



Manglende kvalitetssikring av sakkyndighetsarbeid

DEBATT

EINAR KINGE

ek@sandvikanevrosenter.no

Einar Kinge er spesialist i nevrologi ved Sandvika Nevrosenter – Avtalespesialistene.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikt: Han skriver spesialisterklæringer for Sandvika Nevrosenters Forum for spesialisterklæringer.

THOMAS GLOTT

Thomas Glott er spesialist i fysikalsk medisin og overlege på Sunnaas sykehus. Han er leder for Forum for spesialisterklæringer ved Sandvika Nevrosenter.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikt: Han er leder ved Sandvika Nevrosenters Forum for spesialisterklæringer og skriver spesialisterklæringer der.

OLA H. SKJELDAL

Ola H. Skjeldal er spesialist i nevrologi og professor emeritus. Han arbeidet tidligere ved Barneklubben ved Rikshospitalet. Nå er han forsker ved Nevropsykiatrisk senter ved Sahlgrenska Universitetssjukhuset.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikt: Han skriver erklæringer for Sandvika Nevrosenters Forum for spesialisterklæringer.

Det er 20 år siden det ble foreslått nødvendige tiltak for kvalitetssikring av sakkyndighetsarbeid ved personskade. Mange er ennå ikke innført.

I Norge utarbeides årlig flere tusen sakkyndige erklæringer rekvirert av forsikringselskap, klientadvokater, rettsvesen og Nav. Vårt inntrykk er at kvaliteten varierer, og det er påfallende at det ikke eksisterer noe organisert kvalitetssikring av spesialisterklæringene. I 1998 opprettet Sosial- og helsedepartementet Røsægutvalget, som i 2000 kom i sin innstilling med en rekke forslag for å styrke kvaliteten på sakkyndighet i forsikringsaker (1).

Undertegnende har gjennom mange år utført sakkyndighetsarbeid, fungert som veiledere for yngre kolleger og undervist advokater og saksbehandlere. Vi har lenge vært bekymret for dagens praksis, som slett ikke alltid fører til forsvarlig saksgang og som derfor kan gå ut over rettssikkerheten. Vi mener at flere av tiltakene som ble foreslått av Røsægutvalget for 20 år siden var hensiktsmessige, men registrerer at de i liten grad har blitt gjennomført.

Dagens utfordringer

Å kunne utføre sakkyndig arbeid forutsetter at man er godkjent som spesialist. Tidligere var det også krav om obligatorisk nettkurs om sakkyndighetsarbeid for spesialister i fysisk medisin, nevrologi, ortopedi og psykiatri, mens det for den nye spesialistlistutdanningen nå kun er krav om fem veiledede erklæringer for fysisk medisin og to for nevrologi (2). Det har i en del saker vist seg å være stor variasjon mellom ulike sakkyndige legers konklusjoner innen samme skadetilfelle, hvilket har sådd tvil om de sakkyndiges upartiskhet og holdninger, til dels også kompetanse og grundighet. Manglende tillit til upartiskhet har medført en tendens til stigmatisering av en del sakkyndige som enten forsikrings- eller skadelidtevennlige, og vi er kjent med at både skadelidte- og skadevoldersiden har prefererte spesialister.

Sakkyndige vurderinger skal bygge på allment akseptert medisinsk viten. Spørsmålet om hva som er allment anerkjent medisinsk viten ved komplekse saker uten objektive funn, er omstridt. I mange saker eksisterer det ingen oppdaterte medisinskfaglige norske retningslinjer, og kunnskapsgrunnlaget som rettslige dommer og utenrettslige vurderinger bygger på, er uoversiktlig. Vi viser til Høyesteretts nakkeslengdom fra 2010 (HR-2010-970) (3), der Høyesterett gjennomgikk medisinsk forskning om årsaker til smerteproblemer etter nakkesleng. Dette utløste en diskusjonsrekke i Tidsskriftet (4). Høyesteretts behandling av spørsmålet om hva som er allment akseptert viten, har blant annet dannet rettslig konsensus som kan påvirke de sakkyndiges vurderinger.

«Vi savner et veiledende overordnet medisinsk kvalitetssikringsorgan»

Medisinsk sakkyndighet i komplekse saker vil også være påvirket av eget verdisyn samt styrende normer i eget fagmiljø. Sakkyndige som skriver erklæringer på egen hånd uten faglig interaksjon med kolleger, kan risikere å skrive erklæringer som ikke er basert på allment akseptert viten dersom spesialisten ikke er faglig oppdatert.

Røsægutvalgets forslag

Røsægutvalget utarbeidet et forslag til et standardmandat, som fortsatt benyttes (1). Utvalget gikk blant annet inn for etablering av et særskilt veiledende partsuavhengig kvalitetssikringsorgan som ville kunnet vurdere sakkyndige erklæringer samt ha kompetanse til å gi veiledende uttalelser om medisinske spørsmål. Formålet skulle være å bidra til økt rettssikkerhet og forutsigbarhet samt redusert saksbehandlingstid ved å forhindre behov for flere sakkyndige erklæringer. Utvalget foreslo også at sakkyndige leger på frivillig basis organiseres i en frittstående gruppe, som kunne holde fagmøter og eget opplæringsprogram.

Hva bør gjøres?

Vi savner et veiledende overordnet medisinsk kvalitetssikringsorgan som blant annet kan definere hva som faller inn under begrepet allment akseptert medisinsk viten, slik som foreslått av Røsægutvalget. Dette vil kunne styrke vurderingsgrunnlaget, slik at erklæringene blir mer objektive og i mindre grad er uttrykk for den sakkyndiges egne subjektive holdninger. Videre mener vi at for å bedre kvaliteten på sakkyndigarbeid ved personskade bør det være et krav at Legeforeningens nettkurs om sakkyndighetsarbeid er gjennomført og at spesialisten gis mulighet for veiledning av erfaren spesialist på de første erklæringene.

Vi mener også at utvalgets forslag om at de sakkyndige bør organiseres i en spesialistgruppe, er en god løsning. Dette gir mulighet for at erklæringene utarbeides i et organisert fagmiljø med mulighet for faglig interaksjon, oppdatering, støtte og

tilbakemelding. I denne sammenhengen vil vi nevne vårt Forum for spesialistklæringer ved Sandvika Nevrosenter, der 26 legespesialister, tre nevropsykologer og en klinisk psykolog er organisert.

Flere av forslagene i Røsægutvalgets innstilling er etter vårt skjønn fortsatt aktuelle, og vi mener at det er på tide at rapporten hentes frem og revideres for å danne grunnlag for en bedre organisering og kvalitetssikring av sakkyndigarbeid ved personskade. Vi anbefaler at Helsedirektoratet i samarbeid med Legeforeningen tar fatt i dette.

LITTERATUR

1. Norges offentlige utredninger. Forsikringsselskapers innhenting, bruk og lagring av helseopplysninger. NOU 2000:23. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2000-23/id143243/> Lest 21.8.2020.
2. Helsedirektoratet. Autorisasjon og spesialistutdanning. <https://www.helsedirektoratet.no/tema/autorisasjon-og-spesialistutdanning/spesialistutdanning-for-leger>. Lest 15.5.2020.
3. Høyesteretts dom HR-2010-2166-A i sak nr. 2010/970. <https://www.domstol.no/Enkelt-domstol/hoyesterett/avgjorelser/2010/hoyesterett-sivil/hr-2010-2166-a/> Lest 21.8.2020.
4. Hexeberg SC. Ny høyesterettsdom om nakkeskade. Tidsskr Nor Legeforen 2011; 131: 1804-5. [CrossRef]

Publisert: 26. oktober 2020. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.20.0547

Mottatt 2.7.2020, første revisjon innsendt 15.9.2020, godkjent 21.8.2020.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2022. Lastet ned fra tidsskriftet.no 9. desember 2022.