

**Tilleggsutredning
Autorisasjon av helsepersonell
1. september 2008**

Helsedirektoratet september 2008

Innhold

1. Oppdrag.....	3
1.1 Avgrensninger	3
2. Sammendrag	4
3. Tidligere utredning	6
4. Autorisasjon, helsepersonell og arbeidsgivers ansvar	7
4.1 Autorisasjonsordningens virkeområde	7
4.2 Forvaltning av autorisasjonsordningen	7
5. Internasjonale forhold	8
5.1 Ordninger i og utenfor EØS-området	8
5.2 Autorisasjon i Sverige	8
6. Tilleggsutredningen – vurdering av ytterligere kriterier for autorisasjon av nye personellgrupper	10
6.1 Har helsetjenestens behov for nye personellgrupper, herunder behov for at nye personellgrupper skal autoriseres?	10
6.2 Har pasientene/brukerne behov for nye personellgrupper og har de behov for at nye personellgrupper skal autoriseres	14
6.3 Er personellgruppens størrelse og organisering, geografiske spredning og fordeling innenfor helsetjenesten av betydning?	16
6.4 Dobbeltautorisasjon og spesialistgodkjenning	18
6.5 Hvilke muligheter har myndighetene til å vurdere og følge opp nye personellgrupper?	22
6.6 Hvilken betydning har personellgruppens sykdomsforståelse, forklaringsmodell og behandlingsfilosofi for autorisasjon?	26
6.7 Hvilken betydning har utdanningens innretning og utøvernes arbeidspraksis?	28
6.8 Oppsummering og tilrådning kriterier for autorisasjon for nye grupper helsepersonell	30
7. Vurdering av i hvilken utstrekning det er behov for endring, justering eller supplering av dagens autorisasjonsordning	31
7.1 Språkkrav	31
7.2 Vurdering av utenlandsk utdanninger/yrkeskvalifikasjoner	31
7.3 Autorisasjon og/eller lisens?	32
7.4 Direktoratets anbefaling	32

Tilleggsutredning - helsepersonellovens autorisasjonsordning

1. Oppdrag

I tilleggsoppdrag av 16. mai 2008 ber departementet Helsedirektoratet foreta en vurdering av ytterligere kriterier for autorisasjon. Kriteriene kan bli sentrale ved behandling av fremtidige søknader om autorisasjon. Departementet skriver: *"Med utgangspunkt i de syv konkrete problemstillinger som ble skissert i oppdragsbrevet, vil derfor departementet be direktoratet foreta en mer konkret og systematisk vurdering av i hvilken utstrekning det bør kunne legges vekt på andre hensyn, kriterier eller behov ved vurderingen av om nye personellgrupper bør omfattes av autorisasjonsordningen. Dette gjelder også problemstillingen knyttet til forholdet mellom spesialistgodkjenning eller dobbeltautorisasjon."*

1.1 Avgrensninger

Etter helsedirektoratets vurdering skal den autorisasjongivende utdanningen være målrettet mot en yrkesutøvelse innen tradisjonell helsetjeneste. Utdanning som primært retter seg inn mot sosialtjeneste, velværetilbud (hudpleie og lignende), personlig utvikling eller alternativ behandling kvalifiserer ikke til autorisasjon i medhold av helsepersonelloven og holdes utenfor denne tilleggsutredning.

Også spørsmålet om autorisasjon av sosialpersonell holdes utenfor denne utredningen. Statens helsetilsyn har i brev av 12.06. 2008 anbefalt Helse- og omsorgsdepartementet å autorisere sosionomer og barnevernpedagoger, men ikke etter helsepersonelloven. Også Helse- og sosialombudet i Oslo tar i sin uttalelse til direktoratet til orde for autorisasjon av disse gruppene. Helsedirektoratet har i sin utredning av 2003 argumentert for autorisasjon av sosialpersonell.

2. Sammendrag

Direktoratet viser til hovedutredningen og mener at ved vurdering av om nye personellgrupper bør omfattes av autorisasjonsordningen, bør det fortsatt legges vekt på de hensyn, kriterier og behov som gjelder i dag (pasientsikkerhet, utdanning, yrkesrollens innhold, internasjonale forhold). Andre hensyn bør imidlertid tillegges noe vekt slik det framgår nedenfor av tilleggsutredningen.

Konklusjon og anbefaling i hovedutredning fra januar 2008 opprettholdes:

- Ved vurdering av autorisasjon av nye grupper helsepersonell, er dagens kriterier knyttet til pasientsikkerhet, utdanning, yrkesrollens innhold og internasjonale forhold fortsatt de mest relevante
- På bakgrunn av formålet med autorisasjonsordningen (pasientsikkerhet og hensynet til administrasjon og kontroll av ordningen) fastholder direktoratet sin anbefaling om en restriktiv praksis ved vurderingen av om nye personellgrupper bør omfattes av autorisasjonsordningen
- Dobbeltautorisasjon må ses i sammenheng med en evt. utvidet mulighet for offentlig spesialistgodkjenning og anbefales ikke
- Ved gjennomgang av de sju problemstillingene i departementets tilleggsoppdrag, framkommer det forhold som direktoratet mener bør inngå som tilleggsmomenter som bør tillegges vekt i vurderingen av autorisasjon av nye helsepersonellgrupper.

I tillegg til disse konklusjonene, vil Helsedirektoratet komme med anbefalinger knyttet til departementets problemstillinger i punktene 2.1 til 2.8 nedenfor.

2.1. Har helsetjenesten behov for nye personellgrupper, herunder behov for at nye personellgrupper skal autoriseres?

Helsedirektoratets anbefaling:

For å motvirke en betydelig utvidelse av dagens autorisasjonsordning til nye personellgrupper, tilsier utviklingstrekkene på helsetjenesteområdet at myndighetene løpende vurderer behovet for en gjennomgripende drøfting av om dagens autorisasjonsordning er egnet. En slik gjennomgang må ses i sammenheng med andre offentlige godkjennings- og tilsynsordninger som kan være vel så egnede virkemidler i forhold til pasientsikkerhet og tillit til helsetjenesten i befolkningen.

2.2 Har pasientene/brukerne behov for nye personellgrupper, herunder behov for at nye personellgrupper omfattes av autorisasjonsordningen

Helsedirektoratets anbefaling:

Pasientenes/brukernes behov er ikke knyttet til selve autorisasjonsordningen. Pasientenes og brukernes interesser og behov er mer avhengig av helsesystemer som må være i overensstemmelse med nasjonale og internasjonale avtaler, reguleringer og faglige standarder som bidrar til tilgjengelighet, rettferdig fordeling, pasientsikkerhet og god faglig kunnskapsbasert praksis.

2.3 Er personellgruppens størrelse og organisering, geografiske spredning og fordeling innenfor helsetjenesten av betydning?

Helsedirektoratets anbefaling:

Ut fra hensynet til robuste fagmiljø, effektivt tilsyn og fornuftig forvaltning av autorisasjonsordningen, er det en grense for hvor liten en autorisert personellgruppe bør være. Helsetjenester som en autorisert personellgruppe yter, må være tilgjengelig for hele befolkningen. Disse forholdene tilrås som tilleggsmomenter i vurderingen av om nye personellgrupper bør omfattes av autorisasjonsordningen.

Utover dette kan det i spørsmålet om autorisasjon ikke stilles krav om hvordan personellgruppen er organisert.

2.4 Er det ønskelig med en eventuell dobbeltautorisasjon eller bør ordningen med offentlig spesialistgodkjenning utvides?

Helsedirektoratets anbefaling:

Problemstillingen må ses i sammenheng med en mulig utvidelse av offentlige spesialistordninger for helsepersonell. Direktoratet anbefaler at spørsmålet blir utredet i full bredde for helsepersonell generelt, ikke bare som gjennomgang av spesialistutdanningen for leger. Dobbeltautorisasjon anbefales ikke utvidet til nye grupper.

2.5 Har myndighetene muligheter til å vurdere og følge opp nye personellgrupper?

Helsedirektoratets anbefaling:

I en totalvurdering av om nye personellgrupper bør omfattes av autorisasjonsordningen, bør myndighetenes reaksjonsmuligheter tillegges vekt. Det faktiske omfanget av slike tilsynsreaksjoner tilsier ingen slik utvidelse.

2.6 Hvilken betydning har personellgruppens sykdomsforståelse, forklaringsmodell og behandlingsfilosofi?

Helsedirektoratets anbefaling:

Helsepersonell skal drive kunnskapsbasert praksis. Ingen vitenskapsteoretisk plattform kan ha monopol i helsetjenesten. Tradisjonell vestlig medisinsk sykdomsforståelse og naturvitenskapelig metode kan ikke være et absolutt krav for at nye personellgrupper kan omfattes av autorisasjonsordningen. Det må imidlertid kreves dokumentasjon om type evidensgrunnlag som gjelder, og hvordan dette kommer til uttrykk i utdanningen og yrkesrollens innhold. Disse prinsippene åpner ikke for autorisasjon av utøvere av alternativ behandling.

2.7 Hvilken betydning har utdanningens innretning og utøvernes arbeidspraksis?

Helsedirektoratets anbefaling:

Kriteriene knyttet til utdanning og yrkesrollens innhold er allerede blant hovedkriteriene ved autorisasjon av nye personellgrupper. Utdanningens innretning mot arbeid i helsetjenesten må tillegges vekt. Det er viktig at helsetjenesten trenger den kompetansen personellgruppen representerer. Dette er relevante tilleggsmomenter som må tillegges vekt ved vurdering av om nye personellgrupper skal omfattes av autorisasjonsordningen.

2.8 Direktoratet er i tillegg blitt bedt om å foreta en vurdering av i hvilken utstrekning det er behov for endring, justering eller supplering av dagens autorisasjonsordning.

Anbefaling

Direktoratet anbefaler at man følger en restriktiv praksis når nye personellgrupper skal vurderes i forhold til utvidelse av autorisasjonsordningen, og at dobbeltautorisasjon ikke etableres som ordning. Ordningen er allerede så omfattende at utviklingen bør følges nøye for å vurdere om dagens autorisasjonsordning er egnet til å fange opp utviklingstrekkene i helsesektoren. Det kan tvinge seg fram et behov for å vurdere om den bør endres eller avvikles i sin nåværende form. Dette må ses i sammenheng med andre offentlige ordninger for godkjenning av og tilsyn med det personell som yter helsehjelp. Ordningene må bidra til pasientsikkerhet og tillit til helsetjenesten i befolkningen og samfunnet, uansett hvilken personellgruppe det dreier seg om.

3. Tidligere utredning

I oppdragsdokument av 25. april 2007 ble Sosial- og helsedirektoratet bedt om å foreta en prinsipiell og overordnet vurdering av helsepersonellovens autorisasjonsordning for å gi departementet beslutningsgrunnlag i forhold til om lovens autorisasjonsordning fortsatt er egnet eller bør endres, justeres eller suppleres på noe punkt. I oppdragets del to ble det bedt om en vurdering av sju problemstillinger (momenter/kriterier) som eventuelt tillegg til dagens kriterier for autorisasjon. Direktoratet henvendte seg til 67 organisasjoner/instanser for å innhente deres syn på helsepersonellovens autorisasjonsordning og kriterier for autorisasjon. I alt 33 av disse responderte og ytterligere fire pasient-/brukerorganisasjoner ønsket å uttale seg.

I hovedutredningen fra januar 2008, oversendt i brev av 16.01.2008, konkluderte direktoratet med at de kriteriene som er lagt til grunn for autorisasjon ved lovens ikrafttreden i 2001, pasientsikkerhet, utdanning, yrkesrollens innhold og internasjonale forhold, fortsatt er de mest sentralt ved vurdering av om nye personellgrupper bør omfattes av autorisasjonsordningen. Direktoratet anbefalte en restriktiv praksis på bakgrunn av formålet med autorisasjonsordningen, pasientsikkerhet og hensynet til administrasjon og kontroll av ordningen¹.

De sju problemstillingene i oppdragets del 2 ble vurdert til å være av mindre relevans som kriterier for utvidelse av autorisasjonsordningen. Disse spørsmålene ble omtalt kortfattet, men ikke særskilt vurdert og systematisk behandlet.

¹ Direktoratets anbefaling:

De kriterier for autorisasjon som framgår av Ot.prp. nr. 13(1998-1999) 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 yrkesutøverens skadepotensial
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.

4. Autorisasjon, helsepersonell og arbeidsgivers ansvar

4.1 Autorisasjonsordningens virkeområde

Autorisasjon kan ses i sammenheng med andre typer tillatelser eller godkjenningsordninger som ikke gjelder helsesektoren, som for eksempel sertifikat, lisens eller advokatbevilling. I Norge er ca 100 yrkesgrupper omfattet av en eller annen godkjenningsordning.

I dag omfatter helsepersonellovens autorisasjonsordning 29 helsepersonellgrupper. Departementet foreslo opprinnelig 17 grupper. Utvidelsen skjedde etter politisk press fra enkeltgrupper. Mens tidligere profesjonslovgivning begrenset "helsepersonell" til å gjelde autorisert personell, ble helsepersonellovens definisjon av "helsepersonell" utvidet til å omfatte alt personell i helsetjenesten som yter helsehjelp og helsefaglige elever/studenter². Alle som defineres som helsepersonell omfattes av lovens pliktbestemmelser (forsvarlighet, taushetsplikt, dokumentasjon, samtykke, informasjon med mer). Av forarbeidene går det fram at det ble vurdert om dette utvidete virkeområdet skulle få som konsekvens at man gikk bort fra en ordning med autorisasjon av helsepersonell³. Bakgrunnen for at ordningen ble videreført var vesentlig knyttet til behovet for å ha et særlig reaksjonssystem for helsepersonell som grovt overtrer lovens bestemmelser, i tillegg til arbeidsrettslige regler. Av hensyn til pasientsikkerhet ble det ansett som vesentlig å videreføre adgangen til å tilbakekalle autorisasjon. Dette innebærer i praksis yrkesforbud.

Det er ikke et vilkår at personell som skal arbeide i helsetjenesten har autorisasjon. Ordningen gir imidlertid rett til beskyttet yrkestittel. Yrkesutøvelse for autoriserte personellgrupper forutsetter dermed at den enkelte yrkesutøver har gyldig autorisasjon. En autorisasjon kan bidra til at personellet innfrir forsvarlighetskravet og følger god praksis, men endrer ikke arbeidsgivers ansvar for organisering, instruering og styring av virksomheten mv.

4.2 Forvaltning av autorisasjonsordningen

Statens autorisasjonskontor for helsepersonell (SAFH) autoriserer helsepersonell etter søknad. En stor andel av søkerne har utdanning og yrkeserfaring fra utlandet⁴. De fleste gjelder autorisasjon som lege, sykepleier, hjelpepleier, fysioterapeut og kiropraktor. Mange av yrkesgrupper har få eller ingen søknad fra utenlandsk helsepersonell. På den annen side har alle som autoriseres som kiropraktor utdanning fra utlandet idet det ikke finnes slik utdanning i Norge. Hele 72 % av autoriserte leger de siste ca 15 årene har sin utdanning utenfor Norge.

Det er krevende å behandle søknad om autorisasjon for helsepersonell med utdanning fra utlandet. Dette gjelder spesielt når søkeren er kvalifisert utenfor Norden og særlig utenfor EØS-stater. Ett problem er økt bruk av falske dokumenter, som er vanskelig å avsløre. Hovedutfordringene er likevel knyttet til vurdering av om utdanningen kan anses å være "jevngod med" tilsvarende norske utdanning, eller om søkeren på annen måte kan dokumentere nødvendig kyndighet.

² Helsepersonelloven § 3 første ledd, se også Høringsnotat til lov om helsepersonell s 10 og Inst. O. nr 58 (1998-1999) komiteens merknader til § 3

³ Se f.eks Ot.prp. nr 13 (1998-1999) pkt 3.5 og pkt 14.4.1

⁴ 29% av autorisasjoner ble gitt på bakgrunn av utenlandske kvalifikasjoner, SAFHs årsmelding for 2007.

5. Internasjonale forhold

5.1 Ordninger i og utenfor EØS-området

Autorisasjon av personell med utenlandsk utdanning reguleres av helsepersonelloven § 48 tredje ledd og gis på bakgrunn av internasjonale avtaler⁵, om utdanningen anses jevn god med tilsvarende norske utdanning, eller om vedkommende på annen måte har ervervet og kan dokumentere nødvendig kyndighet.

Det er opp til nasjonale myndigheter å beslutte om det skal opprettes godkjenningsordninger for ulike typer yrkesutøvelse i form av autorisasjon o.l., og hvilke personellgrupper som skal omfattes av disse. I EØS-området, som omfatter 31 stater, er godkjenning av yrkeskvalifikasjoner over landegrensene gjenstand for omfattende regulering⁶. Alle medlemsstatene har godkjenningsordninger for de fem yrkesgruppene lege, tannlege, sykepleier i generell sykepleie, jordmor og farmasøyt. Utover disse er det stor variasjon i omfanget og utvelgelsen av de personellgruppene som omfattes av EUs yrkeskvalifiseringsdirektiv. Det er nasjonale variasjoner i hvilke personellgrupper som defineres som helsepersonell.

Også i Norden er det betydelig variasjon på området. Sverige og Danmark autoriserer ca 20 helsepersonellgrupper og Finland ca 40. Island har noen flere grupper enn Norge. Den nordiske overenskomsten for gjensidig godkjenning av helsepersonell i de nordiske land (ref) omfatter 22 profesjoner. Den nordiske overenskomsten regulerer retten til autorisasjon i ett nordisk land på bakgrunn av autorisasjon i et annet nordisk land.

5.2 Autorisasjon i Sverige

I likhet med de andre nordiske landene, har Sverige et press på autorisasjonsordningen. Flere svenske regjeringer har vurdert å sette i gang en "behörighetsutredning" om autorisasjon (legitimation).

Selv om Sverige ikke har noe generelt forbud mot å utøve yrkesvirksomhet innen helse-tjenesten for personell uten autorisasjon, er likevel muligheten til å utøve slik virksomhet innskrenket på flere måter⁷. Retten til å benytte visse metoder innen helsetjenesten er regulert. Det begrenser hva som kan utøves innen alternativ behandling. Autorisasjon (legitimation) gir rett til å benytte en beskyttet yrkestittel og innebærer at personer uten autorisasjon ikke kan utøve disse yrkene.

Flere nye yrkesgrupper ønsker å omfattes av autorisasjonsordningen⁸.

De sju problemstillingene som behandles i denne tilleggsutredningen, er også aktuelle i Sverige. Yrkesutøverne begrunner behovet for å omfattes av autorisasjonsordningen med hensynet til pasientsikkerhet. Forhold knyttet til yrkesutøvelsen synes imidlertid å være vel så viktig. Det gjelder retten til tittelbeskyttelse, bedre lønns- og arbeidsbetingelser og

⁵ EØS-avtalen og Nordisk overenskomst av 14.juni 1993, endret i avtale av 11. november 1998 om felles arbeidsmarked for visse grupper innen helsevesenet og veterinærer

⁶ Direktiv 2005/36/EF Godkjenning av yrkeskvalifikasjoner

⁷ Se förordningen (1998:1518) om behörighet till vissa anställningar inom hälso- och sjukvården m.m og lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens om råde (LYHS)

⁸ Dette gjelder blant annet ortoptister, massasje- og fysioterapeuter, cytodagnostikere, tannteknikere og kuratorer.

fagpolitiske forhold. Svenske myndigheter har vært lite positive til å øke antallet autoriserte helsepersonellgrupper fordi dette kan føre til økt profesjonsstrid og monopolisering av arbeidsoppgaver og mindre helhetlig tilnærming.

Sverige har tilsvarende kriterier for autorisasjon som Norge og hensynet til pasientsikkerhet er det viktigste. Det legges i tillegg vekt på at yrkesrollen har en viss bredde og selvstendighet. Utdanningens nivå, lengde og vitenskaplige forankring har også betydning. Internasjonale forhold er et mindre viktig kriterium.

6. Tilleggsutredningen – vurdering av ytterligere kriterier for autorisasjon av nye personellgrupper

Departementet ønsker en systematisk gjennomgang av om det bør legges vekt på andre hensyn, kriterier og behov ved vurdering av autorisasjon av nye personellgrupper.

Departementet har listet opp sju problemstillinger med underpunkter⁹. I hovedutredningen ble disse problemstillingene mindre omtalt.

I denne tilleggsutredningen foretar direktoratet en mer systematisk gjennomgang og drøfting av hver av disse problemstillingene. Utgangspunktet er lovens forarbeider¹⁰, tidligere innhentede synspunkter fra eksterne instanser og nye innspill innhentet i forbindelse med tilleggsoppdraget¹¹.

6.1 Har helsetjenestens behov for nye personellgrupper, herunder behov for at nye personellgrupper skal autoriseres?

6.1.1 Innledning

I hovedutredningen pkt 4.3 ble det pekt på at det ikke foreligger noen entydig definisjon av *helsetjenesten* i helsepersonelloven eller i lov om alternativ behandling av sykdom mv¹². En nærmere definisjon og avgrensing av begrepet *helsetjenesten* faller utenfor denne utredningens oppdrag. I flere av de problemstillingene direktoratet er bedt om å vurdere, er imidlertid *helsetjenesten* et nøkkelord. Etter direktoratets vurdering er det behov for en nærmere presisering. Direktoratet legger i denne utredningen til grunn en vid tilnærming til begrepet *helsetjenesten* og viser til formuleringen i Ot prp nr 13 (1998-99) s. 213 om at loven kommer til anvendelse "på helsefaglige aktiviteter, uansett om arbeidet er fast eller leilighetsvis, eller om det er i offentlig eller privat regi".

Under problemstillingen "Helsetjenestens behov for nye personellgrupper, herunder behov for at nye personellgrupper skal autoriseres" opplytter departementet følgende momenter:

- Representerer personellgruppen noe nytt som nåværende autoriserte grupper ikke kan tilby/ivareta?

⁹ Helsetjenestens behov for nye personellgrupper, herunder behov for at nye personellgrupper skal autoriseres

Pasientenes/brukernes behov for nye personellgrupper, herunder behov for at nye personellgrupper omfattes av autorisasjonsordningen

Personellgruppens størrelse og organisering, geografiske spredning og fordeling innenfor helsetjenesten

Ønskeligheten av eventuell dobbeltautorisasjon

Myndighetenes muligheter til å vurdere og følge opp nye personellgrupper

Personellgruppens sykdomsforståelse, forklaringsmodell og behandlingsfilosofi

Utdanningens innretning og utøvernes arbeidspraksis

¹⁰ En gjennomgang av forarbeidene viser imidlertid at de i liten grad omhandler eller vurderer andre kriterier for autorisasjon utover hensynet til pasientsikkerhet, og kriterier knyttet til utdanning, yrkesrollens innhold og internasjonale forhold.

¹¹ Helse- og pasientombudet i Oslo, Statens helsetilsyn og Sosialdepartementet i Sverige.

¹² 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...".

- I hvilken grad utøver yrkesgruppen virksomhet som ligner på den virksomhet som allerede autorisert personell utøver?
- Vil hpl § 3 første ledd nr 2¹³ i tilstrekkelig grad ivareta lovens formål overfor personellgrupper som arbeider innenfor helsetjenesten og yter helsehjelp, eller vil formålet ivaretas bedre dersom gruppen autoriseres?
- Går det en grense for hvor mange autoriserte personellgrupper helsetjenesten "trenger"?

Helsetjenestens behov for nye personellgrupper og eventuelt behov for at disse personellgruppene skal autoriseres, er i realiteten to problemstillinger. Helsetjenesten kan ha behov for nye personellgrupper uten at dette samtidig utløser behov for at disse gruppene autoriseres. Helsepersonellovens krav til faglig forsvarlighet, taushetsplikt, informasjon mv gjelder alle som faller inn under lovens definisjon av helsepersonell i § 3 uavhengig av autorisasjonsstatus. Behovet for autorisasjon må derfor ha en annen begrunnelse.

6.1.2 Synspunkter fra eksterne instanser

Fire¹⁴ av de 33 som kom med innspill høsten 2007 og Sosialdepartementet i Sverige kommenterer helsetjenestens behov ved autorisasjon av nye grupper helsepersonell.

Det blir sett som et viktig prinsipp at nye yrkesgrupper skal representere noe nytt i form av nye typer helsehjelp og/eller nye behandlingsformer. Norske Ortoptisters Forening (NOF) peker på at autorisasjonsordningen også er: "et styringsverktøy for myndighetenes utforming av helsetjenesten ved at ordningen kan signalisere hvilke yrkesgrupper som skal ivareta hvilke oppgaver. Autorisasjonsordningen må brukes til å motvirke at godt fungerende tjenester og arbeidsdeling mellom yrkesgrupper undergraves."

Norsk kiropraktorforening (NKF) mener autorisasjon av "nye helsepersonellgrupper med utdanning innrettet mot delområder av det allerede autoriserte helsepersonellgrupper arbeider med kan utgjøre en fare for at behandlingstilbudene til pasientene kan bli for fragmentert". Etter NKFs syn er pasientene best tjent med helsepersonellgrupper "som kan ta mest mulig helhetlig ansvar for pasienten når det gjelder utredning, diagnostisering, behandling og oppfølging innen sitt fagområde. Myndighetene bør derfor være restriktive når det gjelder å gi autorisasjon til nye grupper innenfor fagområder som allerede er ivaretatt av allerede autorisert helsepersonell."

Norsk Osteopat Forbund som organiserer en ikke-autorisert personellgruppe, skriver at: "Utøverne må etter endt utdanning kunne tilby pasientene en behandling som ellers ikke er tilgjengelig for dem."

Arbeidsgiverforeningen Spekter mener at fra et arbeidsgiverståsted kan monopolisering av arbeidsoppgaver virke hemmende for organisatorisk fornyelse, god ressursutnyttelse, fleksibilitet og samhandling. I den grad en yrkesgruppe skal ha monopol på oppgaver, må det være begrunnet i oppgavens karakter, sikkerhetshensyn, kvalitetshensyn mv. Økt vekt på arbeidsprosesser, pasientflyt, pasientresultater og teamarbeid i helseforetakene har i følge Spekter resultert i at det ikke kun er den formelle kompetanse som autorisasjonsordningen primært bygger på som er i fokus. Gjennom nye former for organisering av arbeidet har den anvendte kompetansen fått økt betydning. Spekter mener det derfor er viktig at myndighetene er bevisst at reglene om autorisasjon ikke bidrar til å forsterke eventuelle krav fra enkeltprofesjoner til en bestemt arbeidsfordeling mellom helsepersonell. De viser til forarbeidene til helsepersonelloven der det er presisert at hovedformålet med autorisasjonsordningen er å ivareta pasientenes sikkerhet og konkluderer med at "en bør holde seg strengt til lovens formål ved vurdering av om nye faggrupper skal gis autorisasjon."

¹³ Helsepersonelloven § 3 "Med helsepersonell menes i denne lov: [...] 2. personell i helsetjeneste [...] som utfører handlinger som nevnt i tredje ledd".

¹⁴ Norske Ortoptisters Forening (NOF), Norsk kiropraktorforening (NKF), Norsk Osteopat Forbund og arbeidsgiverforeningen Spekter.

Socialdepartementet i Sverige uttaler at de ikke har vært positive til å utvide antall autoriserte grupper fordi dette kan medføre økt profesjonsstrid og monopolisering av arbeidsoppgavene og manglende helhetssyn.

6.1.3 Diskusjon

Det er et offentlig ansvar å sørge for at befolkningen har tilgang til helsetjenester av god kvalitet og i tilstrekkelig omfang, uavhengig av tjenestenivå. Tjenestens plikt til forsvarlighet, bl.a. forsvarlig organisering, forutsetter at personellet har de kvalifikasjoner som til enhver tid er nødvendige. Hvilke tjenester som skal tilbys og eventuelt på hvilken måte er politiske og økonomiske prioriteringer som kan reguleres ved lov.

Lov om kommunehelsetjenester opplister nærmere bestemte tjenester som kommunen plikter å tilby. Dette kan anses som en plikt til å tilsette bestemte personellgrupper¹⁵. I departementets oppfølging av Bernt-utvalgets innstilling er det et sentralt tema om dagens system bør videreføres, eller om en ny lov skal inneholde oppgave- eller funksjonsbeskrivelser av de tjenester kommunen skal tilby. Den sistnevnte innretningen er en presisering av at det er tjenestens/kommunens ansvar å vurdere på hvilken måte oppgavene best kan løses ut fra lokale forhold. Kommunen har ansvar for å sørge for å tilsette personell med rette kvalifikasjoner for å oppfylle lovens krav.

Tilsvarende har helseforetaksstrukturen med sitt sørge-for-ansvar, hjemlet i Lov om spesialisthelsetjenester mv, behov for tilstrekkelig fleksibilitet i organisering, funksjons- og oppgavefordeling.

Profesjonskamp blant helsepersonell kan motvirke nødvendig fleksibilitet i organisering, samhandling og oppgavefordeling i helsetjenesten. Fokuset på autorisasjon kan forsterke en slik tendens.

Personer utdannet i Norge kan dokumentere sine kvalifikasjoner med vitnemål, eksamensbevis og lignende. Selv om det er en rekke utdanningsinstitusjoner som tilbyr utdanning innen samme fagområde, gir de norske utdanninger en felles plattform for utøvelsen av et bestemt yrke. Behovet for forutsigbarhet om personellens kvalifikasjoner gjelder særlig helsepersonell med utenlandsk utdanning eller yrkeserfaring. Selv om en yrkesgruppe eksisterer i de fleste land og benytter samme yrkestittel, er ikke nødvendigvis innholdet i utdanningen, yrkesutøvelsen og ansvarsforholdene lik over landegrensene. Autorisasjon er egnet til å oppnå større forutsigbarhet om tittelnehaverens minimumskvalifikasjoner.

Autorisasjon kan likevel gi falsk trygghet fordi autorisasjon ikke uten videre gir tilstrekkelig garanti for at personen har tilstrekkelige kvalifikasjoner til å arbeide under norske forhold. Det gjelder f.eks. språkferdigheter. Arbeidsgiver må innhente opplysninger om slike forhold på annet vis, f.eks ved å intervju søker og kontakte referanser.

Autorisasjon kan altså fungere som en sovepute ved at man ved tilsetting ikke kontrollerer søkers kvalifikasjoner på annen måte.

Endringer i helsesystemene omfatter bl a. medisinsk teknologisk utvikling, bruk av teleteknologi som skiller pasient og behandler fysisk, økende grad av samhandlings-tilnærminger mv. Jo større helseutgiftene er, jo større blir befolkningens forventninger til helsetjenesten. Befolkningens rettighetsbestemmelser både nasjonalt og internasjonalt stiller

¹⁵ Kommunehelsetjenesteloven § 1-3 andre ledd pålegger kommunene å ha allmennlege-, fysioterapi-, sykepleier- og jordmortjeneste, noe som kan forstås som et krav om å tilsette lege, fysioterapeut, sykepleier og jordmor.

helsetjenesten overfor nye utfordringer. Dette har betydning for hvordan pasientsikkerhet og tillit til helsetjenesten i befolkningen og samfunnet kan ivaretas.

Den medisinsk-tekniske utviklingen og helsevesenets økende kompleksitet påvirker hvilke kvalifikasjoner helsetjenesten har behov for. Det åpner for at personell uten helserelatert grunnutdanning kan få en økende rolle i helsesektoren. Det gjelder f.eks. personer med utdanning innen naturvitenskap, tekniske fag, samfunnsvitenskap eller humaniora. Denne utviklingen stiller i økende grad krav til tverrvitenskapelig og tverrfaglig samarbeid i komplekse organisasjoner. Dette tilsier at det kan være grunnlag for å etablere en autorisasjonsordning for nye personellgrupper.

Det kan stilles følgende spørsmål: *Vil helsepersonellovens formål ivaretas bedre av autorisert personell enn personell som ikke er autorisert?*

Forsvarlighetskravet i helsepersonelloven § 4 står sentralt når det gjelder yrkesutøvelse både for autorisert og ikke autorisert helsepersonell. Hver enkelt utøver har plikt til å opptre innenfor sitt faglige kompetanseområde og ikke overskride sine faglige kvalifikasjoner. I forsvarlighetskravet ligger også en plikt til å gi omsorgsfull hjelp og samarbeide med annet helsepersonell dersom pasientens behov tilsier det.

Selv om forsvarlighetskravet er en felles forpliktelse både for autorisert og ikke autorisert helsepersonell, vil det i praksis kunne være forskjeller mellom disse gruppene når det gjelder forhold som har med kvaliteten i tjenesten.

I ulike faglige fora, både internt i helsetjenesten, i utdanningsinstitusjoner og i fagforeningsarbeid pågår prosesser som bidrar til å styrke profesjonsutøvelsen. Det kan være knyttet til hva som er og bør være nødvendige faglige kvalifikasjoner. Fagmiljøene har fokus på hva som er et kvalitetsmessig godt nivå og hva som er innenfor forsvarlighetskravet.

Da forsvarlighetskravet ble nedfelt i den nå opphevede legeloven av 13. juni 1980 om leger, ble det uttalt at det i kravet til forsvarlighet ligger at en lege skal drive sin virksomhet slik en god lege gjør det. Forsvarlighetskravet ble ansett som en rettslig standard som ville endres ved fremskritt i medisinen og med skifte av verdioppfatninger. Det ble vist til at en mer konkret vil kunne finne anvisninger på hva dette i en rekke situasjoner innebærer i legeforeningens etiske regler.

Helsepersonelloven gjelder for alt helsepersonell. Prinsippet fra legeloven om viktigheten av profesjonsbaserte etiske regler og faglige normer har fortsatt gyldighet. Gjennom faglig fellesskap i egen profesjon kan fagpersoner få en styrket etisk og faglig plattform for sin yrkesutøvelse. Det faktum at man faktisk kan tape autorisasjonen, kan bidra til å forsterke denne effekten.

Profesjonstilhørighet kan også ha negative utslag i retning av å ha for stort fokus på egen profesjon, noe som kan føre til at man ikke tar tilstrekkelig hensyn til behov for samarbeid med andre profesjoner og annet helsepersonell. Samhandling med sikte på at pasientene skal få et godt tjenestetilbud er et ansvar for både den enkelte utøver i helsetjenesten og for den som har ansvar for virksomheten som sådan. Slik sett er dette ikke bare et ansvar for den enkelte utøver, men helt klart et ledelsesansvar.

6.1.4 Direktoratets anbefaling

For å motvirke en betydelig utvidelse av dagens autorisasjonsordning til nye personellgrupper, tilsier utviklingstrekkene at myndighetene løpende vurderer behovet for en gjennomgripende drøfting av om dagens autorisasjonsordning er egnet. En slik

gjennomgang må ses i sammenheng med andre offentlige godkjennings- og tilsynsordninger som kan være vel så egnede virkemidler i forhold til pasientsikkerhet og tillit til helsetjenesten i befolkningen.

6.2 Har pasientene/brukerne behov for nye personellgrupper og har de behov for at nye personellgrupper skal autoriseres

6.2.1 Innledning

Departementet nevner følgende momenter:

- I hvilken grad benytter pasientene denne personellgruppen, enten som en selvstendig behandlingstjeneste eller som supplement til "skolemedisinsk" behandling/ordinær helsetjeneste? I hvilken grad bør pasienter kunne forvente at denne personellgruppens utøvere arbeider innenfor den ordinære helsetjenesten?
- Kan pasienters rettigheter/krav på sikkerhet ivaretas tilstrekkelig gjennom lov om alternativ behandling av sykdom m.v, eller er det nødvendig å gjøre personellgruppen til en del av den ordinære helsetjenesten, og dermed underlagt offentlig kontroll og tilsyn?

Pasienter/brukere forventer at helsetjenester er tilgjengelige og av god kvalitet og forutsetter at de formelle og faglige krav til helsepersonell er i orden. Nærmere en tredel av personellet i brukerrettet pleie- og omsorgstjeneste i kommunene er ufaglært. Det er ikke dokumentert at dette fører til manglende tillit til helsetjenesten. Når befolkningen velger sin fastlege, borger yrkestittelen for at autorisasjonen er i orden. Når befolkningen benytter fritt sykehusvalg, velger de en institusjon, ikke en individuell pasientbehandler. I øyeblikkelig hjelp-situasjoner må befolkningen forholde seg til det vakthavende personell som tilbys, uten å kunne velge behandler.

Ved en eventuell klage på helsepersonell, kan autorisasjonsstatus imidlertid ha betydning for pasienten ved at personellets autorisasjon kan tilbakekalles av tilsynsmyndighetene.

Fri flyt av tjenester over landegrensene utfordrer enhver nasjons helsesystemer. Det innebærer at internasjonale forhold får økende betydning for pasienter/brukere. Autorisasjonsordningene varierer imidlertid fra land til land.

6.2.2 Synspunkter fra eksterne instanser

Blant de eksterne innspillene var det få kommentarer til pasientenes/brukernes behov for nye personellgrupper.

Pasient-/ brukerorganisasjonene uttalte seg bare om spørsmålet om autorisasjon av manuellterapeuter. Uttalelsene blir referert under punkt 6.4.

NOF Norske Ortopstisters Forening uttaler: "Etter vår oppfatning må autorisasjonsordningen begrenses til de yrkesgrupper som arbeider innenfor helsetjenestene slik de er definert i helselovgivningen og ha en kobling mot helseprofesjonsutdanningen. At personer søker hjelp for sykdommer også hos andre grupper enn [...] helsepersonell [...] kan ikke være et argument for at alternative behandlere skal innlemmes [...] Behovet for å ivareta brukernes sikkerhet ved bruk av alternativ behandling, må ivaretas ved andre virkemidler."

Helsedirektoratet kontaktet Pasientombudskollegiet ved Helse- og sosialombudet i Oslo, og ba om deres vurdering av autorisasjon av nye personellgrupper sett fra pasientens side.

Helse- og sosialombudet i Oslo har hatt få henvendelser med spørsmål om helsepersonell har autorisasjon og eventuelt konsekvensene av det. Ombudet mener at autorisasjonsordningen har liten betydning for de fleste pasienter og fastslår at *"helsepersonelloven omfatter alt helsepersonell uavhengig av autorisasjonsstatus. Lovens formål er å bidra til sikkerhet for pasienter og kvalitet i helsetjenesten samt tillit til helsepersonell og helsetjeneste"*. Ombudet mener det viktigste for pasientene er de krav loven stiller til helsepersonell gjennom krav som uavhengig av autorisasjon stilles til helsepersonell (faglig forsvarlighet, taushets-, informasjons- og journalføringsplikt). Det sies at autorisasjonsordningen har liten betydning for de fleste pasienter. Dette synet støttes av andre pasientombud.

Ombudet skriver: *"Det kan virke noe tilfeldig hvilke grupper som er gitt autorisasjon etter helsepersonellovens § 48. Vi stiller spørsmål ved om det er riktig å utvide autorisasjonsordningen til å gjelde enda flere yrkesgrupper. Det viktigste for pasientene er at kjerneprofesjonene innen helsetjenesten er gitt autorisasjon. Yrkesgrupper med autorisasjon bør ha en sentral posisjon med faglig selvstendig beslutningsansvar overfor pasientene. Yrkesgruppens faglighet bør bygge på vitenskaplig grunnlag, og det bør være mulig å skille mellom god, mindre god og dårlig praksis innen gruppen. Dette betyr etter vårt syn ikke at alle som yter helsehjelp må inneha autorisasjon"*.

Ombudet viser til at helsepersonell kan gis advarsel av Statens helsetilsyn uavhengig av autorisasjon. Helsepersonell med autorisasjon kan få sin autorisasjon tilbakekalt. Begge reaksjonsformene blir brukt ved kvalifiserte brudd på helsepersonellets plikter. Tilbakekall av autorisasjon betyr i realiteten yrkesforbud. *"Denne reaksjonsformen er viktigst å kunne bruke overfor helsepersonell som pasienten må kunne forutsette har en særlig kompetanse. For eksempel vil det være avgjørende for en pasient at en lege faktisk er utdannet som lege og har fulgt de etterutdanningskrav som legeyrket forutsetter. Tilsvarende gjelder for psykologer og sykepleiere og andre sentrale yrkesgrupper innen helsetjenesten."*

6.2.3 Diskusjon

Det må skilles mellom to problemstillinger: Befolkningens/pasient/brukers behov for nye personellgrupper og behovet for at disse autoriseres. Dette omfatter:

- Pasient/bruker/befolkningens krav og forventninger til helsetjenesten generelt
- Pasient/bruker/befolkningens krav og forventninger til helsepersonellets faglige kompetanse
- Autorisasjon som garanti for at personell innen de ulike autoriserte gruppene innehar visse minimumskvalifikasjoner generelt, og uavhengig av utdanningsland.

Pasienter/brukeres behov for nye helsepersonellgrupper kan påvirkes av ulike faktorer. Dette kan blant annet være forventninger om nye behandlingsmuligheter, økende tilbud fra utøvere av alternative behandlingsformer. Økende internasjonalisering med påvirkning fra andre land og kulturer om forståelse av sykdom og behandling kan også spille inn. I tillegg kommer pasientrettighetslovens styrking av pasientenes stilling, bl. a. ved presisering av retten til medvirkning og selvbestemmelse og ordning med erstatning for pasientskader som begge bidrar til å endre rollen som pasient.

Uavhengig av autorisasjon har helsepersonell plikt til å opptre i tråd med de krav helsepersonelloven stiller. En rekke av helsepersonells lovpålagte plikter motsvarer pasientenes rettigheter som er nedfelt i pasientrettighetsloven. Eksempler her er bestemmelsene om taushetsplikt, samtykke, medbestemmelse og informasjon. Helsepersonellovens krav om at helsepersonell skal *"utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet som kan forventes ut fra helsepersonellets kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig"* (§ 4) gjelder alle som omfattes av definisjonen av helsepersonell i § 3. Imidlertid kan autorisasjon ha betydning for pasientene og brukerne ved at bare autorisert personell har rett til å benytte beskyttet yrkestittel. Slik kan man være ganske sikker på at den som presenterer

seg som lege, sykepleier, psykolog osv er i besittelse av de minimumskvalifikasjonene som kreves for den enkelte yrkesgruppen.

6.2.4 Direktoratets anbefaling

Pasientenes/brukernes behov er ikke knyttet til selve autorisasjonsordningen. Pasientenes og brukernes interesser og behov er mer avhengig av helsesystemer som må være i overensstemmelse med nasjonale og internasjonale avtaler, reguleringer og faglige standarder og som bidrar til tilgjengelighet, rettferdig fordeling, pasientsikkerhet og god faglig kunnskapsbasert praksis.

6.3 Er personellgruppens størrelse og organisering, geografiske spredning og fordeling innenfor helsetjenesten av betydning?

6.3.1 Innledning

Departementet nevner følgende momenter/problemstillinger:

- Bør en personellgruppe være av en viss størrelse for å omfattes av autorisasjonsordningen?
- Kan det i så fall angis nærmere kriterier for hvor stor personellgruppen bør være?
- Bør det stilles visse krav om organisering av utøverne, for eksempel i form av egen utøverorganisasjon?
- Kan det i så fall angis nærmere kriterier for hvordan en slik utøverorganisasjon skal være organisert og hvilke krav de stiller overfor sine medlemmer?

Spesialisthelsetjenesten har en økende oppgave- og funksjonsfordeling. Vi har vel 40 høyspesialiserte tjenester som lands- eller flerregionale funksjoner. Dette betyr at noen personellgrupper ikke finnes i alle fylker og helseregioner. Helsetilbudet disse gruppene tilbyr, er imidlertid tilgjengelig for hele befolkningen.

Helseprofesjonene er organisert på ulik måte, uten at det automatisk følger profesjonsgrensene. Ikke alt personell er organisert.

6.3.2 Synspunkter fra eksterne instanser

De tre¹⁶ som kommenterte spørsmålet har tillagt personellgruppens størrelse og utbredelse liten betydning. Norsk Osteopat Forbund (NOF) påpeker behovet for å samle kompetanse innen spesialiserte fagområder på et begrenset antall steder. Spørsmålet om organisasjonstilknytting som vilkår for autorisasjon avvises. NOF uttaler: *"I Norge er det organisasjonsfrihet. Det vil ikke være riktig å forlange organisasjonstilhørighet. Skulle dette påtvinges noen grupper og ikke andre, ville det være et merkelig signal fra myndighetene. Dersom det påtvinges alle helsearbeidere ville det trolig gi et kraftig signal om at myndighetene går imot viktige elementer i norsk kultur og praksis."*

6.3.3 Diskusjon

6.3.3.1 Personellgruppens størrelse mv

Dagens autoriserte personellgrupper varierer i størrelse. I følge Helsepersonellregisteret (HPR) var det pr 30.06.2008 drøyt 367 000 personer med autorisasjon som helsepersonell. De største gruppene er sykepleier (128 000), hjelpepleier (112 000) og lege (31 567). Tre

¹⁶ Norske Ortopedisters Forening, Norsk kiropraktorforening og Norsk Osteopat Forbund

grupper har 10 - 12000 personer autorisert¹⁷, mens fem grupper har 200 – 1000 personer¹⁸. De minste gruppene er perfusjonist med 40 personer og ortoptist med 45 personer.

Det betyr at 74 % av autorisert helsepersonell tilhører de tre største gruppene, 0,6 % tilhører de sju minste gruppene. De tre nest største gruppene representerer 9,5 % og de resterende 15 gruppene utgjør 15 % av personellet.

Utøverorganisasjoner som kan inngå i den frivillige registerordningen for utøvere av alternativ behandling av sykdom, må dokumentere å ha minst 30 medlemmer¹⁹. Det er ingen tilsvarende bestemmelse om minimumstall som gjelder for autorisasjon av helsepersonell.

Forsvarlighetskravet gjelder alt helsepersonell, uavhengig av autorisasjon. Bevisstheten om mulighet for å bli fratatt autorisasjon, kan virke disiplinerende og kan være en faktor til å styrke personellgruppens forståelse av kravet til faglig forsvarlig virksomhet. Tilsynsmyndighetenes reaksjoner bidrar til bedre forståelse av hvor grensen for faglig forsvarlighet ligger.

6.3.3.2 Organisasjonstilhørighet

I enkelte land er det vilkår om medlemskap i yrkesorganisasjon for å få godkjenning til yrkesutøvelse som helsepersonell (f eks General Medical Council, GMC, i England). I de landene som knytter godkjenning opp mot særskilte medlemskap, er det yrkesorganisasjonene som behandler søknad om godkjenning, klager på helsepersonellet, og reaksjoner ved brudd på krav til yrkesutøvelse. I Norge er autorisasjons- og tilsynsmyndighetene helt uavhengige av yrkesorganisasjonene.

Registerordningen for utøvere av alternativ behandling forutsetter at enkeltmedlemmer som ønsker registrering er medlemmer av en utøverorganisasjon (forskrift om registrering). Det er forutsatt at kravet ikke er i strid med prinsippet om organisasjonsfrihet i Den europeiske menneskerettighetskonvensjonen, EMC²⁰.

Friheten til selv å velge å være organisert er et grunnleggende prinsipp i norsk arbeids- og yrkesliv. Helsedirektoratet mener at rett til autorisasjon ikke kan gjøres betinget av medlemskap i en organisasjon.

6.3.4 Direktoratets anbefaling

Ut fra hensynet til robuste fagmiljø, effektivt tilsyn og fornuftig forvaltning av autorisasjonsordningen, er det en grense for hvor liten en autorisert personellgruppe bør være. Helsetjenester som en autorisert personellgruppe yter, må være tilgjengelig for hele

¹⁷ Omsorgsarbeider (10 752), vernepleier (11 679) og fysioterapeut (12 069)

¹⁸ Ortopediingeniør (196), klinisk ernæringsfysiolog (243), audiograf (387), kiropraktor (469), tanntekniker 726.

¹⁹ Forskrift om frivillig registerordning for utøvere av alternativ behandling § 3 nr 8

²⁰ Den europeiske menneskerettighetskonvensjon, artikkel 11 *Freedom of assembly and association*

1. Everyone has the right to freedom of peaceful assembly and to freedom of association with others, including the right to form and to join trade unions for the protection of his interests.

2. No restrictions shall be placed on the exercise of these rights other than such as are prescribed by law and are necessary in a democratic society in the interests of national security or public safety, for the prevention of disorder or crime, for the protection of health or morals or for the protection of the rights and freedoms of others. This article shall not prevent the imposition of lawful restrictions on the exercise of these rights by members of the armed forces, of the police or of the administration of the State.

befolkningen. Disse forholdene tilrås som tilleggsmomenter i vurderingen av om nye personellgrupper bør omfattes av autorisasjonsordningen.

Utover dette kan det i vurderingen av om nye personellgrupper skal omfattes av autorisasjonsordningen ikke stilles krav om hvordan personellgruppen er organisert.

6.4 Dobbeltautorisasjon og spesialistgodkjenning

6.4.1 Innledning

Departementet nevner følgende undermomenter:

- I hvilken grad bør det legges vekt på om alle eller deler av personellgruppens medlemmer allerede er autorisert som helsepersonell?
- Hvilke argumenter kan anføres for hhv dobbeltautorisasjon versus eventuell spesialistgodkjenning?
- Bør autorisasjonsordningen omfatte kun grunnutdanninger?

6.4.1.1 Presisering av "dobbeltautorisasjon"

Med begrepet dobbeltautorisasjon menes at det i tillegg til autorisasjon etter gjennomført grunnutdanning som oppfyller vilkårene til autorisasjon, er mulig å få enda en autorisasjon etter gjennomført videre-, etter-, eller spesialutdanning som bygger på en allerede autorisasjonsgivende grunnutdanning. Definisjonen gjelder ikke ny autorisasjon på bakgrunn av gjennomført ny autorisasjonsgivende grunnutdanning.

En og samme person kan altså ha flere autorisasjoner ved slik dobbeltutdanning, for eksempel lege/tannlege. Det er ikke sjelden at en som har utdanning som helsepersonell for eksempel på videregående eller bachelornivå ønsker å utdanne seg til en ny helseprofesjon, f.eks. på høyskole- eller universitetsnivå.

I dagens autorisasjonssystem er jordmor den eneste yrkesgruppen som har en dobbeltautorisasjon både på grunnlag av grunnutdanning og påbyggingsutdanning. Jordmoryrket er en av de fem helseprofesjonene som etter EØS-reglene gir grunnlag for automatisk godkjenning i medlemslandene på bakgrunn av harmoniserte krav til teoretisk og praktisk utdanning. I mange land vurderes at jordmorutdanningen ikke behøve gå via sykepleierutdanning, men direkte utdanning som jordmor, altså ikke som dobbeltautorisasjon. En slik ordning er også under diskusjon i fagmiljøene i Norge.

Spørsmålet om dobbeltautorisasjon eller offentlig spesialistgodkjenning for fysioterapeuter med videreutdanning i manuellterapi var en av sakene som førte til en splittelse i Norsk Fysioterapeutforbund. Norsk Manuellterapeutforening (NMF) ble dannet av en mindre gruppe manuellterapeuter som gikk ut av NFF. NMF organiserer ca halvparten av manuellterapeutene. De manuellterapeutene som er organisert i Norsk Fysioterapeutforbund støtter at det skal arbeides for at fysioterapeuter skal omfattes av en offentlig spesialistgodkjenning, og at manuellterapeutene bør være en av spesialitetene i en slik ordning.

6.4.2 Synspunkter fra eksterne instanser

Spørsmålet om dobbeltautorisasjon ble kommentert av 20 instanser/organisasjoner tilhørende samtlige kategorier som ble bedt om å uttale seg høsten 2007. De fleste utenom pasient/brukerorganisasjoner knytter spørsmålet om dobbeltautorisasjon direkte til spørsmålet om offentlig spesialistgodkjenning. Et overveiende flertall går imot dobbelt-

autorisasjon²¹ og mener at det er bedre å utvide systemet med offentlig spesialistgodkjenning. Pasient/brukerorganisasjonene omtaler ikke offentlig spesialistgodkjenning, men argumenterer for at manuellterapeuter bør gis dobbeltautorisasjon.

NITO: "er kritisk til bruk av dobbeltautorisasjon ved videreutdanning innen profesjonen. Vi mener prinsippet om at det er grunnutdanningene som gir autorisasjon er viktig og ønsker ikke en utvikling der mange grupper innen hver profesjon skal omfattes av egne autorisasjoner. NITO mener dagens autorisasjonsordning er oversiktlig og ryddig, også ved vurdering av helsepersonellutdanninger fra andre land."

"NITO mener det kan være behov for å vurdere om de ulike spesialistgodkjenningene som i dag ivaretas og godkjennes av profesjonsforeningene heller bør inkluderes i forskrift og at en sentral godkjenningssinstans som f. eks. SAFH ivaretar ordningen. Dette for å sikre nivå, likhet og åpenhet rundt vurdering av spesialistgodkjenning."

Norges Optikerforbund: "Når det gjelder spørsmålet om dobbelt autorisasjon, mener vi at dette i enkelte tilfeller kan være hensiktsmessig fremfor en intern spesialistgodkjenning. Dette vil bedre synliggjøre for publikum og myndigheter hvilke kvalifikasjoner vedkommende har".

Norsk Ortoptist Forbund: "Den norske autorisasjonsordning og ordningen med spesialistgodkjenning, utgjør begge en form for offentlig kvalitetsstempel og gir informasjon til publikum om type kompetanse helsepersonellet innehar. Vi er av den oppfatning at ordningen med autorisasjon av grunnutdanninger og spesialistgodkjenning for utdanninger innen en avgrenset del av det helsefaglige området som bygger på grunnutdanningen, bør videreføres. Å åpne for dobbelt autorisasjon vil gi et uoversiktlig bilde og skape problemer i grensedragningen når det gjelder hvilke utdanninger som skal gi spesialistgodkjenning og hvilke utdanninger som skal gi autorisasjon."

Norsk kiropraktorforbund viser til SHdir utredning om manuelle behandlingsformer, flertallets vurderinger og konklusjoner og skriver: "en utdanning som bidrar til videreutvikling av en etablert grunnutdanning som gir rett til autorisasjon, bør dekkes av den eksisterende ordning med spesialistgodkjenning [...]. dersom det på generell basis skal åpnes for dobbelt autorisasjon, vil det kunne undergrave ordningen med spesialistgodkjenning."

Norsk sykepleierforbund: "støtter intensjonen i helsepersonelloven som legger opp til at det gis en spesialistgodkjenning når utdanningen bygger på en helsefagutdanning som gir autorisasjon, og at det ikke innføres ny autorisasjon for den kompetanse videreutdanningen fører til. NSF er enig i [...] at det skal bli mulig å opprette spesialistgodkjenninger for flere helsepersonellgrupper.

Norsk fysioterapiforbund: "Når en videreutdanning bygger på en utdanning som allerede gir en autorisasjon, er autorisasjonsinstituttet ivaretatt. NFF mener at en autorisasjon kun skal gis på grunnutdanningsnivå, mens en videreutdanning kan og bør føre frem til en offentlig spesialistgodkjenning for de yrkesgrupper det gjelder. Hvis utdanningen skal føre til ytterligere en autorisasjon, mener NFF det vil bli svært uoversiktlig for pasientene å orientere seg."

Privatpraktiserende Fysioterapeuters Forbund (PFF) viser til at det er mange yrkesgrupper som utfører manuellterapi både innen den offentlige helsetjenesten og blant alternative

²¹ Sju av sju yrkesorganisasjoner til autorisert personell, ikke-autorisert personell: en gruppe positiv, de to andre legger en avvikende definisjon av dobbeltautorisasjon til grunn. Arbeidsgiver, utdanningsinstitusjoner og offentlige etater er negative. Fem bruker-/pasientorganisasjoner argumenterer for dobbeltautorisasjon av manuellterapeuter.

utøvere, og mener at "det er av stor betydning at yrkesrollen som manuellterapeut får tittelbeskyttelse, og at dette vil bidra til å klargjøre manuellterapeutenes rolle både overfor befolkningen/potensielle pasienter og annet helsepersonell". I følge PFF er det behov for autorisasjon av manuellterapeuter.

YS (Ambulansearbeideren) "Hvis dobbelt autorisasjon innebærer at innehaveren får praktisere som ambulansarbeider etter at en av autorisasjonene kalles tilbake [...]. vil autorisasjonsordningens funksjon som kontrollinstans bli betydelig svekket. Konsekvensen kan bli en sterk reduksjon både av pasientens sikkerhet og befolkningens tillit til helsevesenet."

Norsk Manuellterapeutforening (NMF): "Når det gjelder spørsmålet om et yrke som følge av tilleggstudanning skal lede fram til en særskilt (dobbel) autorisasjon, må det legges særlig vekt på hvorvidt denne leder fram til et yrke som er vesensforskjellig fra den autorisasjonsgivende grunnutdanningen. Med yrkesrolle menes først og fremst plassering i helsevesenet [...] Stor selvstendighet og en yrkesutøvelse som er vesensforskjellig fra den autorisasjonsgivende grunnutdanningen bør føre til særskilt autorisasjon [...]. For at pasientene skal få offentlig refusjon hos spesialist er det et krav om at det må foreligge henvisning fra lege, manuellterapeut eller kiropraktor. Spesialister arbeider i hovedsak i 2. eller 3. linjetjeneste. NMF mener at autorisasjon åpenbart er mer egnet til å indikere en yrkesrolle som primærkontakt og henviser i 1. linjetjenesten, enn en spesialistgodkjenning som i pasientens bevissthet hører hjemme i 2. eller 3. linjetjenesten."

Norsk Osteopat Forbund: "Det er ikke til hinder at en yrkesutøver er autorisert i et annet helseyrke. En allerede autorisert yrkestittel er ikke egnet til å kvalitetssikre et annet yrke. Dersom en yrkesutøver blir fratatt sin autoriserte yrkestittel, kan vedkommende fritt praktisere og ta imot pasienter i et yrke som ikke er beskyttet av autorisasjon. Hvis en dobbelt autorisasjon blir tillagt stor betydning i vurderingen av autorisasjon av flere yrkestitler, viser det en alvorlig inkonsekvens. En fysioterapeut som blir ferdigutdannet medisin, ender opp med to autoriserte titler.

Norsk Forbund for Osteopatisk Medisin (NFOM): "Vi ønsker å minne helsemyndighetene om at det er flere leger og kiropraktorer som har en bakgrunn som autoriserte fysioterapeuter, sykepleiere eller annen offentlig autorisert helsepersonell [...] I disse tilfellene har det aldri vært stilt spørsmål om det er mulig/ikke ønskelig med en "dobbeltautorisasjon" som helsepersonell".

Arbeidsgiverforeningen Spekter: "Videre mener Arbeidsgiverforeningen Spekter at reglene om autorisasjon av helsepersonell som et utgangspunkt bør være knyttet opp mot de ulike gruppernes grunnutdanning. Videre- og spesialistutdanning bør derfor ikke være en del av autorisasjonsordningen. I motsetning til grunnutdanningene endrer innholdet i videre- og spesialistutdanninger seg mer over tid og derfor vil det kunne være mer problematisk å avgjøre om vilkårene til autorisasjon er til stede. Omfang av hvilke videre- og spesialistutdanninger som tilbys vil også kunne endre seg raskt. Dersom reglene om autorisasjon av helsepersonell i større grad skulle omfatte også videre- og spesialistutdanninger enn i dag, vil dette kunne innebære en større grad av monopolisering av arbeidsoppgaver og dermed hindre optimal drift av helseforetakene."

Universitets- og høyskolerådet: "Det er enighet om at dagens ordning med autorisasjon på bakgrunn av gjennomført grunnutdanning må opprettholdes [...] Som prinsipp bør det ikke åpnes opp for dobbeltautorisasjon når det gjelder videreutdanninger innen helse- og sosialfagutdanninger som bygger på en allerede eksisterende profesjonsutdanning innen samme fagfelt. Videreutdanninger og spesialiseringer den enkelte tar i egenskap av å inneha en bestemt grunnutdanning bør heller kunne ut i en spesialistgodkjenning [...] En omorganisering og utvidelse av dagens spesialistordning bør vurderes".

Pasient/brukerorganisasjoner

Funksjonshemmedes fellesorganisasjon (FFO): "har forståelse for at det må være klare krav til det å få autorisasjon, men det må ikke bety at en selvstendig utdanning som strekker seg utenfor det som kan defineres som videreutdanning og som kvalifiserer til en yrkestittel avskjæres fra muligheten for å få autorisasjon fordi man innehar en annen autorisasjon [...] FFO er opptatt av at de utøvere som skal praktisere for trygdens regning bør ha en form for autorisasjon eller godkjenning for å sikre at disse har den nødvendige kompetanse for å utføre de tjenestene som inngår i ordningen"

Norges Handikappforbund (NHF): "et betydelig antall av NHFs medlemmer har stor nytte av manuellterapi. Det er viktig at disse er forsikret om at manuellterapeuter har den kompetansen som kreves for å sikre pasienten et optimalt behandlingstilbud, samt at pasienten kan være sikker på å få de rettigheter som følger av pasientrettighetsreformen."

Landsforeningen for kvinner med bekkenløsning (LKB): "mener at en autorisasjonsordning for manuellterapeuter med en presis definisjon av innholdet i tittelen [...]"

Pasientaksjonen for Firda fys-med: "mener derfor at manuellterapeuter bør ha særskilt autorisasjon slik at det går an å skille denne yrkesgruppen fra fysioterapeutene. Alle manuellterapeuter har autorisasjon som fysioterapeut, men autorisasjonstittelen fysioterapeut gir ikke pasientene noen hjelp til å finne fram til manuellterapeuter. Manuellterapeut-tittelen er pr i dag dessuten ubeskyttet, det vil si at hvem som helst lovlig kan kalle seg "manuellterapeut" selv om vedkommende ikke har de kvalifikasjoner som skal til for å være manuellterapeut i pasientrettighetsreformens forstand."

LFN Landsforeningen For Nakkeslengskadde: "mener at manuellterapeuter bør utstyres med særskilt autorisasjon, slik at det blir enkelt å skille yrkesgruppen fra fysioterapeutene. Alle manuellterapeuter har autorisasjon som fysioterapeut, men autorisasjonstittelen fysioterapeut hjelper ikke pasientene til å finne fram til manuellterapeuter på en enkel og sikker måte. Manuellterapeut-tittelen er for øvrig heller ikke beskyttet, noe som gjør at både fysioterapeuter og andre, kan benytte tittelen fritt."

Statens helsetilsyn finner det ikke hensiktsmessig med en ny autorisasjon av autorisert helsepersonell basert på videre- eller spesialistutdanning og skriver: "Vi finner at det naturlige her er å vurdere å gi spesialistgodkjenning som tillegg til den autorisasjonen spesialiseringen bygger på, for eksempel sykepleier med spesialistgodkjenning i anestesi." (Innspill 2007). Dette utdypes i innspillet fra 2008: "Når det gjelder spørsmålet om behovet for dobbeltautorisasjon vil vi bemerke at spesialistgodkjenning etter vårt syn, er et mer dekkende begrep for autorisasjon på grunnlag av videre- og/eller spesialistutdanning. Dobbeltautorisasjon kan forveksles med autorisasjon på bakgrunn av to ulike grunnutdanninger, noe som nå gir rett på autorisasjon for begge yrkesfunksjonene. Ved å forbeholde begrepet autorisasjon for godkjenning på grunnlag av grunnutdanning og begrepet spesialistgodkjenning på grunnlag av videre-/spesialistutdanning, sondres det klart mellom disse to formene for godkjenning. Statens helsetilsyn ser behovet for en gjennomgang av spørsmålet om spesialistgodkjenning ut fra de samme førende premisser som for autorisasjon."

Statens helsepersonellnemnd uttaler: "Det er ellers etter nemndas syn uheldig å ha en ordning som innebærer at yrkesutøvere får dobbelt autorisasjon [...] Det kan være et alternativ å utvide den ordningen med offentlig godkjent spesialisering som allerede er etablert for leger, tannleger og optikere."

SAFH går implisitt imot dobbeltautorisasjon ved å legge til grunn at autorisasjon er knyttet til grunnutdanninger.

Socialdepartementet i Sverige:

Også i Sverige har dobbeltdokumentasjon vært gjenstand for diskusjon. I følge Socialdepartementet foreslo regjeringen i 2007 i en utredning å autorisere yrkesgruppen cytodiagnostiker. Dette ville innebære dobbeltdokumentasjon som biomedisinsk analytiker og cytodiagnostiker (spesialisering som bygger på autorisasjonsgivende utdanning som biomedisinsk analytiker) Samtlige berørte organisasjoner som uttalte seg til forslaget var svært kritiske. Man anså bl.a at det ikke var tilstrekkelig utredet hvorfor en dobbeltdokumentasjon var nødvendig eller hva det ville innebære for hele autorisasjonssystemet om en "spesialisering" innen et yrke plutselig fikk dobbeltdokumentasjon. På bakgrunn av den sterke kritikken har forslaget ikke blitt fulgt opp. Regjeringen mener dette er et av spørsmålene som må behandles av den påtenkte autorisasjonsutredningen.

6.4.3 Diskusjon

De fagspesifikke videre- og mastergradsutdanningene innen helseprofesjonsutdanningen bygger på en grunnutdanning og gir økt kompetanse innen samme fagområde. Eksempelvis kan man ikke bli manuellterapeut uten å ha fysioterapeututdanning. Utdanning som manuellterapeut kan ikke sies å lede fram til et yrke som er vesensforskjellig fra yrket som fysioterapeut.

Helsevesenet er ikke organisert slik at personell med grunnutdanning arbeider i primærhelsetjenesten mens de offentlig godkjente spesialistene arbeider i spesialisthelsetjenesten. Det er et stort behov for helsepersonell med spesialistkompetanse også i primærhelsetjenesten. Eksempler er spesialist i allmenmedisin, spesialister innen rus, psykiatri, rehabilitering mv.

Etter direktoratets vurdering kan ikke spørsmålet om dobbeltdokumentasjon ses uavhengig av spørsmålet om spesialistgodkjenning. Det viktigste bidraget til å motvirke økt press mot dobbeltdokumentasjon er etter direktoratets vurdering å foreta en samlet gjennomgang av spesialistordningene for helsepersonell i en bred sammenheng.

Ved en eventuell utvidelse av offentlige spesialistordninger kan personell med videre- og spesialistutdanning oppnå tittelbeskyttelse. Dette er imidlertid ikke tungtveiende argument for en utvidelse av spesialistordningene. En utvidelse av ordningene kan også ha uheldige sider som økende fragmentering av helsetjenesten.

6.4.4 Direktoratets anbefaling

Problemstillingen må ses i sammenheng med en mulig utvidelse av offentlige spesialistordninger for helsepersonell. Direktoratet anbefaler at spørsmålet blir utredet i full bredde for helsepersonell generelt, ikke bare som gjennomgang av spesialistutdanningen for leger. Dobbeldokumentasjon anbefales ikke utvidet til nye grupper.

6.5 Hvilke muligheter har myndighetene til å vurdere og følge opp nye personellgrupper?

6.5.1 Innledning

Departementet nevner følgende momenter:

- I hvilken grad har autorisasjonsmyndighetene forutsetninger for å vurdere om vilkårene for autorisasjon er tilstede for utøvere innenfor nye personellgrupper?

- I hvilken grad har autorisasjonsmyndighetene forutsetninger for å føre et effektivt tilsyn med utøvere innenfor nye personellgrupper?
- Når må det eventuelt sies å være rimelig/formålstjenelig at autorisasjons- og tilsynsmyndigheter settes i stand til å vurdere og til å følge opp nye personellgrupper?

I hovedutredningen ble det lagt vekt på at autorisasjon kan tilbakekalles eller suspenderes dersom personen er uegnet til å utøve yrket forsvarlig eller har en atferd som anses uforenlig med yrkesutøvelsen²². I realiteten innebærer tilbakekall eller suspensjon et yrkesforbud. Dette er et sterkere virkemiddel enn arbeidsrettslig adgang til oppsigelse. Gjennom dette kan autorisasjonsordningen fungere som en særlig sikkerhet for pasientene.

Det er i hovedutredningen dokumentert at i de senere årene har bare 12 av 28 autoriserte helsepersonellgrupper vært berørt av reaksjoner fra tilsynsmyndighetene. Offentlige myndigheters mulighet til å gripe inn med reaksjoner overfor helsepersonell er et viktig argument for å opprettholde autorisasjonsordningen. Det hjemler myndighetenes mulighet for å fjerne uegnet helsepersonell fra yrkesfeltet.

²² Helsepersonelloven §§ 57 flg

Tabellen nedenfor viser antall tilsynssaker som Statens helsetilsyn har behandlet i perioden 2002 – 2006, fordelt etter yrkesgruppe. De gruppene som fikk autorisasjon etter 2001 er skyggelagt. De gruppene som det er flest tilsynssaker mot, har stor grad av autonomi i yrkesutøvelse og/eller direkte pasienten kontakt. Det må bemerkes at det er stor variasjon i antall personer totalt innen den enkelte autoriserte gruppen.

Yrkesgruppe	Antall tilsynssaker 2002-2006	Prosentandel Tilsynssaker 2002-2006
Bioingeniør	6	0,6
Ergoterapeut	0	
Fotterapeut	0	
Fysioterapeut	21	2
Hjelpepleier	70	7
Jordmor	20	2
Kiropraktor	6	6
Lege	567	57
Optiker	1	0,1
Ortopediingeniør	0	
Psykolog	40	4
Radiograf	0	
Sykepleier	256	27
Tannlege	45	4
Tannpleier	0	
Vernepleier	11	1
Ambulansearbeider	6	0,6
Apotektekniker	6	0,6
Audiograf	0	
Farmasøyt	4	0,4
Helsesekretær	4	0,4
Klinisk ernæringsfysiolog	0	
omsorgsarbeider	8	0,8
Ortoplast	0	
Perfusjonist	0	
Tannhelsesekretær	0	
Tanntekniker	1	0,1

6.5.2 Synspunkter fra eksterne

Av de fem²³ som kommenterte problemstillingen, var tre opptatt av oppfølging- og kontrollaspektet, mens to kommenterte forhold knyttet til godkjenning av spesialister.

Universitets- og høyskolerådet ser det som uheldig at de som i stor grad utdanner spesialister også forvalter godkjenningsordningene.

NITO mener det bør vurderes å utvide offentlig spesialistgodkjenning til å omfatte de ulike spesialistgodkjenningene som i dag ivaretas og godkjennes av profesjonsforeningene og at en sentral godkjenningssinstans, f.eks. ved at SAFH, ivaretar ordningen. Deres begrunnelse er at dette vil sikre nivå, likhet og åpenhet rundt vurdering av spesialistgodkjenning.

²³ Norsk kiropraktorforening, NITO, Universitets- og høyskolerådet, Statens Helsepersonellnemnd og Statens helsetilsyn

I følge Norsk kiropraktorforening mener at det må være et mål at antallet autoriserte grupper ikke er for høyt for å sikre myndighetenes muligheter for oppfølging og kontroll.

Statens helsepersonellnemnd tar utgangspunkt i sine erfaringer med tilbakekall av autorisasjon. Nemndas seksårige praksis viser at det blant de 28 yrkesgruppene som er underlagt autorisasjon etter helsepersonelloven § 48, er halvparten av yrkesgrupper ikke representert blant klagerne. Nemnda antar at dette i hovedsak skyldes at disse gruppene i liten grad får tilbakekalt autorisasjon²⁴. Noen av disse yrkesgruppene utøver i mindre grad direkte pasientbehandling slik at forholdet pasient/behandler vil være mindre personlig/personavhengig. Det kan da være lettere å velge en annen behandler/tjenesteyter enn å klage. Nemnda mener det kan stilles spørsmål ved om ikke fraværet av klagesaker fra de nevnte yrkesgruppene, bør få betydning for hvilke grupper som skal omfattes av autorisasjonsordningen. Mange av de samme helsepersonellgruppene er heller ikke representert blant klagerne over avslag på autorisasjon.

Statens helsetilsyn uttaler at dagens kriterier for autorisasjon fungerer godt for å ivareta helsepersonellovens formål. De viser til at de i sin høringsuttalelse 3. november 1997 uttalte at på bakgrunn av de nevnte kriteriene var det behov for autorisasjon av åtte yrkesgrupper. Det ble autorisert 27 helsepersonellgrupper. Statens helsetilsyn ser ikke behov for å autorisere flere grupper helsepersonell, men har i brev av 12. juni 2008 til Helse- og omsorgsdepartementet påpekt behovet for å autorisere barnevernspedagoger og sosionomer.

6.5.3 Diskusjon

Myndighetenes rolle ved autorisasjon av helsepersonell er basert på utdanning og kvalifikasjoner, behandling av søknader om autorisasjon, og tilsyn og kontroll. I tillegg har utdanningsmyndighetene en viktig rolle, men det faller utenfor denne utredningen.

SAFH mottar, saksbehandler og avgjør søknader om autorisasjon og lisens for helsepersonell. Behandling av søknader fra norskutdannet personell er vanligvis ukomplisert idet autorisasjon gis på bakgrunn av bestått eksamen. For yrker der det stilles krav om praktisk tjeneste er det en del kompliserte saker om underkjenning av tjenesten slik at vilkåret for autorisasjon ikke er oppfylt. Dette gjelder særlig turnusleger. Det er eksempler på langvarige tvister i slike saker.

Det er til dels store utfordringer knyttet til vilkåret om at vedkommende "ikke er uegnet for yrket". SAFH mottar i liten grad informasjon om slike forhold. Etter universitets- og høyskoleloven §§ 4-8 flg kan utdanningsinstitusjonen utestenge og bortvise student fra undervisning og praksis. Terskelen for slike reaksjoner er høy. For studenter som utdanner seg til yrker som omfattes av autorisasjonsordningen, skal utdanningsinstitusjonen informere Helsedirektoratet (i praksis SAFH) om utestenging. Selv om søker har alvorlige psykiske eller atferdsmessige problemer, misbraker rusmidler eller av andre grunner ikke vurderes som egnet, får SAFH sjelden informasjon om dette. Det stilles ikke krav om politiattest eller uttalelse fra utdanningsinstitusjon eller praksissted ved behandling av søknad om autorisasjon.

En utvidelse av autorisasjonsordningen til nye personellgrupper kan medføre et merarbeid ved behandling av søknader fra utenlandsk utdannet personell. Det må foretas jevn godhets- og kyndighetsvurdering for kvalifikasjoner fra tredjeland. For EØS-kvalifisert søker må det vurderes om utdanningen/kvalifikasjonene har vesentlige avvik sammenlignet med norsk utdanning. Heller ikke dette er i prinsippet nye vurderinger, men utfordringene vil innebære at man må sette seg inn i hvilke krav som stilles for utdanning innen et nytt fagfelt.

²⁴ Nemnda har ikke mottatt klager over tilbakekall fra audiograf, bioingeniør, ergoterapeut, provisor-farmasøyt, reseptarfarmasøyt, fotterapeut, klinisk ernæringsfysiolog, optiker, ortopediingeniør, ortoptist, perfusjonist, radiograf, tannhelsesekretær, tannpleier og tanntekniker

Dersom den nye gruppen har mange medlemmer, vil det bety flere søknader å behandle.

For å kunne starte en tilsynssak mot helsepersonell er myndighetene avhengig av å få kjennskap om mulige pliktbrudd. Pasient, pårørende, kolleger, veileder og andre kan ha en rolle her. Selv om en tilsynssak åpnes, er i realiteten terskelen for tilbakekall av autorisasjon høy.

Et avgjørende argument for å opprettholde autorisasjon av helsepersonell var myndighetenes mulighet til å gripe inn og utelukke uegnet helsepersonell fra å utøve yrket gjennom tilbakekall av autorisasjon.

6.5.4 Direktoratets anbefaling

I en totalvurdering av om nye personellgrupper bør omfattes av autorisasjonsordningen, bør myndighetenes reaksjonsmuligheter tillegges vekt. Det faktiske omfanget av slike tilsynsreaksjoner tilsier ingen slik utvidelse.

6.6 Hvilken betydning har personellgruppens sykdomsforståelse, forklaringsmodell og behandlingsfilosofi for autorisasjon?

6.6.1 Innledning

Departementets nevner følgende momenter:

- Hvilken sykdomsforståelse, forklaringsmodell og/eller behandlingsfilosofi ligger til grunn for utøvernes virksomhet?
- Er dette sammenfallende eller vesensforskjellig med det som ligger til grunn for "skolemedisinen" eller utøvere innen den ordinære helsetjenesten?
- Hvilken betydning bør det tillegges at en personellgruppe bygger på en sykdomsforståelse, forklaringsmodell og/eller behandlingsfilosofi som er vesensforskjellig fra det som ligger til grunn for "skolemedisinen"/den ordinære helsetjenesten?

Problemstillingen er aktuell i en grenseoppgang mellom tradisjonell skolemedisin og alternative behandlingsformer.

6.6.2 Synspunkter fra eksterne instanser

Direktoratet mottok ti innspill om dette punktet²⁵. Det er enighet om at den autorisasjons-givende utdanningen bør være forankret i kunnskapsbasert metode og at behandlingsformen bør ha dokumentert effekt. Mens noen mente dette var grunnleggende forutsetninger, var andre mer åpne for at krav til kunnskapsbasert plattform og dokumentert effekt ikke burde være avgjørende for autorisasjon. Enkelte uttrykte klart at autorisasjonsordningen ikke bør omfatte yrker som tilbyr alternativ behandling.

Legeforeningen finner det ikke "*hensiktsmessig i forhold til å styrke sikkerheten i helsetjenesten, at nye aktører som forvalter ikke-kunnskapsbaserte behandlingsfilosofier skal bli autorisert helsepersonell.*" Generelt bør det stilles strenge krav til dokumentert nytte før nye grupper behandlere kan autoriseres. Til grunn for autorisasjon må det både foreligge krav om en anerkjent utdanning, forskning på området og dokumentasjon på at behandlingen

²⁵ Den norske legeforening, Norges Optikerforbund, Norsk ergoterapeutforbund, Norsk kiropraktorforening, Norsk Osteopat Forbund, Norges Naprapatforbund, Arbeidsgiverforeningen Spekter, SAFH og Statens helsetilsyn

har effekt. Autorisasjon bør bare knyttes til grupper som oppfyller strenge krav til dokumentert nytte av behandlingen.

Norsk Osteopat Forbund mener at dokumentasjon og studier på effekt av et behandlingskonsept må tillegges positiv betydning, men ikke for stor vekt ved sammenligning av de forskjellige yrkene, og peker på at selv ikke dagens autoriserte yrker har full dokumentasjon for alle deler av utøvelsen.

Norges Naprapatforbund anser at utdanningen bør ha en viss vitenskaplig basis og til en viss grad bør være i tråd med allment aksepterte medisinske forklaringsmodeller.

I følge Statens helsetilsyn må til enhver tid helsefagutdanningenes innhold, både vitenskapelig og når det gjelder holdninger og verdier, være i tråd med helsetjenestens og samfunnets behov og bidra til en faglig god og trygg helsetjeneste.

SAFH påpeker at autorisasjon innebærer et offentlig uttrykk for at visse kvalitetskrav er oppfylt. Dersom det ikke kan dokumenteres en viss effekt av en behandling, er det en kvalitetsmangel som tilsier at personellgruppen ikke bør omfattes av autorisasjonsordningen. SAFH anser at hovedårsaken til at personellgrupper som tilbyr alternativ behandling ikke anbefales omfattes av autorisasjonsordningen, er knyttet til om de alternative behandlingformene kan sies å ha en dokumentert effekt.

Arbeidsgiverforeningen Spekter mener autorisasjonsordningen ikke bør omfatte yrker som yter alternativ behandling.

6.6.3 Diskusjon

Hensynet til pasientsikkerhet og tillit til helsetjenesten i befolkningen og samfunnet forutsetter at den som yter helsehjelp ikke volder skade på pasient eller befolkning. Hensynet til samfunnets bruk av fellesskapets ressurser innebærer at helsetjenesten skal bidra til å bedre befolkningens helse. Helsetjenester må ha dokumentert effekt. Det betyr at helsetjenestens virksomhet må være i samsvar med anerkjent sykdomsforståelse, forklaringsmodell og behandlingsfilosofi. Det er en forutsetning for kunnskapsbasert praksis. Moderne vestlig "skolemedisin" utfordres fra flere kanter: fra østlig medisinsk tradisjon, alternativ behandling og fremmedkulturelle befolkningsgruppers sykdomsforståelse og forklaringsmodell. Hva som er relevant kunnskapsgrunnlag for helsetjenesten vil til enhver tid være under debatt og påvirkes av ulike forhold både nasjonalt og internasjonalt. Den naturvitenskapelige tradisjon utfordres bl.a. av samfunnsvitenskapelig og humanistisk metode og vitenskapsteori.

6.6.4 Direktoratets anbefaling

Helsepersonell skal drive kunnskapsbasert praksis. Ingen vitenskapsteoretisk plattform kan ha monopol i helsetjenesten. Tradisjonell vestlig medisinsk sykdomsforståelse og naturvitenskapelig metode kan ikke være et absolutt krav for at nye personellgrupper kan omfattes av autorisasjonsordningen. Det må imidlertid kreves dokumentasjon om type evidensgrunnlag som gjelder, og hvordan dette kommer til uttrykk i utdanningen og yrkesrollens innhold. Disse prinsippene åpner ikke for autorisasjon av utøvere av alternativ behandling.

6.7 Hvilken betydning har utdanningens innretning og utøvernes arbeidspraksis?

6.7.1 Innledning

Departementet nevner følgende momenter:

- I hvilken grad er personellgruppens utdanning rettet inn mot arbeid innenfor helsetjenesten?
- I hvilken grad arbeider yrkesgruppens utøvere innenfor helsetjenesten helt eller delvis?

Utdanningens og yrkesrollens innhold er to av kriteriene som ble lagt til grunn for autorisasjon ved innføring av helsepersonelloven. Disse kriteriene er behandlet i lovens forarbeider. I hovedutredningen anbefaler direktoratet at man fortsatt må legge vekt på disse kriteriene ved vurdering av om nye grupper helsepersonell skal omfattes av autorisasjonsordningen.

Det har betydning om utdanningen er rettet inn mot arbeid i helsesektoren, og i hvilken grad yrkesgruppen arbeider innenfor helsetjenesten. Utviklingstrekkene for helsetjenesten vil føre til at også andre grupper enn personer med helsefaglig grunnutdanning får en sentral plass i denne samfunnssektoren. Ikke minst vil medisinsk teknologiske framskritt påvirke utviklingen i en slik retning. Blant aktuelle yrkesgrupper kan nevnes realister, ingeniører, informatikere, økonomer, humanister og pedagoger.

Arbeidsgivere vil stille nye kompetansekrav. Livslang læring kan føre til at mange supplerer sin grunnutdanning og kvalifiserer seg innen helsesektoren.

Globalisering av arbeidsmarkedet og økt arbeidsinnvandring kan føre til nye utfordringer, også i forhold til nye helsepersonellgrupper. Det kan være kulturelle, språklige og andre barrierer som må overvinnes. Det kan komme et økt press fra nye yrkesgrupper som ønsker autorisasjon i tråd med forholdene i de land de selv kommer fra, men som avviker fra de norske forholdene.

Et annet problem er knyttet til smutthull i autorisasjonsordningene som utnyttes av personer som krysser landegrensene.

6.7.2 Synspunkter fra eksterne instanser

Elleve instanser²⁶ kommenterte spørsmålet om utdanningens innretning og yrkesrollens praksis. Det gjennomgående synet er at utdanningen skal være innrettet på arbeid i helsetjenesten. Flere er opptatt av at utdanningen skal være knyttet opp mot en offentlig godkjent helsefaglig utdanning med praksis, og peker på NOKUT som godkjenner av de enkelte utdanningene. Utenlandske utdanninger bør vurderes etter samme kriterier som norske utdanninger (ved søknad om norsk autorisasjon). Det blir pekt på at yrkesrollen bør innebære selvstendighet, evt et selvstendig behandleransvar, og at det er særlig viktig med autorisasjon av yrkesgrupper som i stor grad utøver sin virksomhet som selvstendig næringsdrivende, ikke ansatte.

NITO (bioingeniør) "NITO mener at autorisasjon etter helsepersonelloven må være knyttet opp mot en godkjent helsefaglig utdanning med praksis, med nasjonale rammeplaner og

²⁶ Farmasiforbundet, Fellesorganisasjonen (FO), NITO, Norsk sykepleierforbund, Norsk ergoterapeutforbund, Norsk kiropraktorforening, Norsk akupunkturforening, Norsk Osteopat Forbund, Arbeidsgiverforeningen Spekter, SAFH, Statens helsetilsyn

eksterne evalueringskriterier, jfr. NOKUT. Utenlandske utdanninger bør vurderes etter de samme kriteriene.”

NAFO Norsk akupunkturforening: ”NAFOs klare synspunkt er at yrkesrollens innhold er og bør være det overordnede kriteriet som må være oppfylt, nettopp fordi dette kriteriet har største betydning mht ivaretagelse av pasientsikkerhet. Yrkesgrupper som har et selvstendig behandleransvar og som i tillegg kan påføre pasienter store skader hvis det mangler kunnskap og kompetanse, bør autoriseres.... NAFOs holdning er at en autorisasjon ideelt bør være fundamentert i en offentlig godkjent utdanning.”

Norsk Osteopat Forbund: ”Utdanningen må lede til et selvstendig yrke og må ivareta sikkerhetsaspekter [...]. Et prinsipp må være krav til turnustjeneste eller skoleklinikk for yrker med direkte pasientkontakt.”

Arbeidsgiverforeningen Spekter: ”Krav om autorisasjon skal være med på å sikre yrkesrollens innhold ved at det forutsettes et minimum av kvalifikasjoner og et visst kunnskapsnivå – dette styrker pasientenes sikkerhet. Vi mener derfor at autorisasjonsordningen ikke bør omfatte yrker som yter alternativ behandling.”

SAFH: ”For helsepersonell utdannet i Norge vil det være spørsmål om i hvilken grad norsk utdanning, og utdanningens innhold, er egnet til å fremme helsepersonellovens formål [...] om pasientsikkerhet, kvalitet i helsetjenesten, samt tillit til helsepersonell og helsetjeneste. Samspillet mellom helsemyndighetene og utdanningsmyndighetene er et sentralt tema i denne forbindelse [...] Gir utdanningen en riktig kompetanse til å møte arbeidslivet? [...] Norske høyskoler og universitet har en høy grad av frihet til å definere utdanningens innhold. Det kan være at helsemyndighetene bør sikre at alle utdanningsinstitusjoner gir elevene/ studentene den minimums kompetanse (kunnskaper og ferdigheter) som kreves ved å ha en felles statseksamen, slik mange andre land har.”

Statens helsetilsyn 2008: ”De grunnleggende premissene for vurdering av hvilke yrkesgrupper som skal autoriseres, er etter vårt syn pasientsikkerhet og behovet for allmenn tillit til helsetjenesten. Yrkesutøvelsen til helsepersonellgrupper som utøver sitt yrke med stor grad av selvstendighet og har nær pasientkontakt, enten det skjer i egen praksis eller innenfor en institusjonell ramme, representerer en større fare for pasientsikkerheten enn andre grupper med mindre grad av autonomi og pasientkontakt. Dette gjelder spesielt der yrkesrollen medfører et selvstendig og direkte ansvar for diagnostikk, behandling, pleie og/eller oppfølging av pasienter. Behovet for allmenn tillit til yrkesgrupper med stor grad av selvstendighet, er også større. Det viktigste kriteriet for autorisasjon er derfor yrkesrollens innhold og funksjon [...] De andre kriteriene for vurdering av autorisasjon av nye grupper helsepersonell, som nevnes i Helsedirektoratets brev 28. mai 2008, har etter vårt syn kun relevans når de har betydning for pasientsikkerhet og tillit til helsetjenesten.”

6.7.3 Diskusjon

Uten primært å være rettet mot et arbeid i helsetjenesten, kan en rekke andre grunnutdanninger kvalifisere for arbeid i helsesektoren. Medisinsk-teknisk utvikling og andre endringer i helsetjenesten kan skape behov for andre kvalifikasjoner enn det tradisjonelt helsepersonell har. Undersøkelser viser at en stor del av befolkningen benytter seg av alternativ behandling. Enkelte sykehus har knyttet til seg utøvere innen alternativ behandling som tilbud for bl.a kreftpasienter og fødende.

Det er relevant i hvilken grad utdanningen er rettet inn mot arbeid i helsesektoren og i hvilken grad yrkesgruppens medlemmer arbeider innenfor helsetjenesten. I tråd med pkt 6.2 foran vil morgendagens helsetjeneste i økende grad bestå av personell med ikke-helserelatert

grunnutdanning. I perspektiv av livslang læring og et internasjonalt arbeidsmarked, vil det være økende mobilitet i arbeidslivet, også i relasjon til helsetjenestene.

6.7.4 Direktoratets anbefaling

Kriteriene knyttet til utdanning og yrkesrollens innhold er allerede blant hovedkriteriene ved autorisasjon av nye personellgrupper. Utdanningens innretning mot arbeid i helsetjenesten må tillegges vekt. Det er viktig at helsetjenesten trenger den kompetansen personellgruppen representerer. Dette er relevante tilleggsmomenter som må tillegges vekt ved vurdering av om nye personellgrupper skal omfattes av autorisasjonsordningen.

6.8 Oppsummering og tilråding kriterier for autorisasjon for nye grupper helsepersonell

Direktoratet mener at det i dag ikke bør foretas endring av de fire hovedkriterier (pasientsikkerhet, utdanning, yrkesrollens innhold, internasjonale forhold) ved vurdering av om autorisasjonsordningen bør omfattes av nye helsepersonellgrupper.

Direktoratets konklusjon og anbefaling i hovedutredning fra januar 2008 opprettholdes: Ved vurdering av autorisasjon av nye grupper helsepersonell, er kriterier knyttet til pasientsikkerhet, utdanning, yrkesrollens innhold og internasjonale forhold mest relevante ved autorisasjon av personellgrupper.

På bakgrunn av formålet med autorisasjonsordningen (pasientsikkerhet, tillit til helsetjenesten i befolkningen og hensynet til administrasjon og kontroll av ordningen) anbefaler direktoratet fortsatt en restriktiv praksis ved vurdering av autorisasjon av nye personellgrupper.

Dobbeltautorisasjon må ses i sammenheng med offentlig spesialistgodkjenning og anbefales ikke

Ved gjennomgang av de sju problemstillingene i departementets tilleggsoppdrag, framkommer det forhold som direktoratet mener bør inngå som tilleggsmomenter som kan tillegges vekt i vurderingen av autorisasjon av nye helsepersonellgrupper.

Utviklingstrekkene i helsetjenesten kan tilsi at nye personellgrupper bør omfattes av autorisasjonsordningen.

7. Vurdering av i hvilken utstrekning det er behov for endring, justering eller supplering av dagens autorisasjonsordning.

Det framgår av departementets tilleggsoppdrag: Dersom direktoratet på bakgrunn av hovedutredningen og tilleggsutredningen kommer til at dagens autorisasjonsordning på enkelte punkter bør endres, justeres eller suppleres, ønsker departementet at direktoratet vurderer om det er behov for lovendring.

Innspillene innhentet i forbindelse med hovedutredningen viser at det er en bred enighet om at autorisasjonsordningen fungerer godt. De problemstillingene de eksterne instansene var opptatt av gjelder autorisasjon av helsepersonell utdannet i utlandet.

7.1 Språkkrav

For å få autorisasjon i Norge kreves det ikke at søker behersker norsk språk. Vilkårene for autorisasjon er knyttet til faglige kvalifikasjoner, jf vilkårene i § 48 om jevngodhet og kyndighet. Det er arbeidsgivers ansvar å påse at den som tilsettes har tilstrekkelige språklige ferdigheter og kunnskaper. I tillegg har det enkelte helsepersonell et individuelt krav til faglig forsvarlighet som er hjemlet i helsepersonelloven § 4. Etterlevelse av plikten til informasjon, samtykkekrav, medbestemmelse journalføring mv. innebærer at helsepersonell kan motta og gi informasjon skriftlig og muntlig.

Legeforeningen, Universitets- og høgskolerådet og SAFH har kommentert språkkravene. Legeforeningen "mener det er uheldig at det totale ansvar for språkkrav legges til arbeidsgiver [...]. Legeforeningen mener at situasjonen vil kunne avhjelpes dersom norske myndigheter tar ansvar for å være med på å definere hvilke språkkrav det skal stilles". Universitets- og høgskolerådet viser også til at krav til språklige ferdigheter er definert som arbeidsgivers ansvar og "er av den oppfatning at dette bør henge sammen med autorisasjon".

7.2 Vurdering av utenlandsk utdanninger/yrkeskvalifikasjoner

Det kan være krevende å vurdere om utenlandsk utdanning/yrkeskvalifikasjon oppfyller lovens krav til jevngodhet/kyndighet. En utfordring synes å være knyttet til at en "akademisk jevngodhetsvurdering" som foretas i forbindelse med en akademisk gradsvurdering er noe annet enn en helsepersonellovens jevngodhets- og kyndighetsvurderinger ved søknad om autorisasjon.

Våren 2008 fastsatte departementet nye prosedyrer for godkjenning av leger utdannet i land utenfor EØS-området. Tidligere var praksis at Universitetet i Oslo mottok og vurderte slike søknader i samsvar med en akademisk jevngodhetsvurdering.

Det kan være behov for prosessuelle bestemmelser knyttet til autorisasjonsprosedyrene knyttet til f.eks testing av søkers faglige kunnskaper, ferdigheter, egnethet utover det som følger av dokumentgjennomgang. For leger og tannleger er etablert ordninger for å foreta slike vurderinger. SAFH mener at det kan være grunner for å benytte slike ordninger også ved vurderingen av andre yrkesgrupper (sykepleier, psykolog) utdannet utenfor Norge.

Innføring av ulike praktiske testmetoder for egnethet og kvalifikasjoner kan bidra til å avdekke en økende og bekymringsfull bruk av falske dokumenter.

Direktoratet ønsker å få foretatt en bred gjennomgang og vurdering av de ulike utfordringene knyttet til godkjenning av utenlandsk kvalifisert personell. En slik gjennomgang kan medføre at det vil være behov for endring eller presisering av regelverket knyttet til autorisasjon.

7.3 Autorisasjon og/eller lisens?

Både autorisasjon og lisens gir helsepersonell adgang til å utøve yrket og gir rett til å benytte beskyttet tittel. I motsetning til autorisasjon er lisens begrenset på ulike måter, i tid, sted, omfang mv. avhengig av vedkommendes kvalifikasjoner. Det kan være grunn til å vurdere en mer aktiv bruk av lisens, særlig til helsepersonell med utdanning/kvalifikasjoner ervervet utenfor Norge. Dette kan også vurderes som egnet i de tilfeller der det er knyttet særlige vansker til jevngodhetsvurdering/egnethet.

Endringer i helsetjenesten som følge av ny teknologi, nye rettighetsbestemmelser, nye organisatoriske løsninger med raske endringer i helsetjenestens kompetanseplattform og internasjonalisering av helsemarkedet tilsier at dagens autorisasjonsordning vil komme under økende press. Dette fører allerede til et press i retning av utvidelse av dagens autorisasjonsordning til nye personellgrupper.

7.4 Direktoratets anbefaling

Direktoratet anbefaler at man følger en restriktiv praksis når nye personellgrupper skal vurderes i forhold til utvidelse av autorisasjonsordningen, og at dobbeltautorisasjon ikke etableres som ordning. Ordningen er allerede så omfattende at utviklingen bør følges nøye for å vurdere om dagens autorisasjonsordning er egnet til å fange opp utviklingstrekkene i helsesektoren. Det kan tvinge seg fram et behov for å vurdere om den bør endres eller avvikles i sin nåværende form. Dette må ses i sammenheng med andre offentlige ordninger for godkjenning av og tilsyn med det personell som yter helsehjelp. Ordningene må bidra til pasientsikkerhet og tillit til helsetjenesten i befolkningen og samfunnet, uansett hvilken personellgruppe det dreier seg om.