Dette forutsetter arbeid med infrastruktur, informasjonsstruktur, informasjonssikkerhet, elektroniske pasientjournaler, meldingsutveksling og tilgang til fagstøtte. Tiltaksområdene er valgt på bakgrunn av to forhold. For det første er områdene gjennomgående og avgjørende forutsetninger for elektronisk samarbeid på tvers av ulike aktører og anvendelser. For det andre er det viktig å sikre levedyktigheten til fellesskapsløsninger som er under etablering innen disse områdene.

Den andre hovedsatsingen innebærer å inkludere nye aktører sterkere i det elektroniske samarbeidet i sektoren. Så langt er elektronisk samarbeid i hovedsak utviklet mellom helseforetak, allmennleger og trygdeetaten. Pasienter, brukere og pårørende, apotek og kommunal helse- og sosialtjeneste er aktører som må inkluderes tettere i samarbeidet. Disse er prioritert på bakgrunn av IT-modenhet og behov for elektronisk samarbeid med allerede utviklede områder."

I "*Samspill 2007*" er det påpekt at samarbeidet innen helse- og sosialsektoren i dag lider under en informasjonsflyt som langt fra er tilfredsstillende. Nødvendig informasjon er ofte ikke er til stede hos rett instans, til rett tid og i rett form, og ofte utveksles informasjon på måter som er tidkrevende og/eller usikre. Det understrekes derfor at det må gjøres et løft for å bedre informasjonsflyten i helse- og sosialsektoren. I forlengelsen av dette uttales blant annet:

"Veldefinert og hensiktsmessig informasjon må være grunnlaget. Denne informasjonen må kunne sendes langs en sikker og rask transportvei av god kapasitet. Generelt må informasjonen håndteres forsvarlig i alle ledd. Innen store virksomheter som sykehus er det en utfordring å samle journalinformasjonen på ett sted, i et format som gjør det lett å finne, oppdatere og videreformidle den. Elektroniske pasientjournaler (EPJ) må utvikles for å løse dette. Den informasjonsflyten som i dag skjer gjennom elektronisk meldingsutveksling må utvides og styrkes for å sikre den

nødvendige utbredelse av anvendelsene. Tjenesteyting må støttes gjennom oppdatert og kunnskapsbasert fagstøtte med god tilgjengelighet.

Seks områder skal prioriteres under S@mspill 2007 for å sikre vesentlig bedre informasjonsflyt i sektoren:

1. Helhetlig og veldefinert informasjonsgrunnlag
2. Nasjonalt helsenett
3. Informasjonssikkerhet
4. Elektroniske pasientjournaler
5. Konsolidere utbredelse av elektroniske meldingsutveksling
6. Fagstøtte og kunnskapskilder

Når det gjelder pkt. 2, - Nasjonalt helsenett, var dette en av hovedsatsingene i den forrige nasjonale tiltaksplanen "Si @!". Som følge av dette arbeidet er de fem regionale helsenettene nå knyttet sammen i et sammenhengende nett. Av "S@mspill 2007" fremgår at dette helsenettet gir den sikkerhet, kapasitet og tilgjengelighet som kreves for å utveksle informasjon i helse- og sosialsektoren. Nasjonalt helsenett skal støtte informasjonsutvekslingen, og gi tilknyttede virksomheter mulighet for å tilby fagstøtte, medisinske og administrative tjenester over nettet. Et grunnprinsipp for helsenettet er at ett tilknytningspunkt og en felles kommunikasjonsplattform skal gi tilgang til et bredt spekter av tjenester for elektronisk informasjonsutveksling. Slike tjenester vil blant annet være sikker e-post og meldingsutveksling, telemedisinske tjenester, bruk av fellessystemer over nett samt kontrollert tilgang til Internett. Fra ett og samme tilknytningspunkt skal brukerne kunne kommunisere med alle andre tilknyttede aktører.

Elektronisk kommunikasjon reiser en rekke problemstillinger knyttet til informasjonssikkerhet. For det første må nettet være "innbruddssikkert" i den forstand at uvedkommende ikke skal kunne ta seg inn på nettet. I tillegg bør informasjon som sendes i nettet være kryptert slik at uvedkommende ikke skal klare å nyttiggjøre seg informasjonen dersom de likevel skulle få tilgang til nettet eller informasjon som sendes via nettet.

Det må også utvikles løsninger som gir tilstrekkelig sikkerhet i forhold til identitet hos avsender og mottager. Den som sender informasjon må vite at informasjonen kun sendes til mottaker som lovlig kan motta slik informasjon. Tilsvarende må mottageren av informasjonen vite at avsenderen virkelig er den han utgir seg for å være.

Bruk av elektroniske skjemaer, samt elektronisk kommunikasjon av skjemaer, har økt de senere årene. Slik arbeidsgruppen ser det er det all grunn til å forvente en utvikling mot mer og mer elektronisk bruk og kommunikasjon av attester, erklæringer mv. I tillegg til at bruk av eller overgang til elektroniske skjemaer vil medføre raskere og mer effektiv kommunikasjon, vil elektroniske skjemaer kunne bidra til at ulike typer attester, erklæringer o.l. som helsepersonell utarbeider, har høy kvalitet.

5.3 Retningslinjer

5.3.1 Innledning

Retningslinjer for hva attester, erklæringer o.l. bør eller skal inneholde, kan bidra til at attester/erklæringer har høy kvalitet. Som det fremgår av rapportens vedlegg 2 finnes det på ulike områder allerede en rekke retningslinjer i form av rundskriv, veiledere, informasjonsmateriell, osv. Slik sett er problemet ikke nødvendigvis at det mangler retningslinjer, men kanskje i like stor grad at eksisterende retningslinjer ikke blir fulgt eller til dels ikke er kjent. I tillegg til at retningslinjer kan være til hjelp for helsepersonell som skal utstede en attest/erklæring, vil de også være til hjelp for bestilleren/mottageren av attesten/erklæringen. Ved å sammenholde med retningslinjene, vil man lettere kunne påvise mangler ved attesten/erklæringen og dermed be om supplerende opplysninger eller vurderinger.

For at slike retningslinjer skal oppfylle sitt formål om å være et egnet hjelpemiddel for helsepersonell ved utstedelse av ulike attester/erklæringer, samt bidra til at mottager/beslutningstaker kan vurdere om attester/erklæringer har høy kvalitet, må flere forutsetninger være oppfylt. Arbeidsgruppen skal her peke på fem forutsetninger som må være oppfylt.

For det første må retningslinjene være oppdaterte og det må fremgå om de fortsatt gjelder.

Dernest må retningslinjene være tilstrekkelig detaljerte til at de er til hjelp for helsepersonellet, samtidig som de ikke er så detaljerte/formalistiske at de virker begrensende i forhold til individuelle variasjoner. På den andre side må retningslinjene ikke bli så generelle og overordnede at de blir intetsigende.

For det tredje må retningslinjene være brukervennlige. De må være presise, kortfattede og lettleste, samtidig som de må være informative for brukeren.

For det fjerde må retningslinjene være kjent for brukeren. Dette kan skje ved at bestiller/oppdragsgiver informerer om retningslinjene, eller man kan knytte retningslinjene til skjemaer/elektroniske skjemaer. Dersom det foreligger egnede retningslinjer, bør det vurderes om disse skal opplyses om eller legges ved et eventuelt mandat/oppdragsbrev. Også mer generell informasjon om retningslinjene vil være viktig, for eksempel fra myndighetene eller helsepersonellorganisasjonene. Det vil imidlertid være en fare for at slik generell informasjon ”drukner” blant de store mengder informasjon av faglig og administrativ art som helsepersonellet ellers mottar.

Endelig må retningslinjene være lett tilgjengelige for brukeren. Retningslinjer for en sektor kan for eksempel samles på ett felles sted, for eksempel på nettstedet hvor helsepersonell ellers finner informasjon til bruk i sin virksomhet, eller ved at retningslinjene legges inn på den enkeltes PC/elektroniske pasientjournalssystem.

5.3.2 Obligatoriske og absolutte krav til innholdet i alle attester/erklæringer – oppsummering av arbeidsgruppens gjennomgang

Dersom man kunne finne frem til enkelte obligatoriske og absolutte krav til innholdet i alle typer attester, erklæringer o.l., ville dette kunne fungere som en slags sjekkliste i forhold til hva attester/erklæringer bør eller skal inneholde. Dette vil kunne skjerpe eller bevisstgjøre både det helsepersonell som utsteder attester/erklæringer og

mottakeren av attesten/erklæringen. Samtidig vil innføring av visse obligatoriske eller absolutte krav til innholdet i attester/erklæringer kunne øke etterprøvbareheten.

Basert på en gjennomgang av de ulike retningslinjer som arbeidsgruppen har redegjort for i rapportens vedlegg 2 og vedlegg 3, har arbeidsgruppen oppsummert 8 punkter som synes å være sentrale når det gjelder krav til innhold for ulike typer attester/erklæringer. Arbeidsgruppen vil imidlertid understreke at denne oppsummeringen ikke skal forstås som et forslag til obligatoriske eller absolutte krav til enhver attest/erklæring. Som påpekt flere ganger tidligere vil det være store variasjoner når det gjelder ulike attester/erklærings formål og innholdsbehov. Nedenforstående punkter vil imidlertid være sentralt å vurdere i forhold til de fleste typer av attester/erklæringer.

1. Hvem har skrevet attesten/erklæringen og hvem omhandler attesten/erklæringen

Opplysninger om helsepersonellens navn, stilling, adresse og telefonnummer, samt tilsvarende opplysninger om pasientens navn, fødselsdato, adresse og telefonnummer.

2. Beskrivelse av relasjon/kontakt mellom den som utsteder attest/erklæring og den attesten/erklæringen omhandler

Sentralt under dette punktet vil være hvor lenge helsepersonellet har kjent den person som attesten/erklæringen omhandler. I den forbindelse vil det i mange sammenhenger også være relevant med opplysning om helsepersonellet er vedkommendes behandler eller om helsepersonellet opptrer som sakkyndig uten tidligere relasjon/kontakt med personen.

3. Erklæringens oppdragsgiver, adressat, formål og mandat

Oppdragsgiver og adressat kan være forskjellige personer. I noen tilfeller vil det være pasienten som ber om en attest/erklæring til bruk i et bestemt formål og overfor en bestemt mottager. I andre tilfeller kan for eksempel helsepersonellet være engasjert for å avgi en sakkyndig vurdering for oppdragsgiveren, for eksempel et forsikringsselskap. I gjennomgåtte retningslinjer stilles det ofte krav om at det skal angis hva attesten/erklæringen skal brukes til eller uttale seg om, samt også hvem som er oppdragsgiver eller mottager av attesten/erklæringen. Dersom helsepersonellens attest/erklæring skal utstedes i henhold til et fastsatt mandat, kreves det ofte at det skal henvises til eller redegjøres for dette mandatet.

4. Redegjørelse for det faktum erklæringen bygger på

Sammendrag av pasientens sykehistorie vil ofte være sentralt i attester/erklæringer, herunder eventuelt også faktum om den hendelse som foranlediger ønske om attest/erklæring. Når det gjelder detaljerte krav til hvilket faktum som bør være med i ulike attester/erklæringen og hvor omfattende og detaljert gjengivelsen av sykehistorien bør være, vil dette variere fra sak til sak. Angivelse av hvilke opplysninger som stammer fra pasienten selv og hvilke opplysninger som eventuelt kommer fra andre kilder, vil ofte være sentralt i ulike attester/erklæringer. Hvilke dokumenter en attest/erklæring bygger på vil også være sentralt.

5. Beskrivelse av undersøkelser som er foretatt av personen, dokumenter etc.

Det vil ofte være sentralt å redegjøre for helsepersonellens arbeidsmetode i forbindelse med utstedelse av attesten/erklæringen. Spørsmål av betydning i denne sammenheng kan være om helsepersonellet har hatt samtaler med personen, evt. hvor mange? Er personen undersøkt eller bygger erklæringen bare på skriftlig materiale? Tid og sted for eventuelle undersøkelser? Hvem var til stede under undersøkelsene?

6. Vurdering

Vurderingstemaet vil være forskjellig alt etter hva slags sak det dreier seg om. Hvis det er laget et mandat for oppdraget, fremgår det av mandatet hva som er vurderingstemaet. I vurderingsdelen vil det være viktig å skille mellom hva som er referat/beskrivelse og hva som er vurdering/kommentar.

7. Konklusjon

De fleste attester/erklæringer skal besvare konkrete problemstillinger og spørsmål eller konkludere i forhold til om en helsetilstand foreligger eller ikke. Dersom det er utarbeidet særskilt mandat for oppdraget, vil det av mandatet ofte fremgå hvilke problemstillinger eller spørsmål det skal konkluderes i forhold til.

8. Dato og underskrift

Attester/erklæringer skal dateres og underskrives av den som avgir den.

5.3.3 Arbeidsgruppens supplerende kommentarer

Punktene 1 til 5 i ovennevnte oppsummering, samt pkt. 8, vil slik arbeidsgruppen ser det være tilnærmet allmenngyldige, i den forstand at disse punktene normalt vil inngå i de aller fleste typer attester, erklæringer o.l.

Når det gjelder pkt. 6 vil det, - avhengig av hva slags type attest/erklæring det er snakk om, kunne variere hvorvidt det inntas et eget vurderingspunkt i attesten/erklæringen. Som eksempel vil enkelte typer attester, erklæringer kun inneholde en konstatering av at pasienten har en bestemt helsetilstand, for eksempel i form av en diagnoseangivelse, jf. pkt. 7, men sjelden noen nærmere vurdering eller begrunnelse i så måte.

Vurderingstemaet vil være forskjellig alt etter hva slags sak det dreier seg om. Vurderingstemaet i saker om soningsutsettelse og benådning kan for eksempel være hvilke følger et fengselsopphold/videre fengselsopphold kan få for den domfeltes helse og muligheter for behandling, herunder sannsynligheten for at disse følger skal inntre. Videre vil det kunne være relevant med en vurdering av mulighetene for å forebygge følgene gjennom for eksempel medisiner, bestemmelser i soningsvilkårene, valg av soningssted og lignende.

Vurderingstemaet i saker om soningsavbrudd vil for eksempel kunne være hvilke konsekvenser en eventuell fortsatt fengsling vil ha for sykdomsutviklingen til den innsatte. I hvilken grad vil et avbrudd avhjelpe den domfeltes problemer? For hvilken tidsperiode gjelder domfeltes helseproblemer/sykdom? Et vurderingstema vil også

kunne være mulighetene til å gi domfelte helsefaglig oppfølging innenfor kriminalomsorgen.

Attester/erklæring i saker om soningsutsettelse, benådning og soningsavbrudd skal ideelt sett kun uttale seg om medisinskfaglige eller psykologifaglige spørsmål, slik som en beskrivelse av domfeltes helsetilstand, hva slags behandling man har prøvd, hva slags utredning og behandling som er nødvendig, hvilke konsekvenser forholdene i fengselet har for domfelte, hvilke konsekvenser det vil ha at man ikke tilbyr slik behandling osv. Attestene/erklæringene bør ikke inneholde vurderinger av hvordan konkrete saker vedrørende straffegjennomføringen bør avgjøres. Det er opp til kriminalomsorgen å treffe denne avgjørelsen basert på en vurdering av alle sakens opplysninger, herunder blant annet helsefaglige opplysninger i attester/erklæring.

I voldsoffererstatningssaker vil det være aktuelt å vurdere årsaksforhold, herunder foreta en vurdering av hvilke symptomer som kan være resultat av det traumatiserte pasienten anfører, eventuelt om det finnes alternative årsaker til pasientens problemer. I slike saker kan det også være aktuelt å vurdere medisinsk invaliditet, foreta en funksjonsvurdering (for eksempel vurdere hvilke gjøremål skadelidte som følge av skaden er forhindret fra å utføre i arbeidslivet), samt foreta en vurdering av fremtidig behandlingsbehov. Helsepersonell skal imidlertid ikke foreta en vurdering eller uttale seg om hvorvidt vedkommende har krav på erstatning eller ikke.

Arbeidsgruppen viser videre til at ovennevnte oppsummering ikke inneholder et eget punkt om habilitetsvurdering. Man kan indirekte slutte seg til noe om habilitet gjennom redegjørelsen for forholdet til pasienten/den erklæringen gjelder, eller som følge av angivelse av hvem som er oppdragsgiver, jf. pkt. 2 og 3. Arbeidsgruppen er av den oppfatning at det i de fleste erklæringer bør redegjøres for eventuelle opplysninger som kan ha betydning for helsepersonellens habilitet.

6 Kommunikasjon mellom beslutningsorgan og helsepersonell

6.1 Veiledning i forbindelse med utforming av mandat

En grunnleggende forutsetning for attester/erklæringer av høy kvalitet, er at beslutningstakeren er bevisst på hva som ønskes beskrevet, utredet og/eller vurdert av helsepersonellet, og på den annen side at helsepersonellet besvarer de spørsmål som blir stilt og ikke går utover oppdraget. Den videre redegjørelse i pkt. 6 retter seg i hovedsak mot sakkyndige erklæringer i tradisjonell forstand, dvs. hvor helsepersonell gis oppdrag som sakkyndig i henhold til et fastsatt mandat.

I de tilfeller hvor beslutningsorganet bestiller en sakkyndigerklæring bør det utarbeides et skriftlig mandat for oppdraget. Spørsmål i forbindelse med utforming av mandatet avklares i utgangspunktet mellom bestilleren og den sakkyndige, men det kan også tenkes ordninger hvor bestilleren kan få veiledning fra andre. I den forbindelse vises det til at i rettsmedisinske spørsmål kan bestilleren få veiledning fra Den rettsmedisinske kommisjon, jf. forskrift om Den rettsmedisinske kommisjon § 3 b. Den rettsmedisinske kommisjonen kan for eksempel gi generelle råd om hvordan bestillerens (påtalemyndighetens eller rettens) mandat til den sakkyndige bør utformes i situasjoner hvor bestilleren ikke har oversikt over det aktuelle fagområdet.

På enkelte områder kan det være hensiktsmessig å utvikle standardmaler for mandat til sakkyndige som er tilpasset de mest sentrale skadetyper og problemstillingene. Et forslag til standardmandat for medisinsk sakkyndige ved forsikringsoppgjør etter ulykke ble foreslått av Røsægutvalget. Dette standardmandatet blir nå mye brukt.²² Rognumutvalget anbefalte ikke et standardmandat for rettsmedisinske erklæringer. Begrunnelsen var at utarbeidelsen av standardmandat kan føre til at bestilleren ikke foretar den grundige gjennomgang av saken han ellers burde før en sakkyndig ble hentet inn. Som redegjort for i vedlegg 1 pkt. 4.1.3 fremgår det av Riksadvokatens rundskriv, RA-2001-5, at det i kompliserte saker kan være grunn til å be om råd fra fylkeslegen eller Helsetilsynet om hva et mandat bør omfatte. Riksadvokaten har også til internt bruk for påtalemyndigheten og politiet formulert forslag til et standardmandat. Endelig har Den rettsmedisinske kommisjon i utkast til ”Forskrift om rettsmedisinsk sakkyndiges mandat og deres plikt til å sende erklæringer til Den rettsmedisinske kommisjon” foreslått at enhver som er sakkyndige i rettsmedisinske spørsmål skal ha et skriftlig mandat utferdiget av bestiller. Rikstrykdeverket har i saker om yrkesskader og yrkessykdom utarbeidet standardmandat til bruk for trygden.

Kommunikasjon mellom beslutningsorganet og den sakkyndige underveis i arbeidet med å utforme en sakkyndig erklæring er viktig for å oppklare eventuelle misforståelser eller uklarheter. Helsepersonellet bør kontakte beslutningstakeren dersom det oppstår usikkerhet i forhold til oppdraget, for eksempel hvordan mandatet skal forstås eller dersom den sakkyndige ikke har den nødvendige kompetanse. Dette kan det informeres om ved oppnevningen, eventuelt bør slik oppfordring/informasjon også inntas i selve mandatet. Det er stor variasjon helsepersonell imellom når det gjelder hyppigheten av å utarbeide sakkyndige erklæringer til bruk i ulike sakstyper. Noen helsepersonell vil i løpet av sin karriere utarbeide et stort antall sakkyndige erklæringer, mens andre igjen kun utarbeider et svært lite antall erklæringer. For begge grupper vil det uansett kunne være behov for veiledning eller tilbakemelding i forhold til hvordan mandatet skal forstås, hvordan den sakkyndige erklæringen skal bygges opp, hvilke opplysninger og vurderinger som skal inntas i erklæringen osv.

Mandatet må være tydelig på hva som er den sakkyndiges oppgave å vurdere, og hva som er beslutningstakerens oppgave å vurdere. Den sakkyndige skal foreta en helsefaglig vurdering, mens beslutningstakeren skal foreta bevisvurderingen eller vurdere konsekvensene av den sakkyndig erklæringen. Dersom erklæringen inneholder slike vurderinger og/eller konklusjoner som det er opp til beslutningstakeren å gjøre, kan det skape uriktige forventninger hos parten, det kan redusere erklæringens verdi fordi det kan gi grunn til å stille spørsmål ved den sakkyndiges objektivitet og det kan gjøre det nødvendig å innhente en ny sakkyndig erklæring.

6.2 Valg av rett kompetanse

Ulike typer saker, krever ofte ulike typer kompetanse. Den som bestiller en sakkyndig vurdering, må for det første være bevisst på hva slags kompetanse det er behov for i

²² Jf. imidlertid Lov og Rett 2004 s. 264 – 284 ”Mandatet for medisinsk sakkyndige” av adv. Pål Mitsen, hvor det fremsettes enkelte kritiske innvendinger til dette ”standardmandatet”.

den enkelte sak. Dernest må man finne frem til en sakkyndig med slik kompetanse som alle parter kan enes om. Begge deler kan i praksis være vanskelig.

I enkelte saker kreves det høyt spesialisert fagkunnskap for å kunne foreta en sakkyndig vurdering. I andre saker vil det være tilstrekkelig at helsepersonellet innehar en viss basiskunnskap, for eksempel autorisasjon som lege eller psykolog. Beslutningstakeren må også være bevisst på at det å være spesialist på et fagfelt, ikke samtidig innebærer at vedkommende har generell sakkyndighetskompetanse på helsefaglige eller medisinske fagfelt som ligger utenfor spesialiteten.

Oversikt over kvalifiserte sakkyndige vil være en hjelp for bestilleren til å velge rett sakkyndig kompetanse. I Norge har man ikke en felles instans som kan bistå med å finne frem til rett kompetanse i ulike typer saker, bistå med å finne frem til rett sakkyndig person og dernest bistå ved utforming av mandat. I praksis vil man derfor i en viss utstrekning benytte seg av uformelle kanaler/kontaktnett for å finne frem til personer som vil påta seg oppdrag som sakkyndig. Som omtalt i vedlegg 4, pkt. 4.1 finnes det en oversikt over kvalifiserte sakkyndige i barnesaker og det arbeides også som omtalt i vedlegg 1, pkt. 4.10.1 med å utarbeide en liste over kvalifiserte sakkyndige i rettsmedisinske spørsmål. Slike lister finnes ikke til bruk i kriminalomsorgen og heller ikke i erstatningssaker herunder voldsoffererstatningssaker. Slike lister er praktiske for saker hvor det er stort forbruk av sakkyndighet, og hvor det kreves en spesialisert fagkunnskap.

Røsægutvalget foreslo å opprette en særskilt nøytral oppnevningssinstans dersom partene ikke kunne bli enige om valg av sakkyndig i personskadesaker, jf. vedlegg 2 pkt. 2. Dette forslaget er ikke fulgt opp.

6.3 Særlige utfordringer hvor sakkyndighetsoppdraget er gitt av parten

Hvor det er parten selv som innhenter eller gir oppdraget til å skrive en attest/erklæring, vil ikke forvaltningsorganet kunne påvirke valg av helsepersonell som skal utstede attesten/erklæringen, eventuelt ved utforming av helsepersonellens mandat. Helsepersonell som utsteder attest/erklæring for parten kan være partens behandler eller annet helsepersonell som parten kontakter for å få utført en sakkyndig vurdering.

I disse tilfellene vil de generelle tiltak som er gjennomgått ovenfor i pkt. 5 særlig kunne være av betydning. Forvaltningsorganer som ofte mottar slike attester/erklæringer i forbindelse med de saker de behandler, vil ofte også ha utarbeidet egne veiledninger, skjemaer og/eller krav til erklæringene. I vedlegg 2 og vedlegg 3 har arbeidsgruppen redegjort for forskjellige forvaltningsorganer og i hvilken utstrekning disse har utarbeidet retningslinjer og/eller skjemaer for ulike typer attester/erklæringer.

Slik arbeidsgruppen ser det vil det være viktig med tiltak som kan bidra til å heve kompetansen til å ”vurdere” de attester/erklæringer som mottas. Som nevnt ovenfor kan slike tiltak bestå i at det enkelte organ som mottar partsinitierte attester/erklæringer, har utarbeidet retningslinjer for hvordan ulike typer attester/erklæringer skal utarbeides eller hva slags opplysninger de skal inneholde.

Dette vil også være nyttig for en part som henvender seg med spørsmål om hva slags type attest/erklæring han må fremlegge. Videre vil fremleggelse av slike retningslinjer kunne være en hensiktsmessig form for tilbakemelding der hvor en part har fremlagt en attest/erklæring som er mangelfull.

Organer som regelmessig mottar partsinitierte attester/erklæringer må også ha kompetanse og rutiner til å vurdere kvaliteten og troverdigheten av de attester/erklæringer som mottas, og til å tolke dem med sikte på hva de gir av opplysninger i forhold til det aktuelle grunnlag som en avgjørelse skal vurderes i forhold til. Organet bør også ha rutiner for å vurdere når en sak kan anses tilstrekkelig belyst med en slik attest/erklæring, og når opplysningene og vurderingene i en slik attest/erklæring bør suppleres eller etterprøves av forvaltningen selv. Det enkelte mottagerorgan må selv vurdere om det besitter nødvendig kompetanse i så måte eller om man for eksempel har behov for å knytte til seg spesifikk fagkompetanse.

6.4 Tilbakemelding til helsepersonellet

Slik arbeidsgruppen ser det kan det være et problem at helsepersonell sjelden får tilbakemelding på attester/erklæringer de har avgitt. Dette gjelder først og fremst dersom de har utarbeidet attester/erklæringer som er mangelfulle eller ikke holder høy nok kvalitet, men også dersom attesten/erklæringen er god. Dette kan skyldes flere forhold, for eksempel manglende kunnskap hos mottaker om hva en attest/erklæring bør inneholde og/eller mangel på tid til å gi tilbakemelding til helsepersonellet. I mange tilfeller vil mottageren i stedet for å sende attesten/erklæringen i retur, velge å enten legge vekt på den slik den er, innhente supplerende opplysninger fra annet hold eller innhente en ny attest/erklæring fra annet hold.

Arbeidsgruppen mener at en mer systematisk tilbakemelding fra mottager av attester/erklæringer, vil kunne være et tiltak som kan bidra til høy kvalitet på ulike typer attester/erklæringer. Positiv og negativ tilbakemelding på det arbeid man har gjort som behandler eller sakkyndig, vil være opplærende, kvalitetssikrende og kvalitetsforbedrende til senere anledninger. Slik systematisk tilbakemelding vil imidlertid være ressurskrevende og i tillegg reiser slik tilbakemelding også flere problemstillinger knyttet til taushetsplikt og personvern. Slik arbeidsgruppen ser det kan det derfor være mer nærliggende med tilbakemelding til helsepersonellet i de tilfellene hvor mottager selv har bestilt en sakkyndig erklæring i henhold til et fastsatt mandat, enn i de tilfellene hvor parten uoppfordret har fremlagt attester/erklæringer til bruk for forvaltningen.

Som eksempel på systematisk tilbakemelding vises det til rapportens vedlegg 3 pkt. 5.5 hvor prøveprosjektet med et rådgivningsteam som utlendingsforvaltningen i samarbeid med legeföreningen og psykologforeningen er omtalt. Rådgivningsteamet skal bl.a. gi tilbakemelding til helsepersonell som har avgitt erklæringer i utlendingssaker dersom disse er i strid med sosial- og helsedirektoratets retningslinjer. En annen form for "tilbakemelding" er den som skjer i forbindelse med Rikstrygdeverkets stikkprøver i forhold til legers og psykologers takstbruk mv. Slike stikkprøver vil også kunne utføres i forhold til å vurdere kvalitet på nærmere bestemte typer erklæringer, attester og lignende som avgis til trygden.

7 Faglig overprøving/vurdering av attester/erklæringer

7.1 Fornyhet vurdering – ”second opinion”

Med fornyhet vurdering eller ”second opinion” menes i denne sammenheng at et annet helsepersonell foretar en ny vurdering av samme sak, pasient eller behandling. Det er her snakk om en ny selvstendig vurdering av samme tilfellet, ikke en vurdering som skal være supplerende eller utfyllende til en tidligere vurdering eller utarbeidet attest/erklæring. I slike tilfeller vil man altså få to selvstendige vurderinger eller attester/erklæringer i samme sak, selv om det nok kan variere noe om den første erklæringen inngår som del av faktagrunnlaget for den nye vurderingen.

Bruk av ”second opinion” vil slik arbeidsgruppen ser det særlig kunne bidra til en bedre opplysning av eller redegjørelse for den aktuelle sak, hvorvidt en helsetilstand skal sies å foreligge eller ikke, hvorvidt den undersøkelse/behandling som er gitt anses for å være forsvarlig og for å synliggjøre om det på et fagfelt foreligger faglig konsensus eller ikke hva angår undersøkelses- og behandlingsmetoder. I tillegg til at en ”second opinion” vil kunne virke bekreftende for pasienten, vil den nok i hovedsak ha størst betydning for opplysningen av og avgjørelsen av den konkrete sak.

Slik arbeidsgruppen ser det vil imidlertid bruk av ”second opinion” i enkelte saker eller sakstyper, mer indirekte også kunne bidra til at ulike typer attester/erklæringer har høy kvalitet. Vissheten om at også andre skal eller vil kunne komme til å vurdere en pasient/behandling, vil i seg selv kunne virke kvalitetsforbedrende ved arbeidet med attesten/erklæringen. I tillegg vil vurderinger fra annet helsepersonell kunne medføre at utstederen av den opprinnelige attesten/erklæringen finner grunn til å revurdere eller justere sin tidligere attest/erklæring, både hva angår faktabeskrivelse, vurdering og/eller konklusjon.

Arbeidsgruppen vil imidlertid påpeke at medisin eller psykologi ikke er eksakte vitenskaper, i den forstand at det alltid vil finnes én korrekt diagnose, én korrekt undersøkelsesmetodikk eller ett korrekt behandlingsopplegg. I tillegg vil det være individuelle forskjeller fra pasient til pasient som kan tilsi at ett behandlingsopplegg er faglig forsvarlig for flertallet av en pasientgruppe, men ikke faglig forsvarlig for noen enkeltpasienter. Helsepersonellens erfaring med en undersøkelsesmetodikk eller et behandlingsopplegg kan også ha betydning, samt også kjennskap til pasienten fra før, kjennskap til effekt av tidligere prøvd behandling på pasienten osv. I forhold til den enkelte pasient, kan det altså finnes ulike undersøkelsesmetoder eller behandlingsopplegg som er like forsvarlige eller ”riktige”. En ”second-opinion” behøver med andre ord ikke være mer riktig enn den opprinnelige vurderingen.

Arbeidsgruppen vil også påpeke at bruk av ”second opinion” vil være kostnads- og ressurskrevende. Tid brukt til å utstede attester/erklæringer eller til å utføre arbeid som sakkyndig, vil medføre mindre tid til pasientrettet virksomhet. Dette er allerede i dag et problem innenfor flere fagområder og dersom det i økende grad stilles krav om ”second opinion” på ulike fagfelt/sakstyper, vil denne problemstillingen bli ytterligere reell.

Slik arbeidsgruppen ser det vil det derfor ikke være praktisk mulig, - og heller ikke nødvendig, å innføre en ordning med bruk av ”second opinion” i alle saker hvor det innhentes attester/erklæringer. Imidlertid kan det på enkelte områder være grunn til å vurdere dette, for eksempel i saker hvor utfallet er av stor viktighet for pasienten eller andre involverte (typisk personskadeerstatningssaker) eller der hvor avgjørelsen får store konsekvenser for pasienten (typisk ved spørsmål om benådning). Motsatt vil det neppe være behov for eller være av betydning med ”second opinion” i forhold til mer rutinemessige utstedte attester/erklæringer, attester/erklæringer hvor det bare skal oppgis mer eller mindre ”objektive” opplysninger/vurderinger, attester/erklæringer om forhold hvor det faglig sett bare er mindre rom for ulike vurderinger/konklusjoner eller attester/erklæringer hvor det bare i liten grad åpnes for faglig skjønn.

Når det gjelder ytterligere vurderinger i forhold til bruk av sakkyndige erklæringer/”second opinion” i forvaltningen, viser arbeidsgruppen til innstillingens pkt. 4.3 om generelle forvaltningsrettslige regler om bruk av rådgivere. Det er her blant annet redegjort for forvaltningens plikt til å opplyse saken, partenes opplysningsplikt og forvaltningens plikt til å dekke utgifter til nødvendig rådgivning og/eller sakkyndige erklæringer.

7.2 Fagfellevurdering

Med fagfellevurdering (”peer review”) menes i denne sammenheng at en attest/erklæring utarbeidet av ett helsepersonell vurderes av et eller flere helsepersonell med (fortrinnsvis) samme faglige bakgrunn. Det skal her ikke utarbeides noen ny attest/erklæring (”second opinion”), men kun foretas en kontroll av at den foreliggende attest/erklæring oppfyller nærmere bestemte formelle og faglige minstekrav. En parallell kan trekkes til den fagfellevurdering som skjer forut for publisering av artikler eller forskningsrapporter i vitenskapelige tidsskrifter.

Til en viss grad vil det her også kunne bli snakk om en form for faglig overprøving, selv om hovedformålet i denne sammenheng bør være å kontrollere at attesten/erklæringen inneholder nødvendige bakgrunnsopplysninger, at det er foretatt nødvendige vurderinger og at det er sammenheng mellom faktisk grunnlag, vurderinger og konklusjon, mao. at attesten/erklæringen ”henger sammen”. Slik kontroll i form av fagfellevurdering kan skje før endelig attest/erklæring avgis eller etter at en attest/erklæring er avgitt.

Slik arbeidsgruppen ser det vil fagfellevurdering i seg selv ikke gi noen garanti for at alle attester/erklæringer er ”riktige” eller holder et tilstrekkelig høyt faglig nivå. Imidlertid vil det utvilsomt kunne være et bidrag til at enkelte attester/erklæringer med faglige feil eller mangler blir avvist hos bestilleren eller mottageren av attesten/erklæringen. En fagfellevurdering vil kunne avdekke feil eller mangler i det faglige resonnement, gi større sikkerhet for at attesten/erklæringen bygger på adekvat faglig tilnærming, sikre at de faglige vurderinger fremstår som forsvarlige og at attesten/erklæringen baserer seg på mest oppdatert faglig kunnskap. Sammenlignet med personer uten helsefaglig bakgrunn, vil fagfeller i mye større grad kunne påvise faglige feil eller mangler, etterlyse supplerende redegjørelser/vurderinger eller påvise tvil eller usikkerhet knyttet til faktagrunnlag, vurderinger og konklusjoner.

Arbeidsgruppen vil imidlertid påpeke at utstrakt bruk av fagfelle vurderinger, vil være kostnads- og ressurskrevende. Tid brukt til å vurdere andres attester/erklæringer, vil medføre mindre tid til pasientrettet virksomhet. Som nevnt ovenfor under pkt. 7.1 er dette allerede i dag et problem innenfor flere fagområder, og dersom det i økende grad stilles krav om fagfelle vurdering, vil denne problemstillingen bli ytterligere reell.

I likhet med spørsmålet om ”second opinion”, vil det slik arbeidsgruppen ser det ikke være praktisk mulig, - og heller ikke nødvendig, å innføre en ordning med fagfelle vurdering i alle saker hvor det innhentes attester/erklæringer. Imidlertid kan det på enkelte områder være grunn til å vurdere dette, jf. de eksempler som er gitt ovenfor i pkt. 7.1.

Arbeidsgruppen vil også påpeke at fagfelle vurderinger har sine begrensninger. Den som skal vurdere en attest/erklæring vil ofte være prisgitt de opplysninger som fremgår av attesten/erklæringen eller de fremstillinger at faktum som der er inntatt. I mange tilfeller vil man imidlertid ha behov for sakens originaldokumenter for å kunne foreta en fullt ut forsvarlig vurdering. Tilsvarende vil man i andre sammenhenger ha behov for å kjenne pasienten fra tidligere eller å ha undersøkt pasienten personlig for å kunne foreta en forsvarlig vurdering av attesten/erklæringen. Slik sett kan det ikke utelukkes at en fagfelle vurdering som ”godkjenner” en tidligere avgitt attest/erklæring vil kunne gi falsk sikkerhet for at attesten/erklæringen er riktig eller har høy kvalitet.

Som nevnt mener imidlertid arbeidsgruppen at bruk av fagfelle vurderinger i noen sammenhenger vil kunne være et tiltak som kan bidra til at attester/erklæringer har høy kvalitet. Ved fagfelle vurderinger vil man kunne luke ut eller identifisere attester/erklæringer som har formelle mangler, som i sitt innhold eller sin oppbygging er så mangelfulle at man ikke kan være trygg på erklæringens vurdering eller konklusjon eller hvor det ikke synes å være sammenheng mellom faktabeskrivelse, vurdering og konklusjon.

7.3 Konsultativ sakkyndig

Med konsultativ sakkyndig menes i denne sammenheng at helsepersonell som har påtatt seg oppdrag som sakkyndig, får tilbud om å konsultere ytterligere en eller flere sakkyndige ved utføring av sakkyndighetsoppdraget. Slik konsultasjon kan ta form av veiledning eller diskusjon i forhold til hvordan sakkyndighetsarbeidet bør planlegges og gjennomføres, i forhold til faglige vurderinger i en erklæring eller i forhold til formelle eller praktiske sider ved utarbeidelse av selve erklæring (oppbygging av erklæringen, faste opplysninger m.v.).

Statens helsetilsyn har innført en slik ordning i forbindelse med enkelte tilsynssaker. For det første i saker hvor det er snakk om tilbakekall av helsepersonells autorisasjon, og hvor helsepersonellet blir pålagt å møte til en sakkyndig undersøkelse, jf. helsepersonelloven § 60. For det andre gjelder ordningen for saker hvor helsepersonell søker om å få tilbake en tidligere tilbakekalt autorisasjon, og i den forbindelse blir oppfordret til å gjennomgå en sakkyndig undersøkelse for å dokumentere skikkethet, jf. helsepersonelloven § 62. Når det oppnevnes sakkyndig i disse sakene, vil det samtidig bli oppnevnt en konsultativ sakkyndig.

Ordningen er nærmere omtalt i Statens helsetilsyns veileder av juli 2004 "Sakkyndig undersøkelse av helsepersonell i forbindelse med tilsynssaker", jf. nærmere om denne i vedlegg 3, pkt. 4.4.2. Når det konkret gjelder ordningen med konsultativ sakkyndig uttales det i veilederen blant annet:

"Sakkyndighetsarbeid er kjennetegnet ved at det vanligvis utføres i relativ kollegial isolasjon. Det vil si at oppdraget gjennomføres av én fagperson som ofte utfører arbeidet i sin privatpraksis. For å avhjelpe dette gis den sakkyndige anledning til å drøfte problemstillinger i tilknytning til undersøkelsen med en konsultativ sakkyndig. Dette er en ordning som den sakkyndige oppfordres til å bruke med tanke på kvalitetssikring av sakkyndighetsarbeidet. I tillegg til å drøfte problemstillinger i tilknytning til gjennomføringen av undersøkelsen, kan den konsultativ sakkyndige gi (muntlig) tilbakemelding på problemstillinger i tilknytning til utforming av den sakkyndige rapporten. Konsultativ sakkyndig vil ikke få oversendt kopi av sakens dokumenter.

Normalt vil det konsultative oppdraget være begrenset til 2-4 timer. Den konsultativ sakkyndige honoreres etter samme takster som den sakkyndige. Den konsultativ sakkyndige omfattes av taushetsplikten, og får taushets- og habilitetserklæring oversendt til underskriving. Også den konsultative sakkyndig er underlagt helsepersonellovens § 4

Den sakkyndige har uavhengig av bruk av konsultativ sakkyndig, ansvaret for gjennomføringen av den sakkyndige undersøkelse og rapport."

I tillegg til en slik mer formalisert ordning som Statens helsetilsyn har innført i ovennevnte saker, antar arbeidsgruppen at det også i andre typer sakkyndighetsoppdrag finner sted en bruk av konsultative sakkyndige i mer uformell forstand. Gruppen tenker her på de tilfeller hvor en sakkyndig uformelt og anonymt diskuterer faglige problemstillinger med annet kompetent fagpersonell eller innhenter råd eller vurderinger til bestemte deler av erklæringen. For eksempel vil det i forbindelse med sakkyndighetsoppdraget kunne være nødvendig med faktabeskrivelser eller faglige vurderinger på fagfelt hvor den sakkyndige ikke er spesialist. Her vil den sakkyndige kunne innhente bistand fra andre fagpersoner med nødvendig kompetanse.

Slik arbeidsgruppen ser det vil bruk av konsultativ sakkyndig i seg selv ikke gi noen garanti for at alle sakkyndige erklæringer er "riktige" eller holder et tilstrekkelig høyt faglig nivå. Imidlertid vil det utvilsomt kunne være et viktig bidrag i så måte. Bruk av konsultativ sakkyndig vil kunne avdekke feil eller mangler i det faglige resonnement, gi større sikkerhet for at en erklæring bygger på adekvat faglig tilnærming, sikre at de faglige vurderinger fremstår som forsvarlige og at erklæringen baserer seg på mest mulig oppdatert faglig kunnskap.

Arbeidsgruppen vil imidlertid påpeke at utstrakt bruk av konsultativ sakkyndig, vil være kostnads- og ressurskrevende, selv om den konsultativ sakkyndige normalt bare vil bruke begrenset tid sammenlignet med den sakkyndige som skal foreta selve undersøkelsen/vurderingen. I likhet med hva som gjelder for bruk av "second opinion" eller fagfelleevaluering, vil det slik arbeidsgruppen ser det ikke være praktisk mulig, - og heller ikke nødvendig, å innføre ordninger med bruk av konsultativ sakkyndig i alle saker hvor det innhentes sakkyndig erklæring. Imidlertid kan det på

enkelte områder være grunn til å vurdere dette, jf. de eksempler som er gitt ovenfor i pkt. 7.1.

7.4 Krav om mer enn en sakkyndig i enkelte saker

Bruk av mer enn en sakkyndig i en sak, vil kunne føre til at man får et bedre beslutningsgrunnlag. Imidlertid vil det være vanskelig å finne gode kriterier for når og/eller i hvilke sakstyper det er behov for mer enn en sakkyndig.

Et vurderingstema kan være å se hen til hvor komplisert saken er. På mange områder vil det åpenbart være nok med en erklæring, for eksempel der hvor en erklæring kun skal bekrefte eller redegjøre for en helsetilstand, gjennomført undersøkelse/behandling, fremtidig behandling osv. Motsatt vil man på andre områder kunne ha behov for flere sakkyndige erklæringer, for eksempel personskadeerstatningssaker hvor det kan være behov for spesialistkompetanse innenfor flere fagfelt (for eksempel nevropsykologi) for å vurdere saken på en forsvarlig måte.

Et annet vurderingstema kan være å se hen til sakens betydning for parten eller hvilke konsekvenser sakens utfall vil få. Jo viktigere saken er for parten eller jo mer alvorlig/tyngende eller fordelaktig resultatet av saken vil være, jo større behov kan det være for mer enn en sakkyndig vurdering. Tilsvarende kan det vurderes hvor viktig det vil være for det offentlige eller samfunnet som sådan å treffe riktige avgjørelser. Til illustrasjon bør det stilles strengere krav i straffesaker enn i saker om sykemelding.

Andre kriterier av betydning vil være hvorvidt det er snakk om vurderinger knyttet opp mot mer objektive kriterier kontra saker av mer skjønnsmessig art, for eksempel straffesaker hvor det er spørsmål om tiltaltes tilregnelighet. Videre vil det kunne være behov for mer enn en sakkyndig vurdering i saker hvor det er stor uenighet innen fagfeltet.

I tvistemålsloven § 239 og straffeprosessloven § 139 er hovedregelen at det skal oppnevnes én sakkyndig med mindre retten finner at saken krever to eller flere sakkyndige. Tidligere var hovedregelen at det skulle oppnevnes to sakkyndige, men bestemmelsene ble endret i 1994. I ot.prp. nr. 45 (1993-1994) om endringer i rettergangslovgivningen ble det vist til at rettens plikt til å sørge for at saken blir tilstrekkelig opplyst, gjør det nødvendig i hver enkelt sak å foreta en konkret vurdering av om det skal oppnevnes én eller flere sakkyndige. Ved å snu hovedregelen mente departementet å oppnå en særskilt vurdering og ikke en automatikk i å oppnevne to sakkyndige i alle saker som krevde særskilt fagkunnskap. Som eksempler på saker/sakstyper som kan kreve flere enn én sakkyndig ble nevnt vanskelige barnevernssaker eller saker hvor det er stor uenighet innen fagfeltet, saker av spesielt komplisert art eller saker av meget stor betydning for partene.

Arbeidsgruppen vil påpeke at det vil være ressurskrevende dersom man i alle utenrettslige saker skulle kreve mer enn en sakkyndig erklæring. Tid brukt til å være sakkyndig, vil medføre mindre tid til pasientrettet virksomhet. Økt bruk av sakkyndige vil også ha økonomiske konsekvenser, enten for det offentlige eller for partene selv. Utgifter til sakkyndige representerer allerede i dag en forholdsvis stor

økonomisk belastning for mange parter, og denne belastningen vil bli enda større dersom det innføres krav om flere sakkyndige.

Arbeidsgruppen vil også understreke at det ikke nødvendigvis vil være sammenheng mellom økt antall sakkyndige erklæringer, og økt antall ”riktige” avgjørelser. I mange tilfeller vil de sakkyndige være enige, nær sagt uansett hvor mange sakkyndige man benytter. I andre tilfeller vil det være delte meninger blant de sakkyndige og i mange saker finnes det heller ikke noe fasitsvar. Man vil med andre ord ikke nødvendigvis komme nærmere et ”riktigere” resultat ved bruk av flere sakkyndige.

8 Gjennomgang av ulike etater eller organisasjoners arbeid knyttet til kontroll, tilsyn og sanksjoner

8.1 Offentlige myndigheter og/eller organer mv.

8.1.1 Statens helsetilsyn/Helsetilsynet i fylket

Som nevnt i vedlegg 1, pkt. 2.1 og pkt. 2.5, skal Statens helsetilsyn og Helsetilsynet i fylket føre tilsyn med at helsetjenesten drives, og at helsepersonells yrkesutøvelse skjer, i samsvar med krav fastsatt i lov og forskrifter, jf. §§ 1 og 2 i lov 30. mars 1984 nr. 15 om statlig tilsyn med helsetjenesten (tilsynsloven). Tilsynsmyndighetene vil således også føre tilsyn med helsepersonellens etterlevelse av relevant helselovgivning når det gjelder helsepersonells utstedelse av attester, erklæringer o.l., herunder arbeid som sakkyndig og ved utstedelse av ulike sakkyndige erklæringer. Dersom helsepersonellet i den forbindelse opptrer i strid med helsepersonelloven (jf. særlig helsepersonelloven § 15), vil tilsynsmyndighetene kunne sanksjonere. Med hjemmel i § 56 kan Statens helsetilsyn gi advarsel til helsepersonellet og i alvorlige tilfeller kan helsepersonells autorisasjon bli tilbakekalt, jf. lovens § 57 første og andre ledd.

Praksis fra tilsynsmyndigheten viser imidlertid at man bare i lite omfang har hatt til behandling tilsynssaker om helsepersonells arbeid som sakkyndige eller ved utferdigelse av attester, erklæringer og lignende. Arbeidsgruppen viser i den forbindelse til vedlegg 3, pkt. 4.4.3, hvor det er redegjort for ”*Helsetilsynets saksbehandlingsveileder for tilsynssaker*”. Som det fremgår har Helsetilsynet lagt til grunn at når det gjelder klager på helsepersonell i saker vedrørende barnefordeling eller omsorgsovertagelse som går for retten eller i fylkesnemnda for sosiale saker, - herunder helsepersonells sakkyndige uttalelser i slike saker, vil partene som hovedregel måtte benytte seg av de ankenemndene saksreglene for disse instanser gir for å angripe en sakkyndigs vurdering. Før det foreligger en rettskraftig dom/avgjørelse vil det normalt ikke være aktuelt for tilsynsmyndighetene å gå inn og vurdere en sakkyndigs arbeid for retten eller fylkesnemnda.

Arbeidsgruppen viser videre til vedlegg 3, pkt. 4.4.4, hvor det er redegjort for ”*Retningslinjer for det praktiske samarbeidet mellom Trygdeetaten og Helsetilsynet i fylket*”. Det fremgår her at samarbeidet blant annet skal ta sikte på å sikre god kvalitet i helsetjenesten og tillit til helsepersonell og helsetjenesten, sikre korrekte opplysninger fra godkjent helsepersonell, forebygge/avdekke trygdemisbruk, samt styrke individtilsynet. Trygdeetaten har selv ansvar for all saksbehandling som gjelder forhold knyttet til folketrygdlovens bestemmelser. Dette innebærer at det er den

trygdemedisinske rådgivningstjeneste som skal foreta den sakkyndige vurderingen av sykmeldingspraksis, dokumentasjonsstandard i sykdomsbeskrivelser, sammenfall mellom diagnose og behandling, generelle dokumentasjonsrutiner og om attester/erklæringer inneholder de nødvendige opplysninger i forhold til folketrygdlovens bestemmelser. Trygdeetatens leger skal ikke drive tilsyn i tradisjonell forstand. Til støtte i arbeidet med vurdering av forsvarlig takstbruk har Rikstrygdeverket opprettet takstutvalg, der uavhengig ekstern helsefaglig kompetanse samarbeider med trygdeetatens jurister og leger.

Helsetilsynet i fylket skal ikke opptre som sakkyndig for trygdeetaten, men kan nyttes som rådgiver overfor trygdeetaten i ulike sammenhenger, blant annet i helserettslige spørsmål, ved å gi råd om sakkyndige i helsefaglige spørsmål, råd om helsetjenestens organisering, samt andre forhold som tilligger Helsetilsynet i fylkets ansvars- og arbeidsområde. Helsetilsynet i fylket har imidlertid selv ansvar for all saksbehandling knyttet til individtilsynssaker i relasjon til helselovgivningen.

I tillegg til administrative sanksjoner etter helsepersonelloven, følger det av straffebestemmelsen i lovens § 67 at helsepersonell som forsettlig eller grovt uaktsomt overtrer eller medvirker til overtredelse av bestemmelser i loven eller i medhold av den, vil kunne straffes med bøter eller fengsel i inntil tre måneder.

I ”Tilsynsmelding 2005” er det redegjort for Statens helsetilsyn/Helsetilsynet i fylkenes virksomhet i 2005. Det fremgår her at Helsetilsynet i fylkene totalt avsluttet 1965 tilsynssaker mot helsepersonell. Den klart overveiende andel av disse sakene (1321) har sin bakgrunn i klage eller henvendelse fra pasient, pårørende eller disses representant. Av de øvrige sakene har mange sin bakgrunn i klage eller henvendelse fra pasientombudene (142) eller helsepersonellens arbeidsgiver (129). Når det gjelder rettslig grunnlag som de fleste tilsynssakene er vurdert opp mot, synes det å fremgå av tilsynsmeldingens oversikt at ingen saker er vurdert opp mot helsepersonelloven § 15. Oversikten er imidlertid ikke fullstendig og arbeidsgruppen antar også at enkelte saker som er vurdert opp mot forsvarlighetsbestemmelsen i helsepersonelloven § 4, vil kunne ha innslag av § 15 – problematikk.

Når det gjelder mer alvorlige saker, dvs. saker hvor det vurderes administrativ reaksjon mot helsepersonell, oversendes disse fra det enkelte Helsetilsynet i fylket til Statens helsetilsyn. Av tilsynsmeldingen fremgår at Statens helsetilsyn i 2005 behandlet 242 tilsynssaker og ga administrativ reaksjon i 168 saker. 20 av disse sakene rettet seg mot virksomheter, mens de resterende 148 gjaldt helsepersonell (advarsel, tilbakekall av autorisasjon, tilbakekall av rekvireringsrett og begrenset autorisasjon). Statens helsetilsyn har opplyst at de i 2005 mottok tre tilsynssaker hvor helsepersonelloven § 15 ble vurdert. En av disse endte med en advarsel til helsepersonellet.

8.1.2 Trygdemyndighetene

Når det gjelder trygdemyndighetenes kontroll- og sanksjonsmuligheter viser arbeidsgruppen til vedlegg 1, pkt. 3.4. Som det fremgår inneholder folketrygdloven ulike kontroll- eller sanksjonsbestemmelser som retter seg mot både den trygdede selv og mot helsepersonell som avgir eller har avgitt attester, erklæringer o.l. overfor trygden.

Dersom en trygdet gir uriktige opplysninger, holder tilbake opplysninger eller unnlater å etterkomme pålegg etter folketrygdloven, kan trygdeetaten avslå et krav om en ytelse eller stanse eller holde tilbake en allerede innvilget ytelse helt eller delvis, jf. folketrygdloven § 21-7. Etter folketrygdloven § 25-6 kan helsepersonell miste retten til å praktisere for trygdens regning og en lege kan bli utelukket fra å utstede legeerklæringer overfor trygden, jf. folketrygdloven § 25-7. Det å gi uriktige opplysninger eller å ikke gi nødvendige opplysninger kan straffes etter folketrygdloven § 25-12.

Trygdemisbruk som følge av *uriktige erklæringer* kan grovt sett inndeles i to kategorier:

1. Helsepersonell som bevisst skriver uriktige attester/erklæringer hvor formålet er at pasienten skal oppfylle vilkårene til sykepenger, rehabiliteringspenger eller uførepensjon
2. Helsepersonell som ikke skriver attestene/erklæringene på en objektiv måte, men nærmest er pasientens advokat slik at denne skal fylle vilkårene til en stønad fra folketrygden

I tillegg til attester/erklæringer i disse to kategoriene, kan attester/erklæringer med *manglende opplysninger* eller annen form for *dårlig kvalitet* også føre til trygdemisbruk, fordi de inneholder misvisende opplysninger uten at dette er bevisste handlinger fra helsepersonellens side

Forhold som nevnt i pkt. 1 ovenfor er utvilsomt det mest graverende trygdemisbruk. I slike tilfeller kan helsepersonellet bli tiltalt for (medvirkning til) bedrageri av trygdemidler. I slike saker er det ikke sjelden det ryktes at pasienten "kjøper" en erklæring fra behandlingspersonellet. Rikstrygdeverket er kjent med at det angivelig skal forefinnes prislister i forhold til hva slags stønad som ønskes oppnådd med den enkelte erklæring.

Mistanke om trygdemisbruk på grunn av uriktige attester/erklæringer oppstår på forskjellige måter. Gjennom trygdeetatens saksbehandling og kontrollhandlinger avdekkes påfallende virksomhet blant helsepersonell. Det kan være erklæringenes innhold, helsepersonellens refusjonskrav overfor trygden, eller gjennom kontakt/manglende kontakt med helsepersonellet. Trygdeetaten mottar også informasjon fra Helsetilsynet om påfallende praksis og tips fra personer som mener å kjenne til slik virksomhet.

Når det fattes mistanke om uriktige attester/erklæringer begynner et ressurskrevende utredningsarbeid for å avklare de faktiske forhold. Alvorlighetsgraden og styrken av mistanke avgjør hvordan sakene angripes. I tilfeller med stor grad av usikkerhet om de faktiske forhold vil trygdeetaten på et tidlig tidspunkt ta kontakt med helsepersonellet og be om avklaringer på de klanderverdige forholdene. Gjennom en dialog med helsepersonellet vil det bli avklart om det er nødvendig med sanksjoner, eller om helsepersonellet kun trenger å rettleides til å utstede korrekte attester/erklæringer.

I tilfeller hvor det er belegg for å hevde at attester/erklæringer er gitt på en slik måte at dette har ført til, eller kan ha ført til, økonomisk tap for trygden, varsles helsepersonellet om at trygdeetaten vil vurdere sanksjoner etter folketrygdloven §§ 25-6 og 25-7. Helsepersonellet vil da få frist til å komme med kommentarer til de klanderverdige forholdene, før det eventuelt fattes et vedtak om sanksjoner.

I tilfeller hvor det er kvalifisert mistanke om at helsepersonellet bevisst har utstedt uriktige attester/erklæringer for at pasientene skal oppfylle vilkårene til stønad fra folketrygden, vil det bli gjort et grundig utredningsarbeid før helsepersonellet kontaktes. Slike saker vil også kunne bli anmeldt til politiet, uten at trygdeetaten har varslet helsepersonellet på forhånd da det kan være aktuelt med ransakelse og beslag av dokumenter.

I kontrollarbeidet gjennomføres en grundig verifikasjon av uttalelsene i attestene/erklæringene, og pasientenes sykdoms- eller skadeutvikling. Videre benyttes trygdeetatens rådgivende leger og kolleger/psykologer engasjert av trygdeetaten for å gjennomføre nye undersøkelser av pasientene. Kontrollundersøkelsene skiller seg fra vanlige "second opinion"-undersøkelser ved at kollegene/psykologene kjenner til hvilke helsepersonell som er under mistanke. På denne måten kan de være ekstra varsomme med å bygge på erklæringer med uriktige opplysninger, eller velge å se bort fra disse erklæringene. Formålet med kontrollundersøkelsene er å få objektive uttalelser basert på selvstendige undersøkelser av pasientene, utført med god faglig kvalitet og gjennomført etter de vanlige etiske regler for helsepersonell.

Mistanke om uriktige attester/erklæringer fra helsepersonell utredes av Trygdemisbruksseksjonen i Rikstrygdeverket. De siste årene er det stoppet ca 130 uførepensjonssaker som følge av dette arbeidet. Det er sjelden Rikstrygdeverket utestenger noen for kun å skrive attester/erklæringer (folketrygdloven § 25-7) dersom de har rett til å praktisere for trygdens regning. De fleste av disse sakene har vært så alvorlige at Rikstrygdeverket har utestengt helsepersonellet fra å praktisere for trygdens regning (folketrygdloven § 25-6). De siste to årene er 8 - 10 leger utestengt fra å praktisere for trygdens regning i perioder. Tre av disse legene har fått tilbaketrukket sine autorisasjoner av Helsetilsynet. En annen lege er dømt til lengre fengselsstraff for bevisst å ha utstedt erklæringer med uriktig innhold slik at pasientene fikk innvilget sykepengene, rehabiliteringspengene og uførepensjon uten at dette var berettiget.

8.1.3 Norsk pasientskadeerstatning og Pasientskadenemnda

Som redegjort for i vedlegg 3, pkt. 2, behandler Norsk pasientskadeerstatning (NPE) og Pasientskadenemnda (PSN) erstatningskrav fra pasienter innen det offentlige helsevesen. PSN behandler klager på vedtak som er fattet av NPE.

Både NPE og PSN sender ut standardisert informasjonsskriv til sakkyndig helsepersonell som påtar seg oppdrag som sakkyndig. I informasjonsskrivet til den sakkyndige fremgår bl.a. hva en erklæring bør inneholde og det fremgår også at den sakkyndige må vurdere om det foreligger omstendigheter som er egnet til å svekke tilliten til den sakkyndiges upartiskhet. Informasjonsskrivet ledsages av et konkret mandat-brev til den sakkyndige. NPE benytter eksterne sakkyndige i stort omfang (2322 oppdrag i 2005), og har i tillegg 10 rådgivende leger på deltid (enten i ansettelsesforhold eller faste konsulentoppdrag) med ulik medisinsk-faglig bakgrunn.

Disse vurderer saker som ikke sendes ut til eksterne sakkyndige, samt i noen grad erklæringer mottatt av eksterne sakkyndige.

Både NPE og PSN vil med andre ord årlig innhente og/eller vurdere et stort antall attester, erklæringer o.l. fra helsepersonell. Dersom sakkyndige erklæringer ikke besvarer mandatet, mangler opplysninger eller er utydelig på enkelte punkter, vil det bli innhentet supplerende opplysninger fra den sakkyndige. Behandlingen hos NPE/PSN vil slik sett kunne medføre en viss form for ”opplæring” og tilbakemelding i forhold til helsepersonellens utførelse av oppdraget som sakkyndig. Ved behandlingen av konkrete enkeltsaker vil NPE/PSN også direkte eller indirekte kunne overprøve hele eller deler av sakkyndige erklæringer i den enkelte sak.

8.1.4 Straff

Helsepersonellovens straffebestemmelse suppleres av straffeloven (lov 22. mai 1902 nr. 10 Almindelig borgerlig Straffelov), jf. for eksempel korrupsjonsbestemmelsene i lovens §§ 276a – 276c. Helsepersonell som bevisst utarbeider feilaktige erklæringer for at en pasient urettmessig skal motta en ytelse eller oppnå en fordel, vil kunne straffes for korrupsjon eller medvirkning til korrupsjon. I tillegg vil det å bevisst utarbeide uriktige erklæringer kunne rammes av straffelovens bestemmelser om dokumentfalsk, jf. kapittel 18 og da særlig § 189. Dersom noen på bakgrunn av slik erklæring skaffer seg en urettmessig fordel, for eksempel i form av trygdeytelser, vil helsepersonellens opptreden/medvirkning også kunne rammes av straffelovens bestemmelser om bedrageri, jf. §§ 270 – 271a.

8.2 Helsepersonellorganisasjoner

8.2.1 Innledning

Som redegjort for i vedlegg 3, pkt. 10, har en rekke helsepersonellorganisasjoner fastsatt etiske retningslinjer for sine medlemmers yrkesutøvelse. I tillegg til sanksjonssystemet etter helsepersonelloven, vil overtredelse av slikt bransjefastsatt regelverk kunne utløse sanksjoner fra bransjen selv mot det enkelte helsepersonell.

Enkelte helsepersonellorganisasjoners etiske retningslinjer er forholdsvis generelle eller overordnede, mens andre organisasjoner derimot har til dels svært omfattende og detaljerte etiske retningslinjer som også inneholder spesialbestemmelser om helsepersonellens rolle som sakkyndig.

Idet leger og psykologer står for den klart største andelen av ulike attester, erklæringer o.l., er det i det videre kun redegjort for Legeforeningens og Psykologforeningens arbeid med saker knyttet til overtredelse av etiske retningslinjer.

8.2.2 Legeforeningen

Legeforeningens ”Rådet for legeetikk” har behandlet en rekke klagesaker om påstått brudd på etiske retningslinjer i forbindelse med medlemmets/legens utarbeidelse av sakkyndige erklæringer eller utstedelse av attester, erklæringer og lignende. Rådet utarbeider årlig en beretning hvor det i tillegg til å redegjøre for drøftelser av etiske

problemstillinger av overordnet eller prinsipiell art, også redegjøres for enkelte av disse klagesakene.²³

I årsberetningene for perioden 1. juli 1999 – 31. desember 2005 er referert 15 saker som vedrører de etiske regler knyttet til attestutstedelse. De fleste av disse, 9 saker, dreier seg om klager fra forsikringsselskaper på erklæringer i forbindelse med tegning av forsikring eller i forbindelse med erstatningsoppgjør. Av disse utgjorde flertallet (6) situasjoner hvor legen hadde gitt mangelfulle opplysninger i erklæringen. Noen av disse var ganske grove, og nærmet seg den objektive gjerningsbeskrivelse i straffeloven § 270 om bedrageri.

Som eksempel kan nevnes sak 1.2 i årsberetningen fra 2003/2004. Legen hadde her skrevet i forbindelse med at pasienten skulle tegne livsforsikring: "*Pasientens navn og fødselsdato*) har de beste leveutsikter og god fremtidig arbeidsevne". For øvrig ble ikke gitt helseopplysninger av betydning. Senere kom det frem at legen kjente til at forsikringssøker på søknadstidspunktet hadde vært sammenhengende syk/på atføring i mer enn seks år.

I andre tilfeller var unnlåtelsen mer unnskyldelig. I ett tilfelle ble legen kritisert for ikke å ha oppgitt at det kunne være grunn til mistanke om alkoholisme hos pasienten ved å peke på de indikasjoner som fantes, selv om disse på ingen måte var tilstrekkelige til at legen kunne hevde at vedkommende hadde et alkoholmisbruk (sak 1 for 2000/2001).

Et par av sakene dreide seg om kolleger som klaget på at de var kritisert i den erklæringen som var utstedt. Ellers var det spredte spørsmål som ble tatt opp om bl.a. legeerklæringens form og innhold bl.a. av ikke-helsemessig art.

Rådet har i forbindelse med forsikringssakene pekt på at det generelle utgangspunkt er at en lege ikke skal gi fra seg flere opplysninger enn det som er nødvendig for formålet. Opplysningene i en helseerklæring skal dessuten ligge innen rammen av en gitt samtykkeerklæring. Hvis en lege er i tvil om det siste er tilfellet, kan pasienten forespørres nærmere. Legen er i utgangspunktet bundet av det begrensede samtykke som pasienten har gitt til å bringe pasientopplysninger til forsikringsselskapets kunnskap, men denne begrensning kan medføre at legen bør gjøre forsikringsselskapet oppmerksom på at det oversendte journalmaterialet er avgrenset eller eventuelt avstå fra å utstede attestutstedelsen (se for eksempel sak 5 for 2004/2005).

Basert på de klagesaker som det er redegjort for i beretningene i nevnte periode, og som vedrører de etiske regler knyttet til attestutstedelse, synes følgende å være de mest vanlige klagebegrunnelsene (enten alene eller i en kombinasjon):

- Erklæringene hevdes å være så knappe eller upresise at de kan misforstås
- Det hevdes at det i erklæringen er gitt mangelfulle opplysninger

²³ Flere av disse beretninger er blant annet gjort tilgjengelig på Legeforeningens hjemmeside (www.legeforeningen.no).

- Det hevdes at det i erklæringen er fortiet eller utelatt opplysninger som legen burde ha forstått var relevant for formålet
- Selv om erklæringen riktignok besvarer det som det konkret spørres om, hevdes det at legen likevel har unnlatt å gi opplysninger som legen burde ha forstått at det også ville vært relevant å opplyse om
- Det hevdes at legen har identifisert seg for mye med pasienten og dennes situasjon, og da slik at legen utarbeider erklæringer som det muligens ikke var faglig dekning for eller at legen av den grunn utelater opplysninger som ellers ville talt til pasientens ”ulempe”.

Når det gjelder forholdet mellom kritikk eller ikke kritikk i klagesakene generelt, er det vanskelig å si noe sikkert om dette. Som nevnt er det kun et utvalg klagesaker som det redegjøres for i beretningene. I tillegg er det naturlig å anta at det ut fra et lærings- eller kvalitetssikringssynspunkt, vil være mer relevant å redegjøre for klagesaker hvor lege har opptrådt i strid med de etiske retningslinjene, enn det motsatte. Slik sett er det vanskelig å si noe sikkert om hvor stor andel av de totale klager som ender med kritikk. Blant de saker som det er *redegjort for*, synes imidlertid ca halvparten å ende med en eller annen form for kritikk eller konstatering av at legen har opptrådt i strid med retningslinjene.

8.2.3 Psykologforeningen

Norsk psykologforenings ”Fag-etisk råd” behandler saker om påstått brudd på etiske retningslinjer, herunder påstått brudd på etiske retningslinjer i forbindelse med medlemmets/psykologens utarbeidelse av sakkyndige erklæringer eller utstedelse av attester, erklæringer og lignende.

Fag-etisk råd leverer beretning til Landsmøtet hvert tredje år, men Psykologforeningen publiserer ikke egne beretninger eller årsrapporter hvor det redegjøres for rådets avgjørelser. Psykologforeningen har imidlertid oversendt statistikk for perioden 1. januar 2004 – 31. desember 2005.²⁴

Det fremgår her at Fag-etisk råd i perioden mottok i alt 63 klagesaker. Antall klagesaker pr. år er oppgitt å holde seg på samme nivå som det har gjort de siste nesten 20 årene. Dette til tross for at antall psykologer i perioden har økt.

Statistikken viser at det er flest klagesaker innen området sakkyndighetsarbeid (34 saker), og da spesielt i forhold til familierett. I denne kategorien kommer barnefordelingssakene. Klager har benyttet advokat som fullmektig i 10 av sakene.

Av de 34 sakene som inngår i kategorien sakkyndighetsarbeid ble 16 saker åpnet, 16 saker avvist og 2 saker er foreløpig ikke avgjort. Avvisning av en sak skjer hvor Fag-etisk råd etter en vurdering av klagen og en foreløpig rapport kommer frem til at det ikke er noe grunnlag for videre utredning. Det vil si at Fag-etisk råd ikke kan finne noe som tilsier at det foreligger fag-etisk brudd.

²⁴ Oversendt sekretariatet fra leder for Fag-etisk råd, Nina Berg. Statistikken er utarbeidet av Nina Berg og førsteamanuensis dr. philos Knut Dalen, UiB, leder av Fag-etisk råd t.o.m. 2001.

Av de 16 sakene som Fag-etisk råd åpnet innen området sakkyndighet, konkluderte rådet med brudd i 6 saker. Det vil si at av totalt 34 saker innen denne kategorien (hvorav 2 som nevnt foreløpig ikke er avgjort) er det konkludert med brudd i 6 saker.