

Merknader til ny forskrift om autorisasjon m.v. av helsepersonell med yrkeskvalifikasjoner fra andre EØS-land

Kapittel 1 Innledning

§ 2 Virkeområde

Se direktiv 2005/36/EF art. 2 nr. 1.

Helsepersonell som i Norge har ervervet yrkeskvalifikasjoner som ikke tilfredsstiller krav til norsk godkjenning, men som i en annen medlemsstat har fått godkjent disse yrkeskvalifikasjoner, kan ikke benytte denne godkjenningen til i Norge å oppnå andre rettigheter enn dem de ville oppnådd uten denne godkjenningen. Godkjenning kan likevel gis dersom det kan dokumenteres at ytterligere yrkeskvalifikasjoner er tilegnet i den andre medlemsstaten. Problemstillingen er kjent ved søknad om konvertering av spesialistgodkjenning av leger etter Nordisk overenskomst. Et typisk eksempel er at leger med en norsk, ikke fullført, spesialistutdanning som ikke gir rett til spesialistgodkjenning i Norge, søker og får spesialistgodkjenning på Island. Dersom den norske utdanningen tilfredsstiller de islandske kravene for godkjenning, blir søknaden innvilget. Denne islandske spesialistgodkjenningen søkes så konvertert til tilsvarende norsk spesialistgodkjenning etter bestemmelsene i Nordisk overenskomst artikkel 15. Nordisk overenskomst er ikke ment å benyttes på denne måten.

Kapittel 2 Autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning ved harmoniserte utdanninger

Se direktiv 2005/36/EF artikler 21 til 55

Kapittel 2 omhandler vilkår for godkjenning av yrkeskvalifikasjoner for lege, derunder lege med spesialistutdanning og allmennpraktiserende lege med rett til refusjon fra trygden, sykepleier, tannlege og tannlege med spesialistutdanning, jordmor og provisorfarmasøyt. Felles for disse gruppene (som omtales som sektoryrker) er at de har en utdanning som er harmonisert i medlemsstatene ved at det foreligger felles minimumskrav til utdanningens innhold, nivå og varighet som den enkelte medlemsstat er forpliktet til å oppfylle.

Minimumskravene for utdanning for disse fem gruppene går fram av direktiv 2005/36/EF artikkel 24 (medisinsk grunnutdanning), artikkel 25 (spesialistutdanning for lege), artikkel 28 (særlig utdanning for allmennpraktiserende lege med rett til refusjon fra trygden), artikkel 31 og vedlegg V punkt 5.2.1 (utdanning som sykepleier med ansvar for alminnelig sykepleie), artikkel 34 og vedlegg V punkt 5.3.1 (odontologisk grunnutdanning), artikkel 35 (odontologisk spesialistutdanning), artikkel 40 og vedlegg V nr 5.5.1 (utdanning som jordmor) og artikkel 44 og vedlegg V nr 5.6.1 (utdanning som provisorfarmasøyt).

Søker som dokumenterer gjennomført utdanning i et medlemsland og at utdanningen er i samsvar med bestemmelsene ovenfor, har rett til å få utdanningen automatisk godkjent i et annet medlemsland. Dokumentasjon må referere seg til ett av de kvalifikasjonsbevisene som står oppført i forskriftens vedlegg II (direktivets vedlegg V). På listene er også oppført en

referansedato som viser til at utdanningen må være påbegynt og kvalifikasjonsbeviset utstedt etter dette tidspunktet.

De enkelte medlemsstatene kan ha utdanninger som er mer omfattende enn den harmoniserte minimumsutdanningen som følger av direktivet og forskriftens vedlegg II. Kompetent myndighet i dette landet kan likevel ikke kreve at en søker fra en annen medlemsstat, som tilfredsstiller minimumskravene, men ikke søkerlandets mer omfattende krav, må skaffe seg ytterligere kvalifikasjoner for godkjenning.

Søker som ikke oppfyller vilkårene for automatisk godkjenning, kan godkjennes ut fra bestemmelsene om ervervede rettigheter hvis utdanningen er påbegynt eller gjennomført før den ovenfor nevnte referansedato. Det må fremlegges et kvalifikasjonsbevis og dokumentasjon på at yrket er utøvet sammenhengende i minst tre av de siste fem årene.

Videre er det adgang til godkjenning på bakgrunn av ”særlige ervervede rettigheter”. Dette er aktuelt dersom utdanningen verken tilfredsstiller krav til automatisk godkjenning eller utdanning og yrkespraksis.

Automatisk godkjenning og godkjenning etter ervervede rettigheter er felles for de fem sektoryrkene, men ikke alle har bestemmelser om særlige ervervede rettigheter.

Det er verdt å merke seg at når direktivet stiller krav til de ulike utdanningenes lengde, er dette i utgangspunktet sett i forhold til heltidsutdanning. Artikkel 22 slår fast at det er adgang til å ta utdanning på deltid, men at utdanningens lengde da utvides tilsvarende full tid. I følge artikkelen kan ”medlemsstatene tillate utdanning på deltid i henhold til de vilkår som fastsettes av kompetente myndigheter; disse skal sikre at den samlede varigheten til, og nivået og kvaliteten på en slik utdanning ikke er lavere enn tilsvarende løpende utdanning på heltid” (uoffisiell norsk oversettelse). Sektoryrkene kan tas på deltid, jf. direktivets artikkel 24.

§ 5 Autorisasjon og lisens på grunnlag av kvalifikasjonsbevis

Se direktiv 2005/36/EF art. 21, 23 nr. 6, 32, 36 og 41.

Helsepersonellovens krav til å utøve yrket gjelder tilsvarende for søkere med yrkeskvalifikasjoner fra andre land. Dette innebærer at reglene om maksimal alder og egnethet også må oppfylles før autorisasjon eller lisens kan utstedes.

Det er kun utdanning i alminnelig sykepleie som er omfattet av de harmoniserte utdanningskrav. Det betyr at utdanning som sykepleier innen spesialfelt (f eks barnesykepleier eller operasjonssykepleier) i eksempelvis Tyskland eller Sverige ikke omfattes.

§ 8 Specialistgodkjenning på grunnlag av kvalifikasjonsbevis

Se direktiv 2005/36/EF art. 21, 23 nr. 6 og 26

Se Den norske legeforenings hjemmesider for oversikt over hvilke spesialiteter som godkjennes i Norge.

§ 10 Godkjenning som allmennpraktiserende lege med rett til refusjon fra trygden

Se direktiv 2005/36/EF art. 21 nr. 2.

Bestemmelsen gjelder allmennleger med rett til refusjon fra trygden – ikke spesialistutdanning i allmennmedisin.

Annet ledd bokstav b viser direkte til de kvalifikasjonsbevis som følger av forskriftens vedlegg II punkt 5.1.4. For å kunne utøve virksomhet som allmennpraktiserende lege med rett til refusjon fra trygden, er det et vilkår at man kan legge fram kvalifikasjonsbevis på at man i Norge eller annet EØS-land har gjennomført slik særlig utdanning som kreves. Nærmere krav til veiledet tjeneste er regulert i forskrift 19. desember 2004 nr. 1653 om veiledet tjeneste for å få adgang til å praktisere som allmennlege med rett til trygderefusjon.

Etter direktivet artikkel 29 har også personer som er under utdanning som allmennpraktiserende lege rett til å utøve virksomhet for trygdens regning, se forskrift om veiledet tjeneste.

§ 12 Autorisasjon og lisens til søker som ikke oppfyller vilkårene i kapittel 2

Se direktiv 2005/36/EF art. 10.

Søker som ikke tilfredsstiller kravene for direkte godkjenning på grunnlag av harmonisert utdanning, se forskriften kapittel 2, skal i visse tilfeller subsidiært vurderes etter reglene i forskriften kapittel 3. Det kan i så fall kreves utligningstiltak i form av egnethetsprøve eller prøveperiode.

Tredje ledd er en konsekvens av direktivets artikkel 10 bokstav f, og regulerer tilfellet der søkeren har en grunnutdanning som spesialsykepleier, mens yrket i vertslandet utøves av alminnelig sykepleier. Det betyr at søker med en grunnutdanning som spesialsykepleier fra et annet EØS-land har krav på vurdering etter denne bestemmelsen ved søknad om norsk autorisasjon som sykepleier.

Kapittel 3 Autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning for andre grupper helsepersonell

§ 13 Autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning på grunnlag av kvalifikasjonsbevis

Se direktiv 2005/36/EF art. 12 og 13.

Dette kapittel gjelder godkjenning av yrkeskvalifikasjoner for de 23 helsepersonellgruppene som omfattes av norsk autorisasjon, men som ikke reguleres av sektorbestemmelsene. De enkelte medlemsstatene vurderer selv hvilke av yrkesgruppene som skal være underlagt offentlig godkjenning.

Spesialistgodkjenning gis bare dersom det finnes en norsk spesialitet for yrket. Dette er i dag aktuelt for optiker, samt lege og tannlege som ikke oppfyller vilkårene i kapittel 2.

Helsepersonellovens krav til å utøve yrket gjelder også for søkere med yrkeskvalifikasjoner fra andre land. Dette innebærer at reglene om maksimal alder, egnethet og eventuell gjennomføring av praktisk tjeneste også må oppfylles før autorisasjon eller lisens kan utstedes.

§ 15 Særlige krav som kan stilles for autorisasjon på grunn av utdanningens varighet, innhold og nivå

Se direktiv 2005/36/EF art. 14.

Formålet med bestemmelsen er å sikre dokumentasjon for at søkeren har en kompetanse som er i tråd med kravene til faglig forsvarlig opptreden, jf. hpl. § 4.

Direktiv 2005/36/EF artikkel 15 åpner for at det ved en nærmere angitt fremgangsmåte kan defineres en felles plattform medlemsstatene i mellom for de yrkeskvalifikasjoner som kreves til utøvere innen aktuelle yrke. Slike plattformer krever et omfattende arbeid over flere år. Norske myndigheter kjenner ikke til at forslag om plattformer er fremmet.

Kapittel 4 Midlertidig tjenesteyting

Se direktiv 2005/36/EF art. 5 til 9.

Bestemmelsene om midlertidig tjenesteyting innebærer at tjenesteyteren har adgang til å utøve yrket uten å ha autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning hvis tjenesteytingen skjer på midlertidig basis. Begrunnelsen for disse bestemmelsene er å lette tjenesteyters mulighet til raskt å kunne yte sine tjenester under midlertidig opphold i en annen stat. Som midlertidig tjenesteyter skal man fritas for enkelte av de pliktene som vil følge med en etablering, bl.a. krav om autorisasjon, fordi man oppfyller disse pliktene i hjemlandet.

Ordningen med midlertidig tjenesteyting er ikke ny. Tidligere omfattet ordningen sektoryrkene lege, tannlege, sykepleier og jordmor, men ikke provisorfarmasøyt eller de 23 øvrige helsepersonellgruppene som er lovregulert i Norge.

Det er ikke kjent om bestemmelsene om midlertidig tjenesteyting tidligere har vært benyttet. Verken Helsedirektoratet eller SAFH har fått slike meldinger som ordningen forutsetter. Årsaken til dette kan være at de få yrkene som ordningen tidligere gjaldt for, var underlagt automatisk godkjenning etter sektordirektivene. Den dokumentasjonen som skal legges fram ved melding om midlertidig tjenesteyting er i disse tilfellene minst like omfattende som den dokumentasjonen som kreves ved søknad om autorisasjon. I tillegg er saksbehandlingstiden for en kurant autorisasjonssøknad relativt kort, og en autorisasjon gir en varig tillatelse til å utøve yrket i Norge. Slik sett må man anta at tjenesteyter i liten grad kan ha sett seg tjent med å melde om midlertidig tjenesteyting fremfor å søke autorisasjon.

Bestemmelsen gjelder den som er lovlig etablert i sitt hjemland, noe som kan forstås som at tjenesteyter i hjemlandet er godkjent eller autorisert for å utøve yrket. Dersom yrket ikke er lovregulert i tjenesteyterens hjemland må vedkommende dokumentere ha utøvet yrket i hjemlandet i minst to av de siste ti år for å kunne yte tjenesten midlertidig i et medlemsland som har lovregulert yrket.

Også helsepersonell som tilbyr sine tjenester midlertidig er underlagt norske regler for yrkesutøvelsen og norske disiplinærbestemmelser. Dette kom ikke klart fram tidligere, men følger nå av direktivets artikkel 5, helsepersonelloven § 3 og forskriften § 20. Tjenesteyterne vil regnes som helsepersonell blant annet i forhold til tilsynsloven § 2 om at Helsetilsynet i fylkene fører tilsyn med alt helsepersonell. Statens helsetilsyn kan gi administrative reaksjoner til helsepersonell som tilbyr sine tjenester midlertidig etter reglene i lov om helsepersonell kapittel 11, jf. helsepersonelloven § 65a.

Den som ønsker å tilby sine tjenester midlertidig må som nevnt gi melding til norske myndigheter om dette. Det må i den forbindelse, ved første gangs melding, fremlegges en omfattende dokumentasjon for vedkommendes kvalifikasjoner, se forskriften § 17. Myndighetene i det land tjenesteyter er etablert skal gi opplysninger om blant annet tjenesteyterens kvalifikasjoner og disiplinære forhold til myndighetene i vertsstaten. Man må legge til grunn at dette er opplysninger av helt ny dato. Det følger dessuten av forskriften § 26 at opplysninger om vandel og gyldig autorisasjon i hjemlandet ikke skal være eldre enn tre måneder. Dette må gjelde også for dokumentasjon av kvalifikasjoner ved melding om midlertidig tjeneste.

I utgangspunktet kan kvalifikasjonene for det helsepersonell som omfattes av dagens sektordirektiv ikke kontrolleres nærmere. Disse har krav på automatisk godkjenning ut fra sitt hjemlands autorisasjonsdokument. For andre helsepersonellgrupper kan kvalifikasjonene kontrolleres særskilt.

Leger og enkelte andre helsepersonellgrupper kan forplikte trygden i sin yrkesutøvelse. De nærmere vilkårene for dette følger av folketrygdloven. Stønad til legehjelp er regulert i loven § 5-4. Etter andre ledd gis bare stønad til legehjelp til lege som har fastlegeavtale med kommunen eller avtale om driftstilskott med regionalt helseforetak. Det kreves imidlertid ikke slike avtaler når legehjelpen gis av kommunal legevakt eller gjelder øyeblikkelig hjelp. Tilsvarende yter trygden stønad til dekning av utgifter til behandling hos tannlege, psykolog, fysioterapeut, kiropraktor og jordmor forutsatt at det foreligger avtale om driftstilskott (folketrygdloven §§ 5-7, 5-8 og § 5-12). Autorisert helsepersonell som vikarierer for helsepersonell med avtale om driftstilskott, trer inn i denne avtalen så lenge vikariatet varer. Dette vil også kunne gjelde ved midlertidig tjenesteyting for eksempel i et vikariat for fastlege.

Dersom den midlertidige tjenesteyteren selv inngår avtale om driftstilskott, vil dette ha en klar karakter av etablering, selv om det skulle være en sterkt tidsbegrenset avtale. Vedkommende vil da ikke tilfredsstille vilkårene for midlertidig tjenesteyter, men må søke autorisasjon.

§ 16 Utøvelse av midlertidig tjenesteyting

Se direktiv 2005/36/EF art. 5, 6 og 7.

Direktivet setter ikke opp en eksakt maksimumstidsgrense for midlertidig tjenesteyting. EF-domstolen har i sak C-55/94 Gebhard satt grensen for midlertidighet til 16 uker, men en tilsvarende begrensning er ikke tatt inn i direktivet. EU-kommisjonen foreslo at en grense på 16 uker pr år skulle tas inn i direktivet, men dette ble fjernet under Europaparlamentet og Rådets behandling.

Hva som kan regnes som midlertidig tjenesteyting til forskjell fra etablering, skal vurderes fra sak til sak på bakgrunn av tjenesteytelsens varighet, hyppighet, regelmessighet og kontinuitet. Kommisjonen har uttalt seg noe nærmere om denne vurderingen. Som etablert regnes særlig helsepersonell der varigheten, hyppigheten, regelmessigheten og kontinuiteten av yrkesutøvelsen viser en stabil og kontinuerlig tilknytning til markedet i vedkommende land.

De fire kriteriene må vurderes i lys av hvilken type aktiviteter yrkesutøvelsen innebærer. For en sesongpreget yrkesutøvelse som for eksempel skiinstruktør, vil det kreves kortere varighet for at grensen for midlertidig yrkesutøvelse anses overskredet.

I vurderingen av kriteriene skal det også tas hensyn til om tjenesteytingen skjer med eller uten en infrastruktur, og med eller uten en permanent tilstedeværelse i det aktuelle landet. Yrkesutøvelse som utøves over en relativt lang tidsperiode, kan etter forholdene anses som midlertidig tjenesteyting, selv om tjenesteytingen skjer mer eller mindre hyppig eller regelmessig dersom helsepersonellet ikke har etablert noe form for infrastruktur i vertsstaten. Omvendt vil en yrkesutøvelse som skjer over en relativt lang periode, mer eller mindre regelmessig eller hyppig og med en infrastruktur i vertslandet, normalt måtte anses som etablert virksomhet.

Men om tjenesteyteren har en infrastruktur eller ikke, er ikke alene avgjørende for vurderingen. En tjenesteyting kan etter forholdene ha en midlertidig karakter selv om den skjer med noe infrastruktur i den grad dette er nødvendig for å kunne tilby tjenester. Dersom en tjenesteutøver utelukkende eller hovedsakelig retter sin virksomhet mot et medlemslands territorium, men velger å etablere infrastruktur for tjenesten i et annet medlemsland, kan vertslandet likevel regne yrkesutøveren som etablert i sitt land, dersom formålet med å etablere infrastrukturen i et annet land var å omgå reglene for etablerte i vertslandet.

Refusjon som nevnt i tredje ledd ytes kun dersom de alminnelige og spesielle vilkårene for refusjon som følger av den til enhver tid gjeldende lovgivning er oppfylt.

§ 19 Informasjon til pasienter

Andre ledd bestemmer at relevant myndighet skal sikre utveksling av informasjon som er nødvendig for at klager fra pasienter skal bli fulgt opp på en riktig måte. Med relevant myndighet menes i Norge normalt Statens helsetilsyn. Imidlertid kan også andre instanser være relevante for informasjonsplikten, så som NPE, sykehus etc.

§ 20 Krav til yrkesutøvelsen

Tjenesteyter som tilbyr midlertidige tjenester i Norge i samsvar med foregående ledd, er underlagt norske regler direkte knyttet til slike yrkeskvalifikasjoner og disiplinærbestemmelser som gjelder helsepersonell.

Kapittel 5 Alminnelige bestemmelser

§ 23 Autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning på grunnlag av utdanning ervervet i et tredjeland

Se direktiv 2005/36/EF art. 3.

Kvalifikasjonsbevis ervervet i tredjeland i kombinasjon med minimum tre års arbeidserfaring fra medlemsstat som har godkjent kvalifikasjonsbeviset, sidestilles med kvalifikasjonsbevis ervervet i en medlemsstat. For sektoryrkene som nevnt i kapittel 2 er dette nytt.

§ 24 Språkkrav

Se direktiv 2005/36/EF art. 53.

Ansvar for å påse at det enkelte helsepersonell har de for stillingen nødvendige språkkunnskaper og -ferdigheter påligger arbeidsgiver. I tillegg har det enkelte helsepersonell etter helsepersonelloven § 4 ansvar for å ”*utøve 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*”.

En undersøkelse foretatt i 1999-2000 viste at bare 3 % av norske kommuner innhentet både referanser og gjennomførte intervju når de ansatte leger. Tilsvarende tall for sykehus var 28 %. Det er ved ansettelse at arbeidsgiver har en mulighet til å kunne vurdere om helsepersonellet er egnet til å tiltre den stilling vedkommende har søkt på, herunder forsikre seg om at helsepersonellet behersker norsk språk tilfredsstillende.

Av hensyn til pasientsikkerheten er det svært viktig at helsepersonell kan tilstrekkelig norsk til å kunne utføre sine arbeidsoppgaver forsvarlig. Helsepersonelloven har en rekke bestemmelser som er aktuelle i denne sammenheng. Det enkelte helsepersonell har for det første et selvstendig ansvar for forsvarlig virksomhet, jf § 4. Videre er det et krav til å kunne gi god informasjon, se § 10. Foruten å kunne føre en god dialog med pasienter, må helsepersonellet også kunne snakke med pårørende. Mye av arbeidet i helsevesenet foregår i team, og da må man kunne kommunisere med sine kollegaer. Også helsepersonellovens krav til journalføring, § 39, og bestemmelser om opplysningsplikt, §§ 24 til 29 forutsetter at helsepersonellet behersker norsk, så vel muntlig som skriftlig.

Videre følger det av pasientrettighetsloven § 1 at pasienter har rett til ”helsehjelp av god kvalitet”. Dette omfatter retten til å bli språklig forstått av helsepersonell. Pasientrettighetslovens bestemmelser om pasientens rett til informasjon, medvirkning og innsyn i journal, og forutsetningen om at behandling mv skal skje etter pasientens samtykke forutsetter at pasient/pårørende og helsepersonell behersker et felles språk. I Norge er de offisielle språkene bokmål og nynorsk (og samisk i samisktalende kommuner, se sameloven (lov 1987/56 § 1-5 jf kapittel 3). I pasientrettighetsloven § 3-5 første ledd slår det fast at informasjon til pasient ”skal være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger, som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn”. Av dette følger ikke at minoritetsspråklige pasienter har krav på å bli behandlet av helsepersonell med kompetanse innen det aktuelle minoritetsspråk, men at vedkommende vil kunne ha krav på tolk (Aslak Syse: Pasientrettighetsloven med kommentarer, Oslo 2002 s 229-30).

Forskjellige stillinger kan ha forskjellige krav til språkferdigheter. Dette gjelder både for de ulike helsepersonellgruppene og innen samme gruppe. Verken ut fra direktiv 2005/36/EF artikkel 53 eller EF-domstolens praksis vil det være adgang til standardiserte språkkrav eller -prøver. De språkkravene som stilles må være nødvendige for en forsvarlig yrkesutøvelse, noe som må vurderes konkret.

I tillegg til språkkrav, settes det av og til fram forslag om andre tilleggskrav til EØS-helsepersonell. Det kan være krav om kulturforståelse, kunnskap om norsk organisering av helsevesenet og krav om mer faglig kunnskap og forståelse, som norsk praktisering av antibiotikabehandling osv. De momentene som gjelder for språkkrav, vil også gjøre seg gjeldende for slike typer tilleggskrav.

Av pedagogiske grunner er det valgt å ha en bestemmelse om språkkrav i forskriften § 24. Dette kan bidra til en bevisstgjøring av arbeidstakere og arbeidsgivere om at også EØS-borgere som søker stillinger innen norsk helsevesen kan og må møtes med de krav til dem som følger av norsk lovverk ellers.

§ 26 Dokumentasjon ved søknad

Se direktiv 2005/36/EF art. 50.

Kontaktpunkt som nevnt i § 26 bokstav b er for tiden Kunnskapsdepartementet.