



MASTEROPPGAVE I HISTORIE

INSTITUTT FOR ARKEOLOGI, HISTORIE, KULTUR OG

RELIGIONSVITENSKAP

UNIVERSITETET I BERGEN

En felles helsepersonellov

- **nye utfordringer for helseprofesjonene**

TORDIS KARIN HOVDE

HØSTEN 2008

Forord

Jeg har mange å takke for at jeg har fått muligheten til å gjennomføre en master i historie, studieretning arbeidslivstudiet ved Institutt for arkeologi, historie, kultur- og religionsvitenskap (AHKR) ved Universitetet i Bergen Arbeidslivsstudiet ved AHKR ved Universitetet i Bergen har vært fire svært lærerike år. På samme tid har det også vært krevende å være deltidsstudent i kombinasjon med avdelingssykepleier stillingen som jeg er ansatt i ved kirurgisk intensiv avdeling ved Molde Sykehus. Det har derfor vært av stor betydning at jeg har fått være heltidsstudent i åtte uker i innspurten av oppgaven for å fullføre mastergraden.

Aller først vil jeg takke Norsk Sykepleierforbund som gav meg økonomisk støtte til å delta på introduksjonsstudiet om arbeidslivshistorie ved universitetet i Bergen.

Jeg vil takke min arbeidsgiver, Helse Nordmøre og Romsdal HF ved Eirik Heggemsnes, Bjørn Engum, Einar Myklebust og Geir Mjelva Moen for økonomisk støtte, tilrettelegging for studie - dager og for å delta på semestersamlingene gjennom fire år. Jeg er svært takknemlig for den velvillighet som er vist meg

Takk til Solveig Gulliksen som på en enestående måte har overtatt min funksjon og arbeidsoppgaver på kirurgisk intensiv avdeling i innspurten av oppgaven. Takk til alle ved kirurgisk intensiv avdeling ved Molde Sykehus for positiv drivkraft i arbeidet med masteroppgaven.

Så må jeg takke min familie for all støtte. Til Ståle – takk.

Til slutt vil jeg takke veileder Jan Heiret ved AHKR, UIB. Dette hadde aldri kommet i mål uten deg, takk for konstruktiv og kritisk veiledning. Dine pedagogiske evner er utrettelig og energiske. Du har lært meg mye. Takk

Molde, den 19. November 2008

Tordis Karin Hovde

Abstract

This master's thesis examines the legislative process that led to the passing of one law for all health service professionals in Norway in 1999, a process that took 12 years. The object of the thesis is to explain and understand the development between the Norwegian Government and the health service professions, and the relationship between these various professions through the development of this law.

My main sources are political documents relating to the legislative process; additionally, literature on health service professions.

The purpose of the new law was to state more clearly the responsibility and duties of each health service professional. Consequently, the safe medical practise condition (Norway: "Forsvarlighetskravet") became the most important part of the law. This implied a duty to act in accordance with the duties imposed by the law and the guidelines for safe medical practise for each profession.

In this thesis, I have examined the question of whether or not the law was able to change the relationship between the professions. According to the Government, the passing of one law covering all professions in the health service would contribute to a sense of fellowship between them. My examination of these questions does not give a clear indication of success. On the one hand, the law caused a sense of duty, which would indicate an increased sense of fellowship. On the other, the way the law stated more clearly the responsibility of health service professionals could cause each profession to accentuate its own competence and field of work more than what had previously been the case.

With this legislative proposal, the Government intended to strengthen its control of health politics. It is difficult to say with any degree of certainty that the law has in fact contributed to this. On the contrary, it is possible to indicate that the Government did not succeed, based on two matters: One is the part of the law, which states that other health service professionals cannot overrule medical decisions made by physicians. The other is the provision in the law stating that each health institution must arrange for the individual enforcement of safe medical practise.

I can, however, conclude with considerable certainty that the provision in the law regarding safe medical practise has strengthened the rights of the patient, which was its main intention.

| | |
|--|-----------|
| EN FELLES HELSEPERSONELLOV ----- | 1 |
| ▪ NYE UTFORDRINGER FOR HELSEPROFESJONENE ----- | 1 |
| FORORD ----- | 2 |
| ABSTRACT ----- | 3 |
| 1.0 OM HELSEPROFESJONENES FORHOLD TIL HVERANDRE OG OM PROFESJONSLOVENE ----- | 6 |
| 1.1 Innledning og bakgrunn for oppgaven..... | 6 |
| 1.1.1 Avgrensning av tema..... | 6 |
| 1.1.2 Kilder..... | 7 |
| 1.2 Om jurisdiksjonsmetoden og om helseprofesjonens indre hierarki | 9 |
| 1.2.1 Det klassisk legefokuserte perspektivet..... | 10 |
| 1.2.2 Maktperspektivet..... | 11 |
| 1.3.3 Det historisk – sosiologisk perspektivet | 12 |
| 1.3.4 Profesjonenes forhold til hverandre..... | 14 |
| 1.3 Likheter og forskjeller på de ulike profesjonslovene | 15 |
| 1.4 Om jurisdiksjonsmetoden, profesjonene og lovene, en foreløpig tolkning..... | 17 |
| 2.0 MYNDIGHETENS BEGRUNNELSE FOR EN NY FELLES HELSEPERSONELLOV ----- | 19 |
| 2.1 Hovedinnholdet i meldingen krevde nye helsetiltak..... | 19 |
| 2.2 Myndighetens forslag til konkrete tiltak for å øke samarbeidet mellom helseprofesjonene | 20 |
| 2.3 Hva var det myndighetene sa – en oppsummering..... | 23 |
| 3.0 EN FELLES HELSEPERSONELLOV - EN UTFORDRING FOR HELSEPROFESJONENE ----- | 27 |
| 3.1 Hovedinnholdet i utredningen | 27 |
| 3.1.1 Hvem skulle utrede en felles helsepersonellov..... | 27 |
| 3.2 Hvorfor en felles lov – Om likheter og ulikheter av de eksisterende profesjonslover..... | 28 |
| 3.3 Hva innebar forsvarlighetskravet i lovforslaget? | 31 |
| 3.4 Lovforslaget om likheten av forsvarlighetsbegrepet, hva innebar det for profesjonene..... | 32 |
| 3.5. Forsvarlighetskravets konsekvenser for den enkelte helsearbeider | 35 |
| 3.6 Hva innebar forsvarlighetskravet for samarbeidet mellom profesjonene | 36 |
| 3.7 Hva betydde forsvarlighetskravet for den som skulle lede en helsevirksomhet..... | 37 |
| 3.8 Hva mente profesjonsforeningene?..... | 38 |

| | |
|--|-----------|
| 3.9 Refleksjon og oppsummering..... | 39 |
| 4.0 HØRINGSNOTATET OG HØRINGSINSTANSENE SVAR ----- | 42 |
| 4.1 Hva ville myndighetene ha svar på i høringen..... | 42 |
| 4.2 Legeforeningen høringssvar | 45 |
| 4.3 Sykepleierforbundets høringssvar..... | 49 |
| 4.4 Refleksjon og oppsummering | 50 |
| 5.0 PÅVIRKET PROFESJONENE RESULTATET OM EN FELLES HELSEPERSONELLOV ----- | 53 |
| 5.1 Om Odelstingsproposisjon myndighet | 53 |
| 5.2 Odelstingstingets overordnede syn på lovforslaget | 54 |
| 5.3 Ble lovforslaget om det generelle forsvarlighetsbegrepet videreført? | 54 |
| 5.4 Odelstingsproposisjonens nye lovforslag om medisinsk faglig ansvar | 56 |
| 5.5 Var forsvarlighetskravet om samhandling med andre helseprofesjoner endret? | 59 |
| 5.6 Ble forsvarlighetskravet om virksomhetseiers systemansvar lovfestet?..... | 59 |
| 5.7 Sosialkomiteen innstilling og mindretallsinnstilling om forsvarlighetskravet du med et annet flertall | 61 |
| 5.8 Stortingsdebatten | 62 |
| 6.0 AVSLUTTENDE OPPSUMMERING OG REFLEKSJON----- | 65 |
| 6.1 Innfridde loven myndighetens ønske i stortingsmeldingen om økt felleskapsfølelse mellom profesjonene?..... | 65 |
| 6.2 Samsvarte loven med myndighetens ønske om økt styring og kontroll av profesjonene? | 66 |
| 6.3 Endret lovprosessen profesjonenes posisjon til hverandre?..... | 67 |
| 6.4 Vil loven svare til myndighetenes intensjon om å gi pasientene et forsvarlig helsetilbud?..... | 68 |
| 7.0 REFERANSER ----- | 69 |

1.0 Om helseprofesjonenes forhold til hverandre og om profesjonslovene

1.1 Innledning og bakgrunn for oppgaven

Tema for min masteroppgave vil være å følge utredningen og lovprosessen som førte frem til en felles helsepersonellov for alt autorisert helsepersonell i Norge¹. Tidsperspektivet fra lovprosessen startet frem til endelig lovvedtak, er fra 1987 til 2000.

Fra før hadde helseprofesjonene egne lover, totalt var de ni ulike lover som regulerte sytten helseprofesjoner. De forskjellige profesjonslovene var laget innenfor store tidsforskjeller fra 1956² til 1980³ og hadde svært ulik utforming og innhold. Disse lovene ønsket myndighetene å harmonisere i en felles helsepersonellov.

Denne innledningen fører til at jeg ønsker å få belyst følgende problemstillinger i oppgaven. Kan jeg gjennom dokumentene finne forklaringer på hvorfor myndighetene satte i gang utredning av en felles helsepersonellov? Hvordan stilte profesjonsforeninger seg til forslaget? Dersom profesjonene hadde ulike syn på forslaget, hva var i så fall årsaken til det? Kunne lovforslaget endre helseprofesjonenes posisjon både internt og eksternt? Fikk profesjonsforeningene i noen grad mulighet til å påvirke utformingen av loven?

Oppgaven tar sikte på å forklare og forstå utviklingen mellom helseprofesjonene og myndighetene, og mellom de ulike helseprofesjonene gjennom utredningen av en felles helsepersonellov. Oppgaven vil følge lovprosessen kronologisk.

1.1.1 Avgrensning av tema

Tidsperspektivet på selve utredningsarbeidet av en felles helsepersonellov var fra 1987 til 2000. Det er innenfor dette tidsperspektivet hoveddelen av oppgaven vil omhandle.

Imidlertid vil det være nødvendig, før jeg ser på selve utredningsdokumentene, å trekke frem et perspektiv som kan være med å forklare profesjonenes vekst og forhold til hverandre. Av de ni profesjonslover som eksisterte og som omfattet sytten ulike

¹ Lov om helsepersonell

² Lov av 13. juni 1956 Lov om fysioterapeuter og mensendiecksykegymaster

³ Lov av 13. juni 1980 Legeloven

helseprofesjoner, vil jeg derfor velge å se på lege og sykepleierprofesjonen. Bakgrunnen for dette utvalget, er at disse profesjonene var sentrale aktører under utredningsarbeidet. I tillegg har Norsk Sykepleierforbund (heretter Sykepleierforbundet) og Den Norske Legeforening (heretter Legeforeningen) vært en premissleverandør i norsk helsetjeneste og har innehatt et betydelig samfunnsansvar i den offentlige velferdspolitikken. Deres fagforenings meninger og reaksjoner vil derfor være interessant og betydningsfull i denne sammenhengen.

Imidlertid så mener jeg ikke å utelukke de øvrige profesjonene som dette også angikk, men de vil bli tatt med i mindre grad, og vil trekkes inn ved situasjoner som er med på å gi et så objektivt bilde som mulig av problemstillingen.

1.1.2 Kilder

Kildene jeg vil støtte meg til er dokumentene som inneholder forarbeidet til utredningen av en felles helsepersonellov, selve utredningsdokumentet, innstilling fra sosialkomiteen, høringsvarene fra fagforeningene og innstillingen til lovvedtaket. For å gi en helhetlig oversikt av kildene vil jeg kort vise til de ulike dokumentene som ble utredet i saken. Fra stortingsmeldingen i 1987 frem til endelig lovvedtak i år 1999 tok lovprosessen tolv år.⁴ Sosialkomiteen behandlet stortingsmeldingen og støttet behovet for en lovutredning om en felles helselov.⁵ Utredningen tok tre år, og ble overlevert statsråden i 1993.⁶ Fra utredningen var ferdig i 1993 skulle det gå fire nye år før fortsettelsen av lovforslaget kom. I 1997 kom høringsnotatet fra sosial og helsedepartementet.⁷ Dette dokumentet hadde en gjennomgang og oppsummering av utredningen om en felles helsepersonellov, som pekte på hovedområder og hovedproblemer i lovforslaget, og det var dette dokumentet som høringsinstansene skulle svare på innen november samme år. Etter høringsfristens utløp, fortsatte lovprosessen ved at regjeringen la frem odelstingsproposisjon om lov om helsepersonell 13. november 1998,⁸ og som ble behandlet i sosialkomiteen 13. november 1998.⁹ Sosialkomiteens la frem sin innstilling, og stortingsrepresentantene debatterte og voterte over lovforslaget 22. april 1999.¹⁰

⁴ St. meld. nr 41(1987 - 88) Helsepolitikken mot år 2000. Nasjonal helseplan

⁵ Inst. S nr 120 (1988 -89)

⁶ NOU Helsepersonells rettigheter og plikter. Utkast til lov med motiver

⁷ HOD Høringsnotat. Lov om helsepersonell. 1. juli 1997

⁸ Ot. propp nr 13 1998- 99 Om lov om helsepersonell mv

⁹ Inst. O nr 58 Innstilling fra sosialkomiteen om lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven)

¹⁰ Stortingsdebatten 22.04.99 Dokumentert i stortingets arkiv, sak 2. s 458 – 464, votering s 468

Etter stortingsdebatten gikk lovforslaget til behandling i lagtinget 27. april 1999¹¹ og loven ble sanksjonert 2. juli 1999.¹²

Av de politiske dokumentene vil stortingsmeldingen være innledningen til utredningen. Stortingsmeldingen¹³ var det første dokumentet som redegjorde for begrunnelsen og behovet for en felles helsepersonellov. Denne stortingsmeldingen var også en nasjonal helseplan, og dermed inneholdt den mange områder ved helsetjenesten som skulle sees nærmere på. I den kom også myndighetens begrunnelser for å iverksette den aktuelle lovutredningen.¹⁴

Stortingsmeldingen utløste nye utredninger og nye meldinger. Det kan se ut som nittitallet ble omorganiseringens og reformens tiår innenfor helsetjenesten der myndighetene utredet lov om helsepersonell,¹⁵ lov om pasientrettigheter.¹⁶, og fem år senere kom utredningen om organiseringen av helsetjenestene¹⁷, alt innenfor 1990 tallet under ulike regjeringer.

De forskjellige utredningene var sammenvevd og sammensatt i hverandre. Det var derfor viktig å utrede lovforslaget om en felles helsepersonellov på en slik måte slik at den ikke kom på kollisjonskurs med de overnevnte lovforslagene, men derimot harmoniserte og tok hensyn til den øvrige lovutredningen om pasienters rettigheter og om organisering av helsetjenestene. NOU: 1993:33 inneholder selve utredningsarbeidet av lovforslaget og vil naturligvis gies mye plass i oppgaven, likedan vil høringsvarene på lovforslaget fra fagforeningene.¹⁸

De formelle høringsvarene fra sykepleierforbundet og legeforeningen vil bli gjennomgått med vekt på de uenighetene / enigheter profesjonene fremstilte. I tillegg til de formelle høringsvarene fra legeforeningen og sykepleierforbundet, vil jeg trekke inn kommentarer fra intervjuene jeg har gjort med begge profesjonsforeningene. Dette, fordi det kan fremkomme ytterligere forklarede synspunkter. At deler av disse intervjuene allerede er omtalt under gjennomgangen av NOU utredningen, falt naturlig. Hensikten med å gjøre det slik, var å tydeliggjøre og få en ytterligere forklaring på profesjonenes synspunkter i de ulike stadier lovprosessen befant seg på. Derfor blir de trukket inn under dette kapitlet i samsvar

¹¹ <http://www.stortinget.no/o/t/id/1998/o990422-02.html>

¹² Lov om helsepersonell, Lov nr. 64 2.7 1999(Helsepersonelloven)

¹³ Stortingsmelding nr 41 Helsepolitikken mot år 2000 Nasjonal helseplan 1987 1988

¹⁴ Stortingsmelding nr 41 Helsepolitikken mot år 2000 Nasjonal helseplan 1987 1988

¹⁵ NOU 1993:33. Helsepersonellsrettigheter og plikter Utkast til lov med motiver

¹⁶ NOU 1992:8 Lov om pasientrettigheter

¹⁷ NOU 1997: 2 Pasienten først Ledelse og organisering i sykehus

¹⁸HOD Høringsnotat. Lov om helsepersonell

med lovprosessens gang. I tillegg vil intervjuet med Bente Ohnstad og hennes kommentarer være relevante under høringsssvarene.

Innenfor litteraturen vil jeg se hva Vibeke Erichsen mener¹⁹. I boken Profesjonsmakt belyser hun sammenhenger mellom historiske utviklingstrekk og aktuelle utfordringer i helsetjenesten Hun beskriver hvordan de ulike profesjonene har fungert innenfra og hvordan de ulike helseprofesjoner har innrettet seg i forhold til hverandre. Hvorfor og hvordan det har blitt slik, viser hun gjennom ulike jurisdiksjonsformer²⁰. Jurisdiksjonsformene kan bli et vesentlig poeng i oppgaven, nettopp for å få analysert de ulike fagprofesjoners reaksjoner i utredningen av en felles helsepersonellov. Kari Melby har skrevet Sykepleierforbundets historie, denne boken vil også være aktuell i oppgaven.²¹

1.2 Om jurisdiksjonsmetoden og om helseprofesjonens indre hierarki

Vibeke Erichsen fremstiller temaet ved at hun ser på helseprofesjonene fra innsiden, og dermed belyser hun profesjonene fra en annen synsvinkel.²². Dermed kan hennes analyse kaste nytt lys over, og forklare den enkelte helseprofesjons reaksjon under utredningsarbeidet av en felles helsepersonellov sett i sammenheng med de to profesjonshistoriene.

Vibeke Erichsen analyserer helsetjenesten og helseprofesjonenes innretninger i tre historiske perspektiv. Først presenterer hun kaller det klassisk legefokuserende perspektivet som varte fra 1930 tallet og frem til 1970 tallet. I det neste perspektivet ser hun på maktperspektivet profesjonene imellom, denne perioden ble tydelig i slutten av 1960 tallet og så langt frem som til 1980 tallet, som også er omtalt som ” profesjokratiet diktatur”²³.

Det historisk – sosiologiske perspektiv er det mest interessante, for det er i dette perspektivet Erichsen har studert profesjonene på innsiden og det er her hun presenterer

¹⁹ Erichsen Vibeke: Profesjonsmakt På sporet av en norsk helsepolitisk tradisjon 2003

²⁰ Erichsen Vibeke: Profesjonsmakt: Jurisdiksjonsteorien kom opprinnelig av A. Abbott 1988: The systems of professions. Jurisdiksjonsbegrepet springer ut fra juridisk terminologi og kan oversettes med en domstols stedlige og saklige virkeområde. Innenfor helseprofesjonene betyr det profesjonenes myndighet og ansvar innenfor et arbeidsområde s. 46

²¹ Melby Kari Norsk Kall og Kamp Sykepleierforbunds historie (1990)

²² Erichsen Vibeke: Profesjonsmakt Tano Aschehoug 2003

²³ Erichsen Vibeke profesjonsmakt s 25, Nyhus 1979

jurisdiksjonsteorien.²⁴ Før jeg ser på den, vil vi se på Erichsens to første perspektiv, nettopp for forstå den historiske sammenhengen om helseprofesjonenes utvikling.

1.2.1 Det klassisk legefokuserte perspektivet

Erichsen sier at i det klassisk legefokuserte perspektivet er tidsperspektivet fra 1930-årene og frem til midten av 1970-tallet. Erichsen viser til Carr Saunders og Wilsons bok: *The Professions* som kom ut i 1933. Der beskrives utviklingen av ulike profesjoner og fremhever spesielt de profesjoner som hadde velutviklede ordninger for opplæring. Blant annet var det formelle adgangsreguleringer til yrket og enkelte profesjoner hadde utformet en etisk kodeks for yrkesutøvelsen. Hvem var så disse profesjonene, jo først og fremst var det leger og tannleger, jurister og apotekere.²⁵

I England ble forløpet til legeprofesjon smeltet sammen av kirurger, apotekere og psyysici. I Norge skjedde det tilsvarende, at skillet mellom kirurger og psyysici ble utvisket da universitetet i Norge ble grunnlagt i 1811. Historisk har legeprofesjonens oppfatninger vært en viktig premissleverandør både i utforming og gjennomføring av den offentlige helsepolitikken. Leger og tannleger var etablert i Norge lenge før utbyggingen av velferdsstaten skjød fart, selve sammenvevingen av staten og legeprofesjon begynte for fullt i mellomkrigstiden. Veksten av profesjonsutdanningen ved universitetene og legenes framgang ovenfor konkurrerende behandlere var avgjørende for deres posisjon i samfunnet. Derfor ble egenskapene som kjennetegnet disse profesjonene, lagt til grunn ved en rekke studier på 1950- og 60-tallet. Denne forskningstradisjonen bidro til å heroisere enkeltyrker som mer høyverdige og vitenskapelige enn andre profesjoner, deriblant legeprofesjon. Legene var den sentrale og positive kraft i helsetjenesten og dermed overordnet andre helseprofesjoner. Erichsen sier at der kunnskapsgrunnlaget er avledet av en medisinsk kunnskap, vil andre helseprofesjoner være naturlig underordnet legenes plass innenfor den medisinske arbeidsdelingen.²⁶ Til eksempel ville sykepleiere og andre hjelpende yrker være underordnet legenes posisjon. Erichsen deler helseprofesjonene først i to dimensjoner, der hun ser på verdigrunnlag og kunnskapstilknytning. Yrker som er vitenskapsbaserte og rettet mot helse plasseres seg øverst i helsehierarkiet, mens derimot yrker som har en instrumental verdi som

²⁴ Jurisdiksjonsteorien kom opprinnelig av A. Abbott 1988: *The systems of professions*. Jurisdiksjonsbegrepet springer ut fra juridisk terminologi og kan oversettes med en domsstols stedlige og saklige virkeområde. Innenfor helseprofesjonene betyr det profesjonenes myndighet og ansvar innenfor et arbeidsområde.

²⁵ Erichsen V profesjonsmakt 2003 s 26

²⁶ Erichsen V Profesjonsmakt 2003, s. 25

er basert på empirisk kunnskap, er plassert nederst i helsehierarkiet. Som utviklingen går, bygges det opp et kompleks av yrker der spesialiteter innenfor medisin og sykepleie er innordnet i forhold til hverandre og er svært selvstendige.

Men innordningen av de ulike profesjoner foregår ikke smertefritt, sier forfatteren, det er i koplingen mellom mikro og makronivå spenningene og utviklingen mellom profesjonene er. Med makronivå mener hun de formelle kvalifikasjonskrav og de grenser den offentlige politikken setter. Til eksempel profesjonslovene. Men det er på mikronivå relasjonene mellom profesjonene utformes gjennom arbeidsdeling på den enkelte arbeidsplass. Det er i spenningen mellom de to nivåene, ulike mekanismer fremtrer for utforming av helsetjenesten.²⁷ Brytninger av interesser og verdier fra de forskjellige profesjoner viser seg som et grunnleggende og formgivende trekk i helsetjenesten. Profesjonens brytninger av interesser og verdier kaller hun profesjonsmakt. Denne makten deler seg inn på forskjellige måter, men Erichsen følger Abotts teori at profesjonenes plass i hierarkiet må sees i sammenheng i form av ulike jurisdiksjoner.

1.2.2 Maktperspektivet

Det skjedde en endring fra 1970 tallet, der nye studier kritisk begynte å fokusere på forutsetningene fra den klassiske profesjonslitteraturen. Tidligere studier ble sett på med nye øyne og man ante at var mer komplisert enn hva som tidligere var skrevet om profesjoner. Det var ikke bare et makronivå. Både profesjoners forhold til hverandre og forholdet mellom profesjonene og pasienter ble sett nærmere på. Nye studier avslørte tidligere studier som ideologiske. Til eksempel sier Erichsen at forholdet mellom lege og pasient ble beskrevet som en maktrelasjon hvor profesjonenes subjektive interesser mer enn objektive allmennhensyn stod i sentrum for deres yrkesutøvelse.²⁸ Innenfor dette perspektivet beskriver Erichsen tre ulike former for kontroll, der profesjonskontroll var den første, den andre var klientkontroll og den tredje var statlig kontroll. Profesjonskontroll er karakterisert ved at en autonom og homogen profesjon definerer behov og behandling for pasientene. Motpolen til egenkontroll for profesjonene, er klientkontroll, men den er fragmentert og lokalt orientert, altså om seg selv og følgelig ikke så sterk gruppe. Den tredje kontrollen er staten.²⁹ Innenfor denne tredelingen var legene de sentrale drivkreftene i helsevesenet, og på 1980 tallet mente

²⁷ Erichsen 2003 s.14

²⁸ Erichsen 2003 s.26

²⁹ Erichsen 2003 s.25

forskerne at maktperspektivet mer enn vitenskapelig kunnskap, stod i fokus hos legene³⁰. Og, legger hun til, legene hadde innflytelse gjennom flere system, deres egen fagorganisasjon, i de medisinske fakultetene og hos de sentrale helsemyndigheter.

Parallelt med maktperspektivkritikken fra forskerne, kom det en økende kritikk fra politisk hold av alle helseprofesjonene på slutten av 1970 tallet.³¹ Politikerne var skeptiske til helseprofesjonenes sterke stilling, og som i verste fall kunne komme i konflikt med prinsippet om folkestyret. I tillegg kom det en økende skepsis for at helseprofesjonenes sterke posisjon førte til at profesjonsutdanningene ble laget for profesjonene selv og ikke til samfunnets beste.³² Kompetanseoverlapping og konflikter mellom de ulike helseprofesjoner kunne også bli resultatet. Slik sett kom det sammenfallende kritikk fra to kanter på slutten av 1970 tallet, både fra forskere og fra politisk hold.

1.3.3 Det historisk – sosiologisk perspektivet

Erichsens sier at det overordnede perspektivet som omfatter både det legefokuserte og maktperspektivet finner vi i det sosiologisk historiske perspektivet. Det er fra dette perspektivet hun tar frem jurisdiksjonsmetoden som vi skal høre om i neste underkapitel

Erichsen viser til Freidson`s studier³³, som hadde kommet frem til at legene i stor grad dominerte helsevesenet både i organisering og utvikling, og at dette ble oppfattet som interessepolitikk. Denne dominansen innebar, at legene kontrollerte ikke bare det medisinske, men også det settet av sosiale relasjoner de inngikk i. Den sentrale posisjon legene hadde, påvirket det daglige arbeidslivet for andre helseprofesjoner. Erichsen flytter fokus fra å analysere profesjonsstrategier til å se på hvordan profesjoner kobles til hverandre gjennom arbeidsinndeling. Hun sier:” Det er ved å gå inn i arbeidet i den konkrete produksjonen av helsevesenets tjenester at en kan forstå hvordan det profesjonelle systemet blir konstruert som et system av profesjonelle relasjoner. Forbindelsen mellom en profesjon og dets arbeid blir selve ryggraden i profesjonene”³⁴

Erichsen sier at profesjonene må betraktes som sosialt konstruerte, fordi de er i stor grad produkter av sosiale, politiske og kulturelle forhold. Ulike profesjoner i forskjellige land viser at profesjonell helsekunnskap ikke blir automatisk organisert i bestemte yrker.

³⁰ Erichsen V Profesjonsmakt 2003, s. 25

Eiliot Freidson 1970 Professional dominance New York Aterhton

³¹ Stortingsmelding nr 45, s58 1980 /81

³² Erichsen V Profesjonsmakt s 26

³³ Erichsen V Profesjonsmakt s 25

³⁴ Erichsen V Profesjonsmakt s 28

Vernepleierutdannelse finnes til eksempel kun i de skandinaviske land.³⁵ Tannleger i Italia har til nylig vært en del av den medisinske utdanningen.

Ved å se de ulike profesjonene i en sosial, kulturell og kunnskapsmessig sammenheng vil en forstå hvorfor inndelingen av de ulike profesjoners posisjon har utviklet seg. Helsetjenesten blir analysert som et profesjonssystem der profesjoner er forbundet med hverandre i de arbeidsoppgavene de utfører. Innenfor helsetjenesten vil det mellom den som bestemmer på den ene siden, og de som utfører arbeidet på den andre siden, foregå en kontinuerlig spenning, men også et viktig samspill.³⁶

Hun mener det skjer en endring og en reetablering av de jurisdiksjonsforholdene mellom profesjonene. Hvordan det kommer til uttrykk avhenger av flere variabler, der kunnskap, tillit og verdsetting er sammenvevd i hverandre. En helsetjeneste et sted kunne derfor være ulik en tilsvarende helsetjeneste et annet sted. Dette er dette Erichsen beskriver som det sosiologiske - historiske perspektiv. Hun sier videre at når en aksepterer at det finnes et slikt perspektiv, vil det være mulig å analysere hvordan bestemte kunnskapssyn nedfeller seg i tenkemåter og behandlingsmåter. Disse elementene bæres frem av måter helsetjenesten er organisert på. Med dette som utgangspunkt går hun inn i selve dybden på hvorfor og hvordan helsetjenestens profesjoner formes og hvordan de utøver sin kunnskap. Innenfor det sosiologiske - historiske mener hun at aktørene er frie, men at de ligger likevel innenfor gitte rammer. Rammene viser hvordan penger blir kalkulert inn i systemet, og at sammenhenger mellom mål og midler er det eneste sentrale. Rammene er omgitt av diskurser og konflikter om teorier og tyngdepunkt som ikke automatisk fanges inn som en sannhet fra vitenskapelig hold.

Dette perspektivet forklarer profesjonenes kjerne, grenseflater og randsoner over tid. Begreper som tillit, menig og verdsetting formes og lages i helsetjenesten av ulike aktører, og denne forståelsen er ikke tatt med i vitenskapsteorien og maktperspektivet, sier Erichsen.³⁷

Jurisdiksjonsmetoden bygger på profesjonenes forhold til hverandre over tid, under ulike forhold i ulike land. Kjernen i helseprofesjonene er medisin som innbefatter biomedisin sammen med høyteknologi. Innenfor medisin er det opptrukne grenseflater til andre helseprofesjoner, eksempelvis til sykepleierprofesjon. Grenseflatene mellom helseprofesjonene kan endre seg over tid i forhold til utvikling og etterspørsel.

³⁵ Erichsen Vibeke: Profesjonsmakt s 14

³⁶ Erichsen Vibeke: Profesjonsmakt s 14

³⁷ Erichsen V Profesjonsmakt s 29

Jurisdiksjonsmetoden analyserer profesjonenes forhold til hverandre, de ulike helseprofesjoners særegenhet, og sier noe om hvilke juridiske konflikter som oppstår når grensene mellom profesjonene flyttes.³⁸

Derfor vil jurisdiksjonsmetoden være et vesentlig redskap og en forutsetning å ha med seg videre i oppgaven. Den vil bli dratt inn forhold til de eksisterende lover og i forhold til forslaget om en felles helsepersonellov. Den vil bli sett på i forhold til de ulike profesjoners reaksjon på forslaget og i oppsummeringen i oppgaven.

1.3.4 Profesjonenes forhold til hverandre

Jurisdiksjonsmetoden bygger på yrkenes myndighet og ansvar innenfor et arbeidsområde. I lovforslaget om en felles helsepersonellov ville begrepene faglig forsvarlighet, faglig autonomi og likestilling av profesjonene berøre og forandre betydningen av myndighet og ansvar. I jurisdiksjonsteorien er myndighet og ansvar viktige elementer. Metoden er inndelt i seks områder som omhandler: 1 full jurisdiksjon, 2 underordning, 3 intellektuell jurisdiksjon, 4 rådgivende jurisdiksjon, 5 teigdeling, 6 klientdifferensiering.

Innenfor full jurisdiksjon er det trukket historiske grenser der lovgivning og entydige henvisningsbestemmelser ligger til grunn. Her vil full jurisdiksjon angi retningen og bestemmelsen, til eksempel om begrepene taushetsplikt og instruksjonsrett. Den som har rett til å motta taushetsbelagte opplysninger og rett til å gi instruksjon til andre yrker har fullere jurisdiksjon enn de som må avgi informasjon og la seg instruere.³⁹ I legeloven § 16 har legene instruksjonsrett ovenfor andre yrker⁴⁰.

Underordning er en begrenset jurisdiksjon. Erichsen viser til det klassisk - historisk eksempelet med forholdet mellom lege og sykepleier. Underordning foregår som regel innenfor samme sektor, der begrepet skulle uttrykke og gi en hjelpende hånd. Til eksempel skulle assistenter hjelpe lærerne, sekretærer skulle hjelpe legene, hjelpepleierne skulle hjelpe sykepleierne. Disse yrkene har en plikt til å la seg instruere dermed har de også akseptert og erkjent sin situasjon.

Den intellektuelle jurisdiksjonen innebærer at selv om det er konkurranse på praksisfeltet er det kunnskapsmessig kontroll. Erfarne sykepleiere har til eksempel, opplæring av nye turnuskandidater i rutiner og praktiske spørsmål. Så selv om sykepleiere orienterer om

³⁸ Erichsen V Profesjonsmakt s. 23

³⁹ Erichsen Profesjonsmakt s 46

⁴⁰ Norges lover 1982 Lov om leger Nr 42 1980 av 13. juni s 2616

den praktiske utførelsen, er det turnuskandidaten som har den formelle, riktige utdanningen og også ansvaret for oppgaven. Et annet eksempel er at fysioterapeuter kan utøve behandling, men først dersom legene har satt en medisinsk diagnose som ligger til grunn for behandlingen.

En rådgivende jurisdiksjon har to intensjoner, der det på den ene siden er å sikre gjennomslag for nye behandlingsmodeller, men på den andre siden er å forsvare det etablerte. En rådgivende jurisdiksjon er å søke råd hos den profesjon som har rådgivende kontroll, men det er ingen plikt for den som søker råd, til å følge rådet.

Teigdeling eller arbeidsdeling er det femte av jurisdiksjonene. Arbeidsdelingen mellom profesjonene vil være funksjonelt forskjellige, men strukturelt likeverdige profesjoner. I arbeidsforholdet mellom sykepleie og lege, vil sykepleievitenskapen og legevitenskapen bli oppfattet som to likeverdige kunnskapsområder og som dermed er selvstendige i forhold til hverandre. Arbeidsdelingen kan være situasjonsbestemt og inneholde erkjennelse av hverandres spesialkompetanse. Det vil likevel, i denne sammenhengen, være spenninger i begrepet ”teigdeling”. Den er bevegelig i praksis, men ikke i teorien.⁴¹ I praksis er de to forholdene både avhengige, sammenvevd og selvstendige.

Den siste jurisdiksjonsformen er klientdifferensiering der det er pasienten som regulerer arbeidsfordelingen. Men foranordningene til dette er de politiske myndigheter som legger til rette eller ikke legger til rette for. Et eksempel er mellom psykiatere og psykologer. Psykiaterne får refusjon for sine behandlinger, mens psykologene får det ikke. Det vil dermed være pasientenes økonomi som er bestemmende for valg av behandling. Og dette er de politiske myndigheter som bestemmer gjennom lover, forskrifter og meldinger. De utarbeider hvilke grupper og system som skal inn i de offentlige velferdsordningene.

1.3 Likheter og forskjeller på de ulike profesjonslovene

Lovene som skulle endres til en felles lov omfattet fysioterapiloven, sykepleierloven, ortopediloven/ingeniørloven, psykologloven, lov om godkjenning av pleiarar i psykiatriske sykehus, lov om godkjenning av helsepersonell, legeloven, tannlegeloven og jordmorloven Disse lovene var vedtatt i tidsperioden fra 1956 til 1980.

I forhold til ulikheter finner jeg at fysioterapiloven krever en generell vandelsattest for å bli opptatt som fysioterapistudent.⁴² I tillegg sier loven at de som utfører fysioterapi er undergitt kontroll av kommunehelsetjenesten. Og om den enkelte helsearbeider sin plikt til

⁴¹ Vibeke Erichsen Profesjonsmakt s 48

⁴² Norges Lover, Studentutgave 1999 s 619 Lov om fysioterapeuter og mens Dick gymnaster, 13. juli 1956

plikt om informasjon til Statens helsetilsyn vedrørende oppholdssted og tjenesteforhold. Fysioterapeuter kan heller ikke uten forordning av lege, behandle skader eller andre sykelige tilstander.

I loven om offentlig godkjenning av sykepleiere finner jeg at loven pålegger den enkelte sykepleier plikt til å gi informasjon til Statens helsetilsyn vedrørende oppholdssted og tjenesteforhold. Videre har de i loven bestemmelser om et sykepleieråd som for fire år av gangen, oppnevnes av kongen.⁴³ Loven inneholder ikke bestemmelser om selve utførelsen av sykepleiertjenesten og dokumentasjon for oppgavene og har heller ikke krav om vandelsattest.

I psykologiloven er det konkrete bestemmelser som beskriver grunnene til uskikkethet i stillingen som rusmisbruk, høg alder og g sykdom. Denne spesifiseringen av begrunnelser til uskikkethet finner jeg ikke i de andre lovene.

Legeloven og tannlegeloven er begge fra 1980. Legeloven er den mest omfattende av de ni profesjonslovene og inneholder detaljerte lovparagrafer. Jeg merker meg spesielt tre paragrafer i loven som sier noe om legers autonomitet. Loven har en bestemmelse i § 16 om legers virksomhet: ”Virksomheten skal utføres i former som er medisinsk forsvarlige, og slik at legen er selvstendig og uavhengig ovenfor andre i medisinsk faglige spørsmål.”⁴⁴ Videre har den en bestemmelse om medhjelpere i § 17 som sier: ”En lege kan nytte annet helsepersonell i den utstrekning det er forsvarlig ut fra personellens kvalifikasjoner, arten av de oppgaver de utfører, den instruksjon som gies og den kontroll som føres”⁴⁵ Videre finnes det en lovformulering om sparsomhet i forhold til pasienter, folketrygden og andre. Leger skal være sparsommelige, men den sparsommeligheten må ikke gå ut over det som anses for å være faglig forsvarlig.⁴⁶

Tannlegeloven har i likhet med legeloven bestemmelser om faglig forsvarlig utøvelse og bestemmelser om dokumentasjonsplikt.⁴⁷

Den ferskeste av profesjonslovene var jordmorloven. Hele loven har en utførlig tekst og forklaring slik legeloven er oppbygd. De har en overskrift for hver paragraf. Jordmorloven § 3 sier at en jordmor skal utføre sin virksomhet faglig forsvarlig. Loven stiller krav til nedtegnet dokumentasjon og likedan gir loven rett til innsyn for pasienten.⁴⁸

⁴³ Norges Lover, Studentutgave 1999 s 683 Lov om godkjenning av sykepleiere 8. jan nr 1, 1960

⁴⁴ Norges Lover, Studentutgave 1999 s 1338 Lov om leger. 13. juni nr 42 1980

⁴⁵ Norges Lover, 1999 s1338 Lov om leger 13. juni nr 42

⁴⁶ Norges Lover, 1999 s1339 Lov om leger 13. juni nr 42

⁴⁷ Norges Lover, 1999 s 1341 Lov om tannleger 13. juni nr 43

⁴⁸ Norges Lover, 1999 s 1597 Lov om jordmødre 26. april nr 23 1985

Kort oppsummert fremstår de forskjellige profesjonslovene svært ulike, de har ulike formuleringer, og som i neste omgang gir rom for uklare tolkninger. Det som kan forstås som fellestrekk i alle de ni lovene, riktignok med ulik i ordlyd og formulering, var følgende: Om plikten til å overholde taushetsplikten for den informasjonen og det som ble betrodd dem i stillingen, det betydde både folks sykdomsforhold eller andre personlige forhold. Om godkjenning av sin profesjon fra departementet, eller den myndighet som gir slik adgang. Om departementets rett til tilbakekalling av godkjenning, eller den myndighet som gir slik adgang. Videre kan jeg finne av de ni lovene er det kun legeloven, jordmorloven og tannlegeloven som har lovfestet plikt til dokumentasjon. Disse lovene poengterer også begrepet faglig forsvarlighet i en egen paragraf.

1.4 Om jurisdiksjonsmetoden, profesjonene og lovene, en foreløpig tolkning

Hva betydde de for de ulike profesjonene at lovene skulle samles i en felles lov? Gjennom Eriksens teori vil betydningen av å forstå profesjonenes forhold til hverandre innenfor det sosiologiske – historiske, perspektivet være vesentlig.

For å forstå dette mer detaljert, må vi gå inngående inn på lovformuleringen i sykepleierloven og legeloven. Ved å sammenligne de ulike lovene i forhold til Eriksens jurisdiksjonsmetode kan jeg også finne hvilken jurisdiksjon som var gjeldende. I legelovens paragraf 17 er det beskrevet at leger kan sette andre hjelpere til oppgaver dersom de ble instruert og hadde forstått oppgaven.. En kan antyde at legene mente dermed at sykepleieryrket i ulike situasjoner var en assistentdel under legeprofesjon.

I sykepleierloven av 1960 er ikke samarbeid eller over/underordning til annet helsepersonell beskrevet. Men en viktig digresjon må nevnes i denne sammenhengen, nettopp for å forstå det sosiologiske, historiske perspektivet. Det dreide seg om sykepleiernes reaksjon til hjelpepleierne, da forslag om en trinnvis utdanning for sykepleiere kom i 1965. Dette forslaget ble oppfattet som en trussel for sykepleierne.⁴⁹ Sykepleierne, hevdet at de var overordnet hjelpepleierne og at de var en egen selvstendig profesjon og dermed at de skulle ha sin egen profesjonsutdanning. Dette begrunnet de med ved å vise til den historiske utviklingen av sykepleierprofesjonen. Sykepleierne hadde i denne saken, lite lovverk å vise til. Men

⁴⁹ Melby Kari Kall og kamp s. 207

gjennom Erichsens fremstilling kan begrunnelsen forstås, sett i et sosiologisk, historisk perspektiv.

Erichsen viser at jurisdiksjonsteorien, til eksempel paragrafen om over/underordningsforholdet mellom leger og annet helsepersonell må forstås gjennom det sosiologiske, historiske perspektivet. Og sett fra dette perspektivet hadde legene full jurisdiksjon over sykepleierne.

Underveis fra etterkrigstiden og frem til 1970, og kanskje helt frem til 1980 tallet, skjedde det andre jurisdiksjonelle endringer. Det skjedde i stor grad mange typer arbeidsdeling eller teigdeling mellom profesjonene. For å komme inn på den annens teig må noen andre fortrenkes.

I andre enklere forhold kunne det skje teigdeling som viste at det ikke var "farlig å miste sin posisjon". Legene lærte til eksempel opp sykepleierne i medisinske oppgaver som de tidligere selv utførte. Sykepleierne overtok dermed noen av legene sine funksjoner. Hva skjer når grensene flyttes eller arbeidsdelingen blir endret? Det kan oppstå jurisdiksjonelle konflikter. Dette eksempelet utløste ingen konflikt, fordi grenseendringen ble foretatt av den som hadde full jurisdiksjon, altså legene. Når sykepleierne derimot hevdet at de kunne lede en sykehusavdeling på bakgrunn av sin sykepleierkompetanse, utløste det jurisdiksjonelle konflikter med andre profesjoner.

Profesjonslovene har hatt betydning i den sammenhengen at de representerer og forankrer de ulike profesjonenes autorisasjon, ståsted og arbeidsoppgaver. Lovene har vært viktig, og de har vært med på å gi trygghet til befolkningen. Lovene var tydelige på at autorisasjonen kunne trekkes tilbake om oppgavene ikke ble utført i samsvar med det den enkelte profesjon stod for.

Erichsen hevder at profesjonene er sosialt konstruerte. Dette poenget er vesentlig, men på den annen side må ikke historien om profesjonene få en slagside. Historien må ikke undereliminere legenes medisinske kompetanse, basert på vitenskapsteori, heller ikke sykepleiernes utvikling for å bli en selvstendig profesjon med vitenskapsteori og empirisk vitenskap som grunnlag.

Erichsen beskriver et skille mellom gamle og nye yrker innenfor helse, der lege og sykepleieryrket er gamle tradisjonelle yrker. Begge yrkene har hatt en aktiv samfunnsrolle i velferdsstaten, men legestandens synspunkter har hatt med mer slagkraft enn sykepleiernes. I neste kapittel skal vi se på myndighetenes argumenter for å utrede en felles helsepersonellov.

2.0 Myndighetens begrunnelse for en ny felles helsepersonellov

2.1 Hovedinnholdet i meldingen krevde nye helsetiltak

Stortingsmeldingen (Stortingsmelding nr 41, 1987 -88, helsepolitikken mot år 2000, om nasjonal helseplan) bar bud om at regjeringen ønsket å føre en mer helhetlig og samlet helsepolitikk. Målet med meldingen var å presentere en strategiplan for en mer effektiv helsetjeneste i Norge som sa at helsevesenets resurser måtte utnyttes bedre, sett i lys av de kommende helseutfordringer landet stod ovenfor.⁵⁰

Derfor tok meldingen for seg ulike forslag til tiltak som igjen utløste tre nye utredninger, der den første var utredning om pasientrettigheter⁵¹ og den andre var utredningen av en felles helsepersonellov⁵² og den tredje var om organisering og ledelse i sykehus⁵³. Det er utredningen om en felles helsepersonellov vi skal se på i neste kapittel.

Stortingsmeldingen påpekte at Norge stod overfor to store helseutfordringer. Den ene utfordringen innebar at landet ville få et økende antall eldre og at dette ville utløse et økt pleie- og behandlingsbehov. Den andre utfordringen kom som følge av at landets velstandsutvikling ville føre til et økende krav fra pasientene om en kortere ventetid for å få nødvendige helsetjenester. Samlet sett ville begge utfordringene føre til et økende gap mellom etterspørsel og tilgjengelige helsepersonell. Dette krevde nye tiltak som måtte ta hensyn til tre grunnleggende forutsetninger. Den første var den økonomiske utviklingen, og den andre var tilgjengeligheten av helsepersonell. Både mangel på penger og mangel på helsepersonell kunne utløse vanskelige prioriteringskonflikter, særlig fordi ny fagkunnskap og nytt og avansert medisinskteknisk utstyr, ville føre til nye metoder og behandlingsmuligheter som igjen ville øke etterspørselen etter helsetjenester. Den tredje utfordring omhandlet helseprofesjonene og deres posisjon. Myndighetene mente at noe måtte gjøres med de ulike helseprofesjoners sterke stilling som gjennom flere tiår hadde ført til en utvikling av sterke profesjonsinteresser. Dette måtte endres og snues til en helhetlig tenkning som dreide seg om pasientens behov og interesser.

⁵⁰ St.meld.nr 41 (1987 -88) Helsepolitikken mot år 2000 Nasjonal helseplan s 7

⁵¹ NOU Lov om pasientrettigheter 1992: 8

⁵² NOU 1993:33 Helsepersonells rettigheter og plikter Utkast til lov med motiver

⁵³ NOU 1997:2 Pasienten først Ledelse og organisering i sykehus, NOU 1993 Pasientrettigheter

2.2 Myndighetens forslag til konkrete tiltak for å øke samarbeidet mellom helseprofesjonene

For å imøtekomme disse utfordringene og samtidig få en bedre kontroll og styring med den offentlige helsetjenesten, måtte myndighetene komme med konkrete tiltak. Ett av disse tiltakene var forslaget om å utrede en felles helsepersonellov. Bakgrunnen og argumentene for lovforslaget er dokumentert i et eget kapittel i stortingsmeldingen og som i stor grad handlet om myndighetenes oppfatning av helseprofesjonene, og det er disse argumentene vi skal se nærmere på i det følgende.

Myndighetene pekte på fire hovedargumenter for en felles helsepersonellov: For det første skulle den bedre samarbeidet mellom byråkrater og helseprofesjonene. For det andre skulle den bedre koordinering av helseutdanningen for de ulike helseprofesjonene. For det tredje skulle den bedre samarbeidet mellom profesjonene. For det fjerde skulle pasientenes rettigheter styrkes.

Det første argumentet tok for seg den økonomiske utviklingen av helsetjenestene og pekte på det manglende samarbeidet mellom profesjonene og myndighetene. De pekte på at gjennom den økende og spesialisert helsekunnskapen som profesjonene tilegnet seg innenfor medisinfagene og de øvrige helsefagene, kom kravene om nytt medisinsk teknisk utstyr og annet utstyr som eier(myndighetene) måtte ta høyde for å finansiere. I denne sammenhengen betydde det store utfordringer mellom profesjoner og administrasjoner/byråkratiet. Meldingen sa at det var profesjonene som i stor grad stilte høye krav til lederne.(les: byråkratene)⁵⁴ Det manglende samarbeidet mellom profesjonenes og administrasjon, førte til at myndighetene hadde for liten kontroll med kostnadene som fulgte den faglige utviklingen, og dermed for liten kontroll med den økonomiske utviklingen. Denne kontrollen ønsket myndighetene å ta tilbake. Gjennom en felles helsepersonellov, kunne byråkratiet og helseprofesjonene både sammen og hver for seg, få en tydeligere ansvars og oppgavefordeling som ville forhindre ukontrollert økonomiutvikling.

I forhold til det andre argumentet viste meldingen til at det var behov for å få en større kontroll over de ulike helseprofesjonsutdanningene. De kom derfor med forslag om å samle de ulike helsefagutdanningene i et felles høyskolesystem, der en felles grunnutdanning ville gi helseprofesjonene en økt fellesskapsfølelse. Dette tiltaket ville bidra til å dempe de sterke profesjonsinteressene, som i ulike deler av helsevesenet hindret rasjonelt bruk av personalet. I tillegg ville dette forslaget ha en fleksibilitet i seg, som gav mulighet for å utdanne

⁵⁴ St. meld. nr. 41 (1987 -88) Helsepolitikken mot år 2000 Nasjonal helseplan s 70, 102

personellgrupper som kunne dekke flere funksjoner.⁵⁵ Videre sa meldingen at en felles utdanning ville gi de ulike studentene et godt utgangspunkt for å kunne forstå hverandre bedre. Helsetjenesten, beskrev de som et lagarbeid og pasienten vil dermed være felles mål for alle profesjonene. Dersom ikke yrkesgruppene forstod hverandres språk, utløste det små muligheter for å fungere sammen: Lagarbeid krever trening og den bør starte under utdanningen.⁵⁶ Meldingen sa videre at helseprofesjonen burde gjennom utdanningen, lære mer om samarbeid. Dette kunne de oppnå gjennom den foreslåtte felles høyskoleutdanningen som ville kvalifisere til økt samarbeid og helhetssyn. De mente at de nåværende profesjonsutdanningene bidro i stor grad til å dyrke profesjonsinteressene⁵⁷. Når det gjaldt utdanningen av leger, viste meldingen til at universitetene og de medisinske fakulteter tradisjonelt hadde hatt en meget selvstendig stilling. Denne posisjonen ville de endre, og foreslo at helsemyndighetene burde være en pådriver i arbeidet for å påvirke og revidere studieplanene ved de medisinske fakultetene.⁵⁸ Et annet forslag til den medisinske utdanningen, var å øke praksistiden av spesialister innen allmenntidisin fra et halvt år til ett år. Dette tiltaket ville bidra positivt med hensyn til rekrutteringen av leger til kommunehelsetjenesten.

I det tredje argumentet pekte meldingen på de store mangler ved de nåværende profesjonslovene fordi de ulike lovene var laget innenfor et tidsspenn på 29 år. Fra fysioterapiloven kom i 1956 og frem til jordmorloven i 1985 var det skjedd en rivende samfunnsutvikling. En kan si at hver lov var laget for sin tid og at lovene i seg selv tok ikke hensyn til helsetjenestenes utvikling i samfunnet. De eldste lovene var generelle og lite eksakte i lovformuleringene, mens de siste som var legeloven fra 1980 og jordmorloven fra 1985 var mer i samsvar med forvaltningen av helsetjenestene på 80 tallet. Myndighetene mente at samlet sett førte de store ulikhetene og forskjellene i lovene til usikkerhet og uavklarte ansvarsforhold mellom profesjonene. I tilknytning til det tredje argumentet sa meldingen at profesjonens egne lover støttet opp om profesjonstenkingen og at lovene i seg selv bidro til at samarbeidet mellom helsepersonell var rigid og lite smidig.⁵⁹

I tilknytning til det tredje argumentet pekte meldingen på et annet overordnet problem: De sa at det store antallet av ulike helseprofesjoner, var et problem i seg selv. Meldingen viste

⁵⁵ St. meld. nr. 41 (1987 -88) Helsepolitikken mot år 2000 Nasjonal helseplan s 105

⁵⁶ St. meld. nr. 41 (1987 -88) Helsepolitikken mot år 2000 Nasjonal helseplan s 106

⁵⁷ St. meld. nr. 41 (1987 -88) Helsepolitikken mot år 2000 Nasjonal helseplan s 107

⁵⁸ St. meld. nr. 41 (1987 -88) Helsepolitikken mot år 2000 Nasjonal helseplan s 105

⁵⁹ St. meld. nr. 41 (1987 -88) Helsepolitikken mot år 2000 Nasjonal helseplan. 105

til over 100 ulike profesjoner.⁶⁰ Profesjonsbarrierene som var mellom de ulike helseprofesjonene, måtte fjernes. De mente at profesjonsbaserte arbeidsorganisasjoner delte opp pasienten i det området som angikk deres profesjon. Dermed fikk pasientene lite helhetlig behandling.⁶¹ Pasientens interesser måtte settes foran yrkesfaglig prestisje og i forlengelsen av dette argumentet pekte meldingen på forholdet mellom sykepleiere og hjelpepleiere, og spesielt på den rigide ansvarsfordelingen som var mellom de to gruppene. Det sa at det var behov for å få en avklaring i funksjonsfordelingen mellom sykepleiere og hjelpepleiere. Meldingen sa at når det manglet sykepleiere på en post på et sykehjem, og det fantes hjelpepleiere som kunne utføre oppgavene, så var det unødvendig å stenge sykehjemsposten. Sykepleien fra en annen post kunne ha det sykepleierfaglige ansvaret. Meldingene mente at slik dette var praktisert på 80 tallet forvaltet sykepleierprofesjon og ledelsen, slike situasjoner u hensiktsmessig. De sa at sykepleierne burde veilede hjelpepleierne og gitt de mer ansvar og flere selvstendige oppgaver. Streng fagskiller og omfattende diskusjoner av hvem som ideelt burde gjøre hva, virket ikke til pasientenes beste alltid.⁶² Denne rigiditeten ville de endre, ved å foreslå en oppmykning av ansvarsdelingen mellom sykepleiere og hjelpepleiere. Disse og lignende profesjonsbarrierer var uheldig, som i mange sammenhenger førte til at helsetjenesten ville lide generelt, i tillegg til at den enkelte pasient kunne lide av dette systemet. En felles helsepersonellov ville øke fleksibiliteten og samarbeidsfølelsen mellom alle profesjonene i helsetjenesten.

I forlengelsen til det fjerde argumentet kom det ulike forslag om å styrke pasientenes rettigheter. Det ene forslaget var å styrke pasientenes rettigheter ved at ulike pasientorganisasjoner ble representert i råd og styrer innenfor helsevesenet.⁶³ Det andre forslaget var å utarbeide en egen pasientrettighetslov. En pasientrettighetslov ville på den ene siden, vise til konkrete beskrivelser av pasientenes ulike rettigheter. Dermed ville loven indirekte forsterke helseprofesjonenes plikter og tydeliggjorde deres faglige ansvar ovenfor pasientene. Myndighetene slo også fast at pasientene, gjennom skatter og avgifter, delfinansierte den offentlige velferden og dermed hadde pasientene et berettiget krav til helsetjenestens innhold og måten den skulle forvaltes på. Med dette mente myndighetene at

⁶⁰ St. meld. nr. 41 (1987 -88) Helsepolitikken mot år 2000 Nasjonal helseplan s 101 De skrev at landet hadde over 100 profesjoner uten kildehenvisning. En tolkning kan være at alle spesialitetene innenfor de ulike profesjonene er tatt med. Til eksempel er over 30 ulike spesialsykepleierutdanninger av ulik studielengde

Etter grunnutdanningene i sykepleierfaget i dag

· St. meld. nr. 41 (1987 -88) Helsepolitikken mot år 2000 Nasjonal helseplan s 101

⁶² St. meld. nr. 41 (1987 -88) Helsepolitikken mot år 2000 Nasjonal helseplan s 101

⁶³ St. meld. nr. 41 (1987 -88) Helsepolitikken mot år 2000 Nasjonal helseplan s 79

der helsepersonelloven skulle gi plikter ovenfor pasientene, ville en pasientrettighetslov gi tilsvarende retter ovenfor helseprofesjonene. Videre sa meldingen at egne profesjonslover bygget opp om profesjonstenkningen og at de dermed poengterte de ulike profesjonsgruppens status. En felles helsepersonellov skulle ta sikte på å fastsette like regler for alle typer helsepersonell.⁶⁴

Under behandlingen av stortingsmeldingen støttet en samlet sosialkomité ønsket om å få et regelverk som åpnet for mer smidighet og effektivitet, og som kunne bryte ned uheldige profesjonsbarrierer. Ingen var tjent med at enkelte yrkesgrupper brukte regelverket for å mele sin egen kake, særlig ikke dersom arbeidet kunne utføres billigere, samt med bedre kvalitet og mer effektivitet av flere yrkesgrupper⁶⁵. Sosialkomiteen pekte dessuten på at dersom alle helsefagutdanningene ble samlet i et felles høyskolesystem, vil en naturlig følge være en felles lov for helsepersonell.⁶⁶

2.3 Hva var det myndighetene sa – en oppsummering

Gjennom Stortingsmelding nr. 41 1987 - 88, kom myndighetene med en uvanlig sterk kritikk av helseprofesjonene. Hovedargumentet som de gjentok på ulikt vis, var at helseprofesjonene samarbeidet dårlig, både vertikalt og horisontalt.

Oppsummert kan en antyde at myndighetene mente at helseprofesjonenes særinteresser måtte dempes på den ene siden og pasientenes retter måtte økes på den andre siden. Myndighetenes metode å få gjennomført dette på, var å gå lovveien. Hva sa myndighetene egentlig? Jeg vil forsøke å klargjøre myndighetens argumenter gjennom en analyse der jeg må anvende kunnskap fra historieforskningen, og gjennom de politiske dokumentene.

Myndighetens første argument sa meg at de måtte få til en bedre samhandling mellom byråkrater og profesjoner gjennom økt samordning og samhandling. Myndighetene hadde pekt på at utviklingen av helsetjenestene førte til et større og større gap mellom de økonomiske forutsetningene myndighetene hadde, og profesjonenes uttalte behov for nyere og bedre utstyr. Denne utviklingen gikk i feil vei og måtte tettes igjen gjennom en bedre kontroll fra myndighetenes side. En måte å få dette til på var forslaget om en felles helsepersonellov. En felles helsepersonellov ville gi helseprofesjonen et større og mer helhetlig ansvar som også

⁶⁴ St. meld. nr. 41 (1987 -88) Helsepolitikken mot år 2000 Nasjonal helseplan. 109

⁶⁵ Inst S 120 1988 -89 s.28, 29

⁶⁶ Inst S 120 1988 -89 s.27

innbefattet betydningen av at fag og økonomi hang sammen. Dersom profesjonene tok dette ansvaret innover seg, og utviste en holdningsendring om dette forholdet, ville samarbeidet mellom byråkratene og profesjonene bli mer respektfullt begge veier. Faglig ansvar og økonomiansvar måtte henge sammen, en felles lov ville indirekte styrke byråkratene (les myndighetene). Jeg vil antyde at samlet sett sa myndighetene at de manglet hjemmel for en sterkere regulatorrolle, en felles helsepersonellov kunne gi de en sterkere styring og kontroll over helseprofesjonen.

I det andre argumentet peker myndighetene på den manglende fellesskapsfølelse mellom profesjonene og kom med forslag om å opprette felles utdanninger for ulike helseprofesjoner på høyskolenivå. Jeg finner myndighetenes argumentasjon tvetydig i denne sammenhengen. Slik jeg tolker myndighetenes argumentasjon betydde det at de ønsket et klarere ansvarsforhold mellom profesjonene på den ene siden, samtidig som de mente at profesjonene skulle være fleksible og samhandle innenfor hverandres fagområder i utdanningen på den andre siden. Det behøver ikke å være noen motstrid mellom de to ønskene, en felles utdanning var et godt argumentforslag ved at studentene fikk økt forståelse for hverandres kunnskap og kompetanse som dermed ville føre til økt samarbeidet. På den andre siden, innefor de ulike profesjonsutdanningene ville fagplanene for det aktuelle studiet fortsatt være gjeldende. De ulike utdanningens innhold førte automatisk til profesjonsskiller mellom profesjonene, uten at det betydde manglende samarbeid, men det var forskjellig kunnskap som skulle læres. Myndighetenes forslag til å samle de ulike helsefagutdanningene kan forstås slik at dette tiltaket først og fremst var et sterkt behov for å endre de sterke profesjonsinteressene gjennom en holdningsendring ovenfor hverandre.

I forhold til myndighetenes tredje argument om det manglende samarbeidet mellom profesjonene, kunne dette forholdet forstås følgende: Et økende antall profesjoner ville forverre og forsterke profesjonstenkningen og denne utviklingen ville derfor myndighetene for enhver pris hindre. På bakgrunn av denne utviklingen, kunne en felles helsepersonellov gi alle profesjonene et tydeligere ansvar, når hver helsearbeider fikk en klarere plikt for sine oppgaver, ville det i neste omgang føre til en mer helhetlig helsetjeneste. Myndighetene ville demme opp for dette problemet med at loven nærmeste skulle regulere faggrensene mellom profesjonene og som dermed ville føre til økt samarbeid mellom profesjonene. Jeg savner en objektiv diskusjon om dette i stortingsmeldingen, til eksempel diskuterte eller sa meldingen ingen ting om at den økte spesialiserte, kunnskapen i helsetjenesten kunne føre til det motsatte av det myndighetene ville, nemlig tydeligere profesjongrensener og dermed et mer krevende samarbeid, til tross for en felles helsepersonellov.

Det som imidlertid er godt begrunnet er behovet for en felles ny helsepersonellov på bakgrunn av lovenes ulike formuleringer og de ulike tidspunkt de var laget i. Det var 29 år mellom de ulike lovene i tid. Når jeg ved selvsyn har lest de ulike lovene, er lovene laget for sin tid. Innholdet i hver profesjonslov tok i liten grad hensyn til eller så den store sammenhengen med andre profesjonslover. I denne sammenhengen tenker jeg på fysioterapi loven og sykepleierloven som fikk sine lover henholdsvis fra 1956 og 1960. Den gangen var det vesentlig for profesjonene å få autorisasjonsbegrepet inn i lovene, nettopp for å skille mellom de faglærte fysioterapeuter og useriøse massører, og å skille mellom ufaglærte pleiere og autoriserte sykepleiere. Det var viktig for å markere den store kvalitetsforskjellen som var mellom de faglærte og ufaglærte i lovs form. En lik lov ville gi alle profesjonene et likt utgangspunkt som ville fremme alle profesjonenes bevissthet i forhold til sin egen kompetanse og kunnskap. Stortingsmeldingen sa imidlertid ingen ting om at lovforslaget kunne medføre at noen profesjoner fikk øket sin status, mens andre kunne oppleve det som tapte posisjoner. Kan en antyde at sakens kjerne dreide seg om myndighetenes (uskrevne) behov for å dempe legenes sterke posisjon gjennom lovforslaget?

I det fjerde argumentet for en felles helsepersonellov pekte myndighetene på behovet for å forsterke pasientene rettigheter med ulike tiltak. Dette sa meg flere ting, en forsteking av pasientene rettigheter ville binde opp profesjonene til større plikt og ansvarsfølelse. Jeg tror nok at myndighetene mente oppriktig å styrke pasientenes rettigheter, likevel kan en antyde at det lå i kortene, at forslaget også var et ledd for å dempe profesjonenes egne interesser. Ved å gi pasientene økte rettigheter, gav en pasientene økt makt. Den makten måtte taes fra noen, og i denne sammenhengen ville denne makten taes fra profesjonene. Gjennom lovutredningen om en felles helsepersonellov skulle forslaget styrke pasientenes rettigheter på den ene siden og samtidig gi helseprofesjonene økte plikter og ansvar ovenfor pasientene på den andre siden. I denne sammenhengen viste myndighetene at de selv stod for to motstridende meninger. Det sier meg at myndighetene ville begge deler. For i fortsettelsen sa myndighetene at loven måtte tydeliggjøre ansvarsforhold og faglig forsvarlig behandling og pleie på en forståeligere måte. Myndighetene kunne ikke uten videre regulere de ulike profesjoners hierarki og arbeidsdeling uten radikale lovforslag.

Begrepene faglig forvarlighet, faglig autonomi og over/underforhold mellom profesjonene kom til å bli sentrale momenter i lovutredningen. Det betydde at lovinnholdet kunne inneholde endringer som tråkket opp og laget nye avgrensinger mellom profesjonene. Opparbeidde begreper og holdninger innenfor profesjonshierarkiet skulle endres gjennom lovs form. Myndighetene måtte gå absolutt hardt til verks for å bli hørt i forhold til de sterke

helseprofesjonene. De velger å gå lovveien, som innebar den juridiske rettstillingen med krav og plikter for profesjonene på den ene siden, og så sørge for å lovfeste pasientenes rettigheter på den andre siden. Vi skal i neste kapittel se hvem og hvordan myndighetene mente denne lovprosessen skulle utredes.

3.0 En felles helsepersonellov - en utfordring for helseprofesjonene

3.1 Hovedinnholdet i utredningen

Myndighetens fulgte opp sin intensjon om å utrede en felles helsepersonellov gjennom utredningen av NOU 1993:33.⁶⁷ Det er denne utredningen vi skal se på i dette kapittelet. Her er de tre forhold som jeg vil se nærmere på. For det første vil jeg følge opp argumentene som myndighetene la til grunn for profesjonenes situasjon, det andre var hvilke konsekvenser skulle lovforslagene få for forholdet mellom profesjonene og for profesjonens yrkesutøvelse. Det tredje forholdet var hvordan reagerte profesjonene på utredningsarbeidet og hvilken rolle spilte de i dette arbeidet.

Problemene som myndighetene hadde framsatt i stortingsmeldingen var at helsetjenesten kostet mer enn de økonomiske rammene kunne innfri og for å bøte noe på dette, sa myndighetene at en felles lov ville føre til mer samarbeid og mer smidighet mellom profesjonene. I innledningen til utredningen skrives det at målet for alt helsepersonell var å fremme samarbeid og skape best mulig helsetjenester, og et av tiltakene for å nå dette målet var gjennom en felles lov.⁶⁸ På bakgrunn av dette vil jeg se om mandatene som myndighetene satte til utredningen, samsvarer med de tiltakene som de mente skulle til fra stortingsmelding nr 41 1987 -88.

3.1.1 Hvem skulle utrede en felles helsepersonellov

For å utrede en ny felles helsepersonellov, ble Bente Ohnstad engasjert av Helse og Sosialdepartementet. Ohnstad var jurist og arbeidet i Helse og Sosialdirektoratet.

Den vanligste fremgangsmåten i arbeidet med offentlige utredninger, er at statsråden utpeker en gruppe på flere personer som innehar en bred kompetanse innenfor det aktuelle saksområdet og at det utpekes en person til å være leder for dette utvalget. I forhold til denne utredningen bestemte myndighetene at kun en person skulle utføre oppgaven alene.

⁶⁷ NOU 1993:33 Helsepersonells rettigheter og plikter. Utkast til lov med motiver

⁶⁸ NOU 1993:33 s12

Mandatet inneholdt en forventning til at utreder skulle holde god kontakt med profesjonsforeningene. Utrederen hadde ingen referansegruppe til utredningen, men i følge mandatet skulle de ulike helseprofesjonene trekkes inn i aktuelle problemstillinger slik at profesjonsforeningene fikk anledning til å uttale seg og avgi minihøringer.⁶⁹ I tillegg var tre personer oppnevnt som hadde særlig sakkyndig kunnskap. Dette var jurist Asbjørn Kjørstad fra juridisk fakultet i Oslo, lege Christian Fr. Borchervik fra institutt for allmennmedisin og førstekonsulent Nils Jørgen Langtvedt fra Datatilsynet. Disse skulle bistå med nyttige råd og korreksjoner. Utreder hadde en kontrakt med sosialdepartementet som sa at departementet ikke kunne instruere prosjektleder når det gjaldt sluttrapportens form og innhold:” Det er i kontraktens pkt 3 første avsnitt, presisert at departementet ikke kan instruere prosjektleder når det gjelder sluttrapportens form og innhold.”⁷⁰ Videre vises det til kontraktens pkt 1, tredje avsnitt:” Ingen av partene kan foreta vesentlige endringer i opplegget for prosjektet uten godkjenning av den annen part.”⁷¹ Innledningsvis i utredningen slås det fast at arbeidet i sin helhet står utreder for. Utreder hadde derfor stor frihet til å utforme sluttrapporten slik hun selv så det mest hensiktsmessig, både med hensyn til form og innhold.⁷²

Etter at utredningen var ferdig, uttalte utreder i et intervju med i Tidsskrift for Den Norske Legeforening, at det var ingen spøk å ivareta interessene til sytten profesjoner og samtidig sørge for pasientenes rettigheter. Videre sa hun at hennes arbeidsmåte var å konsultere profesjonene etter behov, men at hun selv skulle stå for redigering og skrivearbeidet, noe annet ville være ineffektivt.⁷³

3.2 Hvorfor en felles lov – Om likheter og ulikheter av de eksisterende profesjonslover

Utredningen skulle foreta en gjennomgang av gjeldende profesjonslover og forskrifter for helsepersonell som hadde en offentlig godkjenning. Målet var å samordne innholdet i de eksisterende lovene i en felles lov, og samtidig utrede nye tiltak innenfor det nye lovforslaget som var i samsvar med mandatets krav.

Dermed måtte det foretas en avveining mellom det å videreføre de eksisterende profesjonslovene og å utrede en felles helsepersonellov. Utredningen argumenterte med at en

⁶⁹ NOU 1993:33 s.11

⁷⁰ NOU 1993:33 s.11

⁷¹ NOU 1993:33 s.11

⁷² NOU 1993:33 s.11

⁷³ Tidsskrift for den norske Legeforening 2001 121:519,9 utgave

videreføring av de nåværende lovene ville styrke hver profesjons egenart og ivareta den enkelte profesjons interesser på en bedre måte enn hva en felles helsepersonellov kunne greie. Argumentet for å ikke gjøre dette, var hensynet til pasientene. Utredningen påpekte at alle helseprofesjoner ville ha pasienten som sin målgruppe og dermed var det viktig å lage en felles helsepersonellov som var lett forståelig og tilgjengelig for pasientene. I tillegg skulle denne lovutredningen samsvare med utredningen av pasientrettighetsloven, og som vi husker ble nevnt i kapittel 2.⁷⁴

Utredningen viste til at de forskjellige profesjonslovene var ulikt utformet både med hensyn til selve lovformuleringen, forskriftene og til de enkelte profesjoners faglige funksjonsområder. Fire av de ni profesjonslovene var fra begynnelsen på syttitallet. Fysioterapiloven var fra 1956, Norsk Sykepleierforbund hadde sin lov fra 1960. Den ferskeste loven var jordmorloven fra 1985. Lovene var dermed vedtatt innenfor et langt tidsperspektiv, noe som hadde ført til at myndighetene regulerte profesjonene ut fra forskjellige kriterier.⁷⁵ Utredningen viste til at både Sykepleierloven og Fysioterapiloven gav en utilstrekkelig framstilling der profesjonenes rettstilling var uklar. Sykepleierloven ble laget i hovedsak for å styrke sykepleierskolenes økonomi og for å regulere sykepleierutdanningen.. Loven regulerte ikke sykepleiernes faglige autonomi og faglig forsvarlighet. I forhold til sykepleiernes faglige virkeområder, inneholdt loven kun beskrivelse av utdanningen og kompetansen som krevdes for å bli autorisert som offentlig sykepleier.⁷⁶ Selve innholdet i utdanningsprogrammet for den treårige sykepleierutdanningen var det Utdannings- og forskningsdepartementet som hadde ansvaret for.⁷⁷ I tillegg hadde sosialdepartementet utarbeidet et rundskriv som beskrev funksjon og ansvar for sykepleiernes faglige virksomhet.⁷⁸ Utredningen viste til Sykepleierforbundets eget dokument om faglige standarder i sykepleiertjenesten. Ved nærmere undersøkelse fant jeg ut Sykepleierforbundets egne faglige standarder ikke var fullstendig redegjort for i utredningen. Jeg tok derfor telefonkontakt med forbundet for å få en korrekt kildehenvisning. Det viste seg da at dette dokumentet ikke var offisielt.⁷⁹ Dette viste at det var behov for å revidere sykepleierloven.

Fysioterapeutloven ble i utgangspunktet laget for å skille mellom seriøs fysioterapi og massasje. Legenes og tannlegenes profesjonslov fra 1980 var den loven som var mest i tråd med forvaltningen av helsetjenestene på begynnelsen av nittitallet. I denne sammenhengen

⁷⁴ I NOU Helsepersonells rettigheter og plikter. Utkast til lov med motiver s 21

⁷⁵ NOU 1993:33 s20

⁷⁶ Norges Lover, lov om godkjenning av sykepleiere 08.01 nr. 1 1960

⁷⁷ NOU 1993:33 s.27 og s.39

⁷⁸ Sosial og Helse dept. rundskriv 1041/82

⁷⁹ Telefonsamtale med NSF, Berit Berg 11.05.07

var legeloven den loven som samsvarte mest med bestillingen i mandatet og denne loven kunne være med å danne utgangspunkt for utarbeidelsen for likelydende bestemmelser for alle helseprofesjonene.⁸⁰ Legeloven innholdt bestemmelser om faglig forsvarlighet, taushetsplikt administrative reaksjoner tittelbeskyttelse Legeloven av 1980 regulerte ikke legers fagspesifikke områder, men § 16 i legeloven sa følgende:” Legers virksomhet skal organiseres i slike former at den er medisinsk forsvarlig og slik at legen er selvstendig og uavhengig ovenfor andre i medisinsk faglige spørsmål. For dette formålet kan Kongen gi nærmere forskrifter om organisering av legevirksomhet og forby slike former som finnes uheldige.”⁸¹ Paragraf 14 i Legeloven åpnet adgang for godkjenning av spesialister, og departementet hadde delegert myndighet til Legeforeningen som godkjenningssinstans av spesialister. Dette betydde at det var Legeforeningen alene som godkjente all typer spesialistutdannelsen av leger og hvilket fagfelt de var kvalifisert til å utøve sin kompetanse i. Videre inneholdt legeloven krav til faglig forsvarlighet, at legene kunne nytte medhjelpere i sitt arbeid, informasjonsplikt til pasienter og pårørende, utvidet dokumentasjonsplikt og at leger hadde enerett til å foreskrive resepter.⁸² Om samarbeid med annet helsepersonell sa legeloven i § 17:” En lege kan i sin virksomhet nytte annet helsepersonell i den utstrekning det er forsvarlig ut fra personellens kvalifikasjoner, arten av de oppgaver de gjelder den instruksjon som gis og den kontroll som føres. Departementet kan gi nærmere forskrifter om legers samarbeid med helsepersonell.”⁸³

Jeg har sitert legelovens § 16 og § 17 fordi disse paragrafene kunne spille en avgjørende rolle i forholdet til utreders lovforslag og innhold til en felles helsepersonellov. Ut fra § 16 kunne det se ut til at legene hadde et overordningsforhold ovenfor andre helseprofesjoner.

I intervjuet med utreder Ohnstad beskrev hun oppgaven på følgende måte: ” Min metodiske tilnærming var basert på et ønske om å trekke profesjonsinteressene inn i prosessen samtidig som jeg hadde som mandat å lage et lovforslag som skulle stille noen kvalitetskrav som var mest mulig målbare og skulle ivareta pasientens interesser. Loven skulle stille krav til profesjonene med et overordnet krav om faglig forsvarlighet. Min tilnærming var at man ved å stille krav til profesjonsutøverne ville ivareta pasientens krav med en kvalitativt god helsehjelp. Alternativet var å lage et lovforslag med særskilt regulering av de enkelte

⁸⁰ NOU 1993:33 s 45

⁸¹ Norges lover 1687- 1999, studentutgave. Legeloven av 13. juni nr 42 1980 s.1338

⁸² NOU 1933:33 s.41

⁸³ Norges lover 1687- 1999, studentutgave. Legeloven av 13. juni nr 42 1980 s.1338

profesjonsgruppers oppgaver og ansvar. Dette ville imidlertid bli en statisk regulering uten muligheter for å utnytte helseressursene på en effektiv måte.”⁸⁴

3.3 Hva innebar forsvarlighetskravet i lovforslaget?

Som jeg har skrevet i kapitel 2 ønsket myndighetene nye organisasjonsformer i helsetjenesten for å bedre forholdet mellom ledelse og profesjonene. De ønsket å samle de eksisterende lovene i en ensartet helsepersonellov slik at det ble like forhold for alle profesjonene. Myndighetene ønsket å styrke pasientene rettigheter gjennom å gi plikter til helsepersonalet gjennom en felles lov. Disse forholdene gjenspeiles i mandatet som utreder fikk.⁸⁵ Kravene i mandatet var å se på hvordan godkjenningen av de ulike profesjonsbetegnelsene skulle tittelbeskyttes gjennom offentlig myndighet og hvordan taushetsplikten skulle anvendes. I tillegg inneholdt mandatet spørsmål om lovforslaget skulle åpne for at nye kommende profesjoner kunne inkorporeres i loven. Dette forholdet ville avgjøre om kvakksalverloven av 1936 skulle videreføres inn i det nye lovforslaget.⁸⁶ I mandatet stod det at:” Prosjektleder skulle utrede forslag til lovbestemmelser som bør være like for alle yrkesgrupper, så som bestemmelser om godkjenning, tittelbeskyttelse, forsvarlig virksomhet, taushetsplikt og administrative reaksjoner.”⁸⁷

Det som er hovedanliggende for meg er finne ut hvilke lovforslag som kunne ha mest betydning for profesjonene, for pasientene og for myndighetene og om lovforslaget ville påvirke og eventuelt endre på de nåværende forholdene mellom de nevnte, der forholdene mellom profesjonene vil være hovedanliggende. Derfor vil min hovedsak i lovutredningen, som jeg skrev om kapitel 1 å se hva utredningen sa om begrepet faglig forsvarlig virksomhet. Forsvarlighetsbegrepet sa noe om ansvarsforhold og plikter for alle profesjonene. Bestemmelsen om faglig forsvarlighet var ikke ny i den forstand at den ikke hadde eksistert før. Forsvarlighetsbegrepet skulle ta utgangspunkt i den enkeltes kvalifikasjoner, arbeidets karakter og god praksis. Det nye var at forsvarlighetsbegrepet skulle omfatte alle profesjoner, og at lovforslaget hadde detaljerte betingelser som vi skal nærmere på i de følgende avsnittene.

⁸⁴ Intervju: Bente Ohnstad 7. nov 07

⁸⁵ NOU 1993:33 s 12

⁸⁶ NOU 1993:33 s 12 Kvakksalverloven av 19. juni 1936 om adgang til å ta syke i kur uten å ha autorisasjon for utøvelsen Spørsmålet var om alle skulle autoriseres i den nye helsepersonelloven

⁸⁷ NOU 1993:33 s 12

Et viktig spørsmål som var vesentlig å få avklart var om lovforslaget innenfor forsvarlig virksomhet ville berøre den enkelte profesjons kompetanse og kunnskaps innhold. Ville lovforslaget påvirke eller endre på profesjonenes forhold til sin egen profesjonsutdanning? Hver profesjonsutdanning har en rammeplan som forteller om innholdet av utdanningen. Alle profesjonene hadde gjennom sin utdanning en beskrivelse av sitt kompetanseområde og som hver helsearbeider hadde et individuelt forhold til. For å forstå hva som menes med at alle profesjoner hadde en individuell beskrivelse av sitt fagområde må vi sette oss inn i hva denne forståelsen var bygget på. Hver helsearbeider hadde gjennom sin profesjonsutdanning fått en formell, offentlig godkjenning fra offentlige myndigheter. Myndighetene bygget denne godkjenningen på de ulike profesjonsutdanningene. Departementet hadde myndighet til å anbefale, samt godkjenne rammeplanene og innholdet i de ulike utdanningene. Denne ordningen skulle fortsette som før. Det er derfor viktig å poengtere at lovforslaget ikke kom til å berøre de ulike profesjoners fagområde. Lovforslaget skulle bidra til at alle profesjoner, og hver helsearbeider, fikk et lovbestemt forsvarlighetskrav som stilte like betingelser.⁸⁸

Dette betydde at lovutredningen ikke ville berøre de ulike profesjoners faglige ståsted. Den faglige utviklingen innefor hver profesjon skulle reguleres som før, gjennom ulike godkjenninger etter endt studier og praksis. Lovforslaget om faglig forsvarlighet ville ikke endre profesjonenes faglige kompetansegrunnlag i forhold til hverandre.

3.4 Lovforslaget om likheten av forsvarlighetsbegrepet, hva innebar det for profesjonene

Noen av de eksisterende profesjonslovene hadde uttrykte og definerte lovbestemmelser om faglig forsvarlig virksomhet slik som lege, tannlege og jordmorloven. Utredningen skulle bygge videre på disse og eventuelt utvide forsvarlighetsbegrepet. I tillegg skulle begrepet konkretiseres og tydeliggjøres på en måte som alle profesjoner forstod betydningen av.

Vi skal nå se på tre ulike sider ved forsvarlighetskravet i lovforslaget, der faglig autonomi inngår i alle tre. For det første skal vi se på den generelle betydningen av begrepet. Videre skal vi se på hva dette begrepet betyr for samhandling mellom profesjoner, og tilslutt skal se hvordan dette utvikler seg i forhold til den eksisterende legeloven som hadde en

⁸⁸ NOU 1993:33 s. 109

bestemmelse om et over/underordningsforhold til andre profesjoner, som jeg har vist til i punkt 3.3 fjerde avsnitt.

Begrepet faglig autonomi betyr selvbestemmelsesrett/ selvstyre og gir grunnlag for en selvstendighet som er uavhengig av andre: ”Faglig autonomi blant helsepersonell er et kjennetegn på en faktisk posisjon der kjernen er frihet fra inngrep fra andre.”⁸⁹Altså vil profesjoner med faglig autonomi være fritatt instruks fra andre profesjoner. Faglig autonomi oppstår som en konsekvens av profesjonenes offentlige autorisasjon /godkjenningsforhold. I praksis var det en helseprofesjon som i større grad enn andre helseprofesjoner hadde en sterkere faglig autonomi i utøvelsen av faget, og det var legeprofesjon. I utredningen vises det til en rapport (ansvar i sykehus) der legeföreningen sier at medisinen er et system og ikke en enhetlig funksjon”⁹⁰ Legelovens § 16 og § 17 understøttet legenes selvstendighet og gav de en faglig autonomi i arbeidet. Dette ville utredningen endre ved å foreslå at alle profesjoner var faglig autonome innenfor sitt fagfelt.

I fortsettelsen av definisjon om hva faglig autonomi var, slo utredningen fast at helseprofesjonene må basere sin utøvelse av helsetjenesten på sine faglige kunnskaper og beslutninger. Den helseutøver som reelt og formelt var best kvalifisert i en gitt situasjon, var også den som kunne og måtte ta hovedavgjørelsen. Dette var å forstå som en faglig autonom handling.⁹¹ Denne faglige autonomien ville følge det faglige kvalifikasjonsgrunnlaget som hver enkelt helsearbeider hadde fått godkjent gjennom den formelle utdanningen ved at offentlig myndighet gav en autorisasjon av utdanningen. Gjennom de formelle godkjenningene skulle pasienten ha en berettiget forventning om at vedkommende autorisasjonssinnehaver var i stand til å utøve en faglig forsvarlig virksomhet innenfor det området vedkommende var utdannet i.⁹² Med bakgrunn i lovforslaget om at alle skulle inneha et like stort ansvar ovenfor sine selvstendige faglige handlinger, ville også den faglige autonomien følge hver enkelt helsearbeider.

Når det gjelder spørsmålet om hvordan faglig autonomi skulle forstås og anvendes i forbindelse med å nytte medhjelpere i helsetjenesten, slo utredningen fast at forsvarlighetskravet skulle være overordnet i alle sammenhenger og dermed ville også den faglige autonomien følge med. Men som medhjelper i en gitt situasjon kunne den faglige autonomien bli underordnet dersom den som trengte medhjelper hadde et faglig større

⁸⁹ NOU 1993:33 s 60

⁹⁰ NOU 1993:33 s 42

⁹¹ NOU 1993:33 s 60

⁹² NOU 1993:33 s 61

kunnskapsgrunnlag til å utføre oppgaven. Det betydde at helsearbeidere skulle være faglig autonom og selvstendig på de fagområder de var best kvalifisert til. Utredningen mente at det var ikke noen motstrid mellom at hver enkelt profesjon skulle bli faglig autonome og målet om å skape en sterkere fellesskapsfølelse mellom profesjonene.⁹³

Som en konsekvens av at faglig autonomi skulle tillegges alle helseprofesjonene, ble underordningsforholdet overfor legene foreslått fjernet fordi denne bestemmelsen hindret rasjonell fordeling av arbeidsoppgaver. Underdanighet var ikke noe godt utgangspunkt for samarbeid mellom profesjonene, og utredningen la til at hver profesjon skulle mestre sitt fag på en profesjonell måte i samsvar med sin autorisasjon.⁹⁴ Det nye i lovforslaget innebar å sidestille den faglige autonomien. Dermed utløste lovforslaget en sidestilling av forholdet mellom legene og de øvrige helseprofesjonene. Legeforeningen hevdet at dette forslaget ville ta fra legene overordningsforholdet de hadde til andre profesjoner og dermed bryte med bestemmelsen i deres eksisterende legelov § 16 For legene innebar denne endringen at den faglige autonomien som de hadde ovenfor alle andre profesjoner ble svekket.

Utredningen hevdet imidlertid at Legelovens § 16, om legers selvstendighet ikke var ment på denne måten. Bakgrunnen for lovbestemmelsen var at legen skulle være selvstendig i sine faglige beslutninger og ikke bli påvirket av andre hensyn. de skulle ikke la seg styre av annet press enn det faglige, da spesielt, pengepress med hensyn til legemiddelindustrien, aksjeselskap og lignende.⁹⁵ Dette viste at det var ulik oppfatning av den eksisterende legeloven og tolkningen § 16 mellom legeforeningen og utreder.

I forhold til å forstå forskjellen på når en faglig autonomi var sterkere enn en annens faglige autonomi, viste utredningen til at den enkelte helsearbeider ikke kunne overprøve en annen helsearbeider dersom den første helsearbeideren selv ikke hadde denne fagkompetansen. Som eksempel kan en si at legene ikke kunne overprøve andre profesjoners fagkunnskap dersom denne kunnskapen var bedre enn legenes. Den helsearbeideren med best kompetanse i en gitt situasjon skulle handle ut fra sin faglige autonomi. Men hvem skulle bestemme om det oppstod dissens mellom profesjonene i et gitt forhold?

⁹³ NOU 1993:33 s 61

⁹⁴ NOU 1993:33 s 109

⁹⁵ NOU 1993:33 s 61

3.5. Forsvarlighetskravets konsekvenser for den enkelte helsearbeider

Forvarlighetskravet innebar en faglig, etisk og rettslig norm for hvordan den enkelte helsearbeiders yrkesutøvelse burde utøves i ulike sammenhenger.⁹⁶ Konsekvensene ved å bryte forvarlighetskravet ville føre til graderte reaksjoner avhengig av graden på uforsvarlighet, som myndighetens regulerte gjennom Fylkeslegen og Statens helsetilsyn.

Hva var forskjellen mellom det som stod i de gamle lovene og det forslaget som kom i utredningen? Av de ni profesjonslovene, var faglig forvarlighet omtalt kun i lege-, tannlege- og jordmorloven. I utredningen står det: ”Forsvarlig yrkesutøvelse gjelder utvilsomt for alle profesjoner hva enten dette prinsippet er nedfelt i lov eller ikke. I dagens profesjonslover er det bare legeloven, tannlegeloven og jordmorloven som inneholder uttrykkelige bestemmelser om dette.”⁹⁷

Alle profesjonsutøvere ville nå bli berørt av den nye loven, uavhengig av om de tidligere hadde hatt forvarlighetskrav nedfelt i sine respektive profesjonslover.” I tillegg foreslo utredningen å legge tre nye forhold inn i forvarlighetsbegrepet. For det første skulle alt helsepersonell pålegges en plikt om å holde seg faglig oppdatert og à jour. For det andre skulle helsepersonalet ikke overskride sine kvalifikasjoner, og som følge av det, ville helsepersonellet, for det tredje ha en plikt til å henvise pasienten til andre som var mer faglig kompetente til å ta seg av pasientens tilstand. Som nevnt skulle forvarlighetsdefinisjon gi den enkelte helsearbeider en klarere forståelse om hva dette betydde i forhold til egen yrkesutøvelse, i forhold til medhjelpere og i forhold til ledelsen.. Dessuten skulle det utarbeides retningslinjer som skulle klargjøre hvilke konsekvenser manglende forvarlighet kunne utløse.

Innenfor forvarlighetsbegrepet lå et ansvarsbegrep som innebar både pliktregler og kompetanseregler. Pliktreglene innebar forbud, påbud, tillatelser og fritagelser. Et forbud angir hva man har plikt til å la være. For eksempel hadde ingen andre enn leger rett til å bruke yrkesbetegnelsen lege. Et påbud viste til hva man hadde plikt til å foreta seg. For eksempel innebar dette påbudet forholdet om taushetsplikten. Tillatelser sa noe om ting som ikke var forbudt, for eksempel at leger kunne nytte medhjelpere etter legelovens § 17. Fritagelser sa noe om situasjoner hvor helsepersonell kunne være fritatt for, til tross for at det i lovens forstand kunne foreligge et forbud. Utredningen illustrerte dette med et eksempel som viste sa at taushetsplikten ikke var til hinder for opplysninger, dersom opplysningene ble gitt i en anonymisert form til eksempel i statistikker og ved forskningsundersøkelser. Brudd på alle disse pliktreglene kunne føre til rettslige

⁹⁶ NOU 1993:3333 s 58,59

⁹⁷ NOU 1993:3333 s 58,59

sanksjoner, avhengig av alvorlighetsgraden.⁹⁸ Kompetanseregler betydde i rettslig sammenheng at en helsearbeider har myndighet til å bestemme, eksempelvis til å gi instruksjoner. Alle disse områdene ville bli fremstilt slik i loven at det ikke kunne misforstås eller gi rom for tolkning.

3.6 Hva innebar forsvarlighetskravet for samarbeidet mellom profesjonene

I forholdet mellom den faglig kvalifiserte og en medhjelper, kom det klart fram i lovforslaget at medhjelperen handlet på vegne av den kvalifiserte. Dette innebar at medhjelperen pliktet å følge den kvalifiserte sine instruksjoner, med mindre dette betydde å utføre en ulovlig handling. Samtidig hadde den kvalifiserte plikt til å forvise seg om at medhjelper kunne utføre oppgaven med faglig forsvarlighet. Her ville kravet om faglig forsvarlighet igjen komme inn. Lovforslaget betydde dermed at alle helsearbeidere i alle situasjoner i sitt virke, hadde et individuelt ansvar for å utføre en faglig forsvarlig helsetjeneste. Innenfor dette forslaget lå også den enkeltes plikt til å selv sørge for å være faglig oppdatert. For å ytterligere sikre forsvarlighetskravet, kom utredning med forslag om et intern - kontrollsystem som skulle se til at virksomheten utførte helsetjenestene i samsvar med de faglige normer som lå til grunn.

Utredningen argumenterte for at alle profesjonene skulle sidestilles slik at ingen var overordnet andre profesjoner. I denne sammenhengen ble det vist til legeloven § 16 som sa at legers virksomhet skulle organiseres i slike former at den var medisinsk forsvarlig og slik at legen var selvstendig og uavhengig ovenfor andre i medisinske spørsmål. Prinsippet i denne bestemmelsen var å hindre uforsvarlig virksomhet. Andre profesjonsgrupper har etterlyst en faglig selvstendighet på lik linje med legene. Utredningen sa: ” at det kan umiddelbart virke motsetningsfylt å gi profesjonsgrupper faglig uavhengighet samtidig som loven skal være et incitament for økt fellesskapsfølelse. Dette er søkt løst ved å slå fast at helsepersonell som er ansatt i andres tjeneste kan ikke pålegges å utføre oppgaver på en slik måte at faglig forsvarlig virksomhet ikke er mulig.”⁹⁹ I prinsippet skulle ingen bli instruert av noen som var mindre kvalifisert uten at en kom i konflikt med forsvarlighetsnormen.¹⁰⁰ Imidlertid kunne ikke alle være like autonome samtidig og derfor måtte medhjelpere nyttes i helsetjenesten. Helsearbeidere som hadde tildelingskompetanse, skulle ha rett til å nytte medhjelpere. Som vi husker fra forrige avsnitt innebar ansvarsbegrepet

⁹⁸ NOU 1993:3333 s 55

⁹⁹ NOU 1993:33s 111

¹⁰⁰ NOU 1993:33s 111

kompetansereglene, og innenfor kompetansereglene kunne en helsearbeider inneha tildelingskompetanse som gav dem rett å nytte medarbeidere.¹⁰¹

3.7 Hva betydde forsvarlighetskravet for den som skulle lede en helsevirksomhet

Når lovforslaget inneholdt et forsvarlighetskrav for hver enkelt helsearbeider, reiste det spørsmålet om kravet måtte følges opp med lovbestemmelse som sa noe om hvordan virksomhetene skulle organisere og lede helsetjenestene.¹⁰² Spørsmålet om hvordan og hvilken profesjon som skulle lede virksomheten ble ikke lovfestet i denne lovutredningen, men lovutredningen la fram et forslag om systemansvar for virksomhetseier.

Begrunnelsen for at loven burde inneholde en bestemmelse om systemansvar, var at arbeidsgivers styringsrett innbar en plikt til å planlegge, organisere, fordele og kontrollere arbeidet. Dermed kunne det oppstå dissens i gitte situasjoner, der den administrative og faglig ledelse kunne ha ulike motiver for sine beslutninger. En administrativ leder hadde rett og plikt til å utføre arbeidsgivers funksjoner og oppgaver, men undertiden så ville en faglig leders bestemmelsesrett gå lenger, fordi den i kraft av sine faglige kvalifikasjoner kunne ta beslutninger om pasientbehandlinger. Og på bakgrunn av dette forholdet var det viktig å få inn i loven en bestemmelse som sa noe om forsvarlighetskravet til virksomhetseier.¹⁰³ Det måtte også avklares på hvilket nivå i organisasjonsstrukturen man kunne skille det administrative og det faglige ansvaret.¹⁰⁴ På hvilket nivå ville helsepersonells faglige autonomi bli truet, dersom lederen ikke hadde den samme kvalifikasjonsbakgrunn som de som ble ledet? Hvem skulle lage grensene?

Utredningen mente at jo nærmere en kom den faglige utøvelsen av oppgavene, desto mer naturlig var det at lederne hadde de samme kvalifikasjoner som den de skulle lede. Men den mente det ikke var hensiktsmessig å lovfeste hvilke faglige kvalifikasjoner og profesjonstilhørighet en leder av helsetjenesten skulle ha. Virksomheten skulle ha en leder, uansett hvilket nivå dette dreide seg om fordi det i kommunikasjons og kommandolinjen og ikke minst av pasientsikkerheten måtte være tydelig hvem som var leder. Hvem det skulle være, måtte være virksomhetens ansvar å bestemme.¹⁰⁵

¹⁰¹ NOU 1993:33 s 64

¹⁰² NOU 1993:33 s.80

¹⁰³ NOU 1993:33 s 75

¹⁰⁴ NOU 1993:33 s 85,86

¹⁰⁵ NOU 1993:33 s 85,86,

Lovforslaget ble dermed utformet slik at virksomheten som organisasjon, hadde en plikt til å tilrettelegge forholdene på en slik måte at den enkelte helsearbeider kunne utøve sitt arbeid i samsvar med sin faglige autonomi og faglige forsvarlighet.¹⁰⁶ Dermed kom et systemansvarsbegrep inn i lovforslaget som sa at alle virksomheter som ytte helsehjelp hadde et organisatorisk systemansvar. Lederen av virksomheten var forpliktet til å organisere virksomheten slik at kompetansesammensetningen og bemanningen var i samsvar med faglig forsvarlig utførelse av arbeidet. I tillegg hadde den systemansvarlige lederen ansvar for at prosedyrer, rutiner, internkontroll og kvalitetssikringssystemer samsvarte med forsvarlighetskravet.¹⁰⁷

Om forholdet mellom pasientenes rettigheter og faglig forsvarlighet, slo utredningen fast at den faglige standarden skulle være høy og sees i lys av definisjon av forsvarlighetskravet som ville gjelde både på et individuelt og systemnivå. Ulike profesjoner har ulik kompetanse og nettopp derfor var definisjon og klargjøring av forsvarlighetsbegrepet vesentlig. Dette skulle fremstå slik at faglig forsvarlig utførelse av helsetjenesten var overordnet og uavhengig av profesjonstilhørighet.¹⁰⁸ Forsvarlighetskravets definisjon skulle bidra til at den enkelte helsearbeider ble bevisst på sine egne begrensninger. Dette betydde at profesjonsutøverne ikke skulle gi seg ut på områder der opplæring og kyndighet manglet. I slike sammenhenger lå det en plikt for at vedkommende overlot oppgaven til andre, dersom dette var faglig forsvarlig for å sikre pasienten den rette behandlingen og pleie.

3.8 Hva mente profesjonsforeningene?

I dette avsnittet vil jeg se på hva profesjonsforeningene mente om lovforslaget generelt og hva de mente om lovforslagets innhold om forsvarlighetskravet spesielt. Som jeg skrev i kapittel 1 ville profesjonsforeningens formelle høringsvar fremkomme etter at utredningen var ferdig. Det er begrenset informasjon om deres synspunkter under selve utredningsarbeidet, men deres syn på ledelsesspørsmålet fremkommer. I denne sammenhengen vil jeg derfor også trekke inn uttalelser som kom frem gjennom intervjuer med representanter fra henholdsvis Legeforeningen og Sykepleierforbundet.

I forholdet mellom ledelse og profesjonsutøvelse mente Sykepleierforbundet at sykepleiefaget måtte ledes av en som hadde kvalifikasjoner innenfor dette området ut fra fagets selvstendige karakter. Og i følge forbundet var det bare sykepleiere som hadde slike kvalifikasjoner. De mente at ledelsen skulle være enhetlig, men likevel slik at leger ledet sitt fagområde og

¹⁰⁶ NOU 1993:33 s 85,86

¹⁰⁷ NOU 1993:33 s 110,111

¹⁰⁸ NOU 1993:33 s 107

sykepleieren ledet sitt fagområde.¹⁰⁹ I selve utredningen kan jeg ikke finne noen uttalelser fra Sykepleierforbundet innenfor forsvarlighetskravet. Jeg har også undersøkt i Sykepleierforbundets tidsskrifter, som er sykepleierforbundets kontakt og informasjonsmagasin og som sendes ut til alle medlemmene hver måned. I min gjennomgang av Sykepleierjournalen fra 1990 til 1993, som omfattet hele utredningsperioden, var der ingen artikler om lovforslaget generelt eller forsvarlighetsprinsippet spesielt

I forhold til ledelsesspørsmålet i lovforslaget så mente Legeforeningen at lovens fremstilling om hvem som skulle lede, var helt uavklart og at dette uklare forholdet, ville kaste pasienten ut i et ukjent terreng som ville skade helseprofesjonenes anseelse. Legeforeningen ville ha lovbestemt hvem som skulle lede en avdeling. Foreningene mente at det medisinsk -faglige og administrative ansvaret måtte hvile på en lege og at legespesialisten var den som måtte ivareta det øverste lederskapet. Legeforeningen uttalte: ”Det er m. o. a. avdelingsoverlegnes ansvar å samordne og føre tilsyn med de ulike faggruppene s virksomhet slik at behandlingsopplegget ovenfor den enkelte pasient blir enhetlig og i samsvar med medisinsk praksis”¹¹⁰

I intervju med Hans Petter Aarseth¹¹¹ sa han følgende om Legeforeningens syn på dette: I forhold til ledelse i sykehus så hadde foreningen i sitt arbeids - og prinsippprogram et krav om at avdelingsoverlegen skulle være den øverste lederen på sykehusavdelinger. Denne bestemmelsen ble først tatt ut på slutten av nittiårene. Det var mye diskusjon blant legene før dette ble tatt bort. Når det gjaldt forslaget om å likestille legene med andre profesjoner, kunne Legeforeningen ikke akseptere dette. Han sa videre at lovutredningen og lovprosessen var en krevende periode for Legeforeningen og han mente at foreningen strakk seg langt for å imøtekomme og å forstå de ulike forslagene som kom. Legene hadde over mange tiår hatt en enerådende posisjon ovenfor de andre helseprofesjonene og dette var en ny og annerledes måte som krevde en holdningsendring fra legeforeningen og leger generelt.¹¹²

3.9 Refleksjon og oppsummering

Gjennomgangen av utredningen kan tyde på at lovforslaget ville endre profesjonenes forhold til hverandre. Slik lovforslaget var foreslått kunne det skje en endring i forholdet mellom profesjonene, og spesielt mellom legeprofesjonen og de øvrige profesjonene.

¹⁰⁹ NOU 1993:33 s 79,80

¹¹⁰ NOU 1993:33 s 77, 80

¹¹¹ Intervju med daværende president Hans Petter Aarseth 13. oktober 2008. medium Båndopptager.

¹¹² Intervju med daværende president Hans Petter Aarseth 13. oktober 2008. Medium: Båndopptager.

Legeforeningen mente at deres eksisterende legelov hadde en lovformulering i § 16 som gav legeprofesjon en myndighet overfor andre profesjoner og som faktisk hadde fungert som dette. Som vi så, ble det foreslått å ikke videreføre denne formuleringen spesielt for legene. Lovforslaget inneholdt derimot forslag som gjorde at alle profesjonene ble sidestilt og dermed falt prinsippet om at noen profesjoner skulle være overordnet andre profesjoner. Forholdet som ville sidestille profesjonene var prinsippet om at enhver helsearbeider skulle utføre sitt arbeid faglig forsvarlig innenfor sitt kompetanseområde. Utredningen mente at den faglige autonomien måtte tilkjennes alle innenfor sitt fagområde. Graden av faglig autonomi kunne være avhengig av graden av utdanning og kompetanse, men prinsippet om likhet var det overnente.

Ved å sidestille legenes posisjon sammen med de øvrige helseprofesjonene ville lovforslaget dempe legenes innflytelse ovenfor de øvrige profesjonene. I stortingsmeldingen omtales ”profesjonsstridigheter” i generelle vendinger og meldingen fremstiller at dette forholdet gjelder alle profesjoner. Men det som imidlertid var det nye innenfor lovutredningen var å fjerne legenes overordningsforhold, slik at sidestillingen av forsvarlighetsbegrepet og den faglige autonomien skulle gi like vilkår for alle helseprofesjonene. Lovforslaget satte profesjonenes posisjoner til hverandre, i et nytt spill som krevde en reetablering av de oppgatte kulturelle og faglige forholdene, der legene i større grad enn andre stod i fare for å miste sin posisjon. Som tidligere nevnt, kunne det se ut til at legene hadde historisk sett, hatt en sterkere faglig autonomi enn de andre profesjonene, og nærmets en full jurisdiksjon ovenfor andre profesjoner. Som jeg skrev i første kapittel betydde jurisdiksjon yrkers myndighet og ansvar innenfor et arbeidsområde.

Lovbestemmelsens konsekvenser for profesjonene kunne på sees på fra flere synsvinkler. På den ene siden kan en antyde at lovforslaget ville gi profesjonene en tydeligere fellesskapsfølelse fordi alle var likestilte og like pliktige gjennom lovforslaget til å utøve arbeidet faglig forsvarlig, uansett profesjon og kunnskapsgrunnlag.

På den andre siden kan en antyde at lovforslaget kunne føre til det motsatte av fellesskapsfølelse. Når alle profesjonene ble likestilt, ville alle kunne utvikle et mer selvstendig forhold til sitt arbeidsområde og i noen grad kunne loven påvirke til økt selvstendighet som gikk på bekostning av fellesskapet. Bakgrunnen til at jeg vil antyde dette, er at lovforslaget ikke kom til å berøre hver enkeltes profesjons faglige innhold. Denne utviklingen ville skje som før. Det som kunne holde det hele i sjakk var at lovforslaget om forsvarlighetskravet ble overordnet i alle forhold innenfor alle deler av helsetjenestens grenser.

Dette er også interessant av en annen grunn. Myndighetenes argumentasjon for å bedre profesjonenes forhold til hverandre var ønsket om felles lov ville øke samarbeidet mellom profesjonene. Det som er vanskelig å få tak på er hva myndighetene la i ordet profesjonsstridigheter, var det faglig uenighet, eller var det andre forhold. Som vi husker skulle ikke lovforslaget berøre de ulike profesjoners faglige områder. I dette kompliserte forholdet kan en antyde at lovforslagets incitament skulle applaudere til profesjonenes samarbeidsevne i sterkere grad enn hva profesjonsuenighet kunne gjøre. Lovforslaget skulle henstille alle helsearbeidere til å tenke faglig forsvarlighet innenfor sitt arbeidsfelt og samlet skulle alle profesjonene gi en helhetlig helsetjeneste der pasientens rettigheter ble det viktigste. Det som kunne holde det hele i sjakk var at lovforslaget om forsvarlighetskravet ble overordnet i alle forhold innenfor alle deler av helsetjenesten grenser. Spørsmålet var likevel hvem skulle sette disse grensene.

Lovens intensjon var at ingen måtte gå utover sitt forsvarlighetskrav og dette kravet var gitt i forhold til den kompetansen og den godkjenningen enhver helsearbeider hadde fått gjennom sin autorisasjon. Så på den ene siden ville lovforslaget sikre og trygge kvaliteten i helsetjenesten Konkretisering av de ulike forholdene innenfor forsvarlighetskravet ville utløse et økt samarbeid. Alle var i samme båt. Ingen kunne skylde på den annen. På den andre siden kunne lovforslaget øke avstanden mellom profesjonene fordi loven stilte alle ansvarlig og dermed så var det viktigste å sikre seg selv, at en selv hadde gjort rett, uten å se helheten i helsetjenesten.

I forlengelsen av NOU 1993: 33 kom høringsdokumentet fra helse og omsorgsdepartementet som het Høringsnotat, lov om helsepersonell¹¹³. Dette notatet skulle høringsinstansene svare på. Notatet ble sendt ut 1. juli 1997 og fristen var 17. november samme år. Det er her de formelle høringsvarene kom fram og det er disse forholdene vi skal se på i neste kapittel.

¹¹³ HOD Høringsnotat Lov om helsepersonell 010797

4.0 Høringsnotatet og høringsinstansenes svar

4.1 Hva ville myndighetene ha svar på i høringen

Regjeringen ba om innspill på flere områder innenfor lovforslaget. Det som er min hovedsak og som jeg vil fokusere på er om høringsnotatet hadde endret innhold i forhold til forsvarlighetskravet som ble presentert i NOU 1993:33. Hadde myndighetene tatt høyde for legenes uenighet på dette tidspunktet, eller ville høringsnotatet videreføre forslagene innenfor forsvarlighetskravet fra NOU'en? Ville legene bli hørt i deres syn om at legene burde være overordnet andre profesjoner

Ville det komme konkrete bestemmelser i forhold til organisering og hvilken profesjon som skulle være øverste leder innenfor avdelingsledelsen. Det er disse spørsmålene som interessante.

I notatet drøftes spørsmålet om leger skulle tillegges et overordnet faglig ansvar i alle henseende.¹¹⁴ I denne sammenhengen ble det reist spørsmål om hvordan § 16 i den eksisterende legeloven kunne tolkes. Som det fremgår av notatet, la departementet til grunn en annen oppfatning av denne lovparagrafen enn Legeforeningen hadde lagt til grunn. Når det gjaldt reguleringen av over/ underordningsforholdet mellom helseprofesjonene, mente myndighetene at dette skulle overlates til arbeidsgiver og sær lovgivningen.¹¹⁵ Det ble pekt på at andre enn leger og tannleger kunne ha et selvstendig ansvar. For eksempel kunne det åpnes for jordmorstyrte avdelinger. Dessuten mente myndighetene at et selvstendig ansvar ikke hindret helsepersonell i å innhente råd fra annet helsepersonell dersom det var det mest forsvarlige. Lovforslaget ville bidra til større egeninnsats fremfor å fokusere på hvem som hadde myndighet til hva. Dermed ville forslaget også bidra til å redusere profesjonskonfliktene.¹¹⁶ Det vesentlige var å sikre lovens hovedformål som for det første innebar at alt helsepersonell fikk en lovpålagt plikt til å ivareta kravet til forsvarlig kvalitet som i neste omgang økte pasienters sikkerhet i helsetjenesten. Som jeg skrev om i kapittel 2, mente myndighetene at loven skulle være lik På den måten ville de ulike profesjonene få en større fellesskapsfølelse og motvirke en uakseptabel profesjonskamp. Ut fra disse argumentene ble forslagene fra NOU 1993:33 videreført.¹¹⁷

¹¹⁴ HOD Høringsnotat, lov om helsepersonell 9. juli 1997 Kap 3.7

¹¹⁵ HOD Høringsnotat, lov om helsepersonell 9. juli 1997 Kap 3,6 3,7

¹¹⁶ HOD Høringsnotat, lov om helsepersonell 9. juli 1997 Kap 1, punktt 30,5

¹¹⁷ HOD Høringsnotat, lov om helsepersonell 9. juli 1997 Kap 3.7

Høringsnotatet kom frem til at det var uhensiktsmessig å binde ledelsesforhold i personallovgivningen. Det mente at loven ikke skulle inneholde bestemmelser om ledelsesforholdet og hvilke kvalifikasjoner en leder skulle ha. Bestemmelsen om hvordan og hvem som skulle lede ble overlatt til virksomhetene for at organiseringen skulle kunne tilpasses de forskjellige institusjonenes oppgaver og behov. Ut fra disse argumentene ble forslagene fra NOU 1993:33 videreført.¹¹⁸

Lovforslaget videreførte forsvarlighetsplikten som sa at virksomheten som organisasjon, hadde en plikt til å tilrettelegge forholdene på en slik måte at den enkelte helsearbeider kunne utøve sitt arbeid i samsvar med sin faglige autonomi og faglige forsvarlighet.

Videre ble det generelle forsvarlighetsbegrepet i utredningen videreført og de nye forslagene som omhandlet plikten til å holde seg faglig à jour, og plikten til å henvide til andre dersom en selv ikke hadde de rette kvalifikasjonene i forhold til pasientens behov, ble også videreført i høringsnotatet.¹¹⁹

Dette innebar at alt helsepersonell fikk en lik plikt til å etterleve lovens bestemmelser som omhandlet alle de punktene som er nevnt ovenfor.¹²⁰ Kort oppsummert så viste forsvarlighetsbestemmelsene at høringsnotatet hadde videreført utredningens innstilling, noe som også samsvarte med uttalelsene fra stortingstingsmeldingen fra 1988

Vi skal i det følgende se hva notatet mer inngående sa om de punktene som omhandlet faglig forsvarlighet og faglig autonomi. Innenfor disse forholdene skal vi se på fire ulike argumenter som høringsnotatet framsatte som bakgrunn for at alle helseprofesjoner skulle inneha denne plikten.

Det første forholdet i forsvarlighetsbegrepet omhandlet den generelle plikten alt autorisert helsepersonell hadde til å yte helsehjelp uansett arbeidssted. I tillegg skulle forsvarlighetsbegrepet og plikten til å yte hjelp, gjelde for helsearbeidere som i form av sin stilling, også i privat sammenheng, etterspurte deres kompetanse. Dette innebar at autoriserte helsearbeidere i lovens forstand måtte forstå at de i nesten enhver sammenheng, ville være bundet av helsepersonellovens bestemmelser, også utenfor arbeidsplassen. Dette gjaldt for eksempel plikten å redde liv.

Det andre forholdet om forsvarlighet innebar å tydeliggjøre at faglig forsvarlig behandling og pleie skulle gjelde for alle profesjoner i samsvar med den kompetansen de

¹¹⁸ HOD Høringsnotat, lov om helsepersonell 9. juli 1997 Kap 3.7

¹¹⁹ HOD Høringsnotat, lov om helsepersonell 9. juli 1997 Kap. 1

¹²⁰ HOD Høringsnotat Lov om helsepersonell 9. juli 1997 Kap 3,1

hadde. Dette kravet skulle være hensiktsmessig ut fra to formål. På den ene siden skulle det bidra til økt kvalitet i helsetjenesten. På den andre siden mente myndighetene at konsekvensen av dette økte samarbeidet, ville bidra til å dempe profesjonskonfliktene.

Det tredje forholdet gjaldt faglig autonomi. Regjeringen mente at alle gjennom sin profesjonsutdanning hadde kvalifikasjoner som innebar en høy grad av faglig autonomi. Lovens forsvarlighetskrav ville i større grad enn tidligere forsterke den enkeltes faglige autonomi, fordi loven likestilte alle profesjonene og så på alle som likeverdige innenfor de ulike helsefagene. Når alle profesjoner ble sidestilt på den måten, ble § 16 i den eksisterende legelovens bestemmelse overflødig.¹²¹ Dette forslaget var altså en betydelig endring i forhold til de tidligere profesjonslovene. I tillegg sa høringsnotatet at lovforslagets forsvarlighetskrav gav pasientene fordeler. Lovforslaget økte pasientens rettigheter og muligheter til å stille krav til helsepersonalet og tilføyde at det ble lettere for pasientene å vite hva de kunne forvente gjennom en felles lov i forhold til de ni eksisterende ulike profesjonslovene.¹²² Forsvarlighetskravet i lovforslaget ville dessuten føre til at tilsynsmyndighetene fikk muligheter til å følge opp personalet bedre. Tilsynsmyndighetene ville kalle alle helsepersonell og ikke de enkeltes profesjoners navn. Dette ville også bidra til å dempe motsetningene mellom profesjonene.¹²³

Det fjerde forholdet gjaldt hvem som skulle være øverste leder i en helsevirksomhet. Myndighetene ville ikke binde opp noen bestemte ledelsesforhold, for ikke å låse virksomhetene til bestemte organisasjonsformer. De ville heller ikke fastslå hvilken kompetanse en leder burde inneha. Bakgrunnen for dette var at loven skulle dreie seg om den individuelle plikten til faglig forsvarlighet ovenfor pasienten - ikke om helsepersonellens rett til bestemte organisasjonsformer. De sa at det kunne være behov for å lovfeste et generelt krav til forsvarlig tilretteleggelse og dermed organisere driften i samsvar med det individuelle forsvarlighetskravet. Dette var i samsvar med utredningens anbefaling. Imidlertid skulle dette ikke utelukke at det kunne inntas krav i helsetjenestelovgivningen og sær lovgivningen i tillegg til, eller for å utdype det generelle kravet til forsvarlig tilretteleggelse innenfor organiseringen som skulle gjelde ovenfor helsetjenester.¹²⁴

I hørings svarene som fremkommer fra Sykepleierforbundet og Legeforeningen viser de to profesjonsforeningene hvor ulikt syn de hadde på hele lovforslaget. Som nevnt i kapittel 2 var mandatet å utrede ulike forhold som til eksempel omhandlet taushetsplikt,

¹²¹ HOD Høringsnotat Lov om helsepersonell Kap 3.5

¹²² HOD Høringsnotat Lov om helsepersonell Kap 3.4

¹²³ HOD Høringsnotat Lov om helsepersonell Kap 3.5

¹²⁴ HOD Høringsnotat Lov om helsepersonell Kap 3.7

dokumentasjonsplikt og bierverv. Alle disse forholdene hadde blitt gjennomgått i utredningen. Min hensikt for å nevne profesjonenes mening i høringsvarene, er å vise hvor ulike syn profesjonsforeningene hadde, og hvor stor avstand det tilsynelatende var mellom dem.

4.2 Legeforeningen hørings svar

Legeforeningen støttet ikke forslaget om en felles helsepersonellov under lovutredningen i NOU 1993:33. Hadde den endret mening på de fire årene som hadde gått fra utredningen var ferdig? Det ser ikke slik ut i forhold til hørings svaret¹²⁵.

Legeforeningen støttet ikke lovforslaget slik det var utformet av departementet i høringsnotatet. De sa at legenes spesielle plass med sine rettigheter og plikter slik den var formulert i deres eksisterende legelov, var en garanti for kvalitet og sikkerhet i pasientbehandlingen og dette forholdet gjenfant ikke i lovutkastet. Legeforeningen sa at lovforslaget henviste til nye lovforslag og flere paragrafer som ennå ikke var utarbeidet, deriblant uklarheter om ledelsesforholdet.

Legeforeningen viste til § 16 i sin eksisterende legelov og sa at: ”Legeforeningen og Statens helsetilsyn hadde vurdert § 16 slik at leger ikke bare har et ansvar for egen yrkesutøvelse, men også for legers organisering av en helsetjeneste, både med hensyn på personell og utstyr, slik at den kan betraktes som forsvarlig”¹²⁶.

Legeforeningen mente at lovforslagets utelatelse av medisinsk faglig ansvar og en manglende presisering av forsvarlighetskravet ville få negative konsekvenser for den enkelte pasient og for samfunnet generelt. Legeforeningens syn var at lovutkastet ville begrense legens ansvar til bare å gjelde egen yrkesutøvelse og sa at: ”Ansvaret for helheten i alt som angår diagnostikk og behandling i sterkere grad kunne bli overført til arbeidsgiver eller til virksomhetens eier”¹²⁷. Den mente også at taushetsplikten ble uthullet ved at andre en leger skulle føre journal, og at opplysnings- og dokumentasjonsplikten ville føre til svekkede pasientrettigheter. Sidestillingen mellom profesjonene ville forsterke profesjonsmotsetningene og de var ikke enig i at forslaget ville bedre forholdet mellom profesjonene. I denne sammenhengen uttalte foreningen at den heller ikke kjente til at nåværende lovverk hadde stengt for samarbeid mellom de ulike yrkesgruppene innenfor helsetjenesten. Den aksepterte heller ikke at leger ble pålagt opplysningsplikt om bierverv. Legeforeningen sa til slutt i

¹²⁵ Legeforeningens hørings svar 19. november 1997

¹²⁶ Legeforeningens hørings svar 19. november 1997 s 2

¹²⁷ Legeforeningens hørings svar 19. november 1997 s 2

høringssvaret at den kunne akseptere en felles helsepersonellov dersom deres innvendinger ble imøtekommet og de viktige presiseringer fra den gamle legeloven ble videreført. Foreningen mente at deres eksisterende legelov var en god lov som sikret pasientene et trygt helsetilbud og ivaretok profesjonens interesser på en god måte.¹²⁸

I forbindelse med at lovforslaget innebar at alle profesjoner skulle sidestilles, mente legeforeningen at den eksisterende legeloven la grunnlaget for det ansvaret som legene hadde hatt opp gjennom tidene og som hadde vært av stor betydning for pasientene. Legeforeningen var uenig i at alle skulle tilkjennes en autonomi fordi det ville innebære en prinsipiell sidestilling mellom de forskjellige profesjonene. Foreningen mente dette ville skjerpe profesjonskonfliktene og slett ikke dempe dem: ”Det kan ikke aksepteres at et så viktig og grunnleggende spørsmål som faglig autonomi og forsvarlighetsavgrensninger henvises til et regelverk som p.t. ikke er kjent”¹²⁹ Faglig autonomi og forsvarlighetskrav kunne ikke kastes ut i et ukjent og uskrevet regelverk. For at ikke pasientene skulle bli kasteballer mellom ulike profesjoner som hver for seg anså seg som likeverdige aktører, mente legeforeningen at det måtte lovfestes at leger skulle ha instruksjonsmyndighet utover de som omhandlet medisinsk faglige spørsmål.¹³⁰ Legeforeningen viste i denne sammenhengen til et annet lovforslag som skulle behandles samtidig med lov om helsepersonell, som omhandler psykisk helsevern. I denne loven var det foreslått en lovformulering som viste at legen, var den faglige ansvarlige og dermed faglig overordnet andre profesjoner i helsetjenesten. Legeforeningen mente denne formuleringen måtte gjelde også for andre områder av helsevesenet.¹³¹

Når det gjaldt hvordan virksomhetene skulle organiseres og ledes, så mente legeforeningen at det måtte lovfestes at leger skulle være den øverste leder av de kliniske avdelingene. At denne organiseringen ble overlatt til virksomhetseier ville føre til at pasienten ikke kunne stole på legene, fordi en virksomhetseier kunne overprøve en medisinsk avgjørelse.¹³²

I Legeforeningens tidsskrift hadde daværende president Aarseth et innlegg med overskriften: ”Lov om helsepersonell. Svarteper for pasientene.”¹³³ Innledningsvis skrev Aarseth at lovens forslag kunne bety at myndighetene hadde et generelt ønske om å begrense og å innskrenke helsepersonells rettigheter som arbeidstakere. Aarseth mente at den åpenbare hensikten fra myndighetenes side var å styrke myndighetenes styringsmulighet og slett ikke

¹²⁸ Legeforeningens høringssvar 19.11.1997

¹²⁹ Legeforeningens høringssvar 19.11.1997 sitat

¹³⁰ Legeforeningens høringssvar 19.11.1997 s 3

¹³¹ Legeforeningens høringssvar 19.11.97 s 3 -4

¹³² Legeforeningens høringssvar 19. november 1997 s 4

¹³³ Tidsskrift for Den norske legeforening Hans Petter Aarseth 1997,117:3021

styrke pasientenes sikkerhet, selv om det var denne begrunnelsen som ble framsatt for forsvarlighetsbegrepet i lovforslaget.

I tillegg til dette argumentet vil jeg trekke frem tre andre argumenter som fremkom i dette innlegget fra Aarseth. Det første argumentet mot lovutredningen, var forslaget om at alle profesjonene skulle ha et selvstendig ansvar. Dette forslaget ville medføre at det medisinskfaglige ansvaret ville forsvinne, hevdet Aarseth. I følge presidenten i Legeforeningen, var forslaget om å fjerne legelovens § 16.4 som fastsatte legens autonomi, skremmende. Ved å fjerne legenes autonomi, ble samtidig prinsippet om legens spesielle plass i helsevesenet undergravid¹³⁴ Dermed kunne leger bli underlagt administrativ og politisk ledelse. Dette ville føre til at pasienten ikke lenger kunne stole på legene.¹³⁵ I tillegg ville forslaget føre til en ansvarspulverisering mellom helsepersonell. Lovens intensjon, som var at hver helsearbeider skulle ha et individuelt ansvar, ville særlig fra pasientens side oppleves som det stikk motsatte. Aarseth viste i denne sammenhengen til Steineutvalgets utredning som hadde forslått at hver pasient skulle ha en pasientansvarlig lege. Forslaget i Steineutvalget og dette lovforslaget var i nærmest i motstrid til hverandre¹³⁶.

Det andre argumentet, mente Aarseth, var at lovforslaget ville svekke pasientsikkerheten og pasientrettighetene med bakgrunn i at alt helsepersonell ble autorisert og skulle dokumentere sine handlinger og pasientinformasjon i en felles pasientjournal. Den nåværende legejournalen ville forvinne og det nye journalsystemet ville føre til fri flyt av alle pasientopplysninger. Det var også betenkelig at Datatilsynet kunne akseptere en slik helseregistrering som ”alle” kunne lese. I forhold til det tredje argumentet som omhandlet en overordnet ledelse, mente Aarseth at legene skulle og måtte være den øverste leder for avdelingene slik at pasienten fikk sikret en faglig forsvarlig helsetjeneste.

Dette innlegget reagerte utreder av NOU 1993:33 på. I telefonsamtale med Ohnstad 20.10.08. fortalte hun meg at samarbeidet med Legeforeningen under utredningen var bra og at det underveis i et utredningsarbeid alltid var behov for å drøfte ting som er fortrolige. Dette hadde hun og Legeforeningen også gjort, hvorpå Legeforeningen slo overnevnte sak opp i legetidsskriftet. Hun svarte på dette utspillet med en kronikk i Dagbladet. I kronikken skrev hun at dersom legene i en felles helsepersonellov skulle tillegges et generelt overordnet ansvar i form av et medisinsk faglig ansvar overfor annet helsepersonell, ville konsekvensen bli at alt

¹³⁴ Tidsskrift for den norske Legeforening nr 1997 117:3021 av president Hans Petter Aarseth

¹³⁵ Tidsskrift for den norske Legeforening 1997:117:3021

¹³⁶ NOU 1997:2 Pasienten først, ledelse og organisering i sykehus. Leder for denne utredningen var Vidar Oma Steine. Dette var en av de tre store helseutredningene (som er nevnt i innledningen av oppgaven), sammen med utredningen av helsepersonelloven og pasientrettighetsloven. I utredningen av NOU 1997:2 var det et forslag som innebar at alle pasienter skulle ha en pasientansvarlig lege.

annet helsepersonell ble redusert til legenes medhjelper. Det at andre profesjoner ble ansvarliggjorte betydde ikke at legen blir fratatt ansvar innen sitt område. Videre stod det i kronikken: ”Ansaret rekker imidlertid ikke lenger enn kvalifikasjonene og det ville være et brudd på forsvarlighetsnormen hvis annet personell begav seg ut på områder som krever legekunnskap”.¹³⁷

Jeg vil antyde at Legeforeningen mente at lovforslaget i det store og hele ville undergrave deres kompetanse og posisjon i helsetjenesten. Jeg vil se mer inngående på hvorfor Legeforeningen sa dette, og hva de hadde bygget sine argumenter på. De sa at når alt helsepersonell prinsipielt ble likeverdige i forhold til forsvarlighetskravet, fikk alle en rett til å delegerer oppgaver og være en prinspal for andre.¹³⁸ Slik jeg ser det generelle forsvarlighetsforslaget ville lovforslaget endre legene posisjon som den øverste faglige ansvarlige som de hevdet § 16 i deres eksisterende legelov tydeliggjorde. Legeforeningen mente at paragraf § 16 gav legene et utvidet ansvar utover sin yrkesutøvelse, men som vi har sett i høringsnotatet hadde ikke departementet samme syn. Til tross for at departementet hadde en annen tolkning av § 16 enn Legeforeningen, og kunne i kraft av sin styringsrett hevde at deres tolkning var rett, så valgte de likevel å ikke videreføre denne paragrafen. Jeg vil antyde at departementet mente det var uhensiktmessige å videreføre paragrafen på bakgrunn av legeprofesjonens sterke og opparbeides stilling. I forlengelsen av dette vil jeg antyde at departementets valg å ikke videreføre § 16 i lovforslaget, aksepterte de også at lovparagrafen betydde mer det rent medisinsk faglige. Som jeg skrev om i kapittel 1 sa Erichsen at forhold som kunnskap, tillit og verdsetting var sammenvevd i hverandre. Hun sa videre at når en aksepterer at det fantes et slikt perspektiv, ville det være mulig å analysere hvordan bestemte kunnskapssyn nedfelte seg i tenkemåte og behandlingsmåte. Hennes forklaring kan settes rett inn i den forståelsen som legene hadde tolket i § 16 og hvordan yrkenes posisjon hadde utviklet seg over tid. Paragraf 16 ble en lovparagraf som legeforeningen støttet seg til dersom lovforslaget kunne føre til juridiksjonelle endringer mellom profesjonene. Som vi husker fra stortingsmelingen i kapittel 2 ønsket myndighetene at de sterke profesjonsinteressens skulle dempes. Dette forholdet viser tydelig at det sosiologiske, historiske perspektivet har påvirket både legene og de andre profesjonene betydd i like stor grad som hva selve lovformuleringen i § 16 i den eksisterende legeloven sa.

¹³⁷ Bente Ohnstad: Loven legen og pasienten Dagbladet 21.11.97.

¹³⁸ Legeforeningens hørings svar 19.11.1997 sitat

Som vi har sett så ble ikke legene bli hørt i deres syn om at de skulle være overordnet andre profesjoner. Og det kom heller ikke konkrete lovforslag om hvordan organiseringen skulle være og hvem som skulle inneha posisjon som faglig leder.

4.3 Sykepleierforbundets høringsvar

Sykepleierforbundet høringsvar viste at forbundet støttet lovforslaget i all hovedsak.¹³⁹ Det mente at presiseringen av forsvarlighetsbegrepet og utdypningen av dette var svært positivt. Utover denne kommentaren så ble det ikke formulert noen utdypende synspunkter om forsvarlighetsbegrepet. I forhold til hvem som skulle være leder, var de var enig med departementet om å utelate ledelse og organisering i lovforslaget og sa at dette hørte ikke hjemme i en helsepersonellov.

Forbundet tok opp andre problemstillinger i lovforslaget. Som for eksempel i forbindelse med at bierverv skulle registreres og godkjennes av hovedarbeidsgiver, var sykepleierforbundet enig i at disse reglene skulle gjelde alle profesjonene, og ikke bare legene. Videre var forbundet enig i forslaget om forbud mot å motta gaver. De ønsket å få dette forbudet ennå mer detaljert og utdypet gjennom forskrifter. De støttet også forslaget om bruk av medhjelpere, i samsvar med forsvarlighetskravet. Pasienters klagerett støttet de fordi denne retten, økte pasienters rettsikkerhet. De støttet det forslåtte reaksjonssystemet og opprettelsen av Statens helsepersonellnemnd. At denne nemnden erstattet de gamle profesjonsrådene som likevel omfattet få profesjoner, var bra. Sykepleierforbundet hadde ikke noen profesjonsråd på den tiden. I forhold til spørsmål om lovreguleringen ville føre til økte kostnader, mente sykepleierforbundet at det ikke ville det. Forbundet uttalte at dersom en faktisk fikk til et fleksibelt samarbeid mellom profesjonene, som var lovens intensjon, ville en spare penger og ikke øke budsjettet.¹⁴⁰

For å finne ytterligere dokumentasjon om hva Sykepleierforbundet mente har jeg gjennomgått sykepleietidsskrifter fra 1990 til 1993 og årene 1996 og 97. Fra 1990 til 1993 fant jeg ingen dokumenter om lovforslaget. I årene 1996 og 97 fant jeg to innlegg fra daværende forbundsleder Laila Dåvøy om utredningen av en felles helsepersonellov. Den ene artikkelen fortalte om Sykepleierforbundets generelle mening om utredningen og viste ikke til

¹³⁹ Sykepleierforbundets høringsvar 21.10.97

¹⁴⁰ Sykepleierforbundets høringsvar 21.10.97

spesielle problemområder i lovforslagene.¹⁴¹ Ved å se i Sykepleierforbundet sine tidsskrifter i denne høringsperioden finner jeg de over fornevnte innlegg av forbundsstyret med daværende forbundsleder Laila Døvøy som sa at en bør ha jevnlig krav for å opprettholde autorisasjonen både for sykepleiere og spesialsykepleiere, nettopp for å sikre at helsepersonell er à jour med den faglige utviklingen.¹⁴²

I et intervju med daværende nestleder Hovdenak i Sykepleierforbundet fortalte hun at forbundet var generelt godt fornøyd med lovforslaget.¹⁴³ I forhold til legene sa hun at historisk sett, hadde legene vært i en posisjon som var overordnet alle andre. Det nye var at alle helseprofesjonene skulle sidestilles ved å være faglig autonome innenfor sitt fag. Dette var en anerkjennelse av de andre profesjonsfagene i helsetjenesten. Hovdenak hevdet at sykepleierforbundet strategiske mål var å få et flertall for at alle profesjoner skulle sidestilles i loven.

4.4 Refleksjon og oppsummering

Sammenlikner vi de to høringsvarene fra Legeforeningen og Sykepleierforbundet, gir de to ulike svar. Høringsvaret fra Sykepleierforbundet viste at de ønsket denne loven slik som lovforslaget fra høringsnotatet var fremstilt. Gjennom høringsvaret sa de seg godt fornøyd med innholdet i lovforslaget.

For legenes del betydde lovforslaget det motsatte, lovforslaget svekket deres posisjon og tok fra dem den posisjon som de hadde hatt. De fikk ikke gjennomslag for de som de aller mest hadde påpekt, som handlet om overunderordningsforholdet mellom Legeforeningen og de andre profesjonene

Departementet ønsket å videreføre lovforslaget slik utreder hadde forslått. I forhold til å sidestille profesjonene sa de at alle skulle inneha et forsvarlighetskrav som gav dem et ansvar som stod i samsvar med deres faglige kompetanse.

Departementet videreførte den individuelle forsvarlighetsplikten og med den fulgte den faglige autonomien. Legeforeningen reagerte på dette i høringsvaret fordi forholdet til andre profesjoner ville endres på en måte som fratok legene deres overordnede posisjon. På den andre siden skulle lovforslaget ikke berøre legers fagområde, innenfor det medisinsk faglige ville legene

¹⁴¹ Tidsskriften Sykepleien nr 19,11. november 1997 s 48 sitat av Laila Døvøy.

¹⁴² Tidsskriftet Sykepleien, 1997 nr 19 s.48

¹⁴³ Intervju Inngjerd Hovdenak, 13. okt 08 daværende nestleder i sykepleierforbundet

fortsatt være de som bestemte. Lovforslaget skulle ikke ta fra legene deres faglige autonomi, men heller styrke hver enkelt helsearbeiders faglige autonomi.

Sykepleierforbundet sitt høringsvar uttrykte enighet med høringsnotatet og sa at utreders utdypning av forsvarlighetskravet var godt presisert. Sykepleierforbundet generelle hørings svar til en felles helsepersonellov var udelt positiv. Det har vært vanskelig å finne sykepleierforbundets eksakte mening om ulike deler i lovforslaget og for eksempel kom det aldri frem hva de la i begrepet faglig autonomi. Men med deres generelle enighet så vil jeg antyde at dette var en gylden mulighet til å styrke sin posisjon sammenliknet med legenes posisjon. Sykepleierforbundet sa seg generelt enig i lovforslaget med å samle profesjonene i en felles helsepersonellov og sa at dette ville føre til økt samarbeid og samhandling mellom dem. De kommenterte videre at en felles lov vil erstatte det lite oversiktelige og tildels mangelfulle lovverk som fantes på dette området i dag.¹⁴⁴

Sykepleierforbundets positive svar må også sees i lys av sykepleiernes historie. Begrepen faglig forsvarlighet fikk en ny, juridisk betydning som sykepleierprofesjon måtte bli mer bevisst på. Kvalitetsaspektet fikk en ny, individuell betydning for sykepleierne gjennom lovforslaget. Sykepleierne hadde en foreldet sykepleierlov, rundskrivet fra departementet sa bare noe om sykepleierfagets innhold, og samt sykepleierforbundets eget skriv om sykepleierfagets krav til kvalitet og kompetansefortalte. Alle de tre dokumentene gjorde at regelverket og dokumentene ble komplisert og lite oversiktelig for sykepleiere flest å holde orden på.

Sykepleierforbundet hadde ingen direkte kommentarer til lovens forslag om forsvarlighetskravet og sidestillingen av profesjonene. Det kan se ut til at Sykepleierforbundet var forsiktig, eller unnlot å uttale seg for detaljert i forsvarlighetskravet På den annen side kan en antyde at Sykepleierforbundets fravær av en direkte mening om forsvarlighetskravet i hørings svaret, kan tolkes i retning av Sykepleierforbundet mente at lovforslaget åpnet opp for at sykepleiernes posisjon ble styrket.

I forhold til Erichsens jurisdiksjonsmetode ville sidestillingen av begrepet faglig forsvarlighet bety at sykepleierne gikk fra en underordning til en sidestilling. Som vi husker fra første kapittel sa Erichsen at det klassisk - historisk eksempelet var full jurisdiksjon forholdet mellom lege og sykepleier, der sykepleieren skulle uttrykke og gi en hjelpende hånd. Underordning påla profesjonene plikt til å la seg instruere dermed aksepterte og erkjente de sin situasjon. Lovforslaget om en felles helsepersonellov åpnet for nettopp å sidestille profesjonene, og slik loven fremsto nå ville det bli en ”vinn, vinn” situasjon både internt og eksternt for

¹⁴⁴ NIF Høringsuttalelse til utkast til lov om helsepersonell 21.10.97

sykepleierorganisasjonen. Slik sett kunne loven bidra til at sykepleierne gikk fra en underordnet posisjon til en arbeidsdeling mellom seg og legeprofesjonen.

Gjennom høringsvaret viste legeföreningen at deres egen posisjon stod på spill, dette forholdet kan en bare antyde for i diskusjonen og argumentene som de gav i sitt høringsvar om forvarlighetskravet poengterte de at pasientenes situasjon i første rekke ville bli forverret. Legeföreningen sa at det var ukjent for den at nåværende regelverk hadde stengt for samarbeidet mellom profesjonene. Dette viste to forskjellige høringsvar på samme forhold, fordi Sykepleierforbundet ga til kjenne følgende i sitt høringsvar, ” Det er verdifullt at myndighetene på denne måten søker å presisere behovet for samarbeid mellom profesjonene”.¹⁴⁵ De ulike argumentene fra legeföreningen viser at de så lovforslaget i et annet perspektiv enn de andre profesjonene. Legeföreningens mening om myndighetens egne behov for mer styring var interessant, fordi de satte problemstillingen i et annet lys, nemlig at lovforslaget innebar muligheter for en sterkere styring og bedre kontroll med helsetjenesten for myndighetene. Ser vi grundigere etter i stortingsmeldingen kom det klart frem at myndighetene ønsket en sterkere kontroll og styring. Denne tydeligheten speiles ikke så godt i utredningen, men lovens intensjon og forslag samsvarte godt med myndighetenes mål om å få en større kontroll over helsetjenesten.

På den ene siden mente legeföreningen at lovforslaget ville føre til ansvarspulverisering fordi ingen ville ha mer ansvar enn andre, men på den andre siden er denne argumentasjonen vanskelig å forstå fordi lovforslaget, kom ikke til å berøre profesjonenes fag og arbeidsområder. Legeföreningen så lovforslaget i en annen sammenheng enn hva som kom frem fra de andre høringsinstansene. De tvilte på om lovens intensjon om å klargjøre den enkeltes helsearbeiders ansvar, ville bety bedring for pasientenes sikkerhet, for den praktiske konsekvensen sett fra pasientens side var det motsatte, mente legeföreningen. Legeföreningens fremstilling gav uttrykk for at den skadelidende kom til å bli pasienten og at lovforslaget ville føre til en forverret situasjon for pasientene. Vi skal i neste kapittel følge lovprosessen gjennom odelstingsproposisjonen¹⁴⁶ Kom lovens forslag til å bli vedtatt slik den var fremstilt i høringsnotatet? Ville høringsvarene og spesielt legenes høringsvar ha påvirket lovprosessen.? Kunne det komme inn en lovformulering som tydeliggjorde at legenes medisinske kompetanse var overordnet annet helsepersonells kompetanse med som følge av det inneha en ledende posisjon i helsevesenet? Og hvordan skulle virksomhetens forvalte og lede organiseringen innenfor helsetjenesten?

¹⁴⁵ Sykepleierforbundets høringsvar 21.10 97 s 1

¹⁴⁶ Ot prop nr 13 1998 99 Om lov om helsepersonell (helsepersonelloven)

5.0 Påvirket profesjonene resultatet om en felles helsepersonellov

5.1 Om Odelstingsproposisjon myndighet

I dette kapittelet vil jeg følge lovprosessens avsluttende fase fra odelstingsproposisjonen via sosialkomiteens innstilling til stortingsdebatten og den endelige voteringen over helsepersonelloven.

Regjeringen la frem for Stortinget odelstingsproposisjonen som omhandlet lov om helsepersonell den 13. november 1998.¹⁴⁷ Dette var seks år etter at lovutredningen var ferdig, men bare fire måneder etter at høringsinstansene hadde gitt sine høringsvar.

Odelstingsproposisjonen var det avgjørende dokumentet som kunne vise om profesjonsforeningene hadde påvirket lovinnholdet og om de hadde vunnet frem med sine argumenter i høringssvarene. Dette gjaldt spesielt Legeforeningens syn fordi det fravek fra de andre profesjonsforeningenes syn i forhold til sentrale prinsipielle spørsmål i lovforslaget.

Høringsnotatet var sendt ut til alle profesjonsforeninger, alle landets sykehus, både innenfor somatikk og psykiatri, alle pasientorganisasjoner og pasientombudene. Videre var det sendt ut til alle landets kommuner, fylkeskommuner og fylkesmenn. Høringen omfattet også alle departementer og domstolskommisjonen. Det kom inn 211 høringsvar.¹⁴⁸

I følge proposisjonen var de fleste høringsinstansene generelt positive til lovforslaget om en felles lov for alt helsepersonell.¹⁴⁹ Proposisjonen refererte først til Sykepleierforbundet som sa seg svært positiv til lovforslaget fordi det ville erstatte det lite oversiktelige og mangelfulle eksisterende lovverket. Planleggings- og samordningsdepartementet sa i sitt høringsvar at det var enig i å samordne de nåværende lover i en lov, fordi loven ville legge grunnlag for en koordinert utnytting av personellressursene i helsetjenesten. Proposisjonen viste til Legeforeningens høringsvar som sa den kunne akseptere en felles lov, dersom foreningen fikk innfridd sine forslag fra høringsvaret.¹⁵⁰

Det er tre spørsmål jeg vil ha svar på i odelstingsproposisjonen. Det første spørsmålet dreier seg om myndighetenes overordnede syn på lovforslaget. Hadde proposisjonen tatt hensyn til det de ulike høringsinstansene, eller ble den generelle forståelsen av

¹⁴⁷ Ot prop nr 13 1998- 99 Om lov om helsepersonell (helsepersonelloven)

¹⁴⁸ Ot prop nr 13 1998- 99 Om lov om helsepersonell (helsepersonelloven)s 18

¹⁴⁹ Ot prop nr 13 1998- 99 Om lov om helsepersonell (helsepersonelloven)s 18

¹⁵⁰ Ot prop nr 13 1998- 99 Om lov om helsepersonell (helsepersonelloven)s 18

forsvarlighetsbegrepet videreført fra utredning slik som det fremkom i høringsnotatet? Det andre spørsmålet er om proposisjonen hadde gjort endringer av forsvarlighetskravet i forholdet mellom legene og de andre profesjonene. Hadde proposisjonen tatt høyde for Legeforeningens syn om at legers spesielle plass i helsetjenesten? Det tredje spørsmålet dreier seg om forholdet mellom profesjonene og hvordan ledelse og organisering av helsetjenestene skulle bli. Disse spørsmålene skal drøftes i dette kapittelet.

5.2 Odelstingstingets overordnede syn på lovforslaget

Proposisjonen innledet med å si det var uvanlig å regulere folks yrkesliv gjennom en lov, men ut fra pasientens syn mente myndighetene at det var hensiktsmessig med en sterk, offentlig styring av yrkesutøvere som arbeidet med folks liv og helse.¹⁵¹ På bakgrunn av dette forholdet måtte en stille strengere krav til helsearbeidere, både for å motvirke skader på pasienter og for å ivareta allmennhetens tillit til helsepersonell. Derfor inneholdt lovforslaget også forslag til ulike sanksjoner dersom helsepersonell brøt loven. På bakgrunn av denne forutsetningen, foreslo proposisjonen å opprette en egen etat som skulle være Statens helsenemnd. Denne organiseringen ville spare domstolene for mye arbeid. Denne nemnden skulle holde styr på og gi ulike reaksjonsregler for alt helsepersonell.

Proposisjonen henviste til at behandlingen av en felles helsepersonellov måtte sees i sammenheng med tre andre lover som skulle behandles samtidig. Alle lovene ville få betydning for hvordan en felles helsepersonellov skulle utformes. Derfor måtte lovene harmoniseres og samordnes. De andre lovforslagene var: Lov om pasientrettigheter, lov om psykisk helsevern og lov om spesialisthelsetjenesten.¹⁵²

5.3 Ble lovforslaget om det generelle forsvarlighetsbegrepet videreført?

Det generelle forsvarlighetskravet ble videreført i sin helhet. Som vi husker fra tredje kapittel hadde utredningen foreslått å utvide forsvarlighetsplikten til å omfatte plikten for alle

¹⁵¹ Ot prop nr 13 1998- 99 Om lov om helsepersonell (helsepersonelloven)s 27

¹⁵² Ot prop nr 13 1998- 99 Om lov om helsepersonell (helsepersonelloven)s 15

å være faglig à jour, og plikten til å henvise pasienten til andre der en selv ikke var kvalifisert nok, og den individuelle plikten til å utøve arbeidet faglig forsvarlig. Alle disse forholdene ble videreført i proposisjonen.¹⁵³

Også forslaget om å utvise faglig forsvarlighet i samarbeide med andre profesjoner ble videreført i sin helhet.¹⁵⁴ Proposisjonen sa at forsvarlighetskravet i lovforslaget ga ingen hjemmel for å instruere andre, dette prinsippet bygget på at helsepersonell skulle ha frihet til å ta nødvendige faglige hensyn uten hensyn til andre krav.¹⁵⁵ Samtidig måtte hver helsearbeider forstå at denne instruksjonsfriheten måtte sees i sammenheng med hvordan virksomheten var organisert og hvordan samhandlingen med andre helsearbeidere var.

På bakgrunn av at det måtte være en sammenheng mellom det individuelle forsvarlighetskravet og virksomhetseiers forsvarlighet, foreslo proposisjonen en ny paragraf i lovforslaget som skulle få stor betydning: For å sikre at det ikke skulle oppstå motstrid mellom de pålegg som kunne gies i kraft av styringsretten og den enkelte helsearbeider, skulle forsvarlighetskrav også stilles til virksomhetens eiere. Dette lovforslaget inneholdt en plikt til å organisere virksomheten på en slik måte, at helsepersonellet fikk den nødvendige handlefrihet til å overholde sine lovbestemte plikter.¹⁵⁶ I spørsmålet om hvem og hvordan organiseringen skulle skje, uttrykte proposisjonen et ønske om å følge linjeansvarsprinsippet, som betydde at det skulle være en leder som den enkelte helsearbeider skulle forholde seg til. Hvem denne lederen skulle være ble overlatt til virksomheten selv å bestemme.

I tillegg slo proposisjonene fast at det var behov for å regulere det medisinsk faglige ansvaret særskilt i en egen paragraf. I forlengelsen av dette forholdet mente proposisjonen at den eksisterende legelovens paragraf 16 ikke skulle videreføres, fordi denne lovparagrafen hadde ført til en del uklarheter med hensyn til rekkevidden og tolkning av lovparagrafen om ledelse, og det var av den grunn ikke hensiktsmessig å innlemme dette forholdet inn i den nye loven.¹⁵⁷

Retten og plikten til å bestemme hvor forsvarlighetsgrensene skulle gå var det profesjonene selv som skulle bestemme innenfor de helsepolitiske rammene som var gitt.¹⁵⁸ Gjennom god praktisk organisering ville dette gi tilfredsstillende ordninger.¹⁵⁹ Dette forholdet

¹⁵³ Ot prop nr 13 1998- 99 Om lov om helsepersonell (helsepersonelloven)s 28

¹⁵⁴ Ot. prop nr 13 1998- 99 Om lov om helsepersonell (helsepersonelloven)s 44

¹⁵⁵ Ot. prop nr 13 1998- 99 Om lov om helsepersonell (helsepersonelloven)s 46

¹⁵⁶ Ot. prop nr 13 1998- 99 Om lov om helsepersonell (helsepersonelloven)s 49, 50

¹⁵⁷ Ot. prop nr 13 1998- 99 Om lov om helsepersonell (helsepersonelloven)s 46,47

¹⁵⁸ Ot. prop nr 13 1998- 99 Om lov om helsepersonell (helsepersonelloven)s 37

¹⁵⁹ Ot. prop nr 13 1998- 99 Om lov om helsepersonell (helsepersonelloven)s 45

er også interessant å se nærmere på. Som vi husker, lå det ikke i lovforslaget å endre på kompetansen eller bestemmelser innenfor den enkeltes fagprofesjon. Lovforslagets hovedmål var å lovfeste forsvarlighetskravet for alle. Kan en dermed antyde at det innenfor de ulike profesjonene ville foregå diskusjoner og spenninger om arbeidsfordeling og hvem som skulle gjøre oppgavene på samme måte som tidligere? Som vi husker tilbake til stortingsmeldingen så sa myndighetene at loven ville gi alle en større fellesskapsfølelse. Jeg vil nok antyde at lovforslaget og hvordan profesjonenes skulle innrette seg i forhold til hverandre var i lite samsvar med myndighetens tro på at loven skulle gi økt fellesskapsfølelse innenfor dette forholdet. Loven endret ikke på fag og kompetanseforholdene og heller ikke på de spenningene som kunne oppstå innenfor arbeidsdelingen mellom profesjonene.

5.4 Odelstingsproposisjonens nye lovforslag om medisinsk faglig ansvar

Som vi har sett i foregående avsnitt sa proposisjonen at det generelle forsvarlighetskravet ikke gav noen profesjoner rett til å disponere over andre profesjoner. Forsvarlighetskravet var den enkelte helsearbeider eier av, og ingen kunne bestemme over andre, med mindre organisatoriske forhold hadde satt en person til å være overordnet andre. Men i forhold til samhandling ble likevel spørsmålet om forsvarlighetskravet diskutert. Det måtte komme særskilte bestemmelser om ansvar for å hindre at vesentlige, uhensiktsmessige eller uklare ansvarsforhold mellom profesjonene kunne oppstå som kunne føre til risiko, skade eller ulemper for pasientene. Proposisjonen slo dermed fast at innenfor helsetjenesten har legene den høyeste medisinske kompetansen med sine ulike medisinske spesialiteter. Proposisjonen gikk videreførte som tidligere nevnt et generelt lovforslag som regulerte ansvarsforholdene mellom profesjonene.¹⁶⁰ Samtidig foreslo departementet en særskilt regulering av diagnose og behandlingssituasjonene og at det medisinsk faglige ansvaret skulle reguleres særskilt i et eget punkt. Departementet mente det var behov for å regulere det medisinskfaglige ansvaret fordi det ikke skulle være tvil om ansvarsforholdet ved slike beslutninger. I denne sammenhengen ville legene være overordnet annet helsepersonell på bakgrunn av sin medisinske kompetanse, og legers beslutning i behandlingsøyemed kunne ingen andre profesjoner overprøve. Innenfor de ulike, medisinske spesialitetene ville det

¹⁶⁰ Ot. prop nr 13 1998- 99 Om lov om helsepersonell (helsepersonelloven)s 45

imidlertid være vanskelig å lage fullmaktsbestemmelser om hvem av legene som skulle ha det medisinsk faglige ansvaret.

Som jeg skrev i forrige kapitel mente Legeforeningen i sitt hørings svar at den eksisterende legeloven hadde et innhold som regulerte legenes spesiell plass i helsetjenesten, og dette var formulert som en garanti for kvalitet og sikkerhet i pasientbehandlingen. Dersom dette forholdet ble fjernet ville det medføre at pasientenes rettigheter ble dårligere ivaretatt i det nye lovutkastet, fordi ansvaret ble gjort kollektivt uten noen form for overordningsforhold til andre profesjoner.¹⁶¹ Proposisjonen viste til tre likelydende hørings svar om dette forholdet der Legeforeningen sammen med flere fylkesleger og statens helsetilsyn, sa at over/underordningsforholdet måtte lovreguleres, slik at legene fikk en generell overordningsposisjon, som var knyttet til medisinsk faglig ansvar. Alle tre hørings svarene henviste til den eksisterende legelovens § 16 og de mente at lovutredes fjerning av denne sentrale ansvarsregelen ville føre til en ansvars pulverisering.¹⁶²

Dette hadde departementet hørt og tatt hensyn til, men kun innenfor det som omhandlet medisinsk faglige forhold og ikke innenfor en generell ordning. Dette betydde at legeforeningen ble delvis hørt gjennom sitt hørings svar. Til sammenligning med andre profesjoner, ble legene likevel hørt i betydelig grad, ved at de fikk en egen lovbestemmelse som omhandlet medisinske forhold. De øvrige profesjonene, skulle forholde seg til de generelle lovforslagene i forsvarlighetskravet.

Proposisjonen gav legene en bestemmelse om at de var overordnet annet helsepersonell i medisinsk -faglige spørsmål og innenfor det medisinsk -faglige kunne ingen andre profesjoner overprøve deres beslutninger. Dette forholdet var tatt inn som et nytt ledd i § 4 i lovforslaget i proposisjonen.¹⁶³ Men var det så noen forskjell mellom den eksisterende legeloven og det nye forslaget?

§ 16 i den eksisterende legeloven § 16 var som vi har sett formulert slik: ”Virksomheten skal utføres i former som er medisinsk forsvarlige, og slik at legen er selvstendig og uavhengig ovenfor andre i medisinsk faglige spørsmål.”¹⁶⁴ Og i § 17 stod følgende om medhjelpere: ”En lege kan nytte annet helsepersonell i den utstrekning det er forsvarlig ut fra personellens kvalifikasjoner, arten av de oppgaver de utfører, den instruksjon som gies og den kontroll som føres. Det nye lovforslaget var formulert slik:” Ved samarbeid med annet helsepersonell skal legen og tannlegen ta beslutninger i henholdsvis medisinske og

¹⁶¹ Legeforeningens høringsuttalelse 19.11.97 s 2,3

¹⁶² Ot. prop nr 13 1998- 99 Om lov om helsepersonell (helsepersonelloven)s 44

¹⁶³ Ot. prop nr 13 1998- 99 Om lov om helsepersonell (helsepersonelloven)s 259

¹⁶⁴ Norges Lover, Studentutgave 1999 s 1338 Lov om leger. 13. juni nr 42 1980

odontologiske spørsmål som gjelder undersøkelse og behandling av den enkelte pasient.” Slik jeg tolker dette nye forslaget, vil jeg mene at prinsippet om forsvarlighetskravet og den faglige autonomien ble betydelig endret fra NOU 1993:33. Hva var forskjellen på legene eksisterende lov og § 16 og det nye forslaget? Jeg kan ikke se noen stor forskjell. Var det slik tenkt at en ny lov endret de historiske, sosiologiske forholdene som legene og andre profesjoner hadde utformet gjennom samarbeid over mange år. På den annen side kan en antyde et nytt lovforslag til tross for at det var likt med det eksisterende § 16, hadde som hensikt å tydeliggjøre at det nye lovforslaget ikke omfattet noen andre tolkninger enn de medisinsk faglige forholdene, i motsetning til hva den eksisterende § 16 hadde blitt tolket. For øvrig kunne nye forskrifter tydeliggjøre hva lovforslaget innebar for legeprofesjonen (og andre).

Som både stortingsmeldingen og utredningen viste, skulle hensikten med en felles lov bidra til å øke felleskapsfølelsen mellom profesjonene. Like plikter og ansvar for alt helsepersonell var det bærende prinsippet som var lagt til grunn fra utredningen. Nå ble dette prinsippet endret ved at loven gav en profesjonen en egen lovformulering som tydeliggjorde deres posisjon. Selv om lovforslaget kun skulle gjelde innenfor de medisinsk faglige forhold så vil jeg hevde at det i den kliniske hverdagen kom til å bety mer. Dette kan forklares på følgende måte. I den praktiske utøvende helsetjenesten er de ulike profesjonenes kunnskap og kompetanse sammenvevd og uatskillelige, samtidig som de er selvstendige innenfor sine profesjonsområder. I stor grad utløser den medisinske behandlingen konsekvenser for det øvrige helsepersonalet i form av, til eksempel, å gi riktig sykepleie i samsvar med den aktuelle behandlingen som er bestemt. Lovens forslag etterlot ingen tvil om at forsvarlighetskravet skulle gjelde for alle, og som følge av det ville alle få et ansvar som innebar pliktregler og kompetanseregler. Som vi husker ville ansvarsbegrepet innebære at det ut fra rettsregler om sanksjoner og rettsbrudd, var det den enkelte helsearbeideren som kunne stå til rette for disse rettsbruddene. Men i forholdet mellom legene og andre profesjoner vil jeg antyde at den nye bestemmelsen om legenes posisjon satte prinsippet om likhet i loven til side. Bestemmelsen utløste en forskjell mellom profesjonene som gav legene en annen posisjon enn noen av de andre gruppene hadde. Og med dette prinsippbruddet om likhet, vil jeg hevde at det utløste en forskjell også i forholdet til den faglige autonomien. Som vi husker, mente Legeforeningen at medisin var mer enn selve medisinfaget. Ved at legene fikk en egen lovbestemmelse innenfor medisinsk behandling ville dette lovforslaget forsterke legenes posisjon fremfor de andre. På den ene siden ville denne lovbestemmelsen trygge både pasientene og samarbeidende profesjoner, fordi dette forholdet tydeliggjorde ansvarsforholdet. På den andre siden vil jeg

hevde at proposisjonens lovforslag kunne bidra til å øke forskjellene mellom legene og de andre profesjonene. Odelstingsproposisjonenes nye forslag brøt dermed et prinsipp som myndigheten selv hadde lagt som premiss for en felles helsepersonellov. Slik sett kunne profesjonene forholde seg til de samme jurisdiksjonelle forholdene som de hadde utviklet over tid.

5.5 Var forsvarlighetskravet om samhandling med andre helseprofesjoner endret?

Proposisjonen innledet med å si at den faglige standarden skulle kjennetegnes av høy kvalitet og profesjonell yrkesutøvelse. Videre slo den fast at profesjonene selv skulle definere kvaliteten i forhold til sitt yrke.

Proposisjonen beskrev forsvarlighetskravet som tosidig i enkelte situasjoner. I denne sammenhengen betydde det arbeidsområder som hadde flytende grenser mellom helsepersonales ulike fagområder. Proposisjonen viste til et eksempel: Dersom en pasient skulle hatt samtale med en psykolog som ikke kunne delta, kunne en psykiatrisk sykepleier inneha tilstrekkelige kvalifikasjoner til å utføre samtalen. Dette forholdet ville være akseptabelt innefor både den juridiske og faglige forståelsen av forsvarlighetsbegrepet. Det som var vesentlig var at pasienten fikk et tilbud som dekket forsvarlighetskravet og at denne forsvarligheten samsvarte med helseprofesjonenes kvalifikasjoner og var i tråd med pasientens behov. Likevel, påpekte proposisjonen, at alle tilgjengelige resurser kunne ikke tas i bruk ovenfor en pasient, det ville Norge ikke ha råd til. Men forsvarlighetskravene skulle være såpass elastiske at tilbudet kunne og skulle være optimalt utfra den gitte situasjonen. Hovedregelen måtte være at pasienten fikk adekvat behandling som samsvarte med helsepersonellens kompetanse.

5.6 Ble forsvarlighetskravet om virksomhetseiers systemansvar lovfestet?

I spørsmålet om ledelse av virksomheten hadde proposisjonen et tydeligere krav om at forsvarlighetsbegrepet også måtte gjelde for virksomhetens eier. Det er interessant at proposisjonen innledningsvis til denne lovparagrafen sa at denne bestemmelsen skilte seg ut fra helsepersonelloven da systemansvaret var av organisatorisk art og at lovforslaget ble tatt

inn i loven av pedagogiske grunner.¹⁶⁵ For samtidig som de poengterte den pedagogiske grunnen til lovforslaget, sa de at denne lovbestemmelsen var foreslått var av hensyn til den eksisterende legelovens § 16, som var å sikre legen uavhengighet i faglige spørsmål. De understreket dermed at helsepersonell først og fremst skulle ta faglige hensyn ved ytelse av helsehjelp. På denne bakgrunnen forsterket og tydeliggjorde proposisjonen det som hadde vært sagt i utredningen og høringsnotatets innstilling slik at virksomhetens eier fikk tilsvarende forsvarlighetsplikter på systemnivå. Dette betydde at virksomhetseier fikk et systemansvar for å etablere og organisere et forsvarlig helsetjenestetilbud gjennom rutiner og prosedyrer. På samme måte som profesjonene stod ansvarlig for å utføre sitt arbeid faglig forsvarlig, skulle ansvaret ligge på virksomhetens eier i form av et systemansvar som skulle tilrettelegge forholdene slik at enhver helsearbeider kunne utføre sine oppgaver faglig forsvarlig. I tillegg kom det forslag om at virksomhetens eiere kunne stå til ansvar selv om den enkelte helsearbeider ikke kunne belastes. For eksempel, slo proposisjonen fast, at en virksomhetseiers manglende aktsomhet kunne utløse et erstatningskrav.¹⁶⁶ Forsvarlighet og aktsomhet var beslektede begrep som i noen sammenhenger kunne gi ulik betydning. Men dersom forholdene for helsepersonell ikke var organisatorisk tilrettelagt i forhold til forsvarlighetskravet, burde arbeidsgiver og eier av virksomheten stilles til ansvar. Dersom uklare prosedyrer og uforsvarlige rutiner var årsaken til en uforsvarlig hendelse, burde virksomhetens eier bli stilt til ansvar både faglig og økonomisk.¹⁶⁷

I spørsmålet om hvem som skulle lede en virksomhet videreførte proposisjonen utredningens innstilling om ikke å lovregulere hvilke kvalifikasjoner og kompetanse lederne skulle inneha. Proposisjonen fulgte innstillingen som sa at enhver virksomhet stod fritt til å organisere denne mest mulig hensiktsmessig. Proposisjonene mente at en lovregulering av dette forholdet kunne gi virksomhetseier et svekket helhetsansvar, som dermed kunne undergrave legitimiteten og autoriteten. Dessuten ville ikke en slik lovregulering greie å ivareta den kompleksiteten helsetjenesten omfattet. Proposisjonen sammenlignet situasjonen med kommuneloven som sa at kommunene selv skulle organisere helsetjenesten slik de mente var best for å nå de nasjonale, helsepolitiske målene. På samme måte måtte organisering og ledelsesspørsmålet reguleres i lovforslaget om helsepersonelloven.¹⁶⁸

Jeg vil hevde at lovforslaget om virksomhetseiers systemansvar ville kunne gi alle profesjonene en unik mulighet til å kreve tilrettelagte systemforhold i forhold til

¹⁶⁵ Ot. prop nr 13 1998- 99 Om lov om helsepersonell (helsepersonelloven)s 224

¹⁶⁶ Ot. prop nr 13 1998- 99 Om lov om helsepersonell (helsepersonelloven)s 37

¹⁶⁷ Ot. prop nr 13 1998- 99 Om lov om helsepersonell (helsepersonelloven)s 36

¹⁶⁸ Ot. prop nr 13 1998- 99 Om lov om helsepersonell (helsepersonelloven)s 49,50

forsvarlighetskravet. På den ene siden kunne dette bety at myndigheten påla seg selv en plikt som profesjonene som kunne få økonomiske konsekvenser med tanke på at det kostet å tilrettelegge en virksomhet. På den andre siden var dette forslaget i samsvar med intensjonen om at helsetjenestene skulle være helhetlig og sammenhengende for pasienten.. Som vi husker fra kapittel 2 var det et uttalt ønske om at virksomhetseier og profesjonene skulle samhandle bedre, og dette forslaget kunne også sees på som å strekke ut en hand til profesjonene fra myndighetens side.

Nå gjenstår sosialkomiteens innstilling og merknader, samt stortingsdebatten som vi skal gå gjennom i de neste avsnittene.

5.7 Sosialkomiteen innstilling og mindretallsinnstilling om forsvarlighetskravet du med et annet flertall

Sosialkomiteen innstilling ble overlevert til Stortinget den 23. mars 1999.¹⁶⁹ Som det fremkom av dokumentet skilte sosialkomiteen lag i ulike spørsmål. Derfor vil de ulike spørsmålene vise til forskjellige sammensetning av sosialkomiteen. Sosialkomiteens flertall, som bestod av medlemmene fra Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti, Høyre, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti, støttet at det skulle være en felles helsepersonellov. Fremskrittspartiet støttet at det skulle være en felles helsepersonellov som kunne erstatte de eksisterende særlovene som bidrog til monopolisering av spesielle arbeidsoppgaver innenfor helsepersonelle. Dette står nevnt særskilt fra sosialkomiteen, som vi skal se i fortsettelsen var det nettopp Fremskrittspartiet som fremmet forslag som innebar å monopolisere en profesjonsgruppe frem for de andre profesjonene i den nye loven. Komiteen var videre tilfreds med at regjeringen hadde ivaretatt mange av de synspunkter som høringsinstansene reiste i høringsnotatet. Videre hadde komiteen merket seg at kravet om forsvarlighet i denne loven var svært konkretisert og gjort gjeldene for alt helsepersonell. Komiteen merket seg at forsvarlighetskravet var en rettslig standard som innebar en differensiering ut fra helsepersonells kvalifikasjoner og situasjoner for øvrig, og at forsvarlighetskravet medførte at helsepersonell måtte holde seg innenfor sine fagområder og ikke overskride sine faglige kvalifikasjoner.

Komiteens flertall, som i dette spørsmålet bestod av Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti, Høyre og Senterpartiet støttet regjeringens forslag om å ta inn et nytt ledd i § 4,

¹⁶⁹ Inst o nr 58 (1998–99) Innstilling fra sosialkomiteen om lov om helsepersonell. 23.3 99

som ga legene en overordnet beslutningsmyndighet i medisinsk- faglige spørsmål vedrørende undersøkelser og behandling. Mindretallet bestod av Arbeiderpartiet Venstre og Sosialistisk venstreparti. De støttet utredningen og høringsnotatet forslag. I spørsmålet om hvordan organisering og ledelse skulle lovfestes, var komiteen delt i et flertall og mindretall. Komiteens flertall vektla at helsepersonelloven ikke skulle regulere hvem som skulle være leder eller hvordan ledelsesstrukturen skulle være. Fremskrittspartiets medlemmer mente imidlertid at det var uheldig at lovforslaget ikke la opp til en faglig og ledelsesmessig organisasjonsstruktur i helsetjenesten, men overlot dette til arbeidsgiver. De som hadde det medisinsk -faglige ansvaret for pasientbehandlingen, var også de som skulle ha ledelsesansvaret i de kliniske avdelingene.¹⁷⁰

Dette viser at sosialkomiteens flertall og mindretall gav uttrykk for to ulike syn på forsvarlighetskravet. Flertallet støttet proposisjonens forslag om en ny lovformulering som gav legene en overordnet myndighet over medisinsk -faglige forhold. Fremskrittspartiet ville gå lengre enn det som ble forslått i utredningen og ville lovregulere at kun leger skulle være ledere i klinikken. Men i synet på det generelle forsvarlighetskravet var sosialkomiteen var samlet.

5.8 Stortingsdebatten

Stortingsdebatten om en felles helsepersonellov forgikk 22. april 1999. Det var satt av 1 time og ti minutter til saken, og det var åtte talere som hadde bedt om ordet. Alle representantene som deltok i debatten gav uttrykk for at de var svært fornøyd med lovforslaget i sin helhet. Flere uttrykte tilfredshet med at mange av høringsinstansene var blitt hørt. Det som gikk igjen fra mange representanter var at den nye loven ville minske profesjonsstridighetene.

Første taler var Annelise Høegh fra Høyre som også var ordfører for saken. Hun gav uttrykk for at loven ble ryddigere og mer ensartet og dermed ville være lettere å praktisere både for helsepersonalet og helsedepartementet.

Neste taler var Britt Hildeng fra Arbeiderpartiet. Hun sa at loven var banebrytende og at den gav grunnlag for at helsepersonell kunne samarbeide bedre gjennom klare

¹⁷⁰ Sosialkomiteens innstilling 23..3 99 (I lov om spesialisthelsetjenesteloven var sosialkomiteens tilråding 22.04.99 av § 3,9 at sykehus skal organiseres slik at det er en ansvarlig leder på alle nivå.) Dersom kravet til forsvarlighet gjør det nødvendig, skal det pekes ut medisinsk faglige rådgivere. Dette ble også vedtatt sammen samtidig med helsepersonelloven

ansvarsforhold og klare ledelsesstrukturer. Hun henviste også til at lovprosessen med visse organisasjoner hadde vært konfliktfylt. Desto viktigere var det at lovens hovedsak skulle ivareta pasientens sikkerhet i helsetjenesten og at den dermed ville motvirke en uakseptabel profesjonskamp. Hun understreket betydningen av forsvarlighetsbegrepet ved å si at denne paragrafen var en nøkkel for forståelsen av grenseoppgangene mellom de ulike yrker og arbeidsoppgaver.¹⁷¹

John I Alvheim fra Fremskrittspartiet sa at lovene (de ulike helselovene¹⁷²) var lite samordnet i forhold til innhold og tekst. Han mente videre at det var et misforhold mellom kravet til ansvarlighet i forhold til systemansvaret og den ledelsesmessige organisasjonsstrukturen. Hans mening var at den som hadde det medisinsk -faglige ansvaret skulle ha øverste myndighet og dermed skulle legene være ledere ved de kliniske avdelinger.¹⁷³

Are Næss fra Kristelig Folkeparti sa at det hadde vært høy grad av konsensus i sosialkomiteen, som han mente hang sammen med at lovforslaget hadde ivaretatt mange av de ulike synspunktene fra høringsinstansene. Til tross for dette mente Næss, at enkelte profesjoner hadde vært negative til en felles lov med bakgrunn i at disse profesjonene hadde hatt lover for sin yrkesutøvelse som de i høy grad var fornøyd med. Han påpekte også at lovens krav til faglig forsvarlighet var overordnet i den nye loven og at denne konkretiseringen av forsvarlighetskravet var en kvalitetsgaranti for pasientene. Samlet sett mente han at lovens innhold var til det beste for samfunnet, for helsepersonellet og for pasientene.

Neste representant var Harald Hove fra Venstre som sa at han håpet at en felles lov ville redusere profesjonsstridighetene. Han sa videre at de ulike profesjoner hadde ulike kvalifikasjoner og at profesjonene på denne bakgrunnen fremmet sine ønsker på den beste måte. Likevel mente han at man ikke skulle ha overdrevne forestillinger om at loven i seg selv kunne dempe profesjonsstridighetene. Det vesentlige motstykket for å få dette til, var lovens bestemmelse om at helsepersonells plikter, styrket pasientenes rettsstilling og situasjon.

Inga Kvalbugt fra Senterpartiet påpekte at helseinstitusjonene måtte utarbeide rutiner som sikret at pasientene fikk en koordinert informasjon om sin helsetilstand. Gunnar Ballo fra

¹⁷¹ Stortingsdebatten 22. april 1999. Kopi fra hoveddokument om helsepersonelloven, Stortingets bibliotek helsepersonelloven m. v, protokoll s 459

¹⁷² Fire helselover skulle vedtaes i denne vårsesjonen. Lov om spesialisthelsetjenesteloven, nr 61 2.7, 99, Lov om pasientrettigheter nr 63, 2.7 99, Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern, nr 6, 2.7 99

¹⁷³ Stortingsdebatten 22. april 1999. Kopi fra hoveddokument om helsepersonelloven, Stortingets bibliotek helsepersonelloven m. v, protokoll s 460

Sosialistisk Venstreparti var enig i lovforslaget i sin helhet, og de sakene han tok opp var ikke direkte knyttet til forsvarlighetsbegrepet.. Han var for øvrig den eneste som ikke kommenterte profesjonsstrid, profesjonskamper og dårlig samarbeid. Han sa at av de fire helselovene som skulle vedtas, var denne loven den minst kontroversielle.¹⁷⁴

Siste taler var helseminister Dagfinn Høybråten fra Kristelig Folkeparti som sa at dette var en historisk dag for helsepersonalet. Han gjennomgikk de ulike fasene i lovprosessen og viste til stortingsmelding nr 41 (1987 – 88) om nasjonal helseplan der hensikten med lovforslaget var å oppnå like forhold og større fellesskapsfølelse mellom helsepersonellgruppene. Gjennom denne loven mente han at kvalitetskravene ivaretok pasientenes sikkerhet og at det også ville motvirke en profesjonskamp som samfunnet ikke ville akseptere: ”Vi tolererer ikke krigen i hvitt”.¹⁷⁵ Lovens overordnede formål om kvalitet og sikkerhet skulle gjelde for alt helsepersonell og plikten til forvarlig yrkesutøvelse var den viktigste reguleringen av helsepersonells utøvelse av rollen. Høybråten sa seg også glad for at det generelle over/underordningsforholdet ikke var regulert i loven, men derimot at loven gav plikter som innebar at enhver helsearbeider fikk et selvstendig ansvar. Han takket til slutt alle for den innsatsen som var utført med denne lovproposisjonen. Det ble deretter stemt over lovforslaget og som ble bifalt enstemmig.¹⁷⁶ Lovproposisjonen gikk så til Lagtinget som behandlet loven 27. april 1999. Loven ble sanksjonert fra 2. juni 1999.

¹⁷⁴ Stortingsdebatten 22. april 1999. Kopi fra hoveddokument om helsepersonelloven, Stortingets bibliotek helsepersonelloven m. v, protokoll s 461,462

¹⁷⁵ Stortingsdebatten 22. april 1999. Kopi fra hoveddokument om helsepersonelloven, Stortingets bibliotek helsepersonelloven m. v, protokoll s 463,464

¹⁷⁶ Stortingsdebatten 22. april 1999. Kopi fra hoveddokument om helsepersonelloven, Stortingets bibliotek helsepersonelloven m. v, protokoll s 468

6.0 Avsluttende oppsummering og refleksjon

6.1 Innfridde loven myndighetens ønske i stortingsmeldingen om økt fellesskapsfølelse mellom profesjonene?

Et av argumentene i stortingsmeldingen var at en felles helsepersonellov ville gi profesjonene økt fellesskapsfølelse. Utredningen foreslår et lovforslag som beskriver like krav om forsvarlighet for alle helsearbeidere, noe som også poengteres i høringsnotatet fra departementet. Etter høringsrunden endret myndighetene sitt prinsipielle syn på likhet mellom profesjonene gjennom utarbeidelsen av odelstingsproposisjonen om helsepersonelloven. Her fremmet myndighetene et nytt lovforslag om forsvarlighetskravet som fremhevet legeprofesjonens overordnede stilling innenfor det medisinsk faglige feltet, og gikk med dette bort fra sitt tidligere prinsipp om likhet mellom profesjonene.

Gjennom denne endringen forandret myndighetene sitt syn på sidestillingen av helseprofesjonene. I den påfølgende lovprosessen var ikke sosialkomiteen samlet i dette spørsmålet. De som mente at profesjonene skulle sidestilles i loven kom i mindretall, og lovforslaget om å gi legeprofesjonen en overordnet posisjon overfor andre profesjoner fikk flertall i sosialkomiteen.

Jeg vil oppsummere det slik at myndighetenes nye lovendring kunne føre til at legeprofesjonen fikk tilnærmet full jurisdiksjon overfor andre profesjoner, noe som var det motsatte av det som både stortingsmeldingen og utredningen la opp til. Lovforslaget satte til side muligheten for økt fleksibilitet og forståelse mellom profesjonene. På den andre siden kunne en si at lovforslaget kunne være avklarende. Et eksempel på dette kan være i behandlings situasjoner hvor behovet for et klart hovedansvar er fremtredende. Gjennomgangen av de sentrale dokumentene gir ikke et entydig svar eller konklusjon, men åpner opp for nye spørsmål innefor samhandlingene mellom profesjonene. Dette vil jeg belyse nærmere når jeg oppsummerer profesjonens posisjon til hverandre i tredje underkapitel.

6.2 Samsvarte loven med myndighetens ønske om økt styring og kontroll av profesjonene?

Intensjonene i stortingsmeldingen var at lovforslaget skulle få til en bedre samhandling mellom byråkrati og profesjoner gjennom økt samordning og samhandling. I spørsmålet om organisering og ledelse, holdt myndighetene fast på synspunktet fra NOU 1993:33 om å ikke konkretisere verken organisasjonsformen eller hvilken fagkompetanse en leder skulle ha. Proposisjonen utdypet begrunnelsen for dette ved å vise til at virksomhetene skulle innrettes fleksibelt og fremtidsrettet uten at bestemte grupper skulle ha en lovfestet rett til å lede. Dersom myndighetene hadde foreslått en bestemt lovregulering av dette spørsmålet, kunne styringsmulighetene for den som skulle drive virksomheten bli svekket. I sosialkomiteens merknader mente Fremskrittpartiet at dette forholdet burde lovreguleres, og de hevdet at leger skulle være øverste ledere av klinikken, noe de ikke vant frem med.

Forslaget åpnet for at profesjonen kunne få større innflytelse enn tidligere fordi systemforsvarlighetskravet ga virksomhetseier plikt til å tilrettelegge forholdene slik at profesjonen kunne utføre sitt arbeid faglig forsvarlig. Ved å lovfeste denne plikten ville virksomhetseier til en viss grad være underlagt profesjonene innenfor de faglige spørsmålene i virksomheten.

Jeg vil antyde at myndighetenes bestemmelse om ikke å lovregulere dette, betydde at myndighetene ville ha en sterkere styringsposisjon ovenfor profesjonen. Dette begrunnes med at profesjonene måtte innrette seg i den organiseringen som virksomhetseier vedtok.

I forhold til virksomhetseiere vil jeg mene at lovreguleringen forsvarlighetskrav begrenset virksomhetseiers styringsrett i stor grad. Profesjonene ville med dette kunne styrke den generelle fagidentiteten seg imellom. Virksomhetseiers styringsmuligheter, som var forpliktet til å tilrettelegge forholdene for alle profesjonene, ville med dette kunne bli svekket.

Oppsummert så viste alle dokumentene at hovedhensikten med loven og forsvarlighetskravet var å gi pasientene en sikrere helsetjeneste. Myndighetenes systemansvarlighetsbestemmelse innenfor forsvarlighetskravet viser at myndighetene gikk langt for å gi pasientene økte rettigheter. Lovforslaget ville dermed inneholde bestemmelser som kunne påvirke og gi enhver helsearbeider og profesjon en mulighet til å utvikle faget og kompetansen i større grad enn før. Dette var mulig fordi profesjonene selv, i kraft av sin kompetanse og stilling, kunne orientere eier om hvilke behov som skulle dekkes for å være på

høyde med forsvarlighetskravet. Dermed ga myndighetene seg selv en forpliktelse som nettopp svekket styringsretten og styrket profesjonens posisjoner.

6.3 Endret lovprosessen profesjonenes posisjon til hverandre?

Forsvarlighetskravet i loven samsvarer med myndighetene intensjon om å gi en tryggere helsetjeneste for pasientene. Det generelle forsvarlighetskravet fulgte lovutredningen uten endring gjennom hele lovprosessen. Dette innebar at hver enkelt helsearbeider hadde en generell plikt til å opptre faglig forsvarlig.

Myndighetene endret likheten innenfor forsvarlighetskravet ved å gi legeprofesjonen en annen status enn hva de tidligere hadde ment. Det nye lovforslaget endret myndighetenes prinsipielle syn på at loven skulle behandle profesjonene likt. Ved å gi legene en spesiell lovbestemmelse som fastla deres overordnede plass i helsetjenesten, tydeliggjorde myndighetene forskjellen mellom profesjonene. Legenes høringsuttalelse ble tatt hensyn til i langt større grad enn de andre profesjonene.

Utredningen fremstilte hver enkelts helsearbeiders plikt til å utøve faglig forsvarlighet innenfor sine kvalifikasjoner. Det individuelle forsvarlighetskravet i loven betydde at arbeidet skulle utføres faglig forsvarlig innenfor hvert enkelt fagområde. Forsvarlighetskravet skulle øke hver enkelts helsearbeiders faglige autonomi. Utredningen ønsket å forsterke denne autonomien slik alle profesjonsutøvere skulle utvikle autonomien i større grad innenfor sine fagfelt, tilsvarende slik som legenes autonomi var innenfor det medisinske området, jfr. kapittel 3.0.

Gjennom lovvedtaket satte myndighetene legenes posisjon over de andre profesjonene. Denne bestemmelsen vil i noen grad kunne bidra til at den faglige autonomien ikke ble så sterk for de andre profesjonene som det var ønsket fra NOU'en. De faglige avveiningene mellom profesjonene skulle profesjonene selv ivareta og videreutvikle. Dermed kunne hver profesjon sette opp sine grenser i samsvar med innholdet av fagkompetansen og utviklingen av faget. Dette var i overensstemmelse med tidligere praksis.

Oppsummert vil jeg antyde at forsvarlighetskravet ville endre og skjerpe hver enkelt helsearbeiders bevissthet på kvalitetskravet på de oppgavene helsetjenesten tilbyr pasienten.

6.4 Vil loven svare til myndighetenes intensjon om å gi pasientene et forsvarlig helsetilbud?

Forsvarlighetsplikten som profesjonene fikk gjennom lovforslaget ga pasienten mer makt. Lovforslagets konkretisering av forsvarlighetsplikten (og andre forhold i loven) ga mer makt til pasientene ved at de kunne stille direkte fagkrav til profesjonene. Helsepersonelloven setter i stor grad pasienten i styrket stilling ovenfor helsetjenesten. Loven vil føre til at alle profesjonene blir mer skjerpet på sine fagfelt. Myndighetenes intensjon med loven var å styrke pasientenes rettigheter samtidig som en ga profesjonene plikter. Dette har myndighetene lyktes med gjennom en felles helsepersonellov.

7.0 Referanser

Kildeoversikt:

- Best O nr 64 (1998 -99) Helsepersonelloven
- Innstilling S nr 120 (1988 -89) Innstilling fra sosialkomiteen om helsepolitikken mot år 2000 Nasjonal Helseplan
- Inst Ot. nr 58 (1998 -99) Innstilling fra sosialkomiteen om lov om helsepersonell
- Norges lover (1687–1999) Utgitt av Det juridiske fakultet ved universitetet i Oslo 1982
- NOU 1993:33 Helsepersonells rettigheter og plikter Utkast til lov med motiver
- Ot prp nr 13 (1998–1999) Om lov om helsepersonell (helsepersonelloven)
- Stortingsmelding nr 41 (1987 -1988) Helsepolitikken mot år 2000 Nasjonal Helseplan
- Tidsskrift for Den Norske Legeforening 1997 117:3021, 1998 118: 2403
- Tidsskrift for Norsk Sykepleierforbund ”Sykepleien” 1991,1992, 1993, 1997
- HOD Høringsnotat Lov om helsepersonell Odin 7. juli 1997
- Norsk Sykepleierforbund høringsvar 21.10.97
- Den Norske Legeforening, høringsvar 19.11.97.
- Stortingsdebatten om Lov om helsepersonell 22.4 1999

Litteraturliste:

- Andrew Abbott: The systems of professions. The university of Chicago Press Chicago and London 1988
- Erichsen Vibeke: Profesjonsmakt: På sporet av en norsk helsepolitisk tradisjon. 1996 Tano Aschehoug
- Melby Kari: Kall og kamp. Norsk Sykepleierforbunds historie, J. W. Cappelens Forlag AS 1990

Informanter:

- Berg Berit, var nestleder/ fagsjef i Sykepleierforbundet da utredningen pågikk
- Hovdenak Inngjerd, 13 okt 2008 var nestleder i Sykepleierforbundet da utredningen pågikk
- Aarseth Hans Petter, 13. okt 2008 var president i Legeforeningen da utredningen pågikk.
- Aarseth Hans Petter, 13. okt 2008 seksjonsleder i helsedirektoratet, var president i DNLF da utredningen pågikk.
- Onhstad Bente, 7.11 2007 Jurist og var utreder av NOU 1993:33, intervjuet ble korrigeret fra Onhstad pr mail 9.11.2008