



Klagesak N2019/2994, Helsepersonelloven § 56, jf. §§ 4 og 6. Advarsel til psykologspesialist. Opprettholdt.

Klageren fikk advarsel på grunn av flere feil og mangler ved hans oppfølging begått under bistand til fem pasienter som fikk helsehjelp etter fristbrudd i offentlig helseforetak. Psykologspesialisten hadde mangler ved utredning og diagnostikk, behandlingsplanlegging, dårlig samhandling og koordinering med kollegaer, feil og mangler i behandlingsoppfølging og manglende rolleforståelse. Han ble også funnet å ha brutt ressursbestemmelsen i helsepersonelloven § 6. Stadfestet.

V E D T A K

I

STATENS HELSEPERSONELLNEMND

Klager: «klager», «født»

Saken gjelder: Klage over Statens helsetilsyns vedtak av 28. august 2018 om advarsel til psykolog, jf. lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven) § 56.

Vedtak: Statens helsetilsyns vedtak av 28. august 2018 opprettholdes.

Sakens bakgrunn

Klageren er utdannet ved (---) og fikk norsk autorisasjon som psykolog 14. mai 2002.

Klageren var innleid psykologspesialist hos «arbeidsgiver 1» («arbeidsgiver 1»), da hendelsene som ligger til grunn for tilsynssaken fant sted. Klageren er daglig leder av bemanningsselskapene «arbeidsgiver 2» og «arbeidsgiver 3». Av hjemmesiden til «arbeidsgiver 2» fremgår at selskapet er «(---)».

Statens helsetilsyn (Helsetilsynet) ga klageren en advarsel i vedtak av 28. august 2018. Advarelsen var begrunnet med at klageren hadde gitt uforsvarlig helsehjelp, samtidig som ressursbruken ble ansett som unødvendig omfattende.

Bakgrunnen for tilsynssaken var at «arbeidsgiver 1» etter rammeavtale med Helseøkonomiforvaltningen (Helfo) fikk ansvar for å følge opp fristbruddpasienter i flere fylker over en fireårsperiode gjeldende fra og med 1. januar 2012. Nemnda legger til grunn at avtalen, i felles forståelse mellom avtalepartene, ble utvidet til å omfatte pasienter fra (---) fylke. Etter fristbrudd ved (---) HF overtok «arbeidsgiver 1» ansvaret for 31 pasienter fra foretaket i 2012. Pasientoppdragene til «arbeidsgiver 1» ble gitt individuelt med skriftlig melding direkte fra Helfo.

«arbeidsgiver 1» hadde to fast ansatte helsepersonell, i tillegg til klageren som var innleid fra «arbeidsgiver 2». De fast ansatte var fysioterapeut «behandler 1», samt daglig leder og medisinskfaglig ansvarlig psykiater «behandler 2». Fysioterapeuten var hjemmehørende på virksomhetens kontorsted i (---). Klageren og legen pendlet til (---) slik at det var spesialist tilgjengelig for pasientene omlag 2 ½ dag pr. uke. I tillegg var de to spesialistene tilgjengelig for pasientene på telefon utover vanlig arbeidstid, samt i helger.

Helse (---) HF meldte bekymring første gang i 2013, men dette ledet ikke til tilsynssak etter beslutning fra Helsetilsynet datert 11. november 2013. Etter ny klage fra (---) i brev datert 7. juli 2014 opprettet Fylkesmannen i (---) (fylkesmannen) tilsynssak med «arbeidsgiver 1» 1. desember 2014. Den 3. oktober 2014 kom også klage mot «arbeidsgiver 1» fra (---) kommune v/(---) PPT.

Blant annet på grunn av uenigheter mellom «arbeidsgiver 1» og lokale helseforetak, (---) kommune og fylkesmannen overtok Helsetilsynet tilsynssaken med «arbeidsgiver 1» fra fylkesmannen. Fylkesmannen oversendte saksdokumentene til Helsetilsynet i brev av 15. februar 2016.

Helsetilsynet ba 30. juni 2016 om en sakkyndig uttalelse i saken fra overlege og spesialist i psykiatri «lege 1». Den sakkyndige arbeider til daglig som overlege ved avdeling (---) i (---), (---). Han har doktorgrad i klinisk medisin innen emnet ADHD, og har skrevet en rekke publiserte fagartikler om ADHD. Han har også bidratt på samme område i læreboken Praktisk psykiatri (2012). Mandatet for den sakkyndige var å vurdere forsvarligheten ved den faglige oppfølgingen og indikasjoner for ressursbruken i forhold til alle de 17 pasientene som fortsatt var i behandling. Overlege «lege 2», leder av (---), har fungert som konsultativ sakkyndig. Den sakkyndige avga sin første uttalelse den 1. november 2016.

Den sakkyndige mener blant annet at «arbeidsgiver 1» ikke hadde rutiner for å gjøre en grundig, tverrfaglig utredning, inkludert en felles konsensus mellom behandlere som skulle følge opp pasientene. Klageren stilte ofte helt andre diagnoser enn «arbeidsgiver 1»s lege. Selv om klagerens diagnostiske vurderinger hadde større bredde og troverdighet, er den sakkyndige kritisk til at det ofte ikke skjedde noen form for tverrfaglig drøfting eller at det ble etablert konsensus før behandlingen startet.

Den sakkyndige mener det er påfallende hvor ofte klageren trakk frem diagnosen «fastlåst emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse» når behandlingen gikk dårlig, i stedet for å vurdere om behandlingen som ble gitt var korrekt. Det kunne tyde på en svakhet og manglende bredde i utredningen initialt.

Det er også påfallende at det i liten grad ble stilt diagnoser på rus- og tablettmisbruk, selv om slikt misbruk ble tydelig beskrevet. Rusmisbruk ble sjelden drøftet i forhold til differensialdiagnostikk, og virker generelt å være lite vektlagt både i diagnostikk og behandling.

I flere av sakene drev klageren og «arbeidsgiver 1»s lege tilsynelatende helt forskjellige behandlingsløp, basert på ulik diagnostikk. I noen av sakene argumenterte de også mot hverandre i journalen. Dette vil være skadelig for de fleste pasienter. Den sakkyndige mener videre at samtalebehandling med opptil tre ulike personer parallelt strider mot både anerkjent kunnskap og klinisk konsensus, og at det ofte vil kunne virke forvirrende og negativt inn på pasienter.

De mest påfallende mønstrene i samtalebehandlingen klageren og «arbeidsgiver 1» drev var den ekstreme bruken av dobbelttimer, den periodiske voldsomme intensiteten i kontakten, bruken av to og til dels tre behandlere som driver samtalebehandling parallelt, og de ustrukturerte skiftene i roller. Klageren skiftet ofte mellom tilsynelatende ordinære terapisaftaler, og å ta med seg pasientene på treningsstudio og kafeer. Han mener klageren ikke fulgte retningslinjer for eksponeringsterapi og at det derfor også var svært

sjelden man kunne se at «eksponeringsbehandlingen» hadde effekt. Tiltakene som kalles eksponering fra klageren beskrives å være helt verdiløse som behandlingstiltak i spesialisthelsetjenesten, da klageren ikke har fulgt faglige normer for slike tiltak. Den sakkyndige utelukker i sin tilleggsuttalelse likevel ikke at tiltaket kan ha vært til nytte for en av pasientene, men påpeker at det er vanskelig å vurdere gitt den massive oppfølgingen pasienten fikk over flere år.

Den sakkyndige mener videre at det ikke finnes noen psykiatrisk/psykologisk tilnærming som forsvarer den enorme tidsbruken. Det ble brukt generelt mye tid på å bistå med ganske banale forhold, forsvart med at pasientene trengte hjelpen og at «arbeidsgiver 1» var de eneste som kunne/ville yte slik hjelp. Han er blant annet kritisk til at klageren og fysioterapeuten brukte mye tid på aktiviteter som den sakkyndige sammenligner med tiltak fra en støttekontakt.

Helsetilsynet forhåndsvarslet alle de tre ansatte i «arbeidsgiver 1» 8. juni 2017 om at de vurderte å gi dem en advarsel. I tillegg fikk «arbeidsgiver 1» samme dag forhåndsvarsel om vedtak med pålegg om å overføre de resterende pasientene til annen virksomhet. Vedlagt varselet var sakkyndiguttalelse fra overlege «lege 1» datert 1. november 2016.

Klageren innga uttalelse m/vedlegg til varselet 1. september 2017.

På bakgrunn av uttalelser fra involvert helsepersonell ba Helsetilsynet i brev datert 16. oktober 2017 om en supplerende medisinsk sakkyndig uttalelse fra overlege «lege 1». Denne forelå 29. januar 2018. Klageren og legen kommenterte sakkyndiguttalelsen i brev datert henholdsvis 5. februar 2018 og 7. mars 2018.

Tilsynssaken mot fysioterapeut «behandler 1» ble avsluttet ved brev datert 24. oktober 2017 uten at det ble påpekt pliktbrudd eller gitt administrativ reaksjon. «arbeidsgiver 1» fikk avsluttet tilsynssaken uten pålegg eller påpekte pliktbrudd, jf. brev datert 28. august 2018. Dette under henvisning til den tette oppfølgingen fra Helfo.

Klageren og lege «behandler 2» fikk begge advarsel i Helsetilsynets vedtak av 28. august 2018. Klageren påklaget vedtaket i brev m/vedlegg datert 3. oktober 2018. Lege «behandler 2» påklaget vedtaket i e-post datert 30. oktober 2018, samt brev datert 15. november 2018.

Helsetilsynet vurderte saken på nytt, men fant ikke grunnlag for å endre sitt vedtak, og saken ble ved brev av 6. mars 2019 oversendt Statens helsepersonellnemnd for klagebehandling.

Klageren har etter oversendelsen til nemnda utdypet klagen ytterligere i brev datert 2. april 2019 samt i flere omganger sendt inn attester fra arbeidsgivere i Norge og Sverige, spesialisterklæring for en pasient og korrespondanse med pasient. Dette for å underbygge at hendelsene i (---) var spesielle, at han har anseelse i fagmiljøene og at pasienten var fornøyd.

Statens helsetilsyn mener at klageren har gitt uforsvarlig helsehjelp til flere pasienter ved at helsehjelpen preges av gjentatt svikt i utredning, diagnostikk og behandling av pasientene. Klageren og «arbeidsgiver 1»s lege delte ofte utredningene mellom seg, men de hadde ikke det nødvendige samarbeid og samhandling i denne prosessen. Utredningene var ofte raske med stor vekt på bruk av sjekklister, tester og diagnostiske intervjuer.

Klageren har i liten grad beskrevet symptomene på de lidelsene han mente pasientene hadde og hvordan funksjonsnivået er påvirket. Grundige differensialdiagnostiske vurderinger og drøftelser fremkommer i liten grad av dokumentasjonen. Klageren burde også gått mer i dybden på vurderingene av rusproblematikk og selvmordsrisiko.

Helsetilsynet er kritisk til at det fremkommer uenighet om diagnoser i journalene. Behandlingsforløpene er preget av parallelle forløp og lite koordinasjon basert på en felles forståelse. Tilsendte behandlingsplaner belyser i liten grad hvilke planer som ble lagt fra tidlig fase i pasientforløpene. Ved bedre samhandling, rollefordeling og planlegging av helsehjelpen burde klageren gitt behandling som var mer hensiktsmessig og som ville medført en betydelig mindre bruk av ressurser. Klageren har som psykologspesialist videre et selvstendig ansvar for at behandlingen av den enkelte pasient er samordnet og koordinert der det er flere behandlere inne i bildet. Dette individuelle ansvaret gjelder uavhengig av et eventuelt virksomhetsansvar eller annen løpende oppfølging fra virksomheten.

Flere forhold ved klagerens virksomhet som behandler gir videre økt risiko for undergraving av pasientenes autonomi og uhensiktsmessige bindinger til behandlerne. Klagerens atferdsaktivisering/eksponering for flere av pasientene var hjelp som verken i tid, omfang eller utførelse var en aktivitet som krevde spesialistkompetanse. Aktivitetene bidro til å viske ut skillet mellom klageren som profesjonelt helsepersonell og en privat støtteperson. Helsetilsynet mener klageren ved dette sviktet i sin ansvarsavgrensning og rolleforståelse.

I vurderingen av om advarsel skal gis vektlegges at klageren i det vesentlige ikke erkjenner svikt i sin virksomhet, men mener at pasientene har fått forsvarlig og god behandling.

Klageren har fremmet sine synspunkter og anførsler i uttalelser i saksbehandlingsprosessen, i et omfattende klageskriv, samt i en uttalelse etter at saken ble oversendt fra Helsetilsynet for nemndbehandling. Han har også vist til attester m.v. og til klagen fra legen i «arbeidsgiver 1». Klageren imøtegår vurderingene fra Helsetilsynet generelt, men også knyttet til den enkelte pasient. Han mener det er gjort flere saksbehandlingsfeil, både i forhold til faktum og vedrørende lovforståelsen. Nedenfor oppsummeres klagerens ankepunkter på et mer overordnet nivå. Sentrale og relevante anførsler som gjelder enkeltpasienter redegjøres for under vurderingskapittelet nedenfor. Nemnda viser for øvrig til klagerens korrespondanse og vedlagt dokumentasjon.

Klageren har anført at saken gjelder økonomiske, helsepolitiske og strukturelle forhold, og ikke hans faglighet i pasientbehandlingen. Pasientene i (---) fikk et tilbud som klageren mener alle pasienter i Norge har rett til, men ofte ikke får på grunn av kapasitetsmangel. Han hadde et faglig ansvar for å hjelpe pasientene når primærhelsetjenesten ikke kunne tilby det de hadde krav på.

Etter beste evne forsøkte han å hjelpe dårlig fungerende pasienter. Det fantes ikke annet tilbud i (---). Det må også tas i betraktning at «arbeidsgiver 1» skulle gi en helhetlig spesialisthelsetjeneste etter avtalen med Helfo. Behandlingen kan ikke sammenlignes med individuell behandling hos en enkelt behandler.

Klageren mener han ikke har opptrådt uaktsomt og at han brukte evidensbasert, faglig oppdatert og individtilpasset metodikk, tilsvarende spesialisthelsetjenester innen øvrig offentlig psykisk helsevern. Det omfatter også fysisk aktivitet, jf. Helsedirektoratets aktivitetshåndbok. Klageren har fulgt et etisk prinsipp om å sette pasienten først og tok ansvar for at pasientene fikk omsorgsfull hjelp. I behandlingen var fokus både på symptomreduksjon under behandling og forhindring av tilbakefall etter avsluttet behandling. Tilfeller som det ikke var mulig å henvise til annen instans, oppga han ikke ansvaret for før pasienten var i stand til å ivareta seg selv. Klageren mener han har forhindrede suicid og døgninnleggelser i akuttpsykiatri ved ambulante polikliniske tjenester, samt at han bidro til at sykmeldte og brukere hos NAV kom i inntektsbringende arbeid.

Klageren sa fra til kollegaene i «arbeidsgiver 1» når han mente at tiltak ikke var til nytte for pasienten. Samtidig respekterte han deres vurderinger og mener han ikke kan lastes for dette. Helsetilsynet har konkludert med overdreven ressursbruk på feil grunnlag. Med hans

timeantall mener han det er besynderlig at han kritiseres for ressursbruken. For fire av de fem vurderte pasientene hadde han et gjennomsnitt på fire timer pr. måned, den siste ca 8. timer pr. måned. Samtlige av de fem pasientene saken gjelder, samt de instanser som klageren samarbeidet med, har uttrykt at de var fornøyd med den bistand klageren ga.

Helsetilsynet har i sitt vedtak ensidig lett etter forhold som de kan klandre klageren for. De har ikke objektivt vurdert helheten av den tjenesten han leverte. Han vurderte, utredet og behandlet totalt 29 pasienter som alle var fornøyd. Pasientene som er trukket frem i saken hadde mye til felles ved at de hadde flere alvorlige komorbide tilstander, (psyko)somatiske plager, isolerte seg, hadde dårlig nettverk og var utenfor arbeidslivet. Hans oppfølging utgjør ikke en systematisk svikt, men var heller en situasjonsbetinget innsats etter hans beste evne. Pasientene klarte ikke selv å følge opp koordinerte tjenester og planer, og de tydde til klageren i kriser fordi de ikke hadde andre. Han mener at han kun har gjort sin plikt som helsepersonell under de forutsetninger som var der og da. Klageren viser også til at den sakkyndige har nedtonet kritikken overfor klageren spesielt i sin tilleggsuttalelse i saken.

Videre påpeker klageren at legen har påvist en rekke feil fra den sakkyndige og Helsetilsynet. Helsetilsynet har inkludert en rekke forhold som ikke hadde noe med hans bistand å gjøre, men som er klippet fra vedtaket mot kollegaen. Helsetilsynet har, etter klagerens mening, ikke klart å skille ham fra legen i saken. Klageren påpeker ellers at hans sak ikke er vurdert av en sakkyndig psykolog, noe han mener bryter med saksbehandlingsprinsippene hos tilsynsmyndighetene.

Statens helsepersonellnemnds vurdering

Nemnda har kommet til at det er grunnlag for å gi klageren en advarsel jf. helsepersonelloven § 56 første ledd.

Etter denne bestemmelsen kan advarsel gis dersom klageren forsettlig eller uaktsomt har overtrådt sine plikter etter helsepersonellovens bestemmelser og pliktbruddet er egnet til å medføre fare for sikkerheten i helse- og omsorgstjenesten, til å påføre pasienter og brukere en betydelig belastning eller til i vesentlig grad å svekke tilliten til helsepersonell eller helse- og omsorgstjenesten.

Rettslig grunnlag

Helsepersonelloven § 4 pålegger helsepersonell å utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig. Kravet til faglig forsvarlighet innebærer en plikt til å opptre i samsvar med de til enhver tid gjeldende faglige normer og lovbestemte krav til yrkesutøvelsen.

Det fremgår av helsepersonelloven § 6 at helsepersonell skal sørge for at helsehjelpen ikke påfører pasienter, helseinstitusjon, trygden eller andre unødig tidstap eller utgift.

Nemnda legger alminnelig sannsynlighetsovervekt til grunn for sin bevisvurdering. Det følger av rettspraksis og langvarig forvaltningspraksis at det er det mest sannsynlige faktum som skal legges til grunn.

I bevisvurderingen er det vektlagt opplysninger fra klagerens journal om hvilken helsehjelp som er gitt og hvilke faglige vurderinger som er foretatt. Klageren er nærmest til å dokumentere den behandling og oppfølging pasienten har fått, og klageren må selv bære tvilsrisikoen der nødvendig dokumentasjon om de medisinske vurderingene ikke fremgår av journalen. Der det ikke er klare opplysninger om noe annet legger nemnda til grunn at forsvarlige medisinske vurderinger og beslutninger ikke er foretatt når de ikke er journalført.

Forsvarlig behandling av pasientene:

Nemnda har vurdert om klageren har gitt faglig forsvarlig helsehjelp til pasientene, jf. helsepersonelloven § 4. I vurderingen har nemnda særlig lagt vekt på utredning og diagnostikk, behandlingsoppfølging og klagerens rolleforståelse. Nemnda har funnet at helsehjelpen samlet sett ikke var faglig forsvarlig.

Helsetilsynet har i det påklagede vedtaket valgt å avgrense de konkrete vurderingene til behandlingen av fem utvalgte pasienter blant de 17 som ble vurdert av den sakkyndige. Pasientene er nummerert 3,5,11,12 og 16 i sakkyndigrapporten og tilsvarende i vedtaket fra Helsetilsynet. Nemndas konkrete vurderinger i klagesaken er knyttet til de samme fem pasientene.

Utredning, diagnostikk, behandlingsplanlegging og samhandling

Spørsmålet for nemnda er om klageren har utredet, diagnostisert og planlagt behandlingen i tråd med faglige normer, herunder med tverrfaglig samarbeid og samhandling der dette var faglig hensiktsmessig.

Nemnda har vurdert og kommet til at klageren overfor flere av pasientene ikke sørget for forsvarlig utredning, diagnostikk og behandling. Klageren burde utredet pasientene grundigere. Han burde blant annet vektlagt og beskrevet kliniske observasjoner av symptomer og funksjonssvikt. Differensialdiagnostiske vurderinger er dokumentert i noen grad, men klageren har i liten grad har fulgt opp dette i det løpende arbeidet, noe som var særlig viktig med det aktuelle pasientgrunnet. For flere av pasientene var det relevant å ta større hensyn til pågående rusmisbruksproblemer både i diagnostikk og behandling.

Helsehjelpen bar videre preg av manglende planlegging og samhandling, særlig med legen i «arbeidsgiver 1». Klageren må ta sin del av ansvaret for dette. I noen grad mangler også systematiske risikovurderinger med vurdering av aktuelle tiltak. Klageren sørget ikke for å ivareta behovet for samhandling og samarbeid i oppfølgingen av pasientene. Dette var særlig viktig da spesielt klageren og legen ofte delte oppgavene mellom seg. For noen pasienter fremstod behandlingen blant annet av denne grunn som planløs og preget av parallelle behandlingsløp. Samlet sett var helsehjelpen faglig uforsvarlig for flere pasienter, jf. helsepersonelloven § 4.

Nemnda legger i vurderingen blant annet til grunn Helsedirektoratets normgivende retningslinjer for utredning, diagnostikk og behandling som forelå på aktuelle områder som omfattes av denne saken.

Som ledd i utredning og diagnostikk av pasienter med antatt psykiske lidelser forventes det at helsepersonellet kartlegger anamnesen, gjennomfører diagnostiske intervjuer, benytter relevante kartleggingsverktøy og gjør kliniske observasjoner av pasientene. Videre vil det kunne være relevant med innhenting av komparentopplysninger og supplerende undersøkelser. I tilknytning til de tidligste diagnostiske vurderingene må helsepersonellet vurdere risikoforhold, slik som selvskading, suicidrisiko og voldsrisko overfor andre, og eventuelt vurdere egnede tiltak mot slik risiko.

For å forebygge feildiagnostikk og feilbehandling, forventes det at helsepersonellet gjør systematiske differensialdiagnostiske vurderinger både innledningsvis og underveis i forløpet, og tar stilling til om symptomer og funn hos pasienten kan ha andre forklaringer, herunder annen psykisk sykdom, rusproblemer eller somatisk sykdom.

Klageren er ikke enig med Helsetilsynet i at han utviste et mønster med svikt i utredning, diagnostikk, samhandling og behandlingsplanlegging. Han mener at det ikke var mangelfull samhandling mellom ham og legen, men at de kunne ha ulike faglige perspektiver. Han viser blant annet til uttalelser fra den sakkyndige om at hans arbeid er vesentlig mindre kritikkverdig enn legens og «arbeidsgiver 1»s totalt sett, samt at klagerens diagnostiske

vurderinger hadde større bredde og troverdighet. Når det gjelder samhandling og behandlingsplanlegging har klageren vist til kommunikasjon mellom ham og legen på telefonmeldinger og e-post, gjennomførte samarbeidsmøter med andre instanser og individuelle planer som er fremlagt. Han har også nedtegnet psykodynamiske behandlingsplaner for alle sine pasienter i journalen.

Nemnda legger til grunn at klageren utvilsomt hadde et individuelt behandleransvar for å gi forsvarlig helsehjelp til pasienten. Selv om «arbeidsgiver 1»s lege, som var administrativ leder og klinikkoverlege, hadde et overordnet lederansvar og var medisinskfaglig ansvarlig, fritas ikke klageren fra sitt profesjonsansvar som psykologspesialist. Alt helsepersonell er gjennom helsepersonelloven gitt ansvar for at de oppgaver de påtar seg, utføres på en faglig forsvarlig måte.

I praksis deltok både legen og klageren i arbeidet med utredning, diagnostisering og behandling av flere av pasientene. Dette stilte særskilte krav til samarbeid og koordinering av helsehjelpen mellom de to. Blant annet var det viktig å sikre at diagnostiske vurderinger var avklart med en felles forståelse. Videre at de var enige om et hensiktsmessig behandlingsforløp og mål for behandlingstiltakene. I dette ligger også et ansvar for å sikre at behandlingstiltakene var faglig forenlige og ikke ville virke mot hverandre.

Avgjørende for nemndas vurdering er om klageren fylte de funksjoner og det individuelle ansvar han hadde som psykologspesialist.

Nemnda finner at utredning, diagnostikk og behandling er preget av manglende systematikk og dårlig samhandling mellom klageren og legen. Begge hadde et ansvar for å sikre dette når de først valgte å dele oppgavene seg imellom. At den sakkyndige har vurdert klagerens diagnostikk, *isolert sett*, som mindre klanderverdig sammenlignet med legen, er ikke avgjørende. Det er helheten som er viktig for pasienten.

Desto viktigere var samhandlingen tatt i betraktning at det var flere pasienter som hadde komorbide psykiske lidelser med til dels overlappende symptomer, slik som ADHD, bipolare lidelser, personlighetsproblematikk og rusavhengighet. Differensialdiagnostikken ble da også særlig viktig for å unngå feilbehandling. Nødvendig samhandling, med felles og samkjørt vurdering og revurdering av pasientenes diagnoser og behandlingsplaner, fremgår ikke, eller bare i liten grad, av journalene. Det preger heller ikke de tiltak som faktisk ble gjennomført av klageren og «arbeidsgiver 1» for øvrig.

Det er *spesielt kritikkverdig* at klageren og legen samtidig fulgte opp pasientene med behandlingsmetoder og -tiltak som ikke var koordinert og godt planlagt. I noen grad har tiltakene overlappet hverandre ved at begge drev samtalebehandling samtidig. I andre tilfeller fulgte de hver sine retninger basert på sin egen diagnostikk, f.eks. ved at legen drev med intensiv farmakologisk behandling av bipolare lidelser og ADHD, mens klageren gjennomførte samtalebehandling for angst eller personlighetsforstyrrelser.

Helsepersonellet burde vurdert og tatt stilling til om tiltakene kunne virke med eller mot hverandre. Ved tilnærmingen som ble valgt ble det også vanskeligere å evaluere effekt av behandlingstiltakene. Dette innebar økt risiko for feildiagnostikk, feilbehandling og forlengede behandlingstiltak. Fremlagte meldinger som har gått i mellom klageren og legen på e-post og SMS, endrer ikke på denne vurderingen. Etter nemndas vurdering kan heller ikke behandlingsplaner eller individuelle planer som er dokumentert, tillegges avgjørende betydning.

Klageren burde, i større grad bidratt til at utredning, diagnostikk og behandling ble planlagt, samkjørt og koordinert med felles mål. Som psykologspesialist, med individuelt ansvar for utredning, diagnostikk og behandling, må klageren ta sin del av ansvaret, jf. helsepersonelloven § 4.

Nemnda finner det tilstrekkelig å fremheve enkeltpunkter i behandlingen av pasientene 3, 11 og 16.

Pasient 3, mann f. 19xx

Pasienten hadde første kontakt med klageren ved «arbeidsgiver 1» den 24. februar 2012. Han var henvist av fastlege for behandling av depresjon og diagnosen P76 Bipolar lidelse INA. Pasienten hadde en bakgrunn med langvarige psykososiale problemer, flere suicidforsøk, og en antatt feilbehandling av psykisk lidelse. Etter konsultasjoner, anamnesekartlegging og strukturerte diagnostiske intervju (MINI PLUS og SCID II) satte klageren diagnosen F31.4 Bipolar affektiv lidelse, aktuell episode alvorlig depresjon uten psykotiske symptomer, med F60.3 Emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse som sentral differensialdiagnose. Det er også beskrevet sosial angst.

Legen i «arbeidsgiver 1» satte i mars 2012 diagnosene F31.8 Andre spesifiserte bipolare affektive lidelser, og G43.1 Migrene med aura. I august 2012 fikk han i tillegg diagnosen ADHD av legen. I tillegg til omfattende farmakologisk behandling, fikk han i lange perioder også hyppig samtaleterapi både av legen og klageren. Han hadde også mye kontakt med fysioterapeuten i «arbeidsgiver 1». Et (---) i januar 2014 preget pasienten som blant annet viste suicidal atferd og var innlagt i spesialisthelsetjenesten en periode tidlig i 2014.

Dette utløste en omfattende oppfølging fra alle de tre behandlerne i «arbeidsgiver 1», ofte med hjemmebesøk. Frem til medio 2015 var det til sammen brukt 667 timer fordelt på de tre behandlerne. Klageren brukte i tillegg til samtalebehandling, mye tid på det som var opplyst å være eksponering/atferdsaktivisering ved å følge pasienten på aktiviteter utenfor hjemmet. Klageren avsluttet sin kontakt med pasienten i januar 2016.

Klageren mener det fremgår av hans første journalnotater at det vektlegges differensialdiagnostikk, og at det umiddelbart ble satt i gang planlegging og samarbeid med andre instanser. Han viser også til at det er en *«faglig tilbøyelighet hos psykiatere og spesialister i klinisk psykologi i å vurdere de samme symptomene ulikt i forhold til diagnosene Bipolar lidelse type 2 og Emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse»*, og at han selv ikke la stor vekt på om han kom fram til en annen diagnose enn sin faglig overordnede. Det viste at «arbeidsgiver 1» hadde differensialdiagnostiske vurderinger. Hans eget hovedfokus med pasienten var å øke pasientens fungering i dagliglivet ved hjelp av atferdsaktivisering, som klageren mener er noe annet enn eksponeringsterapi.

Klageren mener behandlingsopplegget var et resultat av felles samhandling med legen og fysioterapeuten. Kritikken fra den sakkyndige vedrørende pasientens legemiddelbruk, opptrapping og lekser i tilknytning til eksponeringen er direkte feil, noe som fremgår av journalnotatene. Klageren mener hans ambulante tjenester i 2014 bidro til å redde pasientens liv. Han jobbet ellers for å få kommunehelsetjenesten til å ta ansvaret for eksponeringen, men måtte ta det selv da kommunale tjenester ikke var tilgjengelige.

Oppfølging av denne pasienten bærer etter nemndas vurdering preg av at klageren og legen i «arbeidsgiver 1» ikke klarte å samhandle og vurdere pasienten i fellesskap, verken i utredningsfasen eller i behandlingsplanleggingen. Det virker å være uenighet om diagnostikken og det tilsier økt samhandling og drøftelse, inkludert en grundigere differensialdiagnostikk. Differensialdiagnostiske vurderinger som fremkommer i journalen tilfredsstillende ikke rimelige forventninger for en pasient som dette. Pasienten hadde en komplisert anamnese og helsepersonellet i «arbeidsgiver 1» gjorde ulike diagnostiske vurderinger av ham. Dette førte til at pasienten ikke fikk den helhetlige og samkjørte behandlingen som han burde ha fått. I stedet synes det som om klageren og legen fulgte opp sine egne vurderinger i parallelle løp. Dette var ikke faglig forsvarlig.

Det kan ikke utelukkes at pasienten kan ha hatt nytte av de omfattende tiltakene klageren brukte mot hans sosiale angst, av klageren kalt eksponering eller atferdsaktivisering, men nemnda er likevel kritisk til måten dette ble gjennomført på. Nemnda savner en tydeligere

faglig forankring, med mer systematikk og struktur i tiltaket. Dette kunne gitt et grunnlag for evaluering som ble vanskelig med den oppfølging som her er gitt. Tiltaket fremstår følgelig heller ikke som et tiltak som hadde god faglig forankring i en spesialisthelsetjeneste.

Helsehjelpen som ble ytt pasient 3 var ikke faglig forsvarlig, jf. helsepersonelloven § 4.

Pasient 11, kvinne. f. 19xx

Pasienten kom til «arbeidsgiver 1» etter forutgående innleggelse ved sykehuset (---) grunnet en overdose med medisiner. Første konsultasjon hos «arbeidsgiver 1» var 6. august 2012 da pasienten ble vurdert av legen. Journaldokumentasjonen viste en langvarig anamnese med rus- og psykiske lidelser, deriblant alkohol- og legemiddelmisbruk, depresjon, angst og spiseforstyrrelser.

Pasienten var dårlig fungerende. Hun var uføretrygdet og ble henvist for utredning og gjennomgang av medisiner. Legen satte raskt hoveddiagnose F317 Bipolar affektiv lidelse i remisjon, samt F401 Sosiale fobier og F509 Uspesifisert spiseforstyrrelse. Samme høst stilte han diagnosen F90.8 ADD (på grensen til F90.0 ADHD). Klageren dokumenterte høsten 2013 at hun viste «tegn på» emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse.

Klageren er svært kritisk til den sakkyndiges vurderinger vedrørende denne pasienten. Han mener vurderingen blant annet hviler på en feilslutning av hva klageren mente om diagnostikken og at han blir kritisert for det motsatte av hva han faktisk gjorde. Han har ikke diagnostisert en personlighetsforstyrrelse hos pasienten, men journalført at hun viste «tegn til fastlåst personlighetsforstyrrelse av emosjonell ustabil karakter». Det betyr, ifølge klageren, at kriteriene for diagnosen ikke var oppfylt. Oppfølgingen bar til dels preg av perioder med geografisk avstand til pasienten. Det er journalført en rekke korte telefonsamtaler og annen hjelp som det ikke ble fakturert for.

Klageren avviser at han overbehandlet pasienten. Klageren prøvde å engasjere samarbeidsinstanser en rekke ganger, men det var mange som sviktet, og det førte til at han selv ofte endte opp med å måtte utføre tiltak. Han samhandlet med ruskonsulent, hjemmesykepleier og fastlege. Klageren hadde et mål om å få på plass en lengre innleggelse hvor pasienten kunne være under observasjon for somatisk tilstand og mulig delirium, inntil hun hadde vært avholdende så lenge at risiko for nytt tilbakefall til alkoholmisbruk var redusert. Klageren mener han ga pasienten omsorgsfull hjelp, at han koordinerte og var pådriver overfor alle andre instanser som ikke tok sitt ansvar. Han ga også livreddende bistand til denne pasienten, og viser blant annet konkret til en situasjon i oktober 2014 hvor alle andre hjelpeinstanser sviktet og han selv måtte hente pasienten i hjemmet.

Nemnda ser at klageren har tatt et betydelig ansvar for pasienten og at han brukte ekstra ressurser for å følge henne opp i kriser med behov for øyeblikkelig hjelp. Kritikken mot hans virksomhet er ikke rettet mot den omsorgen han viste for pasienten i slike situasjoner som i eksempelet han viser til fra oktober 2014.

Også for denne pasienten fremgår det at klageren og legen har ulike vurderinger og vektlegger forskjellige forhold som grunnlag for sin oppfølging. Behandlingen var preget av at klageren og legen fulgte opp sine egne vurderinger og ikke klarte å koordinere tiltakene. Når det gjelder diagnostikken som lå til grunn for behandlingen som ble valgt er nemnda spesielt kritisk til mangelfull differensialdiagnostikk. Det er satt flere diagnoser som har flere typiske overlappende symptomer. Symptombeskrivelser og symptomenes påvirkning av funksjonsnivået burde også vært kartlagt i større grad.

Nemnda er videre kritisk til måten pasienten ble fulgt opp på. Nemnda deler den sakkyndiges oppfatning av at en behandling, som i hovedsak foregikk per telefon i lange perioder av en rusbelastet pasient med flere psykiatriske diagnoser, ikke var forsvarlig.

Klageren og legen burde gjort en grundigere faglig vurdering av om pasienten evnet å nyttiggjøre seg den hjelp som kunne tilbys av «arbeidsgiver 1» som spesialisthelsetjeneste.

Pasienten hadde åpenbart behov for omsorg og kontakt med helse- og sosialtjenester, men hennes evne til å følge opp og innrette seg til behandlingstiltak fra spesialisthelsetjenesten synes å ha vært svært begrenset. «arbeidsgiver 1»s behandlere lot i for stor grad pasienten styre rammer og innhold i behandlingen, og helsepersonellet satte ikke grenser for hennes impulsstyrte atferd.

Klagerens utredning, diagnostikk og behandling var klart ikke faglig forsvarlig, jf. helsepersonelloven § 4.

Pasient 16, kvinne f. 19xx

Pasienten var (---) år gammel da hun ble tatt imot ved «arbeidsgiver 1» i august 2012. Hun var henvist for utredning av ADD og behandling av invalidiserende angst. Det fremgår av journal-opplysningene at hun hadde vært utsatt for (---) i oppveksten. I første time den 2. august 2012 satte klageren diagnosene F60.3 Emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse, F41.1 Generalisert angstlidelse og F42.2 Tvangslidelse. ADHD/ADD ble satt som tentativ diagnose til vurdering hos legen.

Legen startet legemiddelbehandling med Lamictal for en sannsynlig stemningslidelse og Seroquel mot søvnproblem etter dobbelttime 6. august 2012. Han journalførte at hun også hadde en sannsynlig ADHD. I sin andre time med pasienten satte legen diagnosene F90.8 Andre spesifiserte hyperkinetiske forstyrrelser og F33.1 Tilbakevendende depressiv lidelse, aktuell episode moderat. Legen stilte også diagnosen F50.8 andre spesifiserte spiseforstyrrelser og pasienten fikk behandling mot overspising og søvnproblemer.

Klageren har gitt uttrykk for at han forholdt seg til sine egne diagnostiske vurderinger og at han ikke ønsket å «blande» seg inn i legens vurderinger. Han formidlet imidlertid sine vurderinger både til legen og pasienten. Behandlingen bygget han på sine egne vurderinger. Hans faglige vurdering var at pasienten burde behandles med atferdsaktivisering (BA) for å øke hennes mulighet for å kunne fungere i jobb. Pasienten måtte først få innsikt i de medvirkende grunner til hennes personlighetstrekk, utvikle større grad av grunntrygghet via behandlingsrelasjonen og oppleve større grad av mestring gjennom atferdsaktivisering.

Tiltak den sakkyndige trekker frem som «treningsstøtte» er en del av evidensbasert atferdsaktivisering (BA). Klageren peker på at det ved mange spesialisthelsetjenester er tilknyttet ernæringsfysiologer og fysioterapeuter, og at det drives ulike typer aktivitets-tiltak. Tilbudet var i tråd med det som tilbys ved andre spesialisthelsetjenester i Norge. Klageren mener det var en behandlingsplan og at pasienten var fornøyd. Han peker på at pasienten reduserte overvekten betydelig og viste mer selvstendig initiativ til å ivareta sin somatiske helse på grunn av behandlingen.

Da behandlingsmålet ikke lengre var realistisk og hun ble uføretrygdet, ble behandlingen avsluttet.

Også for denne pasienten er det klagerens og legens manglende samarbeid og koordinering av utredning, diagnostikk og behandlingstiltak som sviktet. Nemnda kan ikke utelukke at klagerens diagnostikk var riktig for denne pasienten og at behandlingstiltakene isolert sett var faglig relevante. Det var uansett faglig uforsvarlig at ikke klageren og legen i større grad drøftet differensialdiagnostikk og la en felles behandlingsplan før tiltakene ble iverksatt. Klagerens terapeutiske oppfølging samtidig med legens omfattende utprøving av legemiddelbehandling var svært uheldig.

Det fremgår av journalen at pasienten selv var forvirret langt ute i forløpet med hensyn til hvilke diagnoser hun egentlig hadde og hvilken behandling hun trengte. Slik nemnda ser det

hadde også klageren et ansvar for svikten selv om han formidlet sine vurderinger til «arbeidsgiver 1»s lege.

Klagerens utredning, diagnostikk og behandlingsplanlegging av pasient 16 var faglig uforsvarlig, jf. helsepersonelloven § 4.

Rolleforståelse og ressursbruk

Nemnda deler Helsetilsynets vurdering og har funnet at klageren i oppfølgingen av flere pasienter har gått utenfor sin rolle som psykologspesialist og at han har ytt bistand som ikke tilligger en spesialisthelsetjeneste. Sammen med øvrig helsepersonell i «arbeidsgiver 1» har han med sin store tilgjengelighet for pasientene bidratt til at det kunne bli problematisk for pasientene å se grensene for klagerens profesjonelle rolle. Klageren har ved dette også bidratt til å skape uheldige bindinger til pasientene og derved opptrådt faglig uforsvarlig, jf. helsepersonelloven § 4. Ved at det ble gitt hjelp som ikke var indisert fra en spesialisthelsetjeneste og som gikk ut over normal aktivitet, er det også grunnlag for å konkludere med unødvendig ressursbruk, jf. helsepersonelloven § 6.

Alt helsepersonell må være bevisst sitt profesjonelle ansvar og være tydelig på sin egen faglige rolle overfor pasientene. Et overordnet mål for helsetjenestene er å bidra til rask helsemessig bedring og i størst mulig grad autonom fungering for pasientene. Ved å overdrive helsehjelpen og/eller gå utover sin rolle som helsepersonell, risikerer man i stedet å bidra til et dårligere funksjonsnivå hos pasienten. Det kan også føre til en uhensiktsmessig binding til behandleren eller helsetjenesten, og bidra til en uklar behandlerrolle.

Helsepersonell i spesialisthelsetjenesten må videre ha en rolleforståelse hvor de avgrenser egne aktivitet mot de oppgaver som naturlig ligger til førstelinjetjenesten å utføre. Helsepersonellet har en plikt til å unngå unødvendig ressursbruk både økonomisk og tidsmessig. Formålet er effektiv utnyttelse av offentlige og private ressurser, men det er klart forutsatt i lovforarbeidene at dette ikke skal gå utover kravet til faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp til pasientene. Spesialisthelsetjenester er en begrenset ressurs og det skal være både faglig og økonomisk hensiktsmessig at spesialisthelsetjenesten gir tilbudet.

Klageren hevder kommunens tilbud til pasientene var mangelfullt og viser til at han gjentatte ganger prøvde å få andre til å ta ansvar. (---) kommune kunne ikke yte hjelpen pasientene hadde behov for og enkelte av pasientene motsatte seg aktivt oppfølging fra kommunale tjenester. Hans «svikt» var å yte omsorgsfull hjelp til mennesker som ikke hadde noen andre som var der for dem, når de i en langvarig vanskelig periode i livet opplevde flere alvorlige kriser. Klagerens rolleforståelse har etter hans mening ikke blitt vurdert i lyset av situasjonen han faktisk stod i. I tilfeller hvor han ikke kunne henvise til annen instans oppga han ikke ansvaret før pasienten var i stand til å ivareta seg selv på egenhånd.

Han mener «arbeidsgiver 1» ved sin omfattende innsats forebygget innleggelser og at innsatsen var livreddende for flere av pasientene. Pasientene ble bedre, med økt funksjonsnivå og uttrykt pasienttilfredshet. Flere kom i arbeid. Klageren peker også på at mange spesialisthelsetjenester har tilknyttet ernæringsfysiologer og fysioterapeuter, og at det drives ulike typer aktivitetstiltak i psykiatriske spesialisthelsetjenester. Tiltakene som gjelder fysisk aktivitet er normale evidensbaserte tiltak som er forankret i retningslinjer fra Helsedirektoratet. At klageren hadde en holistisk behandlingstilnærming, er ikke en sammenblanding av roller, men i tråd med tjenestetilbudet ved andre tilsvarende spesialisthelsetjenester i Norge.

Nemnda legger ikke vekt på generelle tilsynsrapporter eller oppslag i media om tjenestetilbud lokalt i (---). Selv om klageren har hatt kontakt og samarbeid med kommunalt hjelpeapparat, er det ikke dokumentert tilstrekkelige forsøk fra klageren eller andre i «arbeidsgiver 1» på å overføre pasientene helt eller delvis til kommunen i faser av

behandlingen der dette normalt ville vært naturlig. At pasienten har emosjonelle motforestillinger mot å ta imot hjelp fra kommunen, er ikke avgjørende. Den aktuelle situasjonen klageren stod i kunne ikke forsvare utøvelsen av hans rolle som psykologspesialist slik man ser i denne saken. Riktignok var det forsvarlig av helsepersonellet i «arbeidsgiver 1» å intensivere innsatsen kortvarig overfor enkeltpasienter i krisesituasjoner, men klagerens anførsler om forebyggende og livreddende innsats er ikke avgjørende for nemndas samlede vurdering av rolleforståelsen.

Det avgjørende for nemnda er om innsatsen og ressursbruken fra klageren var tilstrekkelig faglig begrunnet, om omfanget av helsehjelpen var rimelig og om det tillå klagerens rolle i kraft av å skulle yte spesialisthelsetjenester.

For flere av pasientene ble det ytt bistand fra klageren som både i omfang, tidslengde og type tiltak går langt utenfor en normal rolle for spesialisthelsetjenesten. Nemnda fremhever i vurderingen særlig klagerens rolleforståelse og ressursbruk ved helsehjelpen ytt til pasientene 3, 5 og 12.

Pasient 3, mann f. 19xx

Nemnda viser til oppsummeringen av pasientens forhold og kontakt med «arbeidsgiver 1» ovenfor.

Journaldokumentasjonen viser at pasienten fikk svært omfattende hjelp og bistand fra klageren og «arbeidsgiver 1»s øvrige behandlere, både i form av terapi, farmakologisk behandling og andre støttetiltak. Klagerens bistand bestod i stor grad av oppfølging med samtaler i hjemmebesøk og eksponeringstiltak for pasientens sosiale angst. Mange av samtalene med alle tre behandlerne i «arbeidsgiver 1» var knyttet opp mot klagerens (---).

I perioder hadde pasienten ukentlige dobbelttimer både med klageren og legen, i tillegg til hjelp fra fysioterapeuten. Klageren hadde sin siste kontakt med pasienten 27. januar 2016 og hadde da over nesten 4 år hatt mer enn 4 timer pr. måned i gjennomsnitt med pasienten. Dette kom i tillegg til den omfattende innsatsen fra fysioterapeuten og legen.

Klageren anfører at han ikke gikk utover sin rolle og at pasienten fikk betydelig økt funksjonsevne og livskvalitet som resultat av behandling med evidensbasert atferdsaktiverting (BA), samt at han bidro til å redde livet til pasienten i februar 2014 med akutte ambulante spesialisthelsetjenester. Premissene om feil i metodikken som den sakkyndige har lagt til grunn er ikke riktig. Klageren viser også til notat hvor det fremgår at DPS Døgn (---) fraskrev seg ansvar og ikke gjorde nødvendige tiltak da pasienten ikke møtte som avtalt. Heller ikke kommunehelsetjenesten fulgte opp sitt ansvar. Dermed måtte klageren selv ta ansvaret og bistå pasienten. Klageren mener den tilknytning pasienten hadde til ham førte pasienten fremover i selvstendig retning, og at den absolutt ikke var destruktiv for ham.

Nemnda kan ikke se at det var faglig god indikasjon for støtte og hjelp i det omfang som i lange perioder ble ytt til denne pasienten. Hjelpen var i perioder overdimensjonert. Klageren gikk utover sin rolle i oppfølgingen av pasienten og bidro til at pasienten ble sterkere knyttet til klageren og til «arbeidsgiver 1». Som følge av dette ble det brukt unødvendige ressurser og behandlingsforløpet ble ytterligere unødvendig kostbart.

Oppfølgingen som ble gitt må vurderes helhetlig. Det omfattende tilbudet som ble gitt av klageren og de øvrige behandlerne i «arbeidsgiver 1» gikk objektivt sett utover det helsefaglige behovet. Bistanden var også overlappende. Mye av kontakten og samtalene med alle behandlerne dreide seg om å støtte pasienten vedrørende hans (---). Hjelpen ble i stor grad ytt i pasientens hjem. Dette bidro til å skape uheldige bindinger for pasienten.

Nemnda viser videre til journaldokumentasjon om pasientens tilstand utover våren og sommeren 2014 og fremover i tid hvor han flere ganger er beskrevet som i betydelig bedring, stabil og nærmest uten symptomer på sykdom. I e-post 20. oktober 2015 skrev

«arbeidsgiver 1»s lege til pasientens advokat i forbindelse med anke av dom fra (---) tingrett vedrørende (---) blant annet at pasienten:

«.. har ikke vært preget av sykdom siste 1,5 år. Han er ikke bare adskillig bedre, men så frisk at han kan fungere i 100% jobb. Tilbakefall vurderes som svært lite sannsynlig, han har vært helt stabil til tross for sterke belastninger siste 1,5 år.»

Uttalelsen bygger på legens evaluering og journalgjennomgang som er journalført 5. oktober 2015 som ledd i forberedelser til legens vitnemål i (---) tingrett, og understøttes også av tidligere uttalelser om pasientens tilstand og fungering, jf. brev til barneverntjenesten i (---) datert 20. mai 2014, 11. august 2014 og 3. juni 2015.

Nemnda er på denne bakgrunn også kritisk til klagerens vurdering av pasientens behov og rettighetsstatus som er dokumentert 28. mai 2015. Her heter det at «*tilstanden uten tvil raskt vil forverres dersom helsehjelpen i spesialisthelsetjenesten opphører*» og at dette eventuelt med stor sannsynlighet ville føre til «*forverring av tilstand med mulig økt suicidalfare.*» Klageren refererer i vurderingen til et oppslag i lokalavisen et halvt år i forveien om tilbudene ved lokal voksenpsykiatrisk poliklinikk og vurderte at det blant annet av hensyn til dette ikke var forsvarlig å overlate oppfølgingen til førstelinjetjenesten.

Klagerens vurderinger står i sterk kontrast til legens vurdering og uttalelser, og klagerens rettighetsvurdering fremstår som en overdramatisering av pasientens behov og tilstand. Dette understøtter også at klageren og «arbeidsgiver 1» hadde for høy terskel for å avslutte pasienter.

Klagerens rolleutøvelse var ikke faglig forsvarlig og ressursbruken var unødvendig overfor pasient 3, jf. helsepersonelloven §§ 4 og 6.

Pasient 5, kvinne, f. 19xx

Pasienten ble henvist av ruspoliklinikken i (---) med behov for ADHD-utredning og hun hadde første konsultasjon i april 2012. Hun hadde utviklet et legemiddelmisbruk og det fremgår av journalen at hun tidligere hadde vært innlagt til psykiatrisk behandling i sykehus og mottatt polikliniske tjenester. Hun hadde vært gjennom betydelige psykososiale belastninger og traumatiske opplevelser. Legen diagnostiserte ADHD og en bipolar lidelse, i tillegg til at personlighetsforstyrrelse og PTSD ble vurdert av klageren. Pasienten ble også diagnostisert med spiseforstyrrelse. Oppfølgingen preges blant annet av (---) underveis i behandlingsforløpet, noe som utløste en omfattende innsats fra blant annet klageren. Pasienten avsluttet kontakten med klageren den 6. september 2017 og med «arbeidsgiver 1» 6. juli 2018.

Klageren anfører at pasient 5 var meget vanskelig og utflytende i kontakten, og at han brukte ett helt år på å skape en behandlingsallianse med henne. Han mener han hadde en tydelig behandlingsplan som han forankret hos pasienten. Ved hjelp av kognitiv atferdsterapi ble det arbeidet med å øke bevissthet rundt og bedre strategier for konstruktiv atferd i situasjoner som vanligvis fremkalte forsvarsmekanismer hos pasienten. Behandlingsmålsetningen var å fungere som en trygg, forutsigbar og stabil relasjon for pasienten slik at hun kunne utvikle nye strategier for å håndtere vonde og vanskelige følelser.

Klageren satte grenser for pasientens stadige ønsker om å bistå henne utover de rammer som ligger til psykologarbeidet, noe som også er dokumentert i journalnotat. Klageren viser til at han også i krisesituasjonen for pasienten bare beholdt sine opprinnelige timer. Det ble videre samhandlet tett med fastlegen og NAV underveis, og hun ble etter hvert innvilget uføretrygd. Pasienten kom likevel i fullt arbeid og etablerte seg i et parforhold, noe han mener var helt utenkelig 3-4 år i forkant.

Nemnda legger til grunn at det ikke var faglig indikasjon for en betydelig del av tiden

klageren brukte på pasienten. Pasienten fikk omfattende bistand fra alle tre behandlerne i «arbeidsgiver 1» over flere år. Omfanget av hjelpen med stor tilgjengelighet blant annet hos klageren, lange konsultasjoner og med ustrakt bruk av hjemmebesøk bidro til å knytte pasienten til «arbeidsgiver 1». Klageren må ta sin del av ansvaret for dette. Nemnda er kritisk til at helsehjelpen ikke ble bedre samordnet og koordinert mellom behandlerne i «arbeidsgiver 1». Mye av støtte-samtalene hos klageren overlappet med de øvrige behandlerne i «arbeidsgiver 1».

Klagerens rolleutøvelse var ikke faglig forsvarlig og ressursbruken var unødvendig overfor pasient 5, jf. helsepersonelloven §§ 4 og 6.

Pasient 12, mann, f. 19xx

Pasienten hadde første time hos «arbeidsgiver 1» 18. juni 2012 da han møtte til time hos legen. Han var henvist fra (---) DPS med diagnose F32.1 Moderat depressiv episode under en (---). Han mottok da arbeidsavklaringspenger og hadde Bekhterev sykdom. Pasienten hadde fått sine første psykiske plager med depresjon da han var 27 år etter en periode preget av en (---). Påsken 2011 ble han syk på nytt med panikkangst og depresjon, og fikk da oppfølging fra (---) DPS. Legen i «arbeidsgiver 1» vurderte ham til å ha F43.1 Posttraumatisk stresslidelse (PTSD) og F32.1 Moderat depressiv episode og det ble startet behandling med legemidler og samtaler hos psykolog. Utover høsten 2012 flyttet han tilbake til (---) og var vurdert i betydelig bedring. Kontakten ble likevel opprettholdt både med legen og klageren. Det ble nytt (---) vinteren 2013 og behandlingen fortsatte.

Høsten 2013 diagnostiserte klageren emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse og pasienten ble vurdert som alvorlig deprimert. Det meste av behandlingstilbudet ble deretter gitt av klageren og «arbeidsgiver 1»s fysioterapeut. Klageren laget en innsatsplan for dialektisk atferdsterapi (DBT) med eksponering og trening. «arbeidsgiver 1»s lege stilte i 2016 diagnosen ADHD og prøvde ut legemiddelbehandling for dette, men denne ble seponert. Pasienten ble avsluttet i desember 2017 og var da uføretrygdet med diagnosene tilbakevendende depresjon, emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse, ADHD og PTSD.

Klageren avviser at pasienten var avhengig av ham. Påstanden fra den sakkyndige om at han har bidratt til å fremprovosere en svært alvorlig personlighetsforstyrrelse er absurd. Det ble gjort differensialdiagnostiske vurderinger og det var en felles forståelse på hoveddiagnose og komorbide tilstander hos denne pasienten. Den tette kontakten og klagerens tilgjengelighet i kriser var i tråd med evidensbasert DBT-behandling. Klageren viser ellers til at han arbeidet etter en atferdsaktiviserende modell for å hjelpe pasientene til å bli mindre passivt isolerende, og utvikle mer meningsfullhet i hverdagen. Psykisk helsevern i (---) kommune hadde lite å tilby pasientene i så måte. Flere overvektige pasienter, deriblant pasient 12, gikk betydelig ned i vekt. Spesialisthelsetjenesten skal også ha fokus på fysisk aktivitet og helse. Klageren viser til litteratur og annen dokumentasjon som viser at økt fysisk aktivitet har effekt på psykisk helse, herunder Aktivitetshåndboken fra Helsedirektoratet. Det har også vært samhandling og samarbeid med «arbeidsgiver 1»s lege. For øvrig peker klageren på konkrete feil og overdrivelser i Helsetilsynets vedtak. Ved siste og avsluttende time i desember 2017 uttalte pasienten at han hadde vært død om det ikke var for klageren, og klageren mener det også bør vektlegges. Klageren har også oversendt kopi av e-postkorrespondanse og meldinger med pasient og pårørende av nyere dato, der pasientens tillit til klageren og takknemlighet for helsehjelpen kommer frem.

Nemnda avviser ikke at fysisk aktivitet kan ha positiv effekt på psykisk og psykisk helse, og at slike tiltak også kan gjennomføres som ledd i helsehjelp fra, eller i samarbeid med, spesialisthelsetjenesten. Klagerens atferdsaktiviserings tiltak skulle likevel hatt mer systematikk og struktur med fastsatte mål og effektvurderinger. Gjennomføringen av trenings- og eksponeringsaktiviteter over flere år og i det omfang som her var tilfelle, var ikke aktiviteter som krevde spesialistkompetanse.

Det er også vanskelig å finne støtte for at tiltakene hadde effekt og at det var god indikasjon for å fortsette tiltakene. Journalen viser at pasienten i liten grad klarte å følge opp tiltakene selvstendig og at han var avhengig av klageren eller «arbeidsgiver 1»s fysioterapeut for å gjennomføre trening og andre tiltak.

Klagerens omfattende oppfølging med samtaler og eksponeringstiltak gjorde det vanskelig for pasienten å skille mellom klagerens rolle som helsepersonell og privat kontakt. Nemnda vektlegger ikke at pasienten ikke ønsket oppfølging fra kommunen, og viser til at spesialisthelsetjenesten må sette grenser for sine oppfølgende tiltak.

Klagerens rolleutøvelse var ikke faglig forsvarlig og ressursbruken var unødvendig overfor pasient 12, jf. helsepersonelloven §§ 4 og 6.

Vurdering av om klageren skal gis advarsel:

Klageren har brutt plikten til å gi faglig forsvarlig helsehjelp og plikten til å unngå unødvendig ressursbruk, jf. helsepersonelloven §§ 4 og 6.

Klageren mener det verken er faglig eller juridisk grunnlag for å reagere med en administrativ reaksjon. Handlingene var ikke preget av uaktsomhet, men heller av et ønske om å yte omsorgsfull hjelp til pasienter som hadde alvorlige psykiske lidelser og kriser.

Nemnda mener klageren hadde handlingsalternativer, og at handlemåten hans var uaktsom.

Klagerens handlemåte var egnet til å medføre fare for sikkerheten i helse- og omsorgstjenesten og til å påføre pasienter en betydelig belastning ved at flere pasienter ble utsatt for økt risiko for feilbehandling blant annet gjennom klagerens inadekvate utredning, diagnostikk og oppfølging. Klagerens manglende rolleforståelse og unødvendige ressursbruk er egnet til i vesentlig grad å svekke tilliten til helsepersonell.

Vilkårene for å gi klageren en advarsel i medhold av helsepersonelloven § 56 er således oppfylt. Det må da også foretas en vurdering av om advarsel *skal* gis.

Ikke ethvert brudd på forsvarlighetsnormen vil kunne gi grunnlag for advarsel til tross for at handlingen isolert sett innebærer en overtredelse av forsvarlighetskravet i helsepersonelloven § 4. Nemnda viser til forarbeidene til helsepersonelloven som angir formålet med reaksjonen advarsel til «å reagere på en alvorlig overtredelse av pliktregler og bidra til å forhindre fremtidige pliktbrudd av denne art», jf. Ot. Prp. Nr. 13 (1998-1999) side 170 punkt 20.2.1. Videre uttales det i forarbeidene at en administrativ reaksjon har som mål å bidra til en god og sikker helsetjeneste.

Klageren anfører at saksforholdet ikke er alvorlig nok til at det skal kunne gis en advarsel. Han har fremlagt en rekke attester fra arbeidsgivere/oppdragsgivere og viser til at saken med «arbeidsgiver 1» i (---) er å regne som et spesielt enkelttilfelle. Klageren er ikke enig i at det var et mønster av svikt i utredning, diagnostikk, samhandling, behandlingsplanlegging og rolleforståelse. Han anfører blant annet at det var naturlig for ham å respektere legens faglige vurderinger. Det betyr ikke at han ikke erkjenner svikt i behandlingen og at det er mye som kunne vært gjort annerledes. Han har lært mye av denne saken. Blant annet vil han være mer kritisk til pasientbehandling dersom ansvaret deles mellom ulike helsepersonell, og han vil ikke lenger påta seg ansvar for aktivitetstiltak.

Nemnda peker på at klageren bagatelliserer forholdene og hevder at det ikke er gjort alvorlige feil. Dette tyder på at han ikke innser alvoret og det svekker også tilliten til at han korrigerer praksis. Klageren har en ledende stilling i et bemanningsfirma som på egen hjemmeside omtales som (---), noe som forsterker sakens alvor. Som psykologspesialist har klageren et selvstendig profesjonsansvar, og nemnda ser alvorlig på feilene som er begått av klageren. Attester og uttalelser fra andre kan ikke vektlegges.

Alvoret i saken styrkes videre ved at det er tale om flere feil i kjernen av det klageren forventes å innrette seg etter, og at det er tale om flere pasienter. Det er dermed ikke tvilsomt at det er grunnlag for å gi en advarsel.

Klageren mener også at lang saksbehandlingstid bør vektlegges i hans favør og viser til publisert artikkel i legetidsskriftet om administrative reaksjoner.

Selv om nemnda er kritisk til tilsynsmyndighetenes tidsbruk i saken kan dette ikke tillegges avgjørende vekt. Det har derimot betydning at klageren i det vesentlige fremdeles ikke erkjenner at det er gjort alvorlige feil. Faren for gjentakelse er da til stede.

En advarsel er klart ikke en uforholdsmessig streng reaksjon i denne saken. Det er en alvorlig feil at klageren ikke sørget for forsvarlig utredning, diagnostikk og behandling av flere pasienter. Tilliten er ytterligere svekket ved hans bidrag til unødvendig ressursbruk ved behandling av de aktuelle pasientene. Klageren har vist faglig svikt på et sentralt område for en psykologspesialist.

Nemnda har etter dette kommet til at det er nødvendig å reagere med en advarsel.

Konklusjon

Klagen har ikke ført frem, og det påklagede vedtaket opprettholdes.

Nemnda beklager at saksbehandlingstiden har blitt lang.

Bergen, 26.05.20

Rune Bård Hansen Inger Bonnie Gjerde Paal-Henrich Berle Anne-Kari Torgalsbøen
(leder)

Trond Egil Hansen Anita Lyssand Mona Enstad

Vedtaket er godkjent elektronisk