

UTREDNING AV HELSEPERSONELLOVENS AUTORISASJONSORDNING

Sosial- og helsedirektoratet januar 2008

1	Innledning	5
2	Mandat	6
2.1	Helse- og omsorgsdepartementets tildelingsbrev og oppdragsdokument	6
2.1.1	Presisering av utredningens mandat	6
2.2	Budsjettinnstilling til Stortinget fra helse- og omsorgskomiteen	6
2.2.1	Sosial- og helsedirektoratets tilnærming	7
2.3	Arbeidsmetode	7
3	Helsepersonell, utdanningsstatus	8
3.1.1	Innledning	8
3.1.2	Antall personell i helsetjenesten fordelt på utdanningsbakgrunn	8
3.1.3	Kommunehelsetjenesten	8
3.1.4	Spesialisthelsetjenesten	9
3.1.5	Oppsummering	9
4	Gjeldende rettslig regulering – Helsepersonelloven	10
4.1	Innledning	10
4.2	Formål	10
4.2.1	Pasientsikkerhet	10
4.2.2	Rettsvirkning av autorisasjon	10
4.2.3	Dempe profesjonsstrid	11
4.3	Lovens virkeområde	12
4.4	Definisjon helsepersonell, helsepersonelloven § 3	12
4.4.1	Innledning	12
4.5	Krav til forsvarlighet	13
4.5.1	Innledning	13
4.5.2	Systemnivå - krav til forsvarlig virksomhet i helsetjenesten	13
4.5.3	Individnivå - krav til forsvarlig virksomhet for helsepersonell	14
4.6	Andre land	14
4.6.1	EØS- avtalen	14
4.6.2	Nordiske land	15
5	Helsepersonellovens autorisasjonsordning	16
5.1	Innledning	16
5.2	Helsepersonelloven kapittel 9 Autorisasjon og tilgrensende ordninger	16
5.2.1	Autorisasjon	16
5.2.2	Lisens	16
5.2.3	Spesialistgodkjenning	16
5.3	Helsepersonelloven § 48	17
6	Rettsvirkninger av autorisasjon	18
6.1	Innledning	18
6.2	Tittelbeskyttelse	18
6.3	Behandlingsmetodemonopol	19
6.4	Rekvireringsrett	19
6.5	Reaksjonssystemet	19
6.5.1	Advarsel, § 56	19
6.5.2	Tilbakekall av autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning, § 57	20
6.5.3	Suspensjon § 58	20
6.5.4	Begrenset autorisasjon, § 59	21
6.5.5	Tap av rekvireringsrett, § 63	21
6.5.6	Sakkyndig undersøkelse, § 60	21
6.5.7	Frivillig avkall, § 61	21
6.5.8	Ny autorisasjon, lisen eller spesialistgodkjenning, § 62	21
6.6	Rettslig konkurrens	22
7	Kriterier for autorisasjon av helsepersonell	23
7.1	Innledning	23
7.2	Kriterier for autorisasjon	23
7.2.1	Utdanningens innhold	23

7.2.2	Yrkesrollens innhold	24
7.2.3	Internasjonale forhold	24
8	Høring	25
8.1	Innledning	25
8.2	Høringsspørsmål	25
8.3	Høringsinstanser	25
8.3.1	Inviterte instanser	25
8.3.2	Ikke-inviterte instanser	27
8.3.3	Oppsummering	27
8.4	Generelle tendenser	27
8.4.1	Er autorisasjonsordningens rettsvirkninger egnet til å oppnå lovens formål?	27
8.4.2	Er autorisasjonsordningens kriterier adekvate til å oppnå lovens formål?	28
8.4.3	Bør eventuelle endringer skje i lov- eller forskriftsform?	28
8.4.4	Dobbeltautorisasjon versus spesialistgodkjenning	28
8.4.5	Tolkning av dagens kriterier	28
8.4.6	Oppsummering	28
9	Kort reaksjonsstatistikk	29
10	Drøfting	30
10.1	Rettsvirkning	30
10.1.1	Innledning	30
10.1.2	Tittelbeskyttelse	30
10.1.3	Behandlingsmetodemonopol	30
10.1.4	Tittelbeskyttelse og behandlingsmetodemonopol	31
10.1.5	Reaksjonssystemet som rettsvirkning	31
10.2	Foreliggende kriterier for autorisasjon i lys av reaksjonsstatistikken	32
10.2.1	Utdanning	32
10.2.2	Yrkesrollens innhold	32
10.2.3	Internasjonale forhold	33
10.2.4	Tolkning og innbyrdes vektning av kriteriene	34
10.3	Forskrift eller lovendring ved utvidelse av antall autoriserte personellgrupper	34
10.3.1	Vurdering	34
11	Tilrådning	35
11.1	Rettsvirkninger	35
11.1.1	Tittelbeskyttelse	35
11.1.2	Behandlingsmetodemonopol	35
11.1.3	Reaksjonssystemet som rettsvirkning	35
11.2	Kriterier for autorisasjon av nye grupper	35
11.2.1	Utdanning	35
11.2.2	Yrkesrollens innhold	35
11.2.3	Internasjonale forhold	35
11.2.4	Tolkning av kriteriene	36
11.3	Anbefaling	36

UTREDNING AV HELSEPERSONELLOVENS AUTORISASJONSORDNING

1 Innledning

Sosial- og helsedirektoratet har av Helse- og omsorgsdepartementet fått i oppdrag å foreta en prinsipiell og overordnet vurdering av dagens autorisasjonsordning.

I utredningens kapittel 2 angis utredningens mandat, direktoratets presisering av problemstilling og arbeidsmetode.

I kapittel 3 gis en statistisk tilnærming av helsepersonells utdanningsnivå og arbeidssted.

I kapittel 4 gis en innføring i gjeldende rettslig regulering i helsepersonelloven. Her behandles lovens formål, en kort gjennomgang av gjeldende regelverk, definisjoner, omtale av autorisasjonsordningen, utvikling og internasjonale forhold.

I kapittel 5 presenteres autorisasjonsordningen spesielt.

I kapittel 6 gjøres rede for autorisasjonsordningens rettsvirkninger, reaksjonssystem og rettslig konkurrens.

I kapittel 7 gjøres rede for eksisterende kriterier for autorisasjon.

I kapittel 8 presenteres høringsinstansene og generelle tendenser ved innspillene.

I kapittel 9 gis en kort oppstilling av reaksjonsstatistikk

I kapittel 10 drøftes henholdsvis autorisasjonsordningens rettsvirkninger og kriterier.

I kapittel 11 følger Sosial- og helsedirektoratets vurdering og tilrådning.

2 Mandat

2.1 Helse- og omsorgsdepartementets tildelingsbrev og oppdragsdokument

Det fremgår av Helse- og omsorgsdepartementets tildelingsbrev for 2007 pkt. 5.3, *Personell og kompetanse*, at Sosial- og helsedirektoratet

[e]tter nærmere bestilling skal (...) utrede hvilke overordnede prinsipielle kriterier som bør legges til grunn ved autorisasjon av nye grupper helsepersonell etter helsepersonell-loven § 48, 3 ledd (jf. B.Innst. nr. 11 2006-2007).

I Helse- og omsorgsdepartementets oppdragsdokument av 25.04.07 følger en presisering av oppdraget. Sosial- og helsedirektoratet bes om å foreta en prinsipiell og overordnet vurdering av helsepersonellovens autorisasjonsordning.

Vurderingens hovedformål skal være å gi *"departementet beslutningsgrunnlag i forhold til om lovens autorisasjonsordning er egnet også for fremtiden eller om ordningen bør endres, justeres eller suppleres på noe punkt."*

Primært bes direktoratet om å foreta en vurdering av om gjeldende bestemmelser og vilkår for autorisasjon fortsatt er hensiktsmessige og/eller tilstrekkelige, eller om bestemmelsene og vilkårene bør endres eller justeres på noe punkt. I forlengelse av overnevnte, bes direktoratet videre vurdere om og i hvilken grad det bør legges vekt på andre hensyn, kriterier og/eller behov ved vurdering av om nye personellgrupper bør omfattes av autorisasjonsordningen. I den grad direktoratet finner det relevant, kan det også vurderes om ulike kriterier/ problemstillinger bør være obligatoriske ved vurdering av nye gruppers søknad om å omfattes av helsepersonellovens autorisasjonsordning eller om de bare bør være supplerende i en helhetsvurdering. Dersom direktoratet kommer til at dagens autorisasjonsordning bør endres, justeres eller suppleres på enkelte punkter, bes direktoratet ta standpunkt til om det i den forbindelse vil være behov for lovendringer.

2.1.1 Presisering av utredningens mandat

På grunn av noe uklarhet vedrørende oppdragets omfang, ba Sosial- og helsedirektoratet Helse- og omsorgsdepartementet om en presisering. I samsvar med direktoratets forståelse presiserte Helse- og omsorgsdepartementet at oppdraget innebærer *"en bred tilnærming med en grundig gjennomgang og vurdering av dagens autorisasjonsordning, i tillegg til en vurdering av kriterier for autorisasjon av nye grupper."* Departementet understreker videre, i samsvar med direktoratets forståelse, at utredningen ikke skal ha som formål å vurdere enkeltsøknader om autorisasjon.

2.2 Budsjettinnstilling til Stortinget fra helse- og omsorgskomiteen

Spørsmålet om autorisasjon av nye grupper er behandlet av Sosialkomiteen i Budsjett-innst. S. nr. 11 (2007-2008) s 29. Komiteen viser til Budsjett-innst. S. nr. 11 (2006-2007) hvor helse- og omsorgskomiteen uttalte følgende: *"Komiteen har merket seg at Sosial- og helsedirektoratet har utarbeidet en rapport knyttet til spørsmål om autorisasjon av manuellterapeuter, og videre at departementet ønsker å se denne i sammenheng med en bredere prinsipiell drøfting av kriterier for og behov for autorisasjon av nye grupper helsepersonell. Komiteen ser fram til ferdigstilling av resultatene av den forespeilte gjennomgangen."* Komiteen er kjent med at Helse- og omsorgsdepartementet har gitt Sosial- og helsedirektoratet i oppdrag å foreta en utredning av helsepersonellovens autorisasjonsordning med frist 21. januar 2008. Medlemmer av komiteen viser til spørsmål om autorisasjon av manuellterapeuter, naprapater, sosionomer og barnevernspedagoger spesielt og at også andre grupper personell kan være aktuelle for autorisasjon, blant annet

for å sikre pasientene forsvarlig hjelp fra kvalifiserte ansatte. Medlemmer av komiteen ber Regjeringen foreta gjennomgangen av hvem som skal få autorisasjonsordning snarest.

2.2.1 Sosial- og helsedirektoratets tilnærming

På bakgrunn av Helse- og omsorgsdepartementets tildelingsbrev, oppdragsdokument og presiseringer, har Sosial- og helsedirektoratet valgt følgende tilnærming til oppdraget:

- Er autorisasjonsordningens rettsvirkninger adekvate for å oppnå lovens formål
- Er autorisasjonsordningens kriterier adekvate for å oppnå lovens formål?
- Bør eventuelle endringer skje i lov- eller forskriftsform?

Spørsmålet om nærmere angitte personellgrupper skal omfattes av autorisasjonsordningen faller utenfor denne utredningens mandat og vil ikke bli behandlet her.

2.3 Arbeidsmetode

Sosial- og helsedirektoratet sendte Helse- og omsorgsdepartementets oppdragsdokument og direktoratets presisering av oppdraget til en utvalgt gruppe på 67 organisasjoner og instanser for innspill. Følgende grupper ble tilskrevet:

- I) Yrkesorganisasjoner for autorisert helsepersonell
- II) Yrkesorganisasjoner for ikke-autorisert helsepersonell og alternative behandlere
- III) Brukerorganisasjoner
- IV) Arbeidsgiverorganisasjoner
- V) Utdanningsinstitusjoner
- VI) Annen offentlig myndighet

Direktoratet har også basert seg på tilsyns- og autorisasjonsmyndighetenes statistikk over bruk av helsepersonellovens reaksjonssystem overfor både autorisert og ikke-autorisert helsepersonell. Statistikken illustrerer bruk og fordeling av reaksjoner fordelt på helsepersonell med og uten autorisasjon, og bruk og fordeling av reaksjoner de ulike autoriserte gruppene imellom. Sosial- og helsedirektoratet finner at statistikken gir nyttig kunnskap om virkninger av dagens ordning og om dagens kriterier for autorisasjon kan synes å være for vide eller for snevre.

3 Helsepersonell, utdanningsstatus

3.1.1 Innledning

I 2006 var ca 263 500 personer sysselsatt i norsk helsetjeneste. Av disse faller en stor andel utenfor definisjonen av helsepersonell i hpl. § 3, for eksempel yrkesgrupper i sykehus og kommunehelsetjeneste med ansvar for administrative oppgaver og ulike støttefunksjoner. Tall hentet fra Statistisk Sentralbyrå (SSB)/ Registerbasert sysselsettingsstatistikk for helse- og sosialpersonell, omfatter sysselsatte personer og avtalte årsverk, totalt i helse- og sosialtjenester og etter utdanningsnivå.

3.1.2 Antall personell i helsetjenesten fordelt på utdanningsbakgrunn

En definisjon av helsepersonell er knyttet til autorisasjon og lisens. Alt helsepersonell med norsk autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning er oppført i Helsepersonellregisteret (HPR). HPR gir ingen oversikt over den enkeltes yrkesmessige tilknytting til yrkeslivet. Ved utgangen av 2007 er det registrert noe i overkant av 300 000 autorisert helsepersonell. Hvor mange av disse som faktisk arbeider i helsevesenet, er ikke kjent.

Ikke-autorisert helsepersonell (definisjonen i hpl. § 3 første ledd nr. 2) utgjør en uensartet gruppe som spenner fra høyt spesialisert personell (genetisk veileder), personer med sosial- og helsefaglig utdanning (sosionomer og barnevernpedagoger i kliniske stillinger), personer uten helse- eller sosialfaglig utdanning (særlig i kommunehelsetjenesten, innen sykehjem) og personer med andre typer utdanning.

Statistisk Sentralbyrås (SSB) statistikk over sysselsatte personer og avtalte årsverk i helse- og sosialtjenester viser at det for 4. kvartal 2006 var tilsatt ca. 263 500 personer i helse- næringer fordelt på ca. 210 000 årsverk. Fordelt etter utdanningsnivå hadde 183 000 (70 %) helse- og sosialfaglig utdanning mens drøyt 76 000 (30 %) var uten sosial- og helsefaglig utdanning. SSB har f.o.m. 2006 inkludert også kortere kurs på høghskolenivå i 'Øvrig helse/sos. utd. på høghskolenivå', slik at andelen registrert med helse- og sosialfaglig utdanning øker.

(Avrundet til nærmeste 500)		
	Med helse-/sosialfaglig utdanning	Uten helse-/sosialfaglig utdanning
Videregående skole	63.000 (35 %)	64.500 (85 %)
Høgskole	94.000 (50 %)	11.500 (15 %)
Universitet	26.500 (15 %)	
Totalt	183.000 (100 %)	76.000 (100 %)

Statistikken omfatter alt personell sysselsatt i helsetjenesten uavhengig av om det er i pasientbehandling/pleie/omsorg eller innen administrasjon, støttefunksjoner eller annet. I følge statistikken er 30 % uten helse-/sosialfaglig utdanning. Ikke all helse- og sosialfaglig utdanning fører til autorisasjon.

3.1.3 Kommunehelsetjenesten

Lov av 19.11.1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene § 1-3 regulerer hvilke oppgaver den kommunale helsetjenesten skal omfatte og hvilke deltjenester som skal foreligge for å løse oppgavene.

I den kommunale helsetjenesten er det ansatt både autorisert og ikke-autorisert personell. Særlig innen pleie- og omsorgstjenestene er det en betydelig andel ikke-autorisert personell, mange med liten eller ingen helse- og sosialfaglig utdanning. Fordeling av autorisert og ikke-

autorisert helsepersonell varierer sterkt fra kommune til kommune, og er avhengig av lokale utdanningstilbud og arbeidsplasser for øvrig.

I følge SSB var det i 2006 knapt 117 000 avtalte årsverk i brukerrettet pleie og omsorgstjeneste i kommunal og privat sektor. Av disse var ca. 79 000 besatt med personell med helse- og sosialfaglig utdanning. Ca. 32 000 var pleiepersonell uten godkjent utdanning. Det er registrert drøyt 4 000 innen serviceyrker og 1700 innen administrasjon. Eventuell autorisasjonsstatus går ikke frem av SSBs statistikk, slik at andel av personellet med helse- sosialfaglig utdanning innen kommunale og privat pleie- og omsorgstjeneste ikke kan tallfestes. Tallene viser at av det samlede antallet har 2/3 helse- og sosialfaglig utdanning, mens resten ikke har det.

3.1.4 Spesialisthelsetjenesten

Spesialisthelsetjenesten omfatter helsetjenester som ytes av staten eller private, i og utenfor institusjon. Staten har det overordnede ansvar for at befolkningen gis nødvendig spesialisthelsetjeneste.

SSBs statistikk for spesialisthelsetjenesten viser at det i 2006 var drøyt 65 000 årsverk ved somatiske sykehus og ca. 20 000 årsverk innen psykisk helsevern. I somatikken utgjorde knapt 30 % av årsverkene funksjoner innen administrasjon, kontor, service, drift og tekniske funksjoner og knapt 70 % var stillinger for autorisert helsepersonell.

3.1.5 Oppsummering

Totalt er en stor andel av dem som arbeider i den kommunale pleie- og omsorgstjenesten helsepersonell uten autorisasjon. Mange av disse har heller ingen helse- eller sosialfaglig utdanning. I motsetning til dette er, med ubetydelig unntak, årsverkene i klinisk pasientrettet virksomhet i den somatiske spesialisthelsetjenesten knyttet til helsepersonell med autorisasjon. Dette viser at helsepersonell som faller inn under definisjonen i hpl. § 3 første ledd nr. 2 har en avgjørende betydning for kommunenes oppfyllelse av de forpliktelser som følger av kommunehelsetjenesteloven. I spesialisthelsetjenesten er det i svært liten grad stillinger for helsepersonell uten autorisasjon. Hvordan dette fordeler seg for psykisk helsevern, går ikke frem av statistikken.

4 Gjeldende rettslig regulering – Helsepersonelloven

4.1 Innledning

Lov av 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell mv. (hpl.) ble vedtatt av stortinget i 1999 som en del av et større helsepolitisk lovreformarbeid. Loven trådte i kraft 1. januar 2001, samtidig med lov av 02.07.1999 nr. 63 om pasientrettigheter, lov av 02.07.1999 nr. 62 om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern og lov av 02.07.1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m.

I Ot prp nr 13 (1998-99) s. 15 presenteres helsepersonelloven slik: *"Helsepersonelloven skal bidra til en lovforenkling og legge grunnlag for smidigere samspill mellom yrkesgruppene i helsevesenet."* Lovrevisjonen tok sikte på å samle reguleringen av helsepersonell i en felles lov for på en bedre måte å ivareta krav til kvalitet og pasientsikkerhet i helsetjenesten. I tillegg ønsket lovgiver at dette ville bidra til å motvirke en profesjonskamp. Loven skulle også innebære en presisering, betydelig forenkling og på visse punkter en endring av det da gjeldende regelverket. Helsepersonelloven erstattet ni tidligere profesjonslover og forskrifter om offentlig godkjenning av helsepersonell gitt i medhold av helsepersonelloven av 1974.

Til forskjell fra tidligere profesjonslovgivning, omfatter helsepersonelloven alt helsepersonell uavhengig av autorisasjonsstatus. Departementet vurderte at autorisasjonsordningen kom til å miste noe av sin tidligere sentrale betydning gjennom å regulere yrkesutøvelsen til alt helsepersonell, (Ot prp nr 13 1998-99 pkt. 3.5 Autorisasjon).

4.2 Formål

Lovens formål er etter § 1 *"å bidra til sikkerhet for pasienter og kvalitet i helsetjenesten samt tillit til helsepersonell og helsetjeneste"*.

Loven skal videre bidra til å motvirke profesjonskamp i helsesektoren, motvirke uhensiktsmessig og uensartet praksis på landsbasis og dermed styrke hensynet til likebehandling og forutberegnelighet for pasienter og pårørende.

4.2.1 Pasientsikkerhet

Helsepersonelloven inneholder flere grep for å ivareta pasientsikkerheten i forhold til tidligere lovgivning som regulerte helsepersonell. Både profesjonslovene og Lov av 14.06.1974 nr. 47 om godkjenning m.v. av helsepersonell var basert på et system med offentlig godkjenning og autorisasjon. Eksempelvis var vilkår for godkjenning etter helsepersonelloven av 1974 § 2 dokumentasjon på fullført godkjent utdanning ved norsk skole eller kurs og eventuelt utført praktisk tjeneste.

I dagens helsepersonellov er helsepersonellbegrepet utvidet til også å omfatte personell som yter helsehjelp i helsetjenesten. Krav til bl.a. faglig forsvarlighet, taushets-, informasjons- og journalføringsplikt gjelder nå for alt helsepersonell uavhengig av autorisasjonsstatus.

Loven innebærer en utvidelse av antall autoriserte grupper samtidig som man gikk bort fra benevnelsen "offentlig godkjenning" til fordel for "autorisasjon".

4.2.2 Rettsvirkning av autorisasjon

Autorisasjonsinstituttet er et offentlig styringsmiddel. Hovedformålet er å beskytte pasienter ved å sikre at helsepersonell med særlig selvstendig yrkesutøvelse gjennom sin teoretiske og praktiske utdanning har ervervet bestemte kvalifikasjoner.

1. Den direkte virkningen av autorisasjon er først og fremst rett til å benytte beskyttet tittel.

2. Autorisasjon innebærer i seg selv ikke noe metodemonopol, dvs. at autorisert personell gis en eksklusiv rett til å benytte særlige behandlingsmetoder eller behandle visse pasientgrupper. Dette kan imidlertid følge av særlov.
3. Lovens reaksjonssystem inneholder bl.a. bestemmelser om tilbakekall/ suspensjon/ begrensning av autorisasjon for helsepersonell som anses uegnet til å utøve yrket bidrar til sikkerhet for pasientene og tillit til helsevesenet.

Helsepersonellovens reaksjonssystem, advarsel, tilbakekall og begrensning av autorisasjon mv, er reaksjoner av administrativ art og anses ikke som straff. Spørsmålet er behandlet av Statens helsepersonellnemnd og domstolene. I tillegg til det administrative reaksjonssystemet inneholder loven en straffebestemmelse i § 67.

Tilbakekall av autorisasjon kommer i tillegg til de reaksjoner ved arbeidstakers pliktbrudd i arbeidsforhold som følger av arbeidsrettslig regulering og arbeidsgivers styringsrett. Autorisasjonsinstituttet kan dermed gjennom sitt reaksjonssystem sies å innebære en mer inngripende regulering av autorisert helsepersonell sammenlignet med andre yrkesgrupper i samfunnet. Dette begrunnes med behovet for en sterkere offentlig styring med yrkesutøvere som har folks liv og helse som virkeområde, for å bidra til kvalitet og sikkerhet uavhengig av personellens arbeidssituasjon og arbeidssted. Sanksjonssystemet skal bidra til evaluering av helsehjelpen som blir gitt, og loven gir pasientene en formalisert klageadgang.

4.2.3 Dempe profesjonsstrid

Før helsepersonellovens ikrafttreden ble systemet med offentlig godkjenning og autorisasjon regulert ved henholdsvis ni profesjonslover og ni forskrifter. Det syntes noe tilfeldig hvilke grupper som ble omfattet av ordningen og hvilke formål som ble lagt til grunn ved offentlig godkjenning og autorisasjon av helsepersonell.

Lovrevisjonen tok sikte på å samle regulering av helsepersonell i en felles lov for på en bedre måte å ivareta krav til kvalitet og pasienters sikkerhet i helsetjenesten og å motvirke profesjonskamp mellom helsepersonellgruppene. Helsepersonelloven inneholder et mer tilgjengelig og ensartet regelverk som skal bidra til bedre innsikt i og etterlevelse av de krav som stilles. Loven innebærer presisering, betydelig forenkling og på visse punkter endring av tidligere regelverk.

Helsepersonellgruppene er autorisert etter kriterier knyttet til utdanning, yrkesrolle og internasjonale forhold. Det opprinnelige forslaget om autorisasjon av 19 personellgrupper ble i lovprosessen utvidet til 27 (Ot prp nr 13 (1998-99) s. 132 og 141-142). I 2007 ble farmasøytgruppen splittet i to grupper ut fra utdanningsnivå, slik at det nå er 28 autoriserte personellgrupper.

Det kan stilles spørsmål ved om loven har bidratt til redusert profesjonsstrid. Dagens helsepersonellov innebærer at alt helsepersonell uavhengig av autorisasjonsstatus, har et selvstendig ansvar for forsvarlig yrkesutøvelse, og er omfattet av lovens bestemmelser om bl.a. taushetsplikt, dokumentasjonsplikt og informasjonsplikt. Slik kunne man anta at skillet mellom personell med og uten autorisasjon ville få redusert betydning.

Helsemyndighetene opplever et påtrykk fra ikke-autoriserte personellgrupper som ønsker å omfattes av autorisasjonsordningen. På tross av at loven i det alt vesentlige likestiller helsepersonell uavhengig av autorisasjonsstatus, synes det fortsatt å eksistere et skille mellom helsepersonell med og uten autorisasjon. Videre eksisterer fortsatt uklarheter vedrørende personellens plikter og helsepersonellovens virkeområde. Det er liten grunn til å anta at skillet mellom autoriserte og ikke-autoriserte grupper vil bli redusert gjennom å gi flere grupper autorisasjon.

4.3 Lovens virkeområde

Lovens virkeområde avgrenses i forhold til geografi, virksomhet og personell. Virkeområdet er etter § 2 første ledd *"helsepersonell og virksomheter som yter helsehjelp i riket"*. I følge forarbeidene skal dette forstås som regulering av yrkesutøvelsen som helsepersonell i riket, uavhengig av profesjonstilhørighet eller tjenestens art. Definisjonen av helsepersonell og helsetjenesten er etter dette sentralt for avgrensingen av virkeområdet.

Loven gjelder helsepersonellens yrkesutøvelse i riket, dvs. alle som kommer inn under definisjonen av helsepersonell og som oppholder seg i riket uavhengig av statsborgerskap eller om oppholdet har vart en viss tid.

Loven gjelder helsepersonellens yrkesutøvelse i sykehus, kommunehelsetjenesten, sykehjem, hjemmesykepleie, tannhelsetjeneste, privat virksomhet av ulik art m.m.

I Ot prp nr 13 (1998-99) s. 213 sies at loven kommer til anvendelse *"på helsefaglige aktiviteter, uansett om arbeidet er fast eller leilighetsvis, eller om det er i offentlig eller privat regi"*. Det følger videre av forarbeidene at begreper *"yrkesutøvelse"* ikke må tolkes for snevert, da det er ment å dekke handlinger og unnlatelser som helsepersonell utfører eller unnlater i kraft av å være helsepersonell. Yrkesutøvelse som helsepersonell knyttes til definisjonen av helsehjelp i § 3 tredje ledd, dvs. enhver handling som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende eller rehabiliterende mål og utføres av helsepersonell.

"Helsetjenesten" er ikke definert i helsepersonelloven. Begrepet er sentralt for avgrensning av *"helsepersonell"* etter § 3 første ledd nr. 2. Det forekommer heller ingen definisjon av helsetjenestebegrepet i spesialisthelsetjenesteloven eller psykisk helsevernloven. Pasientrettighetsloven § 1-3 definerer helsetjenesten som primærhelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten og tannhelsetjenesten.

Det er nødvendig med en nærmere avgrensing/definisjon av helsetjenestebegrepet, for eksempel i grenselandet mellom helsepersonell og utøvere av alternativbehandling. Lov av 27.06.2003 nr. 64 om alternativ behandling av sykdom mv. § 2 tredje ledd definerer alternativ behandling som *"helserelatert behandling som utøves utenfor helsetjenesten..."*. Alternativ behandling omfatter også behandling som utføres i helsetjenesten når *"det brukes metoder som i all vesentlighet anvendes utenfor helsetjenesten"*.

En nærmere definisjon og avgrensning av begrepet *"helsetjenesten"* faller utenfor denne utredningens mandat.

4.4 Definisjon helsepersonell, helsepersonelloven § 3

4.4.1 Innledning

Helsepersonelloven § 3 første ledd lyder:

Med helsepersonell menes i denne lov:

1. *personell med autorisasjon etter § 48 eller lisens etter § 49,*
2. *personell i helsetjenesten eller apotek som utfører handlinger som nevnt i tredje ledd,*
3. *elever og studenter som i forbindelse med helsefaglig opplæring utfører handlinger som nevnt i tredje ledd*

Opplistingen omfatter tre ulike grupper som alle defineres som helsepersonell i denne lovens forstand. Den ene gruppen er personell med autorisasjon eller lisens i nr. 1. Definisjonen i nr. 2 gjelder *"personell i helsetjenesten ... som utfører handlinger som nevnt i tredje ledd"*. Den

tredje gruppen som omfattes av definisjonen som helsepersonell er elever og studenter som utøver helsehjelp i en helsefaglig utdanningssituasjon, nr. 3. Med helsehjelp forstås enhver handling som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende eller rehabiliterende mål og utføres av helsepersonell, jf. § 3 tredje ledd.

Definisjonen av helsepersonell etter nr. 1 og 3 må anses tilstrekkelig presis. Disse definisjonene er knyttet til enkelt dokumenterbare forhold som autorisasjon eller lisens som helsepersonell eller utdanningssituasjon innen helsefaglig utdanning på et hvert nivå før avsluttende eksamen som gir grunnlag for autorisasjon eller lisens.

Definisjonsalternativet *"Personell i helsetjenesten ... som utfører helsehjelp"* er derimot avhengig av en nærmere definisjon og avgrensning. Mens "helsehjelp" er definert i § 3 tredje ledd, inneholder loven som over nevnt ingen nærmere definisjon av "helsetjenesten".

Det er prinsipielt viktig å holde fast ved at § 3 første ledd nr. 2 er en selvstendig definisjon av "helsepersonell". Ikke sjelden blir det hevdet eller feilaktig lagt til grunn at definisjonen "helsepersonell" er forbeholdt personell med autorisasjon eller lisens som helsepersonell. osv.

Nødvendigheten av en nærmere avgrensning/definisjon av "helsetjenesten" viser seg for eksempel i grenseoppgangen mellom helsepersonell og utøvere av alternativ behandling. Lov om alternativ behandling § 2 tredje ledd definerer alternativ behandling som *"helserelatert behandling som utøves utenfor helsetjenesten..."*. Alternativ behandling omfatter også behandling som utføres i helsetjenesten når *"det brukes metoder som i all vesentlighet anvendes utenfor helsetjenesten"*. Det er behov for en nærmere definisjon og avgrensning av hvordan begrepet "helsetjenesten" er å forstå slik det er brukt i helsepersonelloven. Dette faller utenfor denne utredningens mandat.

4.5 Krav til forsvarlighet

4.5.1 Innledning

Helselovgivningen stiller krav til forsvarlighet både på system- og individnivå. Forsvarlighetskravet som er nedfelt i helsepersonelloven § 4 er en videreføring og presisering av forsvarlighetskravet i tidligere helsepersonellovgivning. Et tilsvarende krav til forsvarlig virksomhet for virksomhetseier ble først tatt uttrykkelig inn i helsetjenestelovgivningen i forbindelse med spesialisthelsetjenesteloven og psykisk helsevernloven. Forsvarlighetskravet fremgår implisitt av kommunehelsetjenesteloven.

Et overordnet mål for helselovgivningen er å sikre helsetjenester av god kvalitet. Kravet til forsvarlig virksomhetsutøvelse i § 4 er derfor en av de sentrale pliktene til alt helsepersonell. Kravet til forsvarlig virksomhet er en rettslig minstestandard. Standarden kan ikke angis etter bestemte og entydige kriterier, men begrepet inneholder ulike elementer som vil få betydning i vurderingen av hvilket krav som gjelder i den gitte situasjon.

Innholdet i kravet til forsvarlighet vil variere over tid og det differensieres ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner og situasjonen for øvrig. Forsvarlighetskravet vil innebære begrensninger i helsepersonells yrkesutøvelse og faglige autonomi ut fra den enkeltes kompetanse (grunn- og videreutdanning og yrkespraksis).

4.5.2 Systemnivå - krav til forsvarlig virksomhet i helsetjenesten

Kravet til forsvarlige tjenester på virksomhetsnivå er regulert i spesialisthelsetjenesteloven og psykisk helsevernloven. I kommunehelsetjenesteloven følger det implisitt av bestemmelsene om kommunenes plikt til å sørge for nødvendig helsetjeneste og plikt til å organisere og tilrettelegge slik at de krav som følger av lov og forskrift kan oppfylles, herunder kravet til

forsvarlig virksomhet. Lov om tannhelsetjenesten stiller tilsvarende krav til fylkeskommunen på sitt område. Videre fastslår helsepersonelloven at virksomheter som yter helsehjelp plikter å organisere tjenesten slik at helsepersonell som arbeider der blir i stand til å utøve sin virksomhet forsvarlig. I virksomhetenes forsvarlighetskrav inngår en plikt til å sørge for at utøvende helsepersonell gis tilstrekkelig opplæring til å utføre sine oppgaver forsvarlig.

Virksomhetseiers plikt til å tilby forsvarlige tjenester innebærer at de tjenester som ytes skal være av en minstestandard. Tjenestene skal følge kravene til allment aksepterte faglig normer og myndighetenes krav, og de skal ytes av personell med nødvendige faglige kvalifikasjoner. Kravet til forsvarlige tjenester innebærer videre at ansvarsforhold skal være avklart, og at virksomheten skal være forsvarlig organisert med etablerte rutiner og systematiske tiltak slik at helsepersonell kan oppfylle sine plikter, og at risikoen for feil og uhell minimaliseres.

4.5.3 Individnivå - krav til forsvarlig virksomhet for helsepersonell

Helsepersonelloven kapittel 2 stiller krav til helsepersonells yrkesutøvelse. Det stilles blant annet krav til at helsepersonell skal yte forsvarlige tjenester, de skal yte øyeblikkelig hjelp og gi informasjon til pasientene. Det er videre krav til helsepersonell om pliktmessig avhold fra rusmidler i arbeidstiden og forbud mot å motta gaver.

Helsepersonelloven § 4 stiller krav til at helsepersonell *"skal 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"*. Det enkelte helsepersonells plikt til forsvarlig yrkesutøvelse må sees i sammenheng med den plikten virksomhetseier har til å tilby forsvarlige tjenester.

Kravet til forsvarlighet innebærer at helsepersonell ikke skal gå ut over sine kvalifikasjoner i forbindelse med undersøkelse, behandling og annen helsehjelp til pasienter. Hva den enkelte er kvalifisert til er en objektiv vurdering, men forsvarlighetskravet tilsier at det enkelte personell selv vurderer om det har tilstrekkelige kvalifikasjoner til å foreta visse undersøkelser og behandlinger, eller om pasienten bør viderehenvises. Forsvarlighetskravet vil således kunne utgjøre en begrensning i det enkelte personells faglige autonomi.

Eksempler på elementer som kan inngå i en forsvarlighetsvurdering er hvorvidt helsepersonellet har holdt seg faglig oppdatert, eller om helsepersonellet kjenner og har innrettet yrkesutøvelsen etter faglige begrensninger.

Et viktig element i forsvarlighetskravet er at helsepersonell ikke kan instrueres av arbeidsgiver eller andre til å utføre handlinger som de anser for å være i strid med kravet til forsvarlighet eller i strid med andre lovbestemte plikter, så som taushetsplikt, journalføringsplikt m.v.

4.6 Andre land

4.6.1 EØS- avtalen

Norge er gjennom EØS-avtalen forpliktet til å godkjenne helsepersonell utdannet i et EØS-land forutsatt at vilkårene som følger av direktivene om godkjenning av helsepersonell er oppfylt. Direktiv 2005/36/EF godkjenning av yrkeskvalifikasjoner regulerer godkjenning av alt lovregulert personell, der helsepersonell utgjør en antallsmessig liten, men viktig gruppe. Direktivet erstatter totalt 15 tidligere direktiver: såkalte sektordirektiver for godkjenning av helsepersonellgruppene lege, sykepleier i generell sykepleie, tannlege, farmasøyt og jordmor og to generelle direktiv for godkjenning av øvrig personell. Direktiv 2005/36/EF er i det vesentlige en konsolidering og forenkling av gjeldende rett slik den fremsto i de tidligere direktivene og EF-domstolens avgjørelser. Slik videreføres bl.a. prinsippet om automatisk godkjenning på bakgrunn av harmonisert utdanning for de fem sektoryrkene.

Godkjenning av de øvrige helsepersonellgruppene skjer etter en generell ordning, der utgangspunkt for vurderingen er innhold, nivå og varighet av den utenlandske utdanningen sammenlignet med tilsvarende norske. Yrkeserfaring tillegges en større vekt enn tidligere. Også sektoryrker som ikke tilfredsstiller kravet til automatisk godkjenning kan unntaksvis vurderes etter den generelle ordningen.

Det er opp til det enkelte land hvilke helsepersonellgrupper som er gjenstand for regulering. Utover at alle medlemslandene regulerer de fem sektoryrkene, er det til dels stor variasjon i antall og hvilke personellgrupper som er gjenstand for en godkjenningsordning. Dette avspeiler også nasjonale variasjoner i hvilke personellgrupper som anses å være helsepersonell.

4.6.2 Nordiske land

Avtale om nordisk samarbeid om gjensidig godkjenning av helsepersonells kvalifikasjoner ble inngått i 1981. Da Danmark, Sverige og Finland ble medlemmer av EU på midten av 1990-tallet, og Island og Norge ble EØS-medlemmer, ble det diskutert om den nordiske avtalen skulle og kunne videreføres. Man fant at på visse områder var den nordiske avtalen mer gunstig enn EØS-avtalen, og *"Overenskomst om felles nordisk arbeidsmarked for visse yrkesgrupper innen helsevesenet og for veterinærer"* ble inngått mellom de fem nordiske landene i 1994. For nærmere bestemte yrkesgrupper gjelder at den som har fått autorisasjon eller spesialistgodkjenning i et av landene, skal ha rett til en slik godkjenning også i de øvrige landene.

5 Helsepersonellovens autorisasjonsordning

5.1 Innledning

I Ot prp nr 13 (1998-99) pkt. 14.4.1 er det drøftet om autorisasjonsordningen burde oppheves og om det kunne være andre måter å regulere helsepersonells kvalifikasjoner og yrkesutøvelse på enn gjennom en autorisasjonsordning. Et spørsmål var om det ville være tilstrekkelig for pasientsikkerheten å regulere helsepersonells yrkesutøvelse gjennom helsepersonellovens øvrige bestemmelser, arbeidsavtale og arbeidsgivers styringsrett. Departementets vurdering var at man ved å fjerne autorisasjonsordningen ville tape et viktig offentlig styringsmiddel innen helsevesenet. Det ble vist til at tilbakekall går lengre enn en oppsigelse og kan hindre uforsvarlig og uønsket atferd utover de reaksjoner arbeidsgiver har til rådighet.

Det kan her nevnes at også yrkesgrupper utenfor helsevesenet er omfattet av autorisasjonsordning, for eksempel advokatbevilling etter lov av 13.08.1915 nr. 5 om domstolene § 220 og godkjenning av revisorer etter lov av 15.01.1999 nr. 2 kapittel 3.

5.2 Helsepersonelloven kapittel 9 Autorisasjon og tilgrensende ordninger

5.2.1 Autorisasjon

Autorisasjon (§ 48) er en av tre offentlige godkjenningsordninger for helsepersonell. I utgangspunktet gir autorisasjon rett til å utøve yrket uten andre begrensninger enn det som følger av lov, stillingsinstruks og arbeidsgivers styringsrett.

5.2.2 Lisens

Lisens (§49) gir en begrenset adgang til yrkesutøvelse for de som ikke har rett til autorisasjon etter § 48. Begrensningen kan være knyttet til gjennomføringen av et kvalifiseringsløp frem til autorisasjon (studentlisens for lege og farmasøyt, turnuslisens for lege, fysioterapeut og kiropraktor), helsepersonells alder (lisens til helsepersonell over 75 år), eller mangler ved yrkeskvalifikasjoner (teoretisk og/eller praktisk). Det siste gjelder helsepersonell utdannet utenfor Norge, og lisensen vil i det vesentlige ha som formål at vedkommende gjennom veiledet praksis i helsevesenet kan tilegne seg manglende kompetanse og derved oppnå autorisasjon. Lisens kan gis for et bestemt tidsrom, et bestemt arbeidssted eller til visse undersøkelses- eller behandlingsformer. Det største omfanget av lisenser gis i forbindelse med fullføring av et kvalifiseringsløp frem mot full autorisasjon, for eksempel turnuslisens til lege og fysioterapeut i turnustjeneste.

5.2.3 Spesialistgodkjenning

Helsepersonelloven § 51 Vilkår for spesialistgodkjenning gir hjemmel for at *"departementet kan gi forskrifter om godkjenning av autorisert helsepersonell som spesialister innenfor en avgrenset del av det helsefaglige området, herunder at vilkårene skal gjelde for dem som allerede har spesialistgodkjenning ved forskriftens ikrafttredelse."* Nærmere bestemmelser om spesialistgodkjenning er gitt i forskrift av 21.12.2000 nr. 1384 om spesialistgodkjenning av helsepersonell.

Spesialistgodkjenning gis autorisert personell som kan dokumentere å ha gjennomført nærmere regulert spesialistutdanning, se spesialistgodkjenningsforskriften.

Spesialistgodkjenning gis profesjonene lege, tannlege og optiker.

Felles for autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning er det gir innehaveren rett til å benytte beskyttet tittel.

5.3 Helsepersonelloven § 48

Av § 48 første ledd går det frem hvilke personellgrupper som omfattes av autorisasjonsordningen, og derved også av ordningen med lisens. Hvilke grupper som skulle omfattes, var gjenstand for diskusjon og politiske beslutninger i forbindelse med lovprosessen. Etter lovens ikrafttreden har det blitt foretatt en endring ved at gruppe f) farmasøyt er opphevet og erstattet med gruppene ø) provisorfarmasøyt og å) reseptarfarmasøyt (Innst.O.nr.16 (2006-2007). Innstilling fra Helse- og omsorgskomiteen om lov om endringer i helsepersonelloven, sosialtjenesteloven og i enkelte andre lover (krav om politiattest for helsepersonell og sosialpersonell, tilbakekall av rekvireringsrett og endringer i betegnelsen farmasøyt)). Videre er det foreslått å gi autorisasjon til den nye helsepersonellgruppen helsefagarbeider, som vil erstatte utdanningen som hjelpepleier og omsorgsarbeider. Autorisasjon av helsefagarbeider innebærer i realiteten ikke autorisasjon av en ny personellgruppe, men en videreføring av autorisasjon av eksisterende grupper på bakgrunn av endringer i utdanningsforholdene.

6 Rettsvirkninger av autorisasjon

6.1 Innledning

I følge Ot prp nr 13 (1998-99) hadde autorisasjonsordningen opprinnelig i hovedsak to rettsvirkninger:

- rett til å benytte beskyttet tittel, og
- rett til å benytte bestemte undersøkelses- eller behandlingsmetoder, herunder rett til bestemt virksomhet.

Behandlingsmetodemonopol har fått et annet innhold etter oppheving av lov av 19.06.1936 nr. 9 om innskrenking i adgangen for den som ikke er norsk læge eller tannlæge, til å ta syke i kur (kvaksalverloven) og innføring av alternativ behandlingsloven, og er nå utledet av krav til faglig forsvarlighet.

I tillegg innebærer autorisasjon en rekke forpliktelser. Ved mislighold av forpliktelser etter helsepersonelloven, kan autorisert helsepersonell gjøres gjenstand for sanksjoner gjennom reaksjonssystemet i lovens kapittel 11.

6.2 Tittelbeskyttelse

Autorisert helsepersonells bruk av beskyttet tittel reguleres i § 74:

Bare den som har autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning har rett til å benytte slik yrkesbetegnelse som kjennetegner vedkommende gruppe helsepersonell.

Ingen må uriktig benytte titler eller annonsere virksomhet på en slik måte at det kan gis inntrykk av at vedkommende har autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning.

Etter § 74 tredje ledd kan departementet i forskrift regulere hvilke titler som er beskyttet. Forskriftshjemmelen har så langt ikke vært anvendt.

Formålet med tittelbeskyttelsen er at pasienter og publikum ikke skal villedes ved at personer bruker titler de ikke er kvalifisert til å inneha. Tittelbeskyttelsen bidrar således til en offentlig kvalitetssikring av tjenesteutøveren, og pasientsikkerheten styrkes dersom den beskyttede tittelen gir tydelig informasjon om yrkesutøverens kompetanse.

Om tittelbeskyttelsens rekkevidde sier forarbeidene følgende (Ot prp nr 13 (1998-99) s. 149):

[F]ormålet med tittelbeskyttelse tilsier at et minimum må være at selve yrkesbetegnelsen er beskyttet.

Formålet med tittelbeskyttelse tilsier at det bør være forbudt å bruke også andre yrkesbetegnelser enn selve yrkestittelen. Dette gjelder særlig hvis slike andre yrkesbetegnelser er egnet til å villedde publikum til å tro at vedkommende tilhører en autorisert helsepersonellgruppe.

Som eksempel på betegnelser som kan komme i strid med bestemmelsen, oppstiles i forarbeidene "psykoanalytiker", "psykoterapeut" og "naturlege", som kan villedde pasienter og befolkningen forøvrig til å tro at vedkommende er autorisert psykolog eller lege.

Tittelbeskyttelsens rekkevidde må bero på en konkret vurdering. Forutsetning for forbud er at betegnelsen er benyttet og egnet til å gi inntrykk av at vedkommende har en bestemt autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning, og dermed kvalifikasjoner til en bestemt yrkesutøvelse, uten å ha dette.

6.3 Behandlingsmetodemonopol

Hovedformålet med å regulere helsepersonells yrkesutøvelse skal ikke være å sikre enkelte personellgrupper enerett til visse behandlingsmetoder, men å beskytte pasientene i hensiktsmessig utstrekning mot ukyndig behandling.

Det ble derfor vurdert som uhensiktsmessig å oppstille en *"kasuistisk oppramsing"* av slik type yrkesutøvelse. I stedet er det en generell bestemmelse med krav til faglig forsvarlighet. Det følger av § 4 første og annet ledd at helsepersonell, j.fr definisjonen i § 3, *"skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan ventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig."* Videre skal helsepersonell innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, innhente bistand eller henvise pasienter videre det dette er nødvendig og mulig. Yrkesutøvelsen skal skje ved samarbeid og samhandling med annet kvalifisert helsepersonell dersom pasientens behov tilsier det. I så fall skal lege og tannlege ta beslutninger i henholdsvis medisinske og odontologiske anliggender som gjelder undersøkelse og behandling av den enkelte pasient.

Etter fjerde ledd kan departementet ved forskrift bestemme at visse typer helsehjelp bare kan gis av personell med særskilte kvalifikasjoner. Utover bestemmelsene i tredje og fjerde ledd er det ikke være forbeholdt yrkesgrupper som sådan å foreta visse typer yrkesutøvelse. Det avgjørende er hvilke faglig kompetanse det enkelte helsepersonell innehar til å foreta den konkrete yrkesutøvelse.

6.4 Rekvireringsrett

Hensynet til pasientsikkerheten tilsier at det må være samsvar mellom helsepersonellens kvalifikasjoner og den rett de har til å rekvirere legemidler til pasienter for terapeutiske formål.

Rett til rekvirering av legemidler følger av helsepersonelloven § 11 første ledd første punktum. Etter annet punktum kan departementet bestemme at annet autorisert helsepersonell enn lege og tannlege kan få begrenset rekvireringsrett.

6.5 Reaksjonssystemet

For helsepersonell finnes det to ulike systemer for kontroll og tilsyn av personellens virksomhet og yrkesutøvelse. Arbeidsgiver har lovmessige forpliktelser i forhold til helsetjenesten som ytes, og har gjennom sin styrings- og instruksjonsmyndighet en kontrollfunksjon i forhold til ansatt helsepersonell. Helsepersonellet har også lovmessige forpliktelser i forhold til sin yrkesutøvelse, og både arbeidsgiver- og helsepersonellsiden er gjenstand for kontroll fra de statlige tilsynsorganer.

Reaksjonssystemet i helsepersonelloven omhandles i kapittel 11. Loven har reaksjonsformer som advarsel, tilbakekall og suspensjon av autorisasjon, lisen og spesialistgodkjenning, begrensnig av autorisasjon, tap og suspensjon av rekvireringsrett. Reglene sonrer mellom helsepersonell og autorisert helsepersonell.

Den som mener seg utsatt for brudd på plikter fastsatt i eller i medhold av helsepersonelloven, kan etter § 55 be Helsetilsynet i fylket om å vurdere forholdet. Dersom Helsetilsynet finner at reaksjon etter kapittel 11 bør ilegges, skal saken oversendes Statens helsetilsyn. Statens helsepersonellnemnd er klageorgan for vedtak etter §§ 53, 56 til 59 og 62 til 65.

6.5.1 Advarsel, § 56

I § 56 omhandles reaksjonsformen advarsel. Advarsel kan, dersom vilkårene i bestemmelsens første ledd er oppfylt, ilegges helsepersonell med og uten autorisasjon. Advarsel er et enkeltvedtak, og forvaltningsloven kommer til anvendelse.

Ileggelse av advarsel krever forsettlig eller uaktsom overtredelse av plikter i eller bestemmelser gitt i medhold av helsepersonelloven. Videre må pliktbruddet være egnet til å medføre fare for sikkerheten i helsetjenesten eller til å påføre pasienter en betydelig belastning.

Det fremgår av bestemmelsens ordlyd og lovens forarbeider at advarsel ikke er en gradering av bestemmelsen om tilbakekall av autorisasjon, lisens og spesialistklæring.

Bestemmelsen om advarsel har selvstendig betydning, og vurderingstemaet – pliktbrudd som er egnet til å medføre fare for sikkerheten i helsetjenesten eller til å påføre pasienter betydelig belastning – må antas å kunne oppleves som svært belastende for det impliserte helsepersonell.

Etter Ot prp nr 13 (1998-99) s. 247 kan advarsel gis hvor helsepersonell har utvist atferd som er egnet til å svekke den allmenne tilliten til yrkesgruppen. Dette skal typisk gjelde domfellelse for forbrytelser som ikke anses alvorlige nok til at helsepersonellet anses uskikket til å inneha autorisasjon, jf § 57. Ved dette får reaksjonsformen likevel preg av gradering i forhold til tilbakekall, men en vesentlig forskjell er advarselens hovedtema (pliktbrudd som er egnet til å medføre fare for sikkerheten i helsetjenesten eller til å påføre pasienter betydelig belastning) og at advarsel kan administreres til helsepersonell uten autorisasjon.

6.5.2 Tilbakekall av autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning, § 57

I § 57 omhandles reaksjonsformen tilbakekall av autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning. Dersom bestemmelsens alternative vilkår er oppfylt, kan tilsynsmyndighetene tilbakekalle autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning, og således hindre helsepersonellet i å utøve sitt respektive yrke. Denne reaksjonsformen er bare aktuelt overfor helsepersonell med autorisasjon eller lisens. Tilbakekall er et enkeltvedtak, og forvaltningsloven kommer til anvendelse.

Etter § 57 første ledd kan autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning tilbakekalles, dersom innehaveren er uegnet til å utøve sitt yrke forsvarlig, på grunn av:

- alvorlig sinnslidelse
- psykisk eller fysisk svekkelse
- langt fravær fra yrket
- bruk av alkohol, narkotika eller midler med lignende virkning
- grov mangel på faglig innsikt
- uforsvarlig virksomhet
- grove pliktbrudd etter helsepersonelloven eller bestemmelser gitt i medhold av den
- atferd som anses uforenlig med yrkesutøvelsen.

I tillegg kan tilbakekall anvendes dersom innehaveren til tross for advarsel unnlater å innrette seg etter lovbestemte krav eller vilkår fastsatt i forskrift ikke er oppfylt. Autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning gitt på grunnlag av tilsvarende godkjenning i annet land, kan tilbakekalles dersom godkjenningen i dette landet mister sin gyldighet.

Vilkårene for at helsepersonell skal ilegges advarsel eller få tilbakekalt autorisasjon mv praktiseres strengt.

6.5.3 Suspensjon § 58

Dersom tilsynsmyndighetene finner grunn til å tro at vilkårene for tilbakekall etter § 57 er tilstede, hjemler § 58 suspensjon av autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning inntil det er tatt endelig beslutning i saken. Suspensjon er et enkeltvedtak etter forvaltningsloven.

Et vilkår for å benytte suspensjon må det foreligge berettiget grunn til å tro at vilkårene for tilbakekall er til stede. Det er også vilkår at helsepersonellet må anses å være til fare for sikkerheten i helsetjenesten.

Etter forarbeidene stilles det ikke like strenge krav til bevis for suspensjon som for tilbakekall. Rettssikkerheten søkes ivarettatt ved at reaksjonen gis en tidsbegrensning på seks måneder, med anledning til forlengelse på ytterligere seks måneder.

6.5.4 Begrenset autorisasjon, § 59

Statens helsetilsyn har i § 59 hjemmel til å begrense en autorisasjon til å gjelde utøvelse av bestemt virksomhet under bestemte vilkår. Begrensning er et enkeltvedtak, og forvaltningsloven kommer til anvendelse.

Begrensning av autorisasjon kan fastsettes i tilfeller der helsepersonell, til tross for at vilkårene for tilbakekall er oppfylt, anses skikket til å utøve virksomhet på et begrenset felt under tilsyn og veiledning.

Begrensning er for autorisasjons vedkommende et alternativ til suspensjon og tilbakekall.

6.5.5 Tap av rekvireringsrett, § 63

Etter § 63 kan Statens helsetilsyn helt eller delvis tilbakekalle rekvireringsrett for legemidler i gruppe A og B. Tap av rekvireringsrett er et enkeltvedtak etter forvaltningsloven.

Vilkåret for tilbakekall er at lege eller tannlege har praktisert en uforsvarlig rekquirering av legemidler i gruppe A eller B. Etter forarbeidene er forutsetningen at rekvireringsretten misbrukes på en måte som må anses uforsvarlig. *"Om misbruket skjer i uvitenhet, i egen interesse, ved uaktsomhet eller forsett er uten betydning. Det avgjørende er at foreskrivningen har vært uforsiktig, slik at pasienters sikkerhet har vært utsatt for risiko".* (Ot prp nr 13 (1998-99) s. 249).

Rekvireringsrett for legemidler i gruppe A eller B gitt på grunnlag av tilsvarende godkjenning i annet land, kan tilbakekalles dersom godkjenningen i det andre landet mister sin gyldighet.

Helsepersonell kan selv gi avkall på rekvireringsretten ved skriftlig erklæring til Helsetilsynet i fylket. Avkallet er bindende i den perioden det er gitt for.

6.5.6 Sakkyndig undersøkelse, § 60

Bestemmelsen i § 60 tar sikte på tilfeller av hvor tilbakekall av autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning, og gir Statens helsetilsyn hjemmel til å pålegge helsepersonell å underkaste seg medisinsk eller psykologisk undersøkelse av sakkyndig. Avgjørelse om sakkyndig undersøkelse anses som en prosessuell avgjørelse, og forvaltningsloven kommer ikke til anvendelse.

Det er av stor betydning for dokumentasjonen i saker om tilbakekall, at det foreligger adgang til å pålegge sakkyndig undersøkelse. Statens helsetilsyn har derfor suspensjonsadgang overfor personell som motsetter seg sakkyndig undersøkelse, jf. § 60 annet ledd.

6.5.7 Frivillig avkall, § 61

Med hjemmel i § 61 kan helsepersonell selv gi avkall på autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning ved skriftlig erklæring til Helsetilsynet i fylket. Autorisasjons-, lisens- eller spesialistgodkjenningsdokumentet skal så vidt mulig innleveres samtidig med erklæringen.

Frivillig avkall kan antagelig være tidsubegrenset, tidsbegrenset eller knyttet til en bestemt tilstand eller sykdom.

6.5.8 Ny autorisasjon, lisen eller spesialistgodkjenning, § 62

Ved tilbakekall eller frivillig avkall kan Statens helsetilsyn gi helsepersonell ny autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning med hjemmel i § 62. Avslag på søknad om autorisasjon, lisen eller spesialistgodkjenning er enkeltvedtak, og forvaltningsloven kommer til anvendelse.

Etter § 62 første ledd første punktum stilles som vilkår at helsepersonellet kan godtgjøre at han eller hun er skikket. Ny autorisasjon kan begrenses etter § 59.

6.6 Rettslig konkurrens

Helsepersonellovens reaksjonssystem er av administrativ art slik at reaksjonene ikke anses som straff. Utenom helsepersonelloven kan helsepersonell ilegges reaksjoner etter arbeidsgivers styrings- og instruksjonsrett, og etter bestemmelser i norsk sær- og straffelovgivning. Helsepersonell kan også bli gjort til gjenstand for vurdering etter lov- og ulovfestede regler om erstatningsansvar. Dette er parallelle systemer som ivaretar forskjellige hensyn. Forutsatt overensstemmelse med EMK tilleggsprotokoll 7 artikkel 4 nummer 1, kan sanksjonene ilegges uavhengig av hverandre.

7 Kriterier for autorisasjon av helsepersonell

7.1 Innledning

Kriterier for autorisering av dagens autoriserte helsepersonellgrupper, er ikke lovhjemlet. Vilåårene fremgåår av forarbeidene til helsepersonelloven, Ot prp nr 13 (1998-99) s. 127 flg.

Kriterier for autorisasjon av nye helsepersonellgrupper fremgåår av forskriftshjemmelen i § 48 fjerde ledd:

Departementet kan i forskrift bestemme at helsepersonell som ikke omfattes av første ledd, kan gis autorisasjon etter søknad. Ved avgjørelsen skal det legges vekt på hensynet til pasientsikkerhet, innhold og formålet med utdanningen, i hvilken utstrekning yrket utøves selvstendig og hensynet til harmonisering med andre land.

Autorisasjonskriteriene i § 48 fjerde ledd synes sammenfallende med de kriterier som fremgåår av Ot prp nr 13 (1998-99), sammenholdt med lovens og autorisasjonsordningens hovedformål. Sosial- og helsedirektoratet legger derfor til grunn at kriteriene i § 48 fjerde ledd skal forstås på samme måte som kriteriene for de allerede autoriserte gruppene i § 48 første ledd. Forståelsen er i samsvar med hensynet til forutberegnelighet og helsepersonellovens formål om dempet profesjonsstrid. Hensynet til pasientsikkerhet fremgåår ikke eksplisitt i departementets opplisting av vilkår for autorisasjon, se nedenfor. Det går imidlertid frem i forarbeidene at hensynet til pasientsikkerhet og personellgruppenes skadepotensial ligger som grunnleggende premiss i forståelsen av vilkåret "Yrkesutøvelsens innhold".

Kriterier for autorisering av helsepersonellgrupper må ikke forveksles med vilkår for autorisasjon på individnivå som er regulert i § 48 annet og tredje ledd. Sosial- og helsedirektoratet avgrenser utredningen mot vilkår for autorisasjon på individnivå, og vilåårene vil ikke vurderes videre.

7.2 Kriterier for autorisasjon

Kriterier for autorisasjon fremgåår av Ot prp nr 13 (1998-99) s. 127 flg.:

- 1) Utdanning – at personell er utdannet for å arbeide innen helsevesenet
- 2) Yrkesrollens innhold – at yrkesrollen innebærer en viss selvstendighet og pasientkontakt
- 3) Internasjonale forhold – om yrkesgruppen er autorisert, eller vurderes autorisert, i Norden tillegges betydning. I tillegg bør det sees hen til andre sammenlignbare lands systemer

Kriteriene for autorisasjon av de i § 48 første ledd opplistede helsepersonellgrupper er ikke lovfestet, og fremgåår bare av forarbeidene. Der er til gjengjeld kriteriene grundig behandlet.

7.2.1 Utdanningens innhold

I proposisjonene anføres at et viktig utgangspunkt for autorisasjonsvurderingen bør være om utdanningen tar sikte på å utdanne personell for arbeid innenfor helsevesenet til daglig pasientkontakt og det ansvar dette innebærer.

Helsemyndighetene må finne at det helsefaglige innholdet i utdanningen er tilfredsstillende og oppdatert ut fra tjenestens behov og vitenskaplig/samfunnsmessig utvikling. Det bør videre vektlegges om utdanningen er godkjent av utdanningsmyndighetene og akkreditert av NOKUT og om utdanningen i hovedsak er forskningsbasert.

Utdanningens nivå er videre et relevant kriterium. Sosial- og helsedepartementet uttrykker i proposisjonen at det ikke bør stilles opp en formell grense for utdanningens nivå. Hensynet til pasientsikkerheten og kvaliteten på helsetjenesten må være avgjørende.

7.2.2 Yrkesrollens innhold

Utgangspunktet for yrkesrollens innhold som kriterium for autorisasjon er hensynet til pasientens sikkerhet. Hensynet til pasientsikkerheten taler for et styringsbehov i de tilfeller der helsepersonellet i sin yrkesutøvelse har selvstendig pasientkontakt, enten det skjer i form av selvstendig yrkesutøvelse eller innenfor en institusjonell ramme.

Yrkesrollens innhold må tillegges betydelig vekt der hvor yrkesutøvelsen innebærer risiko for pasienten. Dette gjelder spesielt der yrkesrollen innebærer et selvstendig og direkte ansvar for diagnostikk, behandling, pleie og/eller oppfølging av pasienter.

Relevant i forhold til vurderingen av yrkesrollens innhold er hvorvidt yrkesrollens kan innebære selvstendig næringsvirksomhet. Dette begrunnes ut fra behovet for offentlig kontroll ved utøvelse av selvstendig næringsvirksomhet som helsepersonell. Personellgruppenes mulighet for å utøve yrket i selvstendig næringsvirksomhet er likevel ikke en betingelse for autorisasjon, men vil måtte vurderes ut fra hensynet til pasientsikkerhet og skadepotensial.

Også yrkesutøvelse som ikke innebærer direkte pasientkontakt, kan ha betydning for pasientsikkerheten. Dette innebærer at direkte pasientkontakt ikke nødvendigvis er et avgjørende vilkår for om en gruppe skal autoriseres. Et moment her vil kunne være om autorisasjon vil være en forutsetning for å ivareta hensynet til pasientsikkerhet og sikre den allmenne tillit til helsetjenesten.

7.2.3 Internasjonale forhold

De to internasjonale avtalene som regulerer godkjenning av helsepersonell med utenlandsk utdanning/yrkeskompetanse er Overenskomst om felles nordisk arbeidsmarked for visse personalgrupper innen helsevesenet og veterinærvesenet og direktiv som gjøres til en del av EØS-avtalen.

Den nordiske overenskomsten regulerer gjensidig godkjenning av helsepersonell fra de nordiske landene, og har blant annet som formål å tilstrebe at de nordiske landene har en så ensartet utdannelse og lovgivning som mulig for de i overenskomsten regulerte yrkesgrupper. Etter Ot prp nr 13 (1998-99) er det av vesentlig betydning at reglene i Norge harmoniserer med de øvrige nordiske land, fordi utveksling av helsepersonell er et av de viktigste områdene for arbeidsutveksling i Norden.

Som medlem av EFTA og avtalepart i EØS er Norge forpliktet til å følge de direktiver som gjøres til en del av EØS-avtalen. Dette innebærer bl.a. å påse at norsk regulering av godkjenning av yrkeskvalifikasjoner ervervet i en annen medlemsstat er i overensstemmelse med det aktuelle direktiv i forhold til krav om ikke-diskriminering, gjensidig godkjenning av yrkeskvalifikasjoner og krav til utdanningenes innhold. Gjensidig godkjenning av yrkeskvalifikasjoner innebærer en rett til å utøve eller etablere egen virksomhet i andre medlemsstater innen visse yrker. Direktivet innebærer at dersom en profesjon er regulert (f. eks ved autorisasjon) i et medlemsland, har EU/EØS-borgere med tilsvarende kvalifikasjoner rett til å få disse godkjent og derved rett til å få tilgang til å utøve dette yrket på lik linje med de som er utdannet/ kvalifisert i landet. Direktivet inneholder ikke krav om at bestemte profesjoner omfattes av en autorisasjonsordning. Dette regulertes av det enkelte lands nasjonale lovgivning.

Direktiv 2005/36/EF godkjenning av yrkeskvalifikasjoner (i kraft fra høsten 2007 i EU, og i løpet av 2008 i Norge) erstatter tidligere direktiver for godkjenning av helsepersonell.

EØS-avtalen pålegger ikke Norge å ha en offentlig autorisasjonsordning for yrkesgrupper. Norge er heller ikke forpliktet til å opprettholde gjeldende autorisasjonsordning for de yrkesgrupper som er regulert etter de generelle direktiver.

8 Høring

8.1 Innledning

Sosial- og helsedirektoratet inviterte 67 utvalgte instanser av seks kategorier til å komme med innspill til utredningsoppdraget.

- Autoriserte grupper yrkesorganisasjoner
- Ikke-autorisert helsepersonell og alternative behandleres yrkesorganisasjoner
- Brukerorganisasjoner
- Arbeidsgiverorganisasjoner
- Utdanningsinstitusjoner
- Statlige instanser.

Sosial- og helsedirektoratet valgte denne fremgangsmåten fordi den ville gi et godt bilde av hvordan autorisasjonsordningen praktiseres og oppleves av de involverte parter.

8.2 Høringsspørsmål

Helse- og omsorgsdepartementets oppdragsdokument av 25.04.2007 og direktoratets presisering ble i sin helhet sent ut til de utvalgte instanser for innspill.

Det ble spesielt ønsket kommentar om:

- Hvorvidt dagens autorisasjonsordning er egnet til å ivareta lovens formål
- Hvilke kriterier for autorisasjon vil best oppfylle lovens formål, jf. helsepersonellovens virkeområde i hpl. § 2
- Hvilke personellgrupper man finner oppfyller slike kriterier at autorisering er nødvendig for pasientsikkerheten og lovens formål ellers

Det ble i invitasjonen presisert at utredningens mandat ikke hjemlet vurdering av behovet for autorisering av enkeltgrupper.

Invitasjon, oppdragsdokument og samtlige innspill er vedlagt utredningen..

8.3 Høringsinstanser

8.3.1 Inviterte instanser

De 67 instansene representerer følgende seks kategorier:

- I) Yrkesorganisasjoner for autorisert helsepersonell
- Ambulansepersonellens yrkesorganisasjon v/KFO
 - Den norske jordmorforening
 - *Den norske lægeforening
 - Den norske tannlegeforening
 - *Fagforbundet
 - *Farmasiforbundet
 - *Fellesorganisasjonen for sosionomer, barnevernspedagoger og vernepleiere
 - Kliniske ernæringsfysiologers forening
 - Norges ambulanseforbund
 - Norges Farmaceutiske Forening
 - Norges Ingeniørorganisasjon
 - *Norges Optikerforbund
 - *Norges Tannteknikerforbund

- NORSECT
 - Norsk audiografforbund
 - Norske fotterapeuters forbund
 - *Norsk Ergoterapiforbund
 - *Norsk fysioterapeutforbund
 - Norsk helsesekretærforbund
 - *Norsk kiropraktorforening
 - *Norsk Psykologforening
 - Norsk Radiografforbund
 - *Norsk sykepleierforbund
 - *Norsk Tannpleierforening
 - Norske Ortopediingeniørers Forening
 - *Norske Ortoptisters forbund
 - Parat
 - *Privatpraktiserende Fysioterapeuters forening
- II) Yrkesorganisasjoner for ikke-autorisert helsepersonell og alternative behandlere
- *(- Fellesorganisasjonen for sosionomer, barnevernspedagoger og vernepleiere)
 - NFFs faggruppe for manuellterapi
 - *Norges Naprapatforbund
 - *Norsk akupunkturforening
 - *Norsk Manuellterapeutforening
 - *Norsk Osteopatforbund
 - SABORG
- III) Brukerorganisasjoner
- *Funksjonshemmedes fellesorganisasjon FFO
 - Landsforeningen for hjerte- og lungesyke
 - Mental helse Norge
 - Norsk Pasientforening
- IV) Arbeidsgiverorganisasjoner
- *Arbeidsgiverforeningen Spekter
 - Kommunesektorens interesse- og arbeidsgiverorganisasjon
 - NHO
- V) Utdanningsinstitusjoner
- *Universitets- og høyskolerådet (UHR), herunder
 - Nasjonalt fakultetsmøte i odontologi
 - Nasjonalt fakultetsmøte i medisin
 - Det nasjonale profesjonsrådet for farmasiutdanning
 - Det nasjonale profesjonsrådet for psykologiutdanning
 - Nasjonalt råd for helse- og sosialfagutdanning
- VI) Statlige instanser
- *Arbeids- og velferdsdirektoratet (NAV)
 - Samtlige fylkesmannsembeter
 - *Statens helsetilsyn
 - Nasjonalt kunnskapssenter for helsepersonell
 - Norsk Pasientskadeerstatning
 - Pasientombudskollegiet
 - Pasientskadenemnda

- *Statens autorisasjonskontor for helsepersonell
- *Statens helsepersonellnemnd

Instanser merket med stjerne(*) har kommet med innspill.

8.3.2 Ikke-inviterte instanser

Sosial- og helsedirektoratet mottok i tillegg innspill fra sju organisasjoner utenom de 67 forespurte. Disse tilleggsinnspillene fordelte seg slik:

- I) Autoriserte gruppers yrkesorganisasjoner
 - *Yrkesorganisasjonenes Sentralforbund - YS
- II) Ikke-autorisert helsepersonell og alternative utøveres yrkesorganisasjoner
 - *Norsk Forbund for Osteopatisk Medisin
 - *Norske Naturterapeuters Hovedorganisasjon
- III) Brukerorganisasjoner
 - *Landsforeningen for Kvinner med Bekkenløsning LKB
 - *Norges handikapforbund
 - *Pasientaksjonen for Firda fys-med
 - *Landsforeningen for Nakkeslengskadde LFN

8.3.3 Oppsummering

Av de 67 forespurte mottok Sosial- og helsedirektoratet 26 innspill. Direktoratet mottok i tillegg sju innspill fra ikke-inviterte instanser, totalt 33 innspill.

Representantene av høringsrunden kan oppsummeres slik:

Grupper	Invitert	Besvart	Ikke invitert	Sum innspill
I	28	15	1	16
II	6	4	2	6
III	4	1	4	5
IV	3	1	0	1
V	1	1	0	1
VI	25	4	0	4
Sum	67	26	7	33

Ca. 39 % av de forespurte instansene valgte å gi innspill til Sosial- og helsedirektoratets utredningsoppdrag. Til sammen kom det innspill fra 33 instanser og alle kategoriene var representert.

Det synes som om de som har svart, har nedlagt et ikke ubetydelig arbeid. Saken har blitt behandlet i interne møter, og innspillene er jevnt over av høy kvalitet.

8.4 Generelle tendenser

Høringsinstansene valgte i stor grad selv å prioritere oppdragsdokumentets problemstillinger. Et stort flertall valgte likevel å kommentere utredningens mest sentrale problemstillinger.

8.4.1 Er autorisasjonsordningens rettsvirkninger egnet til å oppnå lovens formål?

22 av i alt 33 instanser uttrykte eksplisitt at dagens ordning er godt egnet til å ivareta lovens formål. Ingen av interessentene uttrykte eksplisitt at ordningen var lite eller ikke egnet.

8.4.2 Er autorisasjonsordningens kriterier adekvate til å oppnå lovens formål?

12 av i alt 33 instanser uttrykte eksplisitt at dagens kriterier er godt egnet til å ivareta lovens formål. Ingen av instansene uttrykte eksplisitt at dagens kriterier var lite eller ikke egnet.

Det er grunn til å tro at flere av instansene anser kriterienes egnethet som en del av vurderingen av autorisasjonsordningens egnethet som sådan. Det er derfor rimelig å legge til grunn at dagens kriterier har en høy tilslutning blant instansene.

8.4.3 Bør eventuelle endringer skje i lov- eller forskriftsform?

Bare tre av instansene har valgt å kommentere denne problemstillingen. Disse fant at en utvidning av antall autoriserte grupper bør skje ved lovendring. Videre fant to instanser at forskriftsregulering burde unngås med hensyn til helsepersonellovens formål om å motvirke profesjonsstridighet.

8.4.4 Dobbeltautorisasjon versus spesialistgodkjenning

13 av 33 instanser var eksplisitt negative til dobbeltautorisasjon på grunnlag av videre- eller spesialistutdanning. Fire var eksplisitt positive til nevnte dobbeltautorisasjon. Det er uklart i hvilken grad instanser seg positive til dobbeltautorisasjon har sondret mellom tilfellene av grunnutdanning pluss grunnutdanning, og grunnutdanning pluss tilleggsutdanning/spesialisering.

I alt seks av 33 var eksplisitt positive til en utvidelse av spesialistordningen som alternativ til dobbeltautorisasjon. To var eksplisitt negative til ordning.

Det syntes å være en utbredt enighet om at dobbeltautorisering av sykepleiere som jordmødre av historiske årsaker ikke er å anse som dobbeltautorisasjon i tradisjonell forstand.

8.4.5 Tolkning av dagens kriterier

I alt 13 av 33 instanser syntes å være for en restriktiv tolkning av dagens kriterier. Tre av 33 instanser syntes å være for en liberal tolkning av kriteriene.

8.4.6 Oppsummering

Et stort flertall av instansene fant at rettsvirkninger og kriterier i dagens helsepersonellovens autorisasjonsordning var adekvate for å oppnå lovens formål.

Problemstillingen om lov- versus forskriftsendring ble i liten grad kommentert. De som kommenterte var utelukkende negative til utvidelse ved forskrift.

Av de som tok stilling til problemstillingen om dobbeltautorisasjon, var overveldende negative til autorisasjon på grunnlag av videre- og spesialistutdanning.

Av de som valgte å kommentere konservativ versus liberal fortolkning av dagens kriterier, var et overveldende flertall positive til konservativ tolkning.

9 Kort reaksjonsstatistikk

Statens helsetilsyn fatter vedtak etter helsepersonellovens reaksjonskapittel etter hjemmel i § 55 fjerde ledd. Vedtak kan klages inn for Statens helsepersonellnemnd, jf. § 68.

Statens helsetilsyn fattet i perioden 2001 til 2006 735 vedtak, hvorav 362 vedtak om advarsel til helsepersonell og 309 vedtak om tilbakekall av autorisasjon. Av 362 vedtak om advarsel er åtte fattet mot uautorisert helsepersonell. Totalt tolv av 28 (43 %) autoriserte helsepersonellgrupper er representerte blant vedtak om advarsel, og 16 av 28 (57 %) autoriserte helsepersonellgrupper blant vedtak om tilbakekall.

Statens helsepersonellnemnd fattet i perioden 2001 til oktober 2007 208 vedtak, hvorav 48 vedtak om advarsel og 53 vedtak om tilbakekall av autorisasjon. Ingen vedtak om advarsel ble fattet mot uautorisert personell. I alt ni av 28 (32 %) autoriserte helsepersonellgrupper er representerte blant vedtak om advarsel, og ni av 28 (32 %) autoriserte helsepersonellgrupper blant vedtak om tilbakekall.

11 av 177 (6 %) av vedtak om tilbakekall fattet av Statens helsetilsyn i perioden 2004 til 2006 var begrunnet med faglig uforvarlighet. 18 av 53 (34 %) av vedtak om tilbakekall fattet av Statens helsepersonellnemnd i perioden 2001 til 2006 var begrunnet med faglig forvarlighet.

Instanser	Reaksjonsvedtak	2001	2002	2003	2004	2005	2006	SUM
Statens helsetilsyn	Advarsel hp. u/autorisasjon	0	0	2	3	2	1	8
	Advarsel hp. m/autorisasjon	38	49	57	54	85	71	354
	Tilbakekall	36	40	56	60	46	71	309
	Fattede vedtak	78	98	122	131	148	158	735
Statens helsepersonellnemnd	Advarsel hp. u/autorisasjon	0	0	0	0	0	0	0
	Advarsel hp. m/autorisasjon	1	2	7	8	14	16	48
	Tilbakekall	15	10	6	17	13	23	53
	Fattede vedtak	20	21	27	47	46	47	208

10 Drøfting

10.1 Rettsvirkning

10.1.1 Innledning

Autorisasjonsordningen medfører både rettigheter og plikter for det helsepersonellet som er omfattet. Rettsvirkning av autorisasjon er tittelbeskyttelse etter § 74 og adgang til å tilbakekalle, suspendere eller begrense autorisasjon etter §§ 57 - 59.

Autorisasjon innebærer ikke at helsepersonellet pålegges vesentlig andre plikter enn det som pålegges helsepersonell uten autorisasjon. En viktig forskjell er imidlertid at autorisert helsepersonell kan ilegges begrensninger i, eller tape retten til å utøve yrket sitt gjennom tilsynsmyndighetens adgang til å tilbakekalle eller begrense autorisasjonen.

Etter grunnleggende rettslige prinsipper bør slike særlige reaksjoner bare ilegges når det må anses forholdsmessig i forhold til den gevinst man oppnår ved reguleringen. Autorisasjon må derfor være både påkrevd og egnet for å ivareta lovens formål, derunder pasientenes sikkerhet, og den må være forholdsmessig i forhold til helsepersonellens plikter og betinget rådighetsbegrensning.

10.1.2 Tittelbeskyttelse

Tittelbeskyttelse for autorisert helsepersonell fremgår av helsepersonelloven § 74, som lyder

Bare den som har autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning har rett til å benytte slik yrkesbetegnelse som kjennetegner vedkommende gruppe helsepersonell.

Ingen må uriktig benytte titler eller annonsere virksomhet på en slik måte at det kan gis inntrykk av at vedkommende har autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning.

Alternativ behandlingsloven § 8 inneholder tilsvarende bestemmelse.

For helsepersonell synes tittelbeskyttelse å fremstå som den sentrale rettsvirkningen av autorisasjon. Behov for tittelbeskyttelse kan synes som en av begrunnelsene for at ikke-autoriserte grupper ønsker å bli omfattet av autorisasjonsordningen. Tittelbeskyttelse vil fungere som en identifisering av en avgrenset personellkrets og avskjære ikke-autorisert personell fra å benytte samme eller for nærliggende tittel.

For befolkningen, pasienter og annet helsepersonell kan tittelbeskyttelse gi en synlig bekreftelse på at autorisert personell er i besittelse av de grunnleggende ferdigheter og kunnskaper som følger av den autorisasjonsgivende grunnutdanningen. Det må her påpekes at gjennomførte utdanninger allerede kan dokumenteres gjennom vitnemål eller eksamenspapirer. Autorisasjon vil innebære en synliggjøring av dette.

Etter Sosial- og helsedirektoratets syn skaper tittelbeskyttelse i det vesentlige en god forutberegnelighet for pasienter i møte med autorisert helsepersonell.

10.1.3 Behandlingsmetodemonopol

I punkt 6.3 foran vises det til at hovedformålet med helsepersonelloven er pasientsikkerhetshensyn, ikke å gi enkelte personellgrupper enerett til behandlingsmetoder. Forsvarlighetskravet erstatter behovet for behandlingsmetodemonopol etter kvaksalverloven. Det vises for øvrig til proposisjonens behandling av behovet for autorisasjon ved utvidelse av

helsepersonelldefinisjonen, og til innføringen av et forsvarlighetskrav som grense for helsepersonells autonomi.

10.1.4 Tittelbeskyttelse og behandlingsmetodemonopol

I praksis kan tittelbeskyttelse gi inntrykk av at tittelen er knyttet til visse behandlingsmetoder. Gjennom dette kan det stilles spørsmål om tittelbeskyttelsen kan få virkning som en slags behandlingsmetodemonopol. Det kan her vises til forarbeidene til § 74 (Ot prp nr 13 (1998-99) s 254 flg.). Dette er etter Sosial- og helsedirektoratets vurdering lite heldig.

10.1.5 Reaksjonssystemet som rettsvirkning

Statistikken viser at reaksjonen advarsel blir brukt i noe større grad enn tilbakekall av autorisasjon. Dette kan skyldes at advarsel kan ilegges uavhengig av helsepersonellens autorisasjonsstatus, og således gis et større bruksområde. Advarsel har dessuten et handlingsmessig videre anvendelsesområde, i den forstand at det er noe lavere terskel for å oppfylle vilkårene for advarsel enn for tilbakekall.

Statistikken viser videre at reaksjonene i liten grad er begrunnet med faglig uforsvarlighet. Det kan spekuleres i om dette skyldes at faglig uforsvarlighet er lite utbredt blant helsepersonell, eller om årsaken ligger i at det eksisterende reaksjonssystemet ikke er godt nok egnet til å fange opp og påvise brudd på forsvarlighetsnormen..

På den ene siden synes det å være nødvendig at helsepersonell bevisstgjøres om at det er ønskelig og nødvendig at regelbrudd varsles. Samtidig synes det nødvendig å presisere at virkningen av autorisasjonsordningens reaksjonssystem forutsetter at antallet autoriserte grupper ikke blir for stort og at de autoriserte gruppene har mange nok medlemmer til at det eksisterer et tilstrekkelig stort fagmiljø. Dette for å bidra til at tilsynsmyndighetene har kapasitet og kompetanse til å føre et effektivt tilsyn og kan innhente uhildet råd fra den aktuelle faggruppen. Det er i seg selv sterke grunner til å begrense autorisasjonsinstituttet til de helsepersonellgruppene hvor autorisering er påkrevd og forholdsmessig for å ivareta pasientsikkerheten.

Noen brudd på helsepersonellovens bestemmelser vil på samme tid kunne innebære brudd på annen lovgivning. Men i de fleste tilfeller vil ikke forholdet omfattes av andre regler og straffebud. Det må derfor anses nødvendig med en egen regulering av forsvarlig yrkesutøvelse for helsepersonell. Helsepersonellovens administrative reaksjonssystem innebærer en egen tilsynsmyndighet til å kontrollere overholdelse av regelverket. Helsepersonellovens reaksjonssystem synes å være et hensiktsmessig virkemiddel for ivaretagelse av pasientsikkerheten.

Ved nye gruppers søknad om autorisasjon, må hensynet til gjennomføring av lovens rettsvirkninger veie tungt i forhold til søkergruppens konkrete behov for autorisasjon. Autorisering av helsepersonellgrupper hvis yrkesutøvelse er av en slik karakter at autorisasjon ikke kan anses påkrevd, vil kunne medføre en svekkelse av pasientsikkerheten generelt. Dette fordi autoriseringen vil gå på bekostning av myndighetenes tilsynskapasitet. Det er med andre ord ikke tilfelle at autorisering alltid medfører en styrking av pasientsikkerheten på området. Slik utvidelse vil kunne være i strid både med en sentral begrunnelse for autorisasjonsordningen, og lovens formål.

Når reaksjonssystemets treffsikkerhet også er avhengig av tilsynsmyndighetenes kjennskap til kritikkverdige forhold og derved opprettelse av tilsynssak, er det viktig at slike forhold faktisk blir meldt. Sosial- og helsedirektoratet vil her understreke arbeidstakers rett til å varsle om kritikkverdige forhold i virksomheten som fremgår av lov av 17.06.2005 nr. 62 om arbeidsmiljø mv. § 2-4. § 2-5 gir arbeidstaker vern mot gjengjeldelse ved varsling.

Arbeidsmiljøloven gjelder for all virksomhet som sysselsetter arbeidstakere jf. § 1-2. Det anses derfor overflødig å innta en likelydende bestemmelse i helsepersonelloven.

Sosial- og helsedirektoratet vil påpeke at effektiviteten av autorisasjonsordningens reaksjonssystem forutsetter at tilsynsmyndigheten har kunnskap om kritikkverdige forhold, har mulighet til å innhente uhildete sakkyndige uttalelser om og vurderinger av eventuelt brudd på fagets forsvarlighetsnorm.

10.2 Foreliggende kriterier for autorisasjon i lys av reaksjonsstatistikken

Reaksjonsstatistikken kan tjene til illustrasjon for hvorvidt eksisterende kriterier for autorisasjon er for snevre eller for vide i sitt nedslagsfelt. Er kriteriene for snevre, vil det sannsynligvis gi seg utslag i forholdet mellom bruk av advarsel mot helsepersonell henholdsvis med og uten autorisasjon. I hvilken grad de 28 autoriserte personellgruppene er representert i reaksjonsstatistikken, kan indikere hvorvidt kriteriene er for vide.

I det følgende vil tolkningen av autorisasjonskriteriene på lovgivningstidspunktet vurderes opp mot foreliggende reaksjonsstatistikk, for således å vurdere om kriterier eller tolkning er for vid eller snever.

10.2.1 Utdanning

Utdanningskriteriet synes å ha blitt tillagt stor vekt på lovgivningstidspunktet. Dagens autorisasjonsgivende utdanninger tar sikte på ulike yrkesroller innen helsevesenet, og med daglig pasientkontakt. Utdanningene er godkjent av utdanningsmyndighetene og er i hovedsak forskningsbaserte og de fleste autoriserte helsepersonellgruppene har sin utdanning på høyskole- eller universitetsnivå. Det er grunn til å tro at utdanningens lengde og nivå i en viss grad avspeiler yrkesrollens selvstendighet og skadepotensial.

Ved vurderingen av nye grupper, bør utdanning utgjøre et viktig, men ikke avgjørende moment. Utdanninger vil ha en selvstendig dokumentasjon i form av vitnemål, eksamenspapirer osv. autorisasjon, slik at dokumentasjonsbehovet blir ivaretatt på annen måte enn gjennom autorisasjon.

10.2.2 Yrkesrollens innhold

Sett i forhold til lovformålet synes det som om det på lovgivningstidspunktet ikke ble lagt til grunn en konsekvent forståelse av yrkesrollens innhold. Dette støttes opp av foreliggende reaksjonsstatistikk.

Etter Sosial- og helsedirektoratets vurdering bør man med "yrkesrollens innhold" forstå yrkesrollens betydning for pasientsikkerhet og skadepotensial. Dette samsvarer både med forarbeidene og lovens formål. Yrkesrollens grad av selvstendighet bør ikke legges selvstendig vekt. Pasientsikkerhet vil derfor utgjøre en helt sentral del i vurderingen av yrkesrollens innhold. Dette kriteriet bør derfor være avgjørende ved vurderingen av nye personellgruppers autorisasjonsstatus.

Det fremgår av statistikk fra Helsetilsynet at bare 12 av 28 autoriserte helsepersonellgrupper er representerte ved vedtak om tilbakekall av autorisasjon. Flertallet av de autoriserte personellgruppene har dermed ikke vært gjenstand for tilbakekall i førsteinstans. Felles for dem synes å være at de i sin yrkesutøvelse har liten grad av selvstendighet, lite eller ingen

selvstendig pasientkontakt eller lavt skadepotensial. Dette bekreftes av Statens helsepersonellnemnds statistikk..

Autorisasjonsordningen pålegger autorisert personell plikter annet helsepersonell ikke har. Reaksjonssystemet er strengt, og innebærer at autorisert helsepersonell kan miste retten til å utøve sitt yrke. Disse betingede rettsfølgene tilsier at autorisasjonsinstituttet bør benyttes med en viss forsiktighet, m.a.o. når det kan forsvares ut fra en forholdsmessighetsvurdering og må anses påkrevd for å ivareta pasientsikkerheten.

Forklaringen på at en mindre andel av personellgruppene er omfattet av tilbakekallsvedtak, kan ligge i forhold ved tilsynsmyndighetene og/eller at de aktuelle helsepersonellgruppene ved sin yrkesutøvelse ikke har potensial til å kunne handle uforenlig med helsepersonelloven § 57.

Effektiviteten av myndighetenes tilsynsplikt avhenger av at regelbrudd blir innberettet, at det eksisterer et adekvat fagmiljø til å vurdere helsepersonellens faglige forsvarlighet, og at antall autoriserte grupper ikke overstiger myndighetenes tilsynskapasitet. Det kan reises tvil om formålet ved autorisasjonsordningen blir oppfylt og om autorisasjon vil være en adekvat ivaretagelse av pasientsikkerheten uten reell adgang til å vurdere mulige pliktbrudd.

Man kan derfor rimeligvis legge til grunn at kriteriet "yrkesrollens innhold" på lovgivningstidspunktet ble ilagt en inkonsekvent betydning og innbyrdes vekt.

Spørsmålet om pasientsikkerhet bør oppstilles som selvstendig kriterium har blitt drøftet. Ved å oppstille dette som selvstendig kriterium, kan en utilsiktet skape forventning om at momenter som pasientkontakt og selvstendignæringsvirksomhet vil være avgjørende for vurderingen. Etter direktoratets syn har dette bare begrenset selvstendig betydning. Det sentrale vil være knyttet til yrkesrolles betydning for pasientsikkerhet og skadepotensial. Det vil derfor være mest dekkende å beholde betegnelsen "yrkesrollens innhold".

10.2.3 Internasjonale forhold

Etter gjeldende rett synes det som om departementet har lagt noe større vekt på kriteriet internasjonale forhold enn hva som må anses påkrevd for å ivareta lovformålet.

Norge er etter EØS-avtalen ikke forpliktet til å opprette autorisasjonsordning eller ordning for gjensidig godkjenning for noen bestemte yrkesgrupper. Det er bare utøvere av regulerte yrker som er gjenstand for gjensidig godkjenning, hvorav man innen EU har registrert totalt ca. 800 ulike regulerte yrker innen ulike sektorer. Før EU-utvidelsen opererte man med 80 ulike regulerte helseprofesjoner i de da 15 ulike medlemslandene. Dette omfatter også personell som i Norge ikke blir rubisert som helsepersonell, men som ligger i kategorier alternativ behandling, velvære og lignende helserelaterte virksomheter. I Norge har man valgt å regulere 28 helseprofesjoner. I tillegg er et større antall andre yrkesgrupper regulert slik at 11 departement og 15 godkjenningsmyndigheter berøres av direktivet.

Statens autorisasjonskontor (SAFH) har fra 2001 hatt ansvar for å gi autorisasjon eller lisens til helsepersonell. I følge årsmelding for 2006, har SAFH i perioden 2001-2006 gitt autorisasjon eller lisens til ca. 123.000 helsepersonell i Norge. Av disse hadde ca. 30.600 (25 %) utdanning fra utlandet. For legene er det en betydelig andel med utdanning fra utlandet. Av de 19 400 autoriserte legene, var 73 % utdannet utenfor Norge.

Den enkelte søkers utdanning må vurderes av autorisasjonsmyndighetene i forhold til kriteriene i hpl. § 48 tredje ledd. Administrasjons- og ressurs hensyn tilsier at antall autoriserte helsepersonellgrupper bør begrenses til å omfatte de grupper der autorisasjon ut fra ordningens formål anses mest nødvendig.

10.2.4 Tolkning og innbyrdes vekting av kriteriene

Sosial- og helsedirektoratet anbefaler at kriteriene "utdanning" og "yrkesrollens innhold" gjøres kumulative. Kriteriet "internasjonale forhold" kan inngå i en helhetsvurdering. Videre anbefales at kriteriet "yrkesrollens innhold" vektes i samsvar med lovens formål om å bidra til pasientsikkerhet. Kriteriene som helhet tolkes restriktivt, jf hensynet til et effektivt reaksjonssystem.

10.3 Forskrift eller lovendring ved utvidelse av antall autoriserte personellgrupper

Dagens autoriserte helsepersonellgrupper fremgår av § 48 første ledd bokstav a – å. Hjemmelen for utvidelse av antall autoriserte grupper fremgår av bestemmelsens fjerde ledd første punktum:

Departementet kan i forskrift bestemme at helsepersonellgrupper som ikke omfattes av første ledd, kan gis autorisasjon etter søknad. Ved avgjørelsen skal det legges vekt på hensynet til pasientsikkerhet, innhold og formålet med utdanningen, i hvilken utstrekning yrket utøves selvstendig og hensynet til harmonisering med andre land.

10.3.1 Vurdering

Et av helsepersonellovens hovedformål er å "motvirke en uakseptabel profesjonskamp" jf. Ot prp nr 13 (1998-99). Dette skulle oppnås ved en felles lovregulering, et mer tilgjengelig og ensartet regelverk som kunne bidra til bedre innsikt og etterlevelse av de krav som stilles.

Det synes usikkert hvorvidt departementets intensjon har slått til. Bruk av forskriftshjemmelen i hpl. § 48 fjerde ledd ved en eventuell fremtidig utvidelse av antall autoriserte grupper, vil kunne føre til en uriktig oppfatning om at de autoriserte grupper ikke er likeverdige på grunn av forskjellig valg av retts teknisk reguleringsform. Dette vil kunne bidra til å forsterke profesjonsstriden, ved at man kan skille mellom lovautoriserte, forskriftsautoriserte og ikke-autoriserte. Det synes det å være mest i samsvar med helsepersonellovens formål å regulere utvidelsen ved lovendring.

Ut fra lovtekstens ordlyd kan det faktisk stilles spørsmål ved om det i det hele tatt er hjemmel til å innta andre grupper i autorisasjonsordningen annet enn ved forskrift. Direktoratet anser det som sannsynlig at denne fortolkningen ikke har vært lovgivers hensikt, og legger til grunn at det har vært en forutsetning at listen over autoriserte grupper i fremtiden skulle kunne suppleres eller endres mht. helsefaglig utvikling.

Departementet ser at det kan reises innvendinger mot å overlate innføring av offentlig autorisasjonsordning for andre grupper til forskriftsregulering. Hensynet til at regler blir gjenstand for grundig debatt og behandling, hensynet til informasjon og hensynet til tilgjengelighet taler normalt for å bruke lovformen (Ot prp nr 13 (1998-99 s. 242).

Sosial- og helsedirektoratet anbefaler at forskriftshjemmelen i § 48 fjerde ledd utgår. Det anbefales at en eventuell utvidelse av antall autoriserte grupper skjer i lovs form. Som erstatning for forskriftshjemmelen i § 48 fjerde ledd, bør det innføres en lovhjemmel for søknad om autorisering av helsepersonellgrupper, der kriterier for autorisasjon klart fremgår.

11 Tilråkning

11.1 Rettsvirkninger

11.1.1 Tittelbeskyttelse

Etter Sosial- og helsedirektoratets vurdering skaper tittelbeskyttelse i det vesentlige en god forutberegnelighet for pasienter, befolkningen og annet helsepersonell.

11.1.2 Behandlingsmetodemonopol

Sosial- og helsedirektoratet finner at kravet til faglig forsvarlighet ivaretar hensynet til pasientsikkerhet på en tilfredsstillende måte. Vesentlig her er kravet om at helsepersonell skal holde seg innen egen faglig kompetanse.

11.1.3 Reaksjonssystemet som rettsvirkning

På bakgrunn av statistikk over tilsynsmyndighetenes bruk av reaksjoner, finner Sosial- og helsedirektoratet at rettsvirkningene av helsepersonellovens autorisasjonsordning er egnet til å ivareta pasientenes sikkerhet, men med forutsetninger som omtalt ovenfor.

Sosial- og helsedirektoratet råder Helse- og omsorgsdepartementet til å beholde gjeldende regulering av autorisasjonsordningens rettsvirkninger.

11.2 Kriterier for autorisasjon av nye grupper

11.2.1 Utdanning

Sosial- og helsedirektoratet slutter seg til departementets forståelse av utdanningskriteriet, men ikke nødvendigvis til avveiningene som ble foretatt mellom de ulike kriteriene. Helsefaglig utdanning kan danne grunnlag for autorisasjon, men er ikke avgjørende hvis autorisasjon ikke er påkrevd ut fra yrkesrollens innhold

Spørsmålet om dobbeltautorisasjon blir behandlet i forarbeidene, og av flere høringsinstanser. Sosial- og helsedirektoratet vurderer at der det ligger en autorisasjonsgivende utdanning til grunn, vil pasientsikkerheten være tilstrekkelig ivaretatt gjennom den primære autorisasjonen.

Sosial- og helsedirektoratet vil anbefale at autorisasjonsordningen praktiseres i tråd med forarbeidenes forutsetning om at grunnutdanningen skal være grunnlag for at en gruppe omfattes av autorisasjon. Dobbeltautorisasjon ut fra videre-/eller etterutdanning er ikke å anbefale. På bakgrunn av historiske årsaker og internasjonale forhold, anbefaler Sosial- og helsedirektoratet at dobbeltautorisering av jordmor opprettholdes.

11.2.2 Yrkesrollens innhold

Etter Sosial- og helsedirektoratets vurdering er hensynet til pasientsikkerhet og yrkesrollens skadepotensial de sentrale elementer i vurderingen av om en helsepersonellgruppe bør omfattes av autorisasjonsordningen. Forhold som adgang til selvstendig yrkesutøvelse og pasientkontakt vil ha begrenset betydning uten at det er knyttet til en pasientsikkerhetsvurdering.

11.2.3 Internasjonale forhold

Sosial- og helsedirektoratet finner at internasjonale forhold som kriterium for autorisasjon bør ha en begrenset vekt sammenlignet med utdanningskriteriet og kriteriet om yrkesrollens innhold, derunder krav til pasientsikkerhet.

11.2.4 Tolkning av kriteriene

Sosial- og helsedirektoratet vil anbefale en innskrenkende tolkning av autorisasjonskriteriene. En restriktiv praktisering synes mest i samsvar med lovens formål om økt pasientsikkerhet, administrasjons- og kontrollhensyn samt hensynet til det enkelte helsepersonell. En restriktiv praktisering støttes dessuten av foreliggende tilsynsstatistikk, samt av flertallet av autorisasjonsutredningens instanser.

11.3 Anbefaling

Sosial- og helsedirektoratet gi følgende anbefalinger om helsepersonellovens autorisasjonsordning og vurdering av autorisasjon av nye personellgrupper:

- De kriterier for autorisasjon som fremgår av Ot.prp.nr. 13 (1998-1999) s. 127 flg. lovfestes
- Autorisasjon av nye helsepersonellgrupper vurderes restriktivt ut fra følgende kriterier: Utdanning, yrkesrollens innhold, derunder hensynet til pasientrisiko og skadepotensiale, og internasjonale forhold
- Det bør legges vesentlig vekt på pasientsikkerhetshensynet, derunder yrkesutøvelsens skadepotensiale
- Det bør foretas konkret vurdering om autorisasjon anses mest formålstjenlig ut fra helsepersonellovens formål, behov og mulighet for effektivt tilsyn og kontroll, derunder tilbakekall av autorisasjon
- Administrative og økonomiske omkostninger for godkjennings- og tilsynsmyndighetene bør vurderes i forhold til behovet for autorisasjon av nye grupper
- Autorisasjon av nye helsepersonellgrupper bør skje gjennom lovendring ved utvidelse av hpl. § 48 første ledd