

Kommentarer til høringsnotat:

**Forslag om å autorisere fysioterapeuter
med videreutdanning som
manuellterapeuter**

**Av Anne Kjersti Befring
Advokat**

4. Januar 2014

Innholdsfortegnelse

- Oppsummering og tilrådning

- Forslaget om autorisasjon for manuellterapeuter

- Helsepersonelloven og systemet for offentlig godkjenningsordning
 - Godkjenningsordningene i loven
 - Mer om innføringen av et felles system
 - Særskilt om ordningen for jordmødre
 - Mer om formålet med ordningene

- Kan manuellterapeuter autoriseres ift loven?
 - Myndighet til å avgjøre autorisasjon
 - Er vilkårene for autorisasjon oppfylt
 - Betydning for trygderefusjon og sykemelding

- Konklusjoner

Oppsummering og tilråding

Helse – og omsorgsdepartementet sendte 9. oktober 2013 på høring et forslag om at fysioterapeuter med videreutdanning i manuellterapi skal gis autorisasjon som helsepersonell. Utdanning og tittel som manuellterapeut kan kun oppnås gjennom videreutdanning etter autorisasjon som fysioterapeuter.

Dagens system med felles ordninger og lov for autorisasjon og spesialistgodkjenning, ble innført i 2001 med helsepersonelloven. Forslaget om å gi autorisasjon med utgangspunkt i en etterutdanning representer et brudd med de krav og forutsetninger som ligger i helsepersonelloven og med systemet for autorisasjon og spesialistutdanning.

Autorisasjon er forbeholdt grupper som har en godkjent grunnutdanning til å arbeide i helsetjenesten. Spesialistgodkjenning benyttes om godkjent videreutdanning som tilsier en særskilt godkjenning for tittelbeskyttelse og forutsigbarhet.

Loven oppstiller tre vilkår for at grupper skal få autorisasjon og ingen er oppfylt for videreutdanning som manuellterapeut. Det innebærer at departementet ikke har myndighet til å beslutte at denne gruppen skal ha autorisasjon. Dersom departementet fastholder sine vurderinger må vurderinger og vedtak gjøres i Stortinget.

Forskriftshjemmelen i helsepersonelloven § 48 var omstridt i Stortinget (Innst nr 58 1998-99). Oppregningen av hvilke grupper står i bestemmelsen, noe som tilsier lovendring.

Høyre og de borgerlige partiene tok til orde mot at departementet i forskrift skulle vedta nye grupper med autorisasjon, men Ap med flertallet stemte

Juridisk betenkning Helserett

for. Men det ble uttalt at departementet skal utvise en viss tilbakeholdenhet med kontroversielle beslutninger og at det må foreholde seg til de tre vilkårene som er satt, jf Ot prp nr 13 (1998-1999). Der er således tvilsomt om departementet i denne saken har myndighet til å ta stilling til om manuellterapeuter som gruppe skal gis autorisasjon.

Det forutsettes at Stortinget skal behandle saker med tvil og at delegasjonen ikke er til hinder for at spørsmål om autorisasjon forelegges for Stortinget på generell basis.

Ordningen med trygderefusjon er i dag ikke knyttet til autorisasjon, men til avtaler mellom kommuner og regionale helseforetak med helsepersonell med bestemt kompetanse, jf folketrygdloven kapittel 5.

Det omfatter grupper med autorisasjon og med spesialistgodkjenning. Både fysioterapeuter og manuellterapeuter er omtalt i folketrygdloven § 5-8. For psykologer gjelder trygderefusjon godkjente psykologspesialister, jf folketrygdloven § 5-7, som har avtale.

Adgangen til sykmelding følger av lovgivning. Det kan inngås avtaler med kommuner og de regionale helseforetak. Trygderefusjon og muligheter for sykemelding er således ikke et argument for autorisasjon.

De hensyn som begrunner forslaget om å gi fysioterapeuter med tilleggstudanning i manuellterapi, kan ivaretas ved å utvide spesialistgodkjenningsordningen til å omfatte fysioterapeuter med videreutdanning innenfor manuellterapi.

Det mest nærliggende er dermed å vurdere om denne etterutdanningen bør anses som en spesialistutdanning som skal falle inn under spesialistgodkjenningsordningen med tittelbeskyttelse.

Ansvarsforholdene i helsetjenesten påvirkes ikke av at en gruppe med autorisasjon oppnår å få en ny autorisasjon etter videreutdanning.

1. Forslaget om autorisasjon for manuellterapeuter

Den 9. oktober sendte helse- og omsorgsdepartementet på høring forslag om å autorisere fysioterapeuter med videreutdanning innen manuellterapi i henhold til helsepersonelloven. Fristen for høringsuttalelse er i midten av januar 2014. At gruppen skal gis autorisasjon foreslås fastsatt i forskrift med hjemmel i helsepersonelloven § 48 fjerde ledd.

Forslaget begrunnes med at manuellterapeuter fra 2005 har hatt en «portvokterrolle» ved at de kan behandle pasienter med trygderefusjon uten henvisning fra lege, at de kan rekvirere radiologiske undersøkelser og sykmelde inntil 12 uker.

Det legges videre til grunn at manuellterapeuter sammenlignet med fysioterapeuter, har en annen og mer selvstendig yrkesrolle.

Det fremgår at autorisasjonen vil definere og klargjøre manuellterapeutens rolle, tydeliggjøre skillet mot fysioterapeuter og tydeliggjøre deres faktiske kompetanse.

Forslaget begrunnes ikke i pasientsikkerhet og pasientrettigheter, da disse hensynene vurderes godt nok ivaretatt uten særskilt autorisasjon.

I høringsnotatet redegjøres det for Helsedirektoratets utredning av om manuellterapeuter bør gis autorisasjon i henhold til helsepersonelloven.

Direktoratet konkluderte i sin utredning av 1. februar 2012 med at manuellterapeutenes utdanning i seg selv ikke er grunnlag for å innføre autorisasjon og at yrkesutøvelsen ikke er vesentlig forskjellig fra det grunnutdanningen som fysioterapeut fører frem til.

Les høringsnotatet her:

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/hoeringer/hoeringsdok/2013/hori-ng--forslag-til-forskrift-om-a-autor.html?id=737704>

2. Helsepersonelloven og offentlig godkjenningsordninger

2.1 Godkjenningsordningene i loven

Helsepersonelloven har kriterier for autorisasjon for grupper, se nedenfor. Autorisasjon av grupper er grunnlaget for all offentlig godkjenning.

En offentlig autorisasjon er en bekreftelse fra offentlige myndigheter på at noen oppfyller de formelle og faglige krav til angjeldende yrkestittel og yrkesutøvelse. En autorisasjon gir derimot bare unntaksvis enerett til virksomhetsutøvelse. Offentlig autorisasjon utløser derimot rett til å benytte beskyttet tittel og til å bruke bestemte undersøkelses- og behandlingsmetoder innenfor de rammer for forsvarlighet som følger av § 4.

Autorisasjon gir ingen rettigheter utover det ovennevnte, heller ikke til trygderefusjon og bruk av sykemelding. Dette må avtales særskilt.

Fra 2001 ble skillet mellom offentlig godkjenning og autorisasjon fjernet, slik at autorisasjon benyttes for alle som skal ha offentlig godkjenning. Begrepet offentlig godkjenning benyttes om påbyggingsdelen som er spesialistgodkjenning.

Ingen kan oppnå offentlig spesialistgodkjenning uten autorisasjon. Grupper som allerede har autorisasjon oppnår ikke ny autorisasjon ved videreutdanning. Det er ikke autorisasjon som benyttes som godkjenning for videreutdanning men spesialistgodkjenning.

En spesialistgodkjenning er godkjenning for autorisert helsepersonell innenfor en avgrenset del av det helsefaglige området (jf. § 51)

Det var et uttrykket mål med loven å unngå at autorisasjon benyttes for spesialistutdanninger knyttet til alle grupper med autorisasjon, og ikke bare

Juridisk betenkning Helserett

for leger og tannleger slik det var før 2001. For leger er det mer enn 40 spesialistutdanning med egen godkjenning.

Etter tidligere legelov § 14 og tannlegelov § 13 var det bestemmelser om godkjenning av spesialister. Med hjemmel i legeloven § 14 var det fastsatt forskrifter som fastslår at departementet skal fastsette hvilke medisinske fagområder det kan gis spesialistgodkjenning i, godkjenne institusjoner som skal kunne utdanne spesialister og kunne bestemme at søkere må gjennomgå prøve for å kunne godkjennes som spesialist m m. Dette ble videreført med helsepersonelloven.

Lisens er en begrenset autorisasjon (jf. § 49). Ordningen omtales ikke her.

2.2 Mer om innføringen av et felles system

Den største endringen med helsepersonelloven var at det ble innført et felles system for alle helsepersonellgrupper. En felles lov erstattet 9 lover og 8 profesjonsforskrifter.

Det var et mål at autorisasjonsordningen ble forbeholdt “grunnutdanningen” og at spesialistgodkjenning ble innført for alle grupper, blant annet for å motvirke krav om autorisasjon for utdanning som bygget på en autorisasjon.

I de generelle motiver til helsepersonelloven i Ot prp nr 13 (1998-1999) fremgår dette skille mellom utdanning i “bunn” og tilleggsutdanning, på en tydelig måte (fra kapittel 14.4.2.1):

“Om yrket bygger på spesiell grunnutdanning eller om yrket har sin bakgrunn gjennom en tilleggsutdanning, nærmest en spesialisering, kan ha betydning ved avgjørelsen om personellgruppen skal omfattes av egen autorisasjon. Dersom det finnes en autorisasjonsgivende grunnutdanning i «bunnen», kan det være mindre relevant å karakterisere tilleggsutdanningen som autorisasjonsgivende. Ved vurderingen må det sees på hvor lang og selvstendig tilleggsutdanningen er, og om denne leder fram til et yrke som er vesensforskjellig fra den autorisasjonsgivende grunnutdanningen. Departementet foreslår at det skal bli mulig å opprette

**Juridisk betenkning
Helserett**

spesialistgodkjenninger for flere helsepersonellgrupper enn i dag, noe som reduserer noe av behovet for autorisasjon for enkelte grupper, eksempelvis anestesisykepleiere, optometriste, ortoptister m fl, jf lovutkastet.”

Følgende ble uttalt i Ot prp nr 13 (1998-1999) under merknaden til § 51:

“Departementet finner at det bør være et grunnleggende prinsipp at det gis spesialistgodkjenning hvor en utdanning bygger på en helsefagutdanning som gir autorisasjon, og at det ikke innføres ny autorisasjon for den kompetanse videreutdanningen leder til. De hensyn autorisasjonsordningen skal ivareta, er ivaretatt ved at grunnutdanningen gir autorisasjon. Slik spesialistgodkjenning vil kunne være aktuell for optikere med kontaktlinsekompetanse, som da vil kunne kalle seg optometriste, for sykepleiere med videreutdanning i ortoptikk, som da ville kunne kalle seg ortoptister m fl. Departementet antar at fastsettelse av spesialiteter, hva de skal omfatte samt kravene til utdanning og etterutdanning vil være under stadig utvikling. Det er derfor aktuelt med en hjemmel for å regulere dette i forskrift.”

I samme proposisjon ble det vist til at det for flere yrkesgrupper allerede var etablert spesialistgodkjenning, men uten at denne var felles og lovfestet. Det gjaldt innen ulike fagområder, som for psykologer og fysioterapeuter. I NOU 1993:33 ble det foreslått en generell bestemmelse om spesialistgodkjenning i lovutkastet § 17, noe som ble lovfestet i helsepersonelloven.

Det ble lovfestet hvilke grupper som skulle autoriseres og et felles system for både autorisasjon og spesialistgodkjenning – og at det i forskrift kunne utstedes spesialistgodkjenninger for andre grupper autorisert helsepersonell. Det ble forutsatt at videreutdanning som skal lede til en spesialistgodkjenning må godkjennes av departementet i forskrift.

2.4 Særskilt om ordningen for jordmødre

Sykepleiere har ulike spesialistutdanninger, men hadde i 2001 en egen lov for sykepleiere i tillegg til en særskilt offentlig godkjenningsordning og lov for jordmødre. Denne ble ansett å bryte med systemet men ble likevel beholdt med utgangspunkt i langvarig tradisjon og internasjonale forhold.

Jordmødre var den første gruppen som oppnådde en offentlig godkjenningsordning i landet på 1800 tallet og har autorisasjon også i andre land. Det vises også til lovens motiver der det fremgår at tidligere grupper ble videreført med ny lovgivning.

At det ikke ble foretatt en gjennomgang og vurdering av de 17 grupper som tidligere var omfattet av ordningen, er i lovmotivene begrunnet med at tidligere offentlig godkjenning eller autorisasjon har vært et selvstendig og avgjørende forhold ved siden av de ovennevnte vilkår. Det innebærer at disse automatisk ble innlemmet i autorisasjonsordningen. I denne sammenhengen har nok den politiske belastningen det å frata noen ordningen ville innebære, blitt tillagt stor betydning, slik at det ikke ble ansett hensiktsmessig å utrede dette nærmere.

2.5 Mer om formålet med autorisasjon og spesialistgodkjenning

Formålet med autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning er å styrke sikkerheten for pasienter ved å sikre at enkelte grupper helsepersonell har særskilt kompetanse for yrkesutøvelse innenfor helsetjenesten, og at det knyttes styringsmidler til den legitimasjonen som utstedes. Et annet formål med autorisasjonen er at det skal skape forutsigbarhet og sikkerhet at bruk av bestemte titler innebærer visse kvalifikasjoner. Dette hensynet gjelder både overfor pasienter så vel som overfor annet helsepersonell som samarbeider med vedkommende yrkesgruppe. I et samfunnsperspektiv er det også av betydning at allmennheten har tillit til yrkesutøverne i helsetjenesten.

Autorisasjonsinstituttet vil kunne bidra til at befolkningen har tillit til at autorisert helsepersonell fyller de krav som offentlige myndigheter stiller til

Juridisk betenkning Helserett

utøvelse av virksomhet. Det er både i samfunnets og enkeltpersoners interesse at offentlige myndigheter kan iverksette tiltak for å beskytte befolkningen mot handlinger, undersøkelser, behandling, oppfølging fra ukyndige utøvere.

Dette gjøres ved å avgjøre hvilke personellgrupper som skal få det kvalitetsstempel en autorisasjon innebærer.

Gjennom autorisasjonsordningen kan det settes faglige premisser for utdanningens innhold, og dermed også for at helsehjelpen som gis på bakgrunn av en offentlig autorisasjon, er kvalifisert. Kravet om autorisasjon av helsepersonell etter fullført og bestått utdanning innebærer på denne måten en kvalifikasjonskontroll. Krav om autorisasjon skal videre sikre et minimum av kvalifikasjoner for grupper av helsepersonell, for dermed å minimalisere risiko for skade og feil ved deres yrkesutøvelse

På tilsvarende måte kan videreutdanning kontrolleres og innlemmes i den offentlige godkjenningen av spesialistutdanning. Formålet med spesialistgodkjenning er å kunne godkjenne videreutdanning med sikte på særskilt tittelbeskyttelse og forutsigbarhet.

Helsepersonellgruppers videreutdanning skal ikke danne grunnlag for en egen autorisasjon, men for spesialistgodkjenning. Med spesialistgodkjenning gis det kunnskap om autorisasjon for utdanningen i bunn i tillegg til videreutdanningen.

Autorisasjonen er en legitimasjon for et visst kunnskapsnivå mens den offentlige spesialistgodkjenning gir informasjon om mer spesialisert kompetanse.

Autorisasjonen og offentlig spesialistgodkjenning bidrar også til informasjon overfor arbeidsgiverne.

3 Kan manuellterapeuter autoriseres iht loven?

3.1 Myndighet til å avgjøre autorisasjon for grupper

Juridisk betenkning Helserett

Departementet kan ved forskrift bestemme at grupper som ikke omfattes av bestemmelsens 1. ledd, kan gis autorisasjon etter loven. Det fremgår av forarbeidene at det er praktiske grunner til at dette er delegert til departementet, men det vises samtidig til innvendinger mot å overlate innføring av offentlig autorisasjonsordning for andre grupper til forskriftsregulering.

Bruken av forskrift for å endre oppregningen av loven ble også diskutert i Stortinget i forbindelse med behandlingen av loven. Det var uenighet om denne delegasjonen Stortinget noe som fremgår av innstillingen til odelstinget (Innst O nr 58 1998-1999).

Høyre og de borgerlige parter fremholdt at det ligger til Stortinget og avgjøre nye grupper med autorisasjon, noe som også følger av lovens system, se nedenfor under kilder.

Departementet viste til at forhold knyttet til delegasjonen tilsier en viss tilbakeholdenhet i departementet når det gjelder avgjørelser om nye grupper autoriserte. I Ot prp nr 13 (1998-1999) står det:

“Hensynet til at regler blir gjenstand for grundig debatt og behandling, hensynet til informasjon og hensynet til tilgjengelighet taler normalt for å bruke lovformen. Departementet finner det likevel nødvendig med en egen fullmaktsbestemmelse her, da det er vanskelig å forutse om andre grupper bør komme inn under loven, og i tilfelle hvilke. Vi viser imidlertid til at bestemmelsen angir de kriterier som skal legges til grunn ved eventuell godkjenning av nye grupper”

I proposisjonen uttrykkes det en forutsetning om “forsiktighet” ved bruk av forskrift utfra at vedtak om autorisasjon for nye grupper utfra lovens system skal vedtas i Stortinget (fremgår av oppregningen i § 48).

Det gis forsikring i forarbeidene om at departementet ikke vil autorisere nye grupper uten at de tre vilkårene for autorisasjon av grupper er oppfylt.

Juridisk betenkning Helserett

Med foreliggende forslag må det derfor reises spørsmål om departementet har myndighet til å vedta autorisasjon for manuellterapeuter utfra gjeldende vilkår.

3.2 Er vilkårene for autorisasjon oppfylt?

Med den de nye ordningene i helsepersonelloven la departementet til grunn at behovet for at nye grupper med autorisasjon ville bli redusert utfra ordningen med spesialistgodkjenning.

Det fremgår av lovens motiver at utvelgelsen av helsepersonellgrupper som skulle omfattes av autorisasjonsordningen, har skjedd på bakgrunn av tre hovedkriterier: 1) utdanningens karakter og innhold, 2) yrkesrollens karakter og innhold og 3) internasjonale forhold.

- 1) Utdanningens karakter og innhold, tilsier at det ikke er et grunnlag for autorisasjon. Her dreier det som om videreutdanning og ikke basisutdanningen for å arbeide i helsetjenesten.
- 2) Yrkesrollens karakter og innhold underbygger den autorisasjonen gruppen har som fysioterapeuter og ev spesialistgodkjenning for egen innretning etter grunnutdanningen.
- 3) Manuellterapeuter er ikke er omfattet av godkjenningsordningene verken i de nordiske land eller andre EU-land. Hensynet til harmoniserte godkjenningsordninger tilsier at det ikke bør innføres autorisasjon for manuellterapeuter i Norge. Derimot har fysioterapeuter godkjenningsordning både i Norden og i andre EU-land.

Autorisasjon av manuellterapeuter bryter ikke bare med lovens system men også med vilkåret om harmonisering med andre land.

Denne gruppen er allerede autoriserte fysioterapeuter noe som tilsier at øvrige kriterier for autorisasjon allerede er oppfylt.

Fra Ot prp nr 13:

“Om yrket bygger på spesiell grunnutdanning eller om yrket har sin bakgrunn gjennom en tilleggsutdanning, nærmest en spesialisering, kan ha

**Juridisk betenkning
Helserett**

betydning ved avgjørelsen om personellgruppen skal omfattes av egen autorisasjon. Dersom det finnes en autorisasjonsgivende grunnutdanning i «bunnen», kan det være mindre relevant å karakterisere tilleggsutdanningen som autorisasjonsgivende. Ved vurderingen må det sees på hvor lang og selvstendig tilleggsutdanningen er, og om denne leder fram til et yrke som er vesensforskjellig fra den autorisasjonsgivende grunnutdanningen. Departementet foreslår at det skal bli mulig å opprette spesialistgodkjenninger for flere helsepersonellgrupper enn i dag, noe som reduserer noe av behovet for autorisasjon for enkelte grupper, eksempelvis anestesisykepleiere, optometriste, ortoptister m fl, jf lovutkastet.”

Om fysioterapeuter står det i proposisjonen:

“Yrkesrollens innhold: Yrkesrollen innebærer funksjonsdiagnostisering, planlegging av tiltak, behandling, kontroll og vurdering av effekten av behandling samt oppfølging av pasienter. Fysioterapeuter har direkte ansvar for pasienten. Yrkesrollen innebærer videre en viss fare for risiko for pasienter. Hensynet til forutsigbarhet for pasientene veier tungt. Annet helsepersonells og allmennhetens tillit til yrkesgruppen er også viktig.

Internasjonale forhold: Fysioterapeuter omfattes av EØS-avtalens første generelle direktiv om helsepersonell og nordisk overenskomst for helsepersonell og har autorisasjon i alle nordiske land.”

De tre kriteriene for autorisasjon er ikke oppfylt for videreutdanningen som manuellterapeuter. Departementet har således ikke adgang til å autorisere denne gruppen.

I høringsnotatet fra helse – og omsorgsdepartementet vises det til at Stortinget flere ganger har gitt uttrykk for at flere helsepersonellgrupper i helse- og omsorgssektoren bør ha autorisasjon. Det er noe uklart hva departementet her sikter til. Stortinget har fastsatt kriterier for hvordan grupper kan oppnå autorisasjon og det foreligger ikke holdepunkter for å anta at Stortinget ønsker at disse skal fravikes. Dessuten omfatter dette forslaget helsepersonell som allerede er autorisert som fysioterapeuter.

Juridisk betenkning Helserett

Det følger også av systemet med henholdsvis autorisasjon og offentlig godkjenning at dersom det finnes en autorisasjonsgivende grunnutdanning i bunn, vil det være mindre relevant å karakterisere tilleggstudningen som autorisasjonsgivende.

I høringsnotatet legges det til grunn at *«utdanningen skal samlet sett gjøre manuellterapeuter i stand til å fylle en liknende rolle som legens rolle på muskel- og skjelettområdet, som innebærer selvstendig ansvar for å stille diagnoser»*.

Det er noe uklart hva det siktes til i denne sammenhengen. En autorisasjonsordning for manuellterapeuter endrer ikke gjeldende ansvarsforhold, jf. helsepersonelloven § 4. Manuellterapeuter oppnår særskilt kompetanse gjennom tilleggstudningen etter fysioterapiutdanningen og må vurderes utfra den kompetansen de har uavhengig av om videreutdanningen gir grunnlag for autorisasjon. Dette er altså ikke et argument for autorisasjon. Ansvar for å avdekke tilstander eller å stille diagnoser har således liten relevans i denne sammenhengen.

Flere enn leger har et selvstendig ansvar innenfor sine fagområder, noe som også omfatter manuellterapeuter etter gjeldende rett. En egen autorisasjonsordning for manuellterapeuter påvirker ikke ansvarsforholdene.

3.3 Betydning for trygderefusjon og sykemelding

I høringsnotatet omtales den særskilte reguleringen knyttet til finansiering ved trygderefusjon og rett til å gi sykemeldinger (omtalt som manuellterapeutenes «portvokterfunksjon»), som et argument for autorisasjon. Det er ingen annen sammenheng mellom autorisasjon og refusjonsrett eller sykemeldingsrett enn at den kan være et grunnlag for avtaler med kommunene eller de regionale helseforetak. En slik avtale inngås på bakgrunn av spesiell kompetanse som kan gi grunnlag for spesialistgodkjenning så vel som autorisasjon, slik situasjonen er for gynekologer, psykiatere og andre.

Juridisk betenkning Helserett

Ordninger med trygderefusjon er således ikke knyttet til autorisasjon alene, men til avtaler mellom kommuner og regionale helseforetak med helsepersonell med bestemt kompetanse, jf folketrygdloven kapittel 5.

Det omfatter grupper med autorisasjon og med spesialistgodkjenning. Både fysioterapeuter og manuellterapeuter er omtalt i folketrygdloven § 5-8.

“Trygden yter stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos fysioterapeut.

Stønad til fysioterapi ytes bare dersom fysioterapeuten har avtale om driftstilskott med kommunen, jf. lov om kommunale helse- og omsorgstjenester § 3-1 femte ledd.

Det er et vilkår for rett til stønad at medlemmet er henvist fra lege, kiropraktor eller manuellterapeut. Kravet til henvisning gjelder ikke ved undersøkelse og behandling hos manuellterapeut. Behandlingen må være av vesentlig betydning for medlemmets sykdom og funksjonsevne.”

For psykologer gjelder trygderefusjon godkjente psykologspesialister, jf folketrygdloven § 5-7, som har avtale.

“Trygden yter stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos psykolog som er godkjent spesialist i klinisk psykologi.

Stønad til psykologhjelp gis bare dersom psykologen har avtale om driftstilskott med regionalt helseforetak, jf. lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m. § 2-1a tredje ledd.”

Adgangen til sykmelding følger av lovgivning.

4 Konklusjoner og anbefalinger

Rettslig ansvar og ansvar for beslutninger i behandlingen påvirkes ikke av at fysioterapeuter med videreutdanning i manuell terapi gis en ny autorisasjon

Juridisk betenkning Helserett

som bygger på autorisasjonen som fysioterapeut. Ansvarsforhold reguleres hovedsakelig av forsvarlighetskravet i helsepersonelloven § 4 som tar utgangspunkt i hva som kan forventes utfra faktisk kompetanse.

Det foreligger i denne saken tvil om helse- og omsorgsdepartementet har myndighet til å ta stilling til om manuellterapeuter kan gis autorisasjon iht helsepersonelloven § 48. Vilkårene i loven er heller ikke oppfylt da denne gruppen allerede har autorisasjon som fysioterapeuter.

Det innebærer at et forslag om autorisasjon for manuellterapeuter må forelegges Stortinget til vurdering og endring av kriteriene i helsepersonelloven § 48.

Autorisasjon av manuellterapeuter bryter med lovens system. Det vises særskilt til lovens ordninger og inndeling – og til uttrykkelige uttalelser i lovens forarbeider om det felles system for autorisasjon og spesialistgodkjenning som ble innført i 2001.

En endring av dette systemet kan få større betydning enn at en gruppe som allerede har autorisasjon oppnår ny autorisasjon etter spesialisering. Fysioterapeutene er bare en av flere helsepersonellgrupper som har videreutdanning og spesialisering innenfor sitt fagområde. Dersom det innføres en autorisasjonsordning for manuellterapeuter vil det kunne føre til det må innføres egne autorisasjoner for andre helsepersonellgrupper som har muligheter for spesialistutdanning, som gynekologer, psykiatere, allmennleger med mer.

Det mest nærliggende er å vurdere om denne etterutdanningen bør anses som en spesialistutdanning som skal falle inn under spesialistgodkjenningsordningen med tittelbeskyttelse.

5 Kilder

Helsepersonelloven - lov-1999-07-02-64.

Ot prp nr 13 (1998-1999)

**Juridisk betenkning
Helserett**

Innst. O. nr. 58 (1998-99), beslutning. O. nr. 64 (1998-99)

Befring, Ohnstad: Helsepersonelloven med kommentarer 3. utgave
www.lovdata.no

Helsedirektoratets utredning av helsepersonellovens ordning med offentlig spesialistgodkjenning av 1. februar 2012.

Fra Innstilling O nr 58 (1998-1999) hitsettes:

“Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti og Senterpartiet, mener at lovfesting vil være en uforholdsmessig omstendelig vei å gå for autorisasjon av nye grupper helsepersonell, og vil være en fremgangsmåte som er ressurskrevende sett i forhold til reguleringens detaljnivå. Flertallet vil opprettholde forslaget i proposisjonens § 48 fjerde ledd, som er i samsvar med § 1 i nåværende helsepersonellov.

Komiteens medlemmer fra Høyre kan ikke lenger se behovet for å ha en egen forskriftshjemmel for å gi autorisasjon til nye grupper. Når departementet selv har foreslått betegnelsen autorisasjon innført for de fleste grupper helsepersonell, er det etter disse medlemmers oppfatning ønskelig at også fremtidige grupper som måtte bli gitt autorisasjon, inntas i loven. Det vil være mer ryddig og gjøre loven komplett. Det er også ønskelig at Stortinget får anledning til å ta stilling til hvilke nye grupper som vurderes for autorisasjon. Disse medlemmer kan ikke se at det er et tungtveiende argument når det hevdes at en trenger en forskriftshjemmel fordi «det er vanskelig å forutse om andre grupper bør komme inn under loven, og i tilfelle hvilke» (s. 242). Tvert imot mener disse medlemmer departementet selv har levert den beste begrunnelsen for lovfesting ved å peke på at «hensynet til at regler blir gjenstand for grundig debatt og behandling,

**Juridisk betenkning
Helserett**

hensynet til informasjon og hensynet til tilgjengelighet taler normalt for å bruke lovformen». Disse medlemmer vil på denne bakgrunn stemme mot lovforslagets § 48 fjerde ledd.”

Vedlegg:

Generelt om helsepersonelloven,

1. Formål og virkeområde

Helsepersonelloven trådte i kraft 1. januar 2001 etter flere år med utredningsarbeid og høringer. Formålet med loven er uttrykket i § 1. De politiske mål med loven kom både til uttrykk i høringsnotatet fra 1997 og i Ot prp nr 13 (1998-1999).

En felles lov erstattet flere lover og forskrifter knyttet til hver enkelt gruppe. Helsepersonell ble definert vidt i § 3.

Det ble innført et felles system for autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning for større grad av ensartethet og forutsigbarhet.

2. Autorisasjonsordningen

I loven gis en oppregning av de grupper som omfattes av autorisasjonsordningen. Videre gis det regler om autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning. Begrep «autorisasjon» benyttes nå for det som tidligere var offentlig godkjenning og autorisasjon. Formuleringen «offentlig godkjenning» knyttes heretter til spesialistgodkjenning.

I § 48 gis det en oppregning av de grupper som omfattes av autorisasjonsordningen. Tidligere hadde 17 av disse gruppene offentlig godkjenning eller autorisasjon. I departementets forslag i Ot.prp. nr. 13 (1998–99) var det foreslått 25 grupper. Ved sosialkomiteens behandling ble apotek teknikere og ortoptister tilføyd listen av autorisert helsepersonell, slik at det ble totalt 27 grupper. Begrunnelsen var for ortoptisters del at de arbeider selvstendig og har utstrakt og direkte pasientkontakt. Med hensyn til apotek teknikere er det begrunnet med at de står for mesteparten av all kunde- og pasientkontakt i apotekene.

Utdanningens karakter og innhold

Juridisk betenkning Helserett

Det fremgår av forarbeidene at ett av vilkårene for at grupper skulle omfattes av autorisasjonsordningen, har vært at utdanningen tar sikte på å utdanne personell for arbeid innenfor helsevesenet. I tillegg er det helsefaglige innholdet i utdanningene blitt tillagt vekt, men uten at det er stilt opp en formell grense for hvilket nivå en utdanning skal ligge på. Autorisasjon er imidlertid ikke et bevis på en viss akademisk status, men dette er hensyn som må ivaretas gjennom utdanningssystemet og de akademiske vitnemål kandidaten oppnår.

Om yrket bygger på spesiell grunnutdanning eller har sin bakgrunn gjennom en tilleggsutdanning – nærmest en spesialisering – har hatt en viss betydning ved avgjørelsen av hva som skulle omfattes av egen autorisasjon. Det følger av systemet med henholdsvis autorisasjon og offentlig godkjenning at dersom det finnes en autorisasjonsgivende grunnutdanning i bunn, vil det være mindre relevant å karakterisere tilleggsutdanningen som autorisasjonsgivende. I vurderingen må det ses på hvor lang og selvstendig tilleggsutdanningen er, og om denne leder fram til et yrke som er vesensforskjellig fra den autorisasjonsgivende grunnutdanningen. Loven gjorde det mulig å opprette spesialistgodkjenninger for flere helsepersonellgrupper tidligere, noe som reduserer noe av behovet for autorisasjon for enkelte grupper, for eksempel anestesisykepleiere og optometriste.

Yrkesrollens karakter og innhold

Det fremgår av lovmotivene at yrkesrollens karakter og innhold har vært et annet vilkår for at grupper skal autoriseres. Der helsepersonellet i sin yrkesutøvelse har selvstendig pasientkontakt, enten det skjer i form av en selvstendig yrkesutøvelse eller innenfor en institusjonell ramme, vil det særlig være behov for autorisasjon som styringsredskap for å ivareta hensynet til pasientens sikkerhet. Med selvstendig yrkesutøvelse menes ansvar for utredning, diagnostikk, behandling, pleie og/eller oppfølging av pasienter. Det samme gjelder der yrkesutøvelsen innebærer risiko for pasienter, for eksempel perfusjonister, som har liten direkte pasientkontakt, men som til gjengjeld har et selvstendig ansvar for å betjene hjerte- og lungemaskiner. En forsvarlig yrkesutøvelse som perfusjonist forutsetter både teknisk og medisinsk kunnskap, og deres beslutninger, handlinger eller unnlatelser kan være avgjørende for liv og død. Tilsvarende gjelder ambulansesarbeidere, som er opplært til å gi livreddende behandling.

Juridisk betenkning Helserett

Ambulansearbeidere med tilstrekkelig opplæring vil ofte ha et selvstendig ansvar for pasienten i forbindelse med et konkret oppdrag. I forbindelse med akuttmedisinsk behandling på skadested må det treffes raske avgjørelser om igangsettelse av behandling eller annen oppfølging av pasienten på bakgrunn av medisinske indikasjoner.

I lovmotivene er det forutsatt at behovet for «styring» gjennom autorisasjon ikke er like stort for yrkesroller som innebærer pleie og omsorg, under henvisning til at det ikke vil være samme risiko knyttet til slik yrkesutøvelse. At pleie- og omsorgsroller innebærer omfattende pasientkontakt og stiller store krav til skikkethet og kunnskaper hos helsepersonellet, er fremhevet som en annen begrunnelse for autorisasjon. Det er i denne loven kommet inn ytterligere krav til yrker innen pleie og omsorg ved den lovpålagte plikt til omsorgsfull hjelp utover det som følger av forsvarlighetskravet (jf. § 4), ved at pasientens rett til informasjon er styrket (jf. § 10), og ved krav til helsepersonell i forbindelse med gavetransaksjoner og lignende (jf. § 9). Omsorgsarbeidere er en ny gruppe som autoriseres.

Selv om yrkesutøveren ikke har direkte pasientkontakt, kan imidlertid hans eller hennes bidrag til vurdering eller oppfølging av pasientens helsetilstand ha betydning. Eksempel på dette er personell som har ansvar for utførelse og analyse av tester eller prøver, laboratorietjenester, tilpassing av proteser mv. I slike situasjoner kan annet helsepersonell ha behov for sikkerhet for og forutberegnelighet om at dette personellet har de rette kvalifikasjoner. Der helsepersonell med ulik faglig bakgrunn samarbeider eller samhandler, er forutsigbarhet og tillit en forutsetning. Ved henvisning fra én yrkesutøver til en annen bør den som henviser, kunne stole på at vedkommende innehar særskilt fagkompetanse.

At yrkesrollen kan innebære selvstendig næringsvirksomhet, er også tillagt betydning for om gruppen skal omfattes av autorisasjonsordningen. Overfor yrkesutøvelse i form av selvstendig næringsvirksomhet vil behovet for offentlig kontroll være større, siden det her ikke er muligheter for kontroll fra arbeidsgiver. Muligheter for yrkesutøvelse i form av selvstendig næringsvirksomhet har vært et moment i vurderingen av hvilke grupper som

Juridisk betenkning Helserett

skulle omfattes av autorisasjonsordningen, men uten at dette er tillagt avgjørende betydning.

Det kan reises spørsmål om det er hensiktsmessig at yrkesgrupper som i all hovedsak vil ha en arbeidsgiver, også er omfattet av autorisasjonsordningen. Dette innebærer et dobbelt styringsystem som muligens kan bidra til å pulverisere ansvaret for oppfølgingen av helsepersonell. I denne forbindelse er det imidlertid lagt vekt på at arbeidsgiver ikke har samme styringsmidler, da en oppsigelse ikke er egnet til stoppe helsepersonell fra å utøve sitt yrke andre steder. Tilbakekall av autorisasjon vil derimot fungere som et yrkesforbud, slik at fremtidig pasienter utenom arbeidsstedet blir beskyttet der helsepersonellet er uskikket.

Internasjonale forhold

Internasjonale forhold er tillagt betydning for hvilke grupper autorisasjonsordningen bør omfatte. Begrunnelsen er at et likeartet system gjør det lettere å samarbeide over landegrensene. Dette gjelder både ved valg av hvilke grupper som bør ha autorisasjon, og ved valg av hvilken tittel som skal være beskyttet. Dette er av særlig betydning for de nordiske land hvor det er storutveksling av helsepersonell.

Nordisk overenskomst for helsepersonell

Det er i Norden inngått en avtale om gjensidig godkjenning av autorisasjon av helsepersonell, som innebærer samarbeid mellom de nordiske land for å tilrettelegge for utveksling av arbeidskraft. I denne sammenhengen er det bevissthet om behovet for å harmonisere lovgivning og de styringssystemer som finnes innenfor helsevesenet. Den norske helsepersonelloven har mange likhetstrekk med den svenske og finske helsepersonelloven. At flere grupper blir autorisert i Norge, må ses i sammenheng med en utvikling i alle nordiske land mot at flere grupper autoriseres.

Norsk lovgivning må ikke komme i konflikt med EØS-avtalen og EU-direktivene som er en del av Norges forpliktelser etter avtalen. Det er få hindringer i disse direktivene for nasjonale regler. Norge er etter EU-direktivene heller ikke forpliktet til å autorisere noen bestemte grupper innenfor helsevesenet.

Juridisk betenkning Helserett

EU-direktivenes forbud mot diskriminering av borgere fra andre EU- og EFTA-land vil imidlertid få betydning. Det samme gjelder krav om gjensidig godkjenning og krav til utdanningenes innhold. Direktivene er en del av regelverket som skal sikre fri flyt av personer etter Romtraktaten. Helsepersonell omfattes av flere EU-direktiver om gjensidig godkjenning av kvalifikasjonsbevis (se også ovenfor i kapittel 4). Gjensidig godkjenning av kvalifikasjonsbevis (diplomer, eksamensbevis m.m.) gir helsepersonell rett til å utøve eller etablere egen virksomhet i andre medlemsstater innenfor visse yrker. Gjensidig godkjenning av kvalifikasjonsbevis er regulert gjennom to ulike typer av direktiver: sektordirektiver og generelle direktiver.

Bestemmelsen angir hvem som kan få autorisasjon som helsepersonell, og vilkårene for å få slik autorisasjon.

Autorisasjon for andre grupper

I fjerde ledd er det fastslått at departementet ved forskrift kan bestemme at helsepersonell som ikke omfattes av bestemmelsen (jf. første ledd), kan gis autorisasjon etter loven. En fullmaktsbestemmelse gir departementet anledning til å etablere godkjenningsordninger for grupper som ikke er særskilt nevnt i loven. At Stortinget har gitt denne fullmakten til departementet, er imidlertid ikke til hinder for at departementet velger å ikke bruke den, men å overlate spørsmålet om autorisasjon for nye grupper til Stortinget. Det vil særlig være aktuelt hvis autorisasjon av enkelte grupper forventes å bli politisk kontroversielt.

**Juridisk betenkning
Helserett**