

Innst. O. nr. 58

(1998-99)

Innstilling fra sosialkomiteen om lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven).

Ot.prp. nr. 13 (1998-99).

Til Odelstinget.

1. SAMMENDRAG

1.1 Innledning

Sosial- og helsedepartementet legger i proposisjonen fram forslag til ny helsepersonellov. Det foreslås en felles helsepersonellov for alt helsepersonell som skal erstatte følgende 9 lover:

- lov om fysioterapeuter og mensendiecksykegymnaster av 13. juli 1956
- lov om godkjenning av sykepleiere av 8. januar 1960 nr. 1
- lov om ortopediingeniører og om omsetning av ortopediske hjelpemidler av 11. juni 1971 nr. 54
- lov om offentlig godkjenning av pleiarar i psykiatriske sjukehus av 23. juni 1972 nr. 69
- lov om godkjenning mv av psykologer av 9. mars 1973 nr. 13
- lov om godkjenning m.v. av helsepersonell av 14. juni 1974 nr. 47
- lov om leger av 13. juni 1980 nr. 42
- lov om tannleger av 13. juni 1980 nr. 43
- lov om jordmødre av 26. april 1985 nr. 23

Lovrevisjonen tar sikte på å samle reguleringer av helsepersonell i en felles lov for på en bedre måte å ivareta krav til kvalitet og pasienters sikkerhet i helsetjenesten og motvirke en uakseptabel profesjonskamp. Det uttales at forslaget innebærer et mer tilgjengelig og ensartet regelverk og videre en presisering, forenkling og på visse punkter en endring av gjeldende regelverk.

Autorisasjonsordningen skal som i dag være et statlig styringsmiddel for å ivareta pasientens sikkerhet i helsetjenesten. Styringsmiddelet knyttes til kontroll med yrkesutøvelsen, ved at en viss yrkesutøvelse forutsetter autorisasjon, og at denne kan nektes utstedt og kan tilbakekalles. Departementet foreslår at helsepersonellgrupper får autorisasjon ved oppfyllelse av vilkår knyttet til utdanningens innhold, yrkesrollens

innhold og selvstendighet og internasjonale forhold. Begrepet «offentlig godkjenning» foreslås anvendt i forhold til spesialistgodkjenning, mens begrepet «autorisasjon» erstatter det som tidligere var offentlig godkjenning og autorisasjon.

Kravene som stilles til helsepersonells yrkesutøvelse og behandling av pasientopplysninger er i hovedtrekk en videreføring og generalisering av gjeldende rett for de grupper som i dag er offentlig godkjent/autorisert. Plikter som tidligere var forbeholdt noen grupper, for eksempel plikt til å involvere pasienter i behandlingen, plikt til å informere, plikt til forsvarlig ressursbruk og plikt til å tegne forsikring gjelder etter forslaget for flere grupper. Det er nytt at også annet personell i helsetjenesten enn offentlig autoriserte reguleres direkte av loven. Det er foreslått enkelte nye reguleringer, for eksempel om organisering av helsetjenester, herunder plikt til internkontroll, om markedsføring av virksomhet, og om pliktmessig avhold m.m.

Departementet foreslår en rett for pasienter til å bringe saker inn for tilsynsmyndighetene. Pasientene får imidlertid ingen klageadgang overfor den foreslåtte helsepersonellnemnda som i hovedsak skal ivareta helsepersonells rettssikkerhet. I denne sammenhengen foreslås det også visse endringer av tilsynsloven, og det foreslås opprettet en helsepersonellnemnd som klageinstans for helsepersonells klager på administrative reaksjoner. De ulike profesjonsråd foreslås nedlagt.

Videre foreslås det et forenklet og ensartet system for reaksjoner mot helsepersonell, og at det gis en viss veiledning med hensyn til formål og innhold i de forskjellige reaksjonsformer.

Med visse unntak foreslår departementet at helsepersonelloven i hovedsak skal inneholde reguleringer av det enkelte helsepersonells plikter og ansvar - og ikke reguleringer av bestemte faglige ledelsesforhold eller organisasjonsformer i helsetjenesten. Bortsett fra de spesifiserte unntak bør etter departementets vurde-

ring organisatoriske forhold overlates til arbeidsgiver/eier, eventuelt reguleres i tjenestelovgivningen eller i særlovgivningen.

1.2 Bakgrunn

Det vises til at på bakgrunn av behandlingen av S.meld. nr. 41 (1987-88) - Helsepolitikken mot år 2000, jf. Innst. S. nr. 120 (1988-89) igangsatte Sosial- og helsedepartementet arbeidet med å utrede ny helsepersonellov med sikte på ny regulering av helsepersonell. Utredning om helsepersonellovgivningen forelå i 1993 (NOU 1993:33), og det redegjøres fra høringsrunden til denne.

I gjeldende rett er helsepersonells yrkesutøvelse regulert av ni profesjonslover og kvakksalverloven. I tillegg finnes det særlover knyttet til ulike typer temaer, formål, oppgaver eller tiltak som abortloven, transplantasjonsloven, tobakkskadeloven, lov om medisinsk bruk av bioteknologi, smittevernloven m.v. Tilsynsloven regulerer tilsynsmyndighetenes tilsynskompetanse overfor helsepersonell og helsetjenesten, herunder myndighet til å sanksjonere lovbrudd. Regulering av autorisert og offentlig godkjent personell finnes i ulike lover for forskjellige grupper av helsepersonell, og gjelder uavhengig av om yrkesutøvelsen skjer i eller utenfor offentlig helsetjeneste. Offentlig autoriserte/godkjente yrkesgrupper er regulert i egne lover, eller i forskrift med hjemmel i den generelle loven om offentlig godkjenning av helsepersonell. I lov om godkjenning m.v. av helsepersonell gis Kongen fullmakt til i forskrift å regulere helsepersonell som ikke omfattes av spesiallovgivningen. I medhold av fullmaktsbestemmelsen er i dag følgende grupper offentlig godkjent og regulert i forskrift: hjelpepleiere, radiografer, ergoterapeuter, vernepleiere, foterapeuter, bioingeniører, optikere, tannpleiere og kiropraktorer. Det er i alt 17 helseprofesjonsgrupper som omfattes av godkjenningsordninger etablert ved lov eller med hjemmel i lov. Det uttales at eksisterende lovgivning bærer preg av store ulikheter med hensyn til utforming og innhold, og at det utvilsomt er behov for å harmonisere, samordne og gjøre regelverket mer fullstendig.

Det redegjøres for hvordan regulering av helsepersonell foregår i EU/EØS og i Norden. Helsepersonell omfattes av bestemmelsene om fri bevegelighet for personer i EU/EØS, der lik rett til etablering og til å yte tjenester og til å søke og ta arbeid innen EØS-området er et grunnleggende prinsipp. Helsepersonell berøres også direkte av en rekke direktiver om gjensidig godkjenning av kvalifikasjonsbevis, som er en del av EØS-avtalen. En rekke av de helsepersonellgruppene som ikke er regulert ved sektordirektiver, omfattes av generelle godkjenningsregler. For Norges vedkommende omfattes bioingeniører, ergoterapeuter, fysioterapeuter, kiropraktorer, optikere, ortopediingeniører, psykologer, radiografer, vernepleiere, resepta-

rer, tannpleiere, hjelpepleiere og foterapeuter. De generelle direktivene oppstiller ikke krav til de enkelte utdanninger. Forutsetningen er at utøvere av en profesjon i et EØS-land skal anses kvalifisert til å utøve vedkommende yrke også i andre EØS-land. I forhold til utforming av ny norsk lovgivning om helsepersonell begrenser EF-direktivene om gjensidig godkjenning av kvalifikasjonsbevis lovgivers frihet bare med hensyn til minimumskrav til utdanning. Helsepersonell fra andre EØS-land innen profesjoner som er regulert her i landet, skal fortsatt ha norsk godkjenning eller autorisasjon for å utøve yrket i Norge. Etter EØS-avtalen kan det likevel ikke stilles «nasjonale tilleggskrav» med hensyn til språkkunnskaper, særlige norske fag, norsk turnus eller lignende som vilkår for godkjenning. Arbeidsgiver kan likevel stille krav til slike kunnskaper for vedkommende stilling.

I Sverige har lovgivningen etablert godkjenningsordninger for tolv profesjonsgrupper (leger, tannleger, psykologer, psykoterapeuter, fysioterapeuter, sykepleiere, tannpleiere, jordmødre, optikere, kiropraktorer, naprapater og logoped). Høsten 1996 sluttførte Sosialdepartementet i Sverige et utredningsarbeid blant annet om hvilke grupper som skal autoriseres. Sverige har utvidet virkeområdet for lovgivningen om helsepersonell ved å utferdige en generell lov om helsepersonell, det vil si at loven gjelder for alle yrkeskategorier som driver pasientbehandling, ikke bare for helsepersonell som innehar autorisasjon. Spørsmål vedrørende ledelsesansvar er i svensk rett regulert i institusjonslovgivningen. Sanksjonssaker i svensk helsetjeneste tas hånd om av et uavhengig disiplinærorgan.

I Danmark har leger, tannleger, tannpleiere, kliniske tannteknikere, kiropraktorer, psykologer, optikere, kliniske ernæringsveiledere, fysioterapeuter, ergoterapeuter, foterapeuter, sykepleiere og jordmødre offentlig autorisasjon. I tillegg har et antall personellgrupper innenfor helsevesenet offentlig godkjent utdanningsbevis uten å inneha autorisasjon.

I Finland har man nylig samlet reglene om helsepersonell i en egen lov om helsepersonell med yrkesutdanning. Den finske loven inneholder i all hovedsak alle overgripende bestemmelser om personell med yrkesutdanning innen helsevesenet.

I Island gjelder en lovbestemt rett til å utøve et yrke i helsevesenet for følgende fjorten profesjonsgrupper: leger, tannleger, sykepleiere, apotekere, fysioterapeuter, ergoterapeuter, jordmødre, optikere, reseptarer, røntgenassistenter, tandhygienister, tannpleiere, hjelpepleiere og kiropraktorer. Island har egne lover om helsepersonells yrkesutøvelse gjeldende for de ulike profesjonsgruppene. Disse enkeltlovene beskytter både yrkesbetegnelsen og retten til å utøve de respektive yrker.

Det redegjøres for annen norsk lovgivning som har relevans for helsepersonellovgivningen, herunder

kommunehelsetjenesteloven, tannhelsetjenesteloven, smittevernloven, lov om barneverntjenester, lov om sosiale tjenester m.v. og kommuneloven. Det redegjøres videre for at det vil bli fremmet forslag til ny lov om erstatning ved pasientskader, ny lov om helseregistre og behandling av helseopplysninger, og at det samtidig med forslag til ny helsepersonellov legges fram forslag til ny lov om spesialisthelsetjenesten, ny lov om pasientrettigheter og ny lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern.

1.3 Formålet med og hovedpunkter i lovforslaget

Det framholdes at hovedformålet med å ha en særskilt ordning med godkjenning/autorisasjon av helsepersonell er å bidra til nødvendig kompetanse og kvalitet i helsetjenesten og skape forutsigbarhet og sikkerhet for at brukere av disse titler har bestemte kvalifikasjoner. Et eget sanksjonssystem for helsepersonell kan dessuten ivareta helsepersonells og pasienters behov for evaluering av helsehjelp som er gitt, og dermed motvirke at domstolene belastes med slike søksmål.

Det understrekes at en felles lov vil gjøre regelverket lettere tilgjengelig for de personellgrupper som omfattes av bestemmelsene, og at det dermed vil bli en pedagogisk lettere oppgave å formidle sentrale rettighets- og pliktbestemmelser til helsepersonell og andre brukere. Det blir også enklere for helsepersonell å kunne sette seg inn i hvilke bestemmelser de plikter å etterleve. Videre framholdes at en felles lov vil tilrettelegge for samarbeid og kunne bidra til fellesskapsfølelse og helhetstenkning i en helsetjeneste som er preget av spesialisering og profesjonstenkning.

Generelt om lovforslaget uttales det at lovforslaget i hovedsak inneholder noen grunnleggende offentlige krav som stilles til helsepersonell uavhengig av hvor de arbeider, organisatorisk eller geografisk. Dette tilsier at loven blir av generell karakter, men det åpnes også for at mer detaljerte reguleringer av visse forhold, for eksempel journalføringsplikten, kan gjøres i forskrift.

Det har vært et formål å motvirke uhensiktsmessige og statiske krav til arbeidsfordeling. Loven er en personansvarslov med utgangspunkt i plikten til forsvarlig yrkesutøvelse. Det åpnes i lovforslaget for en fleksibel og rasjonell arbeidsfordeling der det er mulig, slik at helsepersonell som har ansvar for at bestemte oppgaver blir gjort, kan overlate til andre å utføre oppgaven ved bruk av medhjelpere.

Om lovens virkeområde understrekes det at det overordnede formål om kvalitet og sikkerhet i helsetjenesten tilsier at alt personell som yter helsehjelp i en eller annen form, omfattes av reguleringen. Hensynet til pasienters sikkerhet tilsier etter departementets mening at det personell som foretar handlinger overfor en pasient, har et selvstendig ansvar for det de gjør. Et slikt selvstendig ansvar bør etter departementets

mening ikke være avhengig av en bestemt profesjon eller offentlig godkjenning/autorisasjon. Departementet mener derfor at formålet med lovreguleringen forutsetter at enhver som i sitt yrke undersøker, diagnostiserer, behandler eller på annen måte følger opp en pasient, må omfattes av lovens reguleringer. Dette innebærer en utvidelse av virkeområdet i forhold til dagens helsepersonellovgivning.

Loven gjelder helsepersonells yrkesutøvelse uavhengig av arbeidssted. Enkelte av lovens bestemmelser kommer også til anvendelse når helsepersonell blir kontaktet i privat sammenheng i egenskap av å være helsepersonell.

Det påpekes at utvidelsen av helsepersonellovens virkeområde innebærer at autorisasjonsordningen mister noe av den sentrale betydning den har i dag.

Det uttales at det i dag kan virke noe tilfeldig hvem som omfattes av dagens autorisasjonsordning. En gjennomgang av ulike grupper på bakgrunn av visse fastsatte kriterier begrunner departementets forslag om å autorisere flere grupper i tillegg til de som omfattes av dagens ordning. Det gjelder ambulansearbeidere med fagbrev (og Vegdirektoratets kompetansebevis), omsorgsarbeidere, audiografer, farmasøyter, helsesekretærer, tannhelsesekretærer, tannteknikere, perfusjonister og kliniske ernæringsfysiologer.

Kvakksalverloven fra 1936 foreslås innskrenket til kun å gjelde personell som faller utenfor helsepersonellovens anvendelsesområde. Det foreslås å nedlegge dagens profesjonsråd, og i stedet opprette en Statens helsepersonellnemnd.

En rekke plikter som i dag er lovregulert for noen grupper, gjøres generelle for alt helsepersonell. Det gjelder plikten til forsvarlighet, plikten til øyeblikkelig hjelp, plikter i forbindelse med pasientopplysninger m. fl. I tillegg gis det nye bestemmelser om en rekke plikter.

For å ivareta hovedformålet med loven, foreslår departementet at pasienters adgang til å bringe saker inn for helsemyndigheten formaliseres, i likhet med svensk, dansk og finsk lovgivning, men at den begrenses til å gjelde overfor tilsynsmyndigheten. Videre foreslås det et forenklet og ensartet system for alt helsepersonell, og at det i reaksjonssystemet gis en viss veiledning med hensyn til formål og innhold i de forskjellige reaksjonsformer. Hensynet til rettssikkerhet for helsepersonell begrunner forslaget om at det gis klageadgang på administrative reaksjoner og at det opprettes en helsepersonellnemnd som klageinstans.

1.4 Lovregulering av forsvarlighet og ansvar

I forslaget til lov om helsepersonell er det i § 4 foreslått en hovedbestemmelse som fastslår plikten til forsvarlighet i helsepersonells yrkesutøvelse.

Departementet mener at en lovfesting og konkretisering av forsvarlighetskravet vil tydeliggjøre kravet og dets innhold. Departementet legger videre til grunn

at forsvarlighet er mer enn aktsomhet, slik at det som er uaktsomt alltid vil være uforsvarlig. Ved uforsvarlighet kan tilsynsmyndighetene reagere selv om handlingen ikke har ført til skade.

Departementet har funnet grunn til å understreke at arbeidsgiver må innrette virksomheten slik at helsepersonellet blir i stand til å overholde lovpålagte plikter. Det innebærer bl.a. at arbeidsgiver organisatorisk må legge til rette for at helsepersonell kan opptre i samsvar med sine plikter. Det understrekes at det enkelte helsepersonell foruten sine tjenesteplikter har et selvstendig ansvar for ivaretagelse av plikter i forbindelse med yrkesutøvelsen.

Som et hovedelement i forsvarlighetskravet nevnes at helsepersonell som utgangspunkt ikke skal gå inn i situasjoner de ikke er kvalifisert til å håndtere, og at kravet innbefatter en plikt til faglig ajourhold. Videre understrekes det at forsvarlighetskravet omfatter en etisk standard; dvs. at helsepersonell bl.a. plikter å oppføre seg hensynsfullt og ordentlig overfor pasientene.

Departementet mener at en generell plikt til forsvarlighet bør inntas i helsepersonelloven som en felles norm i forhold til administrative reaksjoner og straff.

Det drøftes nærmere i proposisjonen hvilke krav forsvarlighetskravet stiller til utstyr, legemidler, personell m.v. og til å innhente nødvendig tilgjengelig informasjon om pasienten og samtykke til helsehjelp. Det understrekes at det må foreligge et skjerpet krav til forsvarlighet ved forsøksvirksomhet og bruk av utradisjonelle metoder.

Departementet legger til grunn at forsvarlig yrkesutøvelse også innebærer at helsepersonell ikke utnytter det avhengighetsforhold som kan oppstå mellom pasient og helsepersonell.

Det presiseres at det ikke er krav om at det har inntrådt en skade for at en handling eller unnlatelse anses uforsvarlig. Kravet til forsvarlighet skjerpes imidlertid ved økt risiko for skade. Det framholdes at rammebetingelsene for yrkesutøvelsen er et sentralt moment i forsvarlighetsvurderingen og at dette er foreslått inntatt i lovteksten.

Departementet bemerker at forsvarlighetskravet også vil gjelde helsepersonells utøvelse av alternative behandlingsformer.

Plikten til forsvarlighet i ulike stadier i pasientbehandlingen drøftes nærmere i proposisjonen.

Under drøftingen av forsvarlighet, samhandling og ansvar tas i proposisjonen opp spørsmålet om det skal bestemmes at bestemte typer helsepersonell skal ha en overordnet posisjon, og dermed gi rett til å gi instruksjoner til andre (spørsmålet om særskilt regulering av medisinskfaglig ansvar).

Departementet er kommet til at helsetjenester og helseinstitusjoner utgjør et så mangfoldig og komplisert bilde, at det vanskelig lar seg gjøre gjennom hel-

sepersonelloven og tilknyttede fullmakter å fastsette gjennomgående bestemmelser om medisinskfaglig ansvar og fullmakter. Departementet legger til grunn at det primære ansvaret for kontinuerlig å finne fram til gode samhandlingsmønstre, der også ansvarsforholdene er tilstrekkelig avklarte, primært må ligge hos fagene selv og hos de ulike fagansvarlige. Departementet foreslår imidlertid en særskilt regulering av diagnose- og behandlingssituasjonene som innebærer at i slike situasjoner er det leger som skal ta beslutninger om spesifikke medisinske spørsmål. Annet helsepersonell må bøye seg for de avgjørelser legen treffer, og innrette seg etter de instruksjoner som gis.

Etter departementets mening er det ikke hensiktsmessig å gi leger instruksjonsmyndighet i spørsmål der andre profesjoner har like høy eller høyere kompetanse.

Det foreslås ikke særskilte bestemmelser om instruksjonsfrihet for helsepersonell, men det påpekes at plikten til å følge en instruks ikke er absolutt idet enkelte helsepersonell har et selvstendig ansvar for at deres virksomhet er forsvarlig. For å unngå at det oppstår motstrid mellom de pålegg som gis i kraft av styringsretten og kravet til forsvarlighet etter § 4, er det i § 16 foreslått en bestemmelse som pålegger virksomhet som yter helsetjenester, en plikt til å organisere virksomheten slik at helsepersonell gis nødvendig handlefrihet til å overholde sine lovbestemte plikter.

Departementet har valgt ikke å foreslå noen særregler om monopoler på bestemt yrkesutøvelse for enkelte grupper av helsepersonell. Departementet antar at hensynet til beskyttelsen av pasientene er tilstrekkelig ivaretatt gjennom forsvarlighetskravet som innebærer at enkelte typer handlinger er forbeholdt særskilt kvalifisert helsepersonell.

Departementet fremmer forslag om å innføre rett for helsepersonell til å overlate oppgaver til annet personell hvis det er forsvarlig ut fra egne kvalifikasjoner, oppgavens art, personellets kompetanse og den oppfølging som gis. Forslaget innebærer også at elever og studenter vil kunne være medhjelpere.

Departementet finner det ikke hensiktsmessig å knytte ledelse til profesjonstilhørighet uavhengig av tjenestens art og reelle kvalifikasjoner og uttaler at en slik bestemmelse vil binde arbeidsgiver i forbindelse med organisering av virksomheten. Organisering av virksomheter bør etter departementets oppfatning skje etter hva som er hensiktsmessig ut fra virksomhetens oppgaver, størrelse og kompetanse, samt personellets kvalifikasjoner.

1.5 Om plikten til å yte øyeblikkelig hjelp

Departementet mener at innholdet i den eksisterende plikten for helsepersonell til å yte øyeblikkelig hjelp bør videreføres, og at ethvert helsepersonell bør ha plikt til å yte øyeblikkelig hjelp.

Det framholdes som et alminnelig utgangspunkt at øyeblikkelig hjelp-plikten vil omfatte situasjoner der det oppstår et akutt behov for undersøkelse og behandling i bl.a. følgende tilfeller:

- for å gjenopprette og/eller vedlikeholde vitale funksjoner
- for å forhindre og/eller begrense alvorlig funksjonsnedsettelse som følge av skade eller sykdom
- for å gi adekvat smertebehandling ved smerter av kortvarig art

Det påpekes at helsepersonells plikt til å hjelpe må sees i sammenheng med pasienters rett til å motsette seg helsehjelp, jf. forslaget til pasientrettighetslov der det er foreslått at helsepersonell skal være avskåret fra å gripe inn i tilfeller der en person nekter å motta blod eller blodprodukter på grunn av alvorlig overbevisning, nekter å avbryte en pågående sultestreik eller dersom en person som er døende motsetter seg livsforlengende behandling, som i realiteten er en forlengelse av en pågående dødsprosess. Dette innebærer at helsepersonellet i slike tilfeller heller ikke har rett til å yte hjelp.

1.6 Om plikt til å involvere pasienter i behandlingen

Det understrekes i proposisjonen at pasientens rett til å bestemme over sitt eget liv og sin egen helse er en grunnleggende rett, noe som bl.a. innebærer at det i forbindelse med alle ytelser av helsetjenester må forutsettes et samtykke fra pasienten. Det er i dag gitt bestemmelser om informasjon og medvirkning i legeloven, tannlegeloven og jordmorloven som antas å gi uttrykk for generelle prinsipper som gjelder på tilsvarende måte for annet helsepersonell. Det vises til at pasientens rett til medvirkning, informasjon og selvbestemmelse er foreslått lovfestet i egen lov om pasientrettigheter.

Det redegjøres for de aktuelle bestemmelser i legeloven, tannlegeloven og jordmorloven og for særskilte informasjonsregler i det øvrige lovverk.

Bestemmelsen om informasjonsplikt som foreslås, omfatter en plikt til å gi informasjon til pasient, og plikt til å sørge for at pasienten mottar den informasjon som er nødvendig for å kunne få innsikt i egen helsetilstand samt innholdet i den helsehjelpen som foreslås gitt. Departementet foreslår at det i sykehus og andre helseinstitusjoner utpekes en person som skal ha ansvaret for den informasjon som gis til pasienten, og det påpekes at forslaget må sees i sammenheng med forslag i utkast til spesialisthelsetjenestelov om hjemmel til å gi forskrift om pasientansvarlig lege og tilsvarende ordninger for annet helsepersonell.

Departementet understreker at en forutsetning for at informasjonen skal nå fram, vil være at den tilpasses pasientens individuelle forutsetninger.

Det uttales at helsepersonell som yter helsehjelp, også skal sørge for at pasientens samtykke er innhentet, og at dette innebærer at informasjonen må være tilstrekkelig, slik at pasienten kan samtykke til videre behandling. Det understrekes at Helsepersonells plikt til å gi informasjon henger nært sammen med pasientens rett til medvirkning og informasjon, og at helsepersonell som yter helsehjelp, skal sørge for at de krav til pasientens medvirkning som følger av pasientrettighetsloven blir oppfylt. Pasientens rett til å medvirke vil likevel ikke under noen omstendighet fritta helsepersonellet fra å treffe avgjørelser som sikrer forsvarlig helsehjelp til pasienten.

Plikten til å gi pasienten informasjon inkluderer også informasjon om mulige skader som kan følge av helsehjelpen.

1.7 Om pliktmessig avhold

Det vises til at gjeldende rett ikke har noen uttrykkelige bestemmelser om pliktmessig avhold for helsepersonell, men at det utvilsomt vil kunne komme i konflikt med forsvarlighetskravet dersom helsepersonell er påvirket av rusmiddel under utøvelse av virksomhet.

Det foreslås en bestemmelse om at helsepersonell ikke må nyte alkohol eller andre rusmidler i arbeidstiden. Departementet ønsker med forslaget å synliggjøre plikten til avholdenhet for helsepersonell i forbindelse med deres arbeid, og mener det er ønskelig med en hjemmel for å kunne fremstille helsepersonell for blodprøve og urinprøve. Det åpnes i forslaget for at det i forskrift kan gis eksakte tidsgrenser for bruk av rusmidler forut for arbeidstiden.

Forslaget gjør unntak fra forbudet mot å innta legemidler med berusende eller bedøvende virkninger hvis det på grunn av sykdom anses nødvendig. I disse tilfellene skal arbeidsgiver orienteres.

1.8 Om utilbørlig påvirkning av helsepersonell

Spørsmålet om helsepersonells adgang til å motta gaver, provisjon, eller lignende er ikke direkte regulert i dagens lovgivning, med unntak av gaver og lignende i forbindelse med legemidler.

Det vises til at det fra praksis finnes flere eksempler på at helsepersonell er ilagt reaksjoner på bakgrunn av disposisjoner som er begrunnet i kommersielle hensyn, eller hvor helsepersonell ikke har opptrådt forsvarlig etter egen eller andres utilbørlige påvirkning.

Departementet foreslår at et forbud mot gaver og andre ytelser til helsepersonell som er egnet til å påvirke på en utilbørlig måte, inntas i helsepersonelloven. Departementet mener det er behov for en bestemmelse som omfatter alt helsepersonell, og at en slik lovbestemmelse bør formuleres vidt med tanke på at alle former for ytelser som har preg av uheldig påvirk-

ning, og som er egnet til å påvirke helsepersonells atferd, bør omfattes.

Forholdet til legemiddelindustrien drøftes særskilt, og departementet understreker at deler av den samhandlingen som er mellom helsepersonell og legemiddelindustri vil falle utenfor området for utilbørighetsvilkåret. Dette er slik når det dreier seg om faglig forsvarlig og produkt- og produsentuavhengig informasjon som har rent opplæringsformål, som eksempelvis større internasjonale vitenskapelige kongresser eller forskningssamlinger som er sponset av legemiddelindustrien. Det understrekes på den annen side at dersom sponsingen mer eller mindre åpenlyst har til hensikt å påvirke helsepersonell til å bruke et bestemt produkt i sin behandling, og at bruk av slikt produkt er et vilkår for ytelsen, vil dette klart rammes av utilbørighetskravet. Departementet tilrår at innholdet i utilbørighetskravet når det gjelder ekstern sponning av forskning, etterutdanning m.v. kan reguleres nærmere i forskrift.

Det uttales at gaver fra pasienter til helsepersonell vil rammes av forbudet dersom de er egnet til utilbørig påvirkning. Departementet finner det vanskelig å håndheve en bestemmelse som kategorisk forbyr helsepersonell å motta gaver etc. fra pasienter, men går inn for et forbud mot å motta gaver som ikke er av ubetydelig verdi.

Det fastsettes ingen fast verdigrænse, men det antydes at 1 000 1998-kroner er et utgangspunkt, som kan lempes ved spesielle anledninger.

1.9 Om undersøkelsesplikter

Det vises til at legeloven i dag har en bestemmelse om leges plikt til å ta blodprøve og annen undersøkelse av mistenkte. Plikten oppstår når slik blodprøve eller undersøkelse er hjemlet i lov og politiet anmoder legen om det.

Departementet foreslår i hovedtrekk å videreføre denne bestemmelsen i legeloven, men plikten til å ta blodprøver foreslås generalisert til å gjelde for sykepleier eller bioingeniør i samsvar med vegtrafikkloven.

1.10 Om innrettelse av yrkesutøvelsen

Helsesektorens plikt til å føre internkontroll er i dag hjemlet i lov om statlig tilsyn med helsetjenesten. Departementet mener at det er behov for en gjennomgang av regelverket når det gjelder tilsyn og internkontroll, og vil ta initiativ til at et slikt arbeid settes i gang. Departementet fastholder at organisering og utarbeidelse av systemer for internkontroll er et virksomhetsansvar, men ønsker å understreke virksomhetens plikt til internkontroll også i helsepersonelloven. Etter departementets syn er det også behov for å pålegge helsepersonell som driver selvstendig virksomhet med annet helsepersonell som ansatte, å etablere internkontroll.

Det foreslås i proposisjonen en generell meldeplikt for helsepersonell til kommunen eller fylkeskommunen, når vedkommende åpner, overtar eller trer inn i privat virksomhet. Tilsvarende gjelder der virksomheten flyttes, opphører, overdras, eller hvor helsepersonell trer ut av virksomhet. Meldeplikten gjelder også til andre kommuner og fylkeskommuner når virksomheten utøves regelmessig der. Videre pålegges kommunen og fylkeskommunen å underrette fylkeslegen og Statens helsetilsyn om slike meldinger. Departementet foreslår at blant annet tidspunkt for når melding skal gis, reguleres i forskrift.

Gjeldende rett har ingen lov- eller forskriftsbestemmelser som direkte regulerer helsepersonells bierverv, men det framholdes at kravet til forsvarlig yrkesutøvelse i en viss grad vil kunne forhindre bierverv hos helsepersonell der dette går ut over hovedarbeidet. Det finnes i dag heller ikke noen regler som direkte regulerer plikten til å melde fra om bierverv til arbeidsgiver. Det redegjøres for situasjonen i Sverige der en kollektivavtale innebærer at en offentlig arbeidsgiver kan pålegge leger å gi opplysninger om bierverv, og i Danmark der overenskomsten for overleger pålegger disse tilsvarende medleplikt ved bierverv ved private sykehus eller liknende institusjoner. Departementet foreslår i proposisjonen at det innføres en bestemmelse om meldeplikt i forbindelse med bierverv, og har kommet fram til at det er mest hensiktsmessig å hjemle regler om helsepersonells meldeplikt i forhold til bierverv i lov om helsepersonell, da den omfatter den personkrets man er interessert i å regulere. Det uttales at det i utgangspunktet er helsepersonellfaglige bierverv som bør omfattes av en meldeplikt, men at helsepersonell også bør være pliktig til å melde fra av eget tiltak om de bierverv som kan føre til interessekonflikter med arbeidsgiver som for eksempel ved eierinteresser m.v. i virksomhet som driver helsepersonellvirksomhet. Det understrekes at virksomhet som er nært knyttet til helsepersonellvirksomhet, som for eksempel arbeid i private medisinske laboratorier og røntgeninstitutter, forskningsarbeid, og salg og markedsføring av legemidler, vil omfattes av meldeplikten.

Under drøftingen av beordring av helsepersonell uttales det at departementet vurderer at ny lov om helsepersonell ikke bør inneholde bestemmelser som naturlig hører inn under lov om helsemessig og sosial beredskap, som for eksempel beordring under ekstraordinære forhold som naturkatastrofer o.l.

Departementet vil i helsepersonelloven foreslå hjemmel for departementet til direkte å pålegge helsepersonell å delta i vaktordninger og til å utferdige forskrifter om at helsepersonell skal delta i vaktordning på eget bosted eller arbeidssted. Bestemmelsen gir en generell hjemmel til å etablere vaktordninger for helsepersonell som for eksempel leger, tannleger, psykologer og ambulansarbeidere.

Departementet mener det er behov for regler som supplerer markedsføringslovens system når det gjelder markedsføring av helsetjenester. På bakgrunn av den senere tids utvikling og kommersialisering av helsetjenester mener departementet det kan være behov for å regulere adgangen til markedsføring i helsepersonelloven. For å motvirke at det alene er kommersielle interesser som avgjør hvilken informasjon pasienten mottar i forbindelse med tjenestetilbudet, mener departementet det er behov for å kunne regulere dette forhold i forskrift.

Departementet foreslår en generell plikt for helsepersonell til å påse at pasienter, helseinstitusjoner og trygden ikke påføres unødvendig tidstap eller utgifter. Plikten gjelder ved organisering av virksomheten, herunder prioritering av pasienter i tillegg til ved diagnostisering, behandling og oppfølging av den enkelte pasient. Bestemmelsen er i store trekk en videreføring av gjeldende rett uttrykt i lege- og tannlegeloven. Det understrekes at plikt til hensiktsmessig ressursbruk ikke må gå ut over kravet til forsvarlig virksomhet.

Det foreslås i lovutkastet en generell plikt for helsepersonell i privat virksomhet med autorisasjon og lisens til ved forsikring å stille sikkerhet for det økonomiske ansvar de på grunn av virksomheten kan pådra seg overfor pasienter. Departementet skal kunne gi nærmere bestemmelser om plikten til forsikring. Pliktens omfang og forsikringens dekningsområde vil for øvrig fremgå av lov om erstatning ved pasientskader. Bestemmelsen er i det alt vesentlige en videreføring av gjeldende rett om sikkerhetsstillelse.

Det understrekes at en forutsetning for et effektivt tilsyn med helsetjenesten og helsepersonell er at helsepersonell gir opplysninger og samarbeider med tilsynsmyndigheten, dvs. med Statens helsetilsyn og fylkeslegene. Departementet foreslår at denne plikten presiseres i loven, og mener at den personkrets som skal omfattes av loven, må pålegges en slik plikt, uavhengig av autorisasjon. Departementet vil framheve at det i utgangspunktet er opp til tilsynsmyndighetens skjønn å avgjøre hvilke opplysninger som anses nødvendige for å kunne utføre tilsynsoppgavene på en tilfredsstillende måte, slik at opplysninger utleveres etter tilsynsmyndighetens anmodning. Det enkelte helsepersonell må likevel sørge for at tilsynsmyndigheten får de opplysninger som er relevante.

1.11 Om behandling av pasientopplysninger

Det understrekes at taushetsplikten utgjør et sentralt element av personvernet, og at et sterkt vern om taushetsplikten er viktig av hensyn til tillitsforholdet mellom pasient og helsepersonell. Offentlig ansatt helsepersonell vil være bundet både av den forvaltningsmessige og den profesjonsbestemte taushetsplikt. I praksis vil den profesjonsbestemte taushetsplikt bli lagt til grunn fordi den går lengre enn den forvaltningsmessige taushetsplikt.

Departementet påpeker at alt helsepersonell i dag har taushetsplikt hjemlet i ulike profesjonslover, og at legelovens anvendes som grunnlag for tolkning og utfylling. Departementet foreslår en redaksjonell opprydning i helsepersonellovgivningen bl.a. ved at det foreslås en egen hovedregel og en bestemmelse om grunnlag for tilsidesettelse av taushetsplikten. Denne viser til de relevante rettsgrunnlag for tilsidesettelse av taushetsplikten og krav til prosedyrer ved slik tilsidesettelse. I tillegg gis en generell unntaksbestemmelse. Det framholdes at de foreslåtte bestemmelser ikke innebærer noen endring av gjeldende rett.

Det er i § 22 foreslått en egen bestemmelse om samtykke som i hovedsak innebærer en videreføring av gjeldende rett. Bestemmelsen er harmonisert med pasientrettighetslovens regler om samtykkekompetanse. Det framholdes at pårørendes krav på informasjon som hovedregel vil stå tilbake for pasientens ønsker, herunder pasientens krav på taushet, og departementet foreslår at dette kommer uttrykkelig fram i lovteksten.

Lovutkastet inneholder i § 23 nr. 4 en generell unntaksbestemmelse fra taushetsplikten. Bestemmelsen vil bl.a. være aktuell i ulike nødrettssituasjoner. Det understrekes at ved vurderingen av hvorvidt taushetsplikten skal settes til side, må de hensyn som taler for å gi opplysninger, veie langt tyngre enn de hensyn som taler for å bevare taushet.

Lovforslaget viderefører forslaget i NOU 1993:33 og i høringsnotatet om taushetsplikt i forhold til samarbeidende personell. Det framholdes at pasienten har rett til å motsette seg at opplysninger gis annet personell. Departementet er klar over at det i en del tilfeller kan synes faglig nødvendig å drøfte en pasient uten vedkommendes samtykke, men vil likevel ikke åpne adgang til dette p.g.a. den antatte faren for utglidning og misbruk. Departementet understreker at et tverrfaglig samarbeid primært bør være forankret i pasientens/klientens medvirkning og samtykke.

Angående dispensasjon fra taushetsplikten til forskningsformål, foreslås det at denne adgangen videreføres i en ny felles lov om helsepersonell.

Det framholdes at det i en rekke tilfeller er reist tvil om bedriftshelsetjenestens taushetsplikt i forhold til arbeidsgiver, under henvisning til at legene er arbeidsgivers sakkyndige, og at de samme problemer oppstår når legen skal avgi uttalelse til forsikringsselskap i forbindelse med at pasienten har fremmet søknad om forsikringsavtale. Det uttales at slike tilfeller i størst mulig grad bør søkes løst ved å få pasientens samtykke til eventuell kommunikasjon til oppdragsgiver.

Det påpekes at det kan reises spørsmål om pasienten overfor forsikringsselskap er i en slik situasjon at gyldig samtykke kan gis, med andre ord om det foreligger tilstrekkelig grad av frivillighet, eller om det er tillatt å innhente slik informasjon. Det uttales at det i

slike tilfeller antakelig primært bør anbefales at legen kun forholder seg til sin pasient, eventuelt pasientens pårørende dersom pasienten er død, og bare utleverer opplysningene til pasienten eller pårørende, som så i neste omgang gir disse videre til forsikringsselskapet. Departementet har nedsatt et utvalg som skal utrede utlevering av helseopplysninger til forsikringsselskaper, og foreslå regulering på området.

Det framholdes at i de tilfeller bedriftshelsepersonell er behandlende personell i forhold til pasienten, har de vanlig taushetsplikt, og at i den grad opplysninger skriver seg fra vanlig kurativ virksomhet, må eventuell viderefremming av opplysningene bero på samtykke fra den opplysningene angår.

Departementet foreslår en forskriftshjemmel som innebærer at det kan gis adgang til å gi opplysninger om en arbeidstakers helseforhold videre til arbeidsgiveren i den grad opplysningene gjelder arbeidstakers skikkethet til et bestemt arbeid eller oppdrag.

Dagens helselovgivning har ingen særskilt bestemmelse som regulerer administrative organers tilgang til pasientopplysninger. Det uttales at med dagens mer omfattende administrasjon, med ventelister, økonomiske oppgjørsordninger mellom fylkeskommuner, sykehusfinansiering basert på diagnose m.m., er det behov for omfattende administrative registre, som også til en viss grad må inneholde medisinske opplysninger. Departementet mener det er behov for å ha et klarere hjemmelsgrunnlag for å tilside sette taushetsplikten ved å gi opplysninger til pasientadministrative systemer, og foreslår at det inntas et eget unntak fra taushetsplikten for disse opplysningene.

Det uttales at hensynet til offentlige interesser, pårørende eller andre privatpersoner kan veie tyngre etter en persons død, og at det i enkelte situasjoner kan antas å være i den avdødes egen interesse at opplysninger gis. Det er i lovforslaget tatt inn en egen bestemmelse om opplysninger etter en persons død.

Departementet foreslår at det inntas en egen bestemmelse om at taushetspliktreglene også gjelder for personer som bistår med elektronisk databehandling.

Det foreslås en ny bestemmelse om tilside settelse av taushetsplikten ved samarbeid mellom nødetater, bl.a. på bakgrunn av den usikkerhet som råder om taushetsplikten i disse situasjoner. I hovedtrekk innebærer bestemmelsen en presisering av nødrett i disse situasjoner. I bestemmelsen er det dessuten åpnet for at helsepersonell også ellers kan gi opplysninger for å avverge alvorlige skader på eiendom. Også i tilfeller der det er nødvendig for å hindre voldsutøvelse vil det kunne foreligge en opplysningsrett etter denne bestemmelsen. Bestemmelsen åpner også for at helsepersonell kan kontakte politiet for å hindre at en person som er påvirket av legemidler eller alkohol, kjører bil.

Oppsummeringsvis uttales det at departementet ikke har ansett at det foreligger grunnlag for vesentlig

liberalisering av helsepersonells taushetsplikt. Departementet foreslår at dagens regelverk i hovedsak beholdes med visse presiseringer og endringer som anses nødvendig dels for å sikre mer ensartet og korrekt praksis, og dels for å åpne for at opplysninger kan gis i flere situasjoner enn i dag.

1.12 Særlige opplysnings- og meldeplikter

Det understrekes at hensynet til pasientens personvern og integritet og behovet for tillit mellom helsepersonell og pasient tilsier taushetsplikt, men at undertiden vil den enkeltes interesse av konfidensialitet komme i konflikt med andre interesser, og det er derfor gjort en rekke unntak i taushetsplikten gjennom bestemmelser om opplysnings- og meldeplikt. Det redegjøres for foreliggende situasjon med hensyn til opplysningsplikt for helsepersonell i forhold til folketrygden, ved pasientoppgjør og ventelisteordning, i forhold til kommunerevisjon og kommunal internkontroll og i forhold til ligningsmyndighetene. Det framholdes at de gjeldende bestemmelser om dette er gitt av hensyn til samfunnets behov for å etterprøve og kontrollere grunnlaget for krav som er tilknyttet offentlig betalingsplikt eller refusjon, eller som det offentlige trenger for å kontrollere inntektsgrunnlaget i forbindelse med skatteoppgjør. Det gjøres ingen endringer i disse særbestemmelsene gjennom det foreliggende forslaget til ny helsepersonellov.

Når det gjelder opplysningsplikt til sosial- og barnevernstjenesten, foreslår departementet for å forhindre mulig ansvarpulverisering at opplysningsplikter innen helseinstitusjoner må knyttes til en person som utpekes av institusjonen til å ha hovedansvaret for å gi slike opplysninger. Det understrekes at det bør være en utfordring for helsepersonell å innfri formålet med opplysningsplikten og samtidig opprettholde et tillitsforhold til pasienten. Departementet ønsker å synliggjøre dette ved å anbefale at samtykke forsøkes innhentet der et slikt forsøk ikke kommer i strid med formålet med bestemmelsen, som er å avhjelpe en situasjon som kan medføre skade. Det uttales at dersom vilkårene for opplysningsplikt er oppfylt, men pasienten motsetter seg slikt samarbeid, vil opplysninger måtte gis uten samtykke, og at det unntaksvis kan være situasjoner hvor hensyn til barn kan tilsi at foreldre/foresatte ikke gis informasjon.

Det foreslås i lovutkastet en bestemmelse om at lege, psykolog og optiker som har undersøkt en pasient, skal ha meldeplikt til myndighetene hvis vedkommende ikke fyller de helsemessige krav som stilles til å inneha førerkort for motorvogn eller sertifikat utstedt av luftfartsmyndighetene.

Når det gjelder meldeplikt om sykdom, fødsel og død og meldeplikt til helseregistre fremmer departementet forslag om at meldeplikten til Medisinsk fødselsregister hjemles særskilt, samtidig som bestemmelsen forutsetter at meldeplikten spesifiseres i for-

skrifter gitt av Kongen. Det redegjøres for hvorfor departementet går inn for at dødsmeldinger fortsatt bør sendes kommuneleger, og at kommunelegen bør pålegges en plikt til oppfølging. Det foreslås derfor også en endring av kommunehelsetjenesteloven § 3-4 (ny § 3-5). Departementet foreslår at det gis hjemmel for Kongen til å opprette og godkjenne helseregistre i den grad dette er nødvendig for en forsvarlig styring og utvikling av helsetjenesten. Det uttales at bestemmelsen må ses i sammenheng med forslag til ny lov om helseregistre, som vil bli fremmet i løpet av 1999.

Departementet foreslår ingen endring i de opplysnings- og meldepliktorordninger som er fastsatt i egen lov.

1.13 Om plikt til dokumentasjon

Departementet ønsker å knytte ansvaret for journalføring til den helsehjelp som gis, og ikke som tidligere til enkelte profesjonsgrupper, og foreslår derfor at alt helsepersonell som yter helsehjelp på selvstendig grunnlag, skal ha plikt til å føre journal. At plikten påhviler den som yter helsehjelp på selvstendig grunnlag, innebærer at den som kun har støttende funksjon, ikke skal ha journalføringsplikt. Den som har plikt til å føre journal, skal kunne overlate utførelsen til andre. Det foreslås at det på helseinstitusjoner skal utpekes en person som skal ha det overordnede ansvaret for hver enkelt journal.

Bare den som har behov for opplysninger i behandlings- eller pleieøyemed, skal ha tilgang til journalopplysninger. Adgangen til journalopplysninger begrenser seg til nødvendige opplysninger, dvs. at det må foreligge et konkret behov i det enkelte tilfelle. Pasienten skal, så langt råd er, vite når det utleveres opplysninger om vedkommende i samarbeidsøyemed, og skal kunne motsette seg at dette skjer, men departementet mener det bør åpnes en mulighet for at journalen kan overføres eller lånes ut til tross for at pasienten har motsatt seg det, dersom det er av særlig stor betydning for helsehjelpen.

Departementet mener at det normalt vil være hensiktsmessig med én journal og ikke flere avdelingsvise journaler ved sykehus m. v. slik at alle opplysninger om den enkelte pasient samles ett sted. Departementet vil i loven ikke stille krav om papirjournal, men vil åpne for at det i forskrift kan stilles krav til sikkerhet, tilgjengelighet, oppbevaring m. m. ved bruk av edb. Departementet foreslår at det gis adgang til at opplysninger som er nødvendige for internkontroll og kvalitetssikring og for å gi tilstrekkelig grunnlagsmateriale for effektiv styring, kan gis til helsetjenestens administrative systemer.

Departementet foreslår at loven skal inneholde en hjemmel til å bestemme ved forskrift at epikrise skal sendes innleggende lege uavhengig av om opplysningene trengs av hensyn til behandlingen, og vil i forskrift begrense overføring av pasientopplysninger ved

bruk av telefaks og andre typer elektronisk overføring.

Departementet foreslår at adgangen til å rette feilaktige opplysninger i journal for pasient stort sett videreføres i samsvar med gjeldende rett, men vil foreslå at det blir større muligheter til å få slettet uriktige opplysninger i journal. Slettingsadgangen foreslås begrenset til tilfeller der det av allmenne hensyn ikke finnes grunn til å bevare opplysningene, og pasientjournalen eller den del som skal slettes, inneholder feilaktige eller misvisende opplysninger og opplysningene føles belastende for pasienten eller andre som er nevnt i journalen. Dessuten skal det etter forslaget være adgang til sletting i tilfeller der det er åpenbart at opplysningene ikke behøves for å gi pasienten helsehjelp. Departementet foreslår at det er den som fører journalen, som er pliktsubjekt og i institusjoner den som har det overordnede ansvaret for journalen. Fylkeslegen skal - etter å ha innhentet uttalelse fra Data-tilsynet - kunne overprøve avslag på anmodning om retting og sletting av journalopplysninger.

Egenjournal er et sett av helseopplysninger om en person, som er i samme persons eie og varetekt, og som personen selv forventes å gi videre til helsepersonell som har behov for dem. Det foreligger i dag ikke rettsregler som hindrer bruk av egenjournal, forutsatt at denne er pasientens eiendom og bruken er frivillig både fra pasientens og helsepersonellets side. Det foreligger ikke hjemmel for å pålegge helsepersonell eller pasient å føre inn opplysninger i egenjournal. Departementet foreslår at det i loven skal gis en forskriftshjemmel til å pålegge helsepersonell plikt til å føre egenjournal. Forskriften vil regulere nærmere hvilke opplysninger egenjournalen skal inneholde, og for hvilke pasientgrupper det vil være aktuelt å innføre egenjournal.

Etter dagens lovgivning har pasienter rett til innsyn i egen journal. Retten er videreført i forslaget til pasientrettighetslov. Det foreliggende lovutkastet pålegger den som yter helsehjelp, en plikt til å gi pasienten innsyn i samsvar med pasientrettighetsloven. I helseinstitusjoner er det den personen som har det overordnede ansvaret for journalen, som skal sørge for at innsynsretten blir oppfylt.

1.14 Autorisasjon av helsepersonell

Det er i dag 17 helsepersonellgrupper som omfattes av godkjenningsordninger etablert ved lov eller med hjemmel i lov. Fylkeslegen skal i det enkelte fylket føre tilsyn med at de offentlige autoriserte yrkesutøvere oppfyller sine forpliktelser. Tilsynsmyndigheten har adgang til å tilbakekalle autorisasjonen til yrkesutøvere som begår alvorlige pliktbrudd.

Det uttales at det kan synes noe tilfeldig hvilke grupper som omfattes av dagens autorisasjonsordning.

Utdanning, yrkesrollens innhold og internasjonale forhold framholdes som viktige momenter for vurderingen av helsepersonellgruppers autorisasjon:

Etter departementets syn er det grunn til å drøfte om det finnes andre måter å regulere helsepersonellgruppers kvalifikasjoner og yrkesutøvelse på enn gjennom en autorisasjonsordning, men konkluderer med at man ved å fjerne autorisasjonsordningen vil tape et viktig offentlig styringsmiddel innen helsevesenet. Det understrekes at ved at helsemyndighetene kan tilbakekalle en autorisasjon hvis vedkommende finnes uskikket, har man en viktig mulighet for kontroll av helsepersonells yrkesutøvelse, og at uten en autorisasjonsordning gis uegnet helsepersonell større mulighet til å fortsette yrkesutøvelse med den risiko dette innebærer for pasientene. Departementet vil derfor ikke gå inn for å oppheve autorisasjonsordningen.

Departementet drøfter i proposisjonen noen mulige kriterier for at autorisasjon skal tildeles bestemte yrkesgrupper innen helsetjenesten, og framholder at et viktig utgangspunkt bør være om utdanningen tar sikte på å utdanne personell for arbeid innenfor helsevesenet til daglig pasientkontakt og det ansvar dette innebærer. Etter departementets syn er det en betingelse for en autorisasjonsordning at helsemyndighetene finner det helsefaglige innholdet i utdanningene tilfredsstillende. Utdanningens nivå nevnes også som et relevant kriterium ved vurderingen av hvorvidt en personellgruppe skal gis autorisasjon, men etter departementets oppfatning bør det ikke stilles opp en formell grense for hvilket nivå en utdanning skal ligge på. Det framholdes videre at det kan ha betydning for vurdering av autorisasjon om yrket bygger på spesiell grunnutdanning eller har sin bakgrunn gjennom en tilleggsutdanning. Det uttales at dersom det finnes en autorisasjonsgivende grunnutdanning, kan det være mindre relevant å karakterisere tilleggsutdanningen som autorisasjonsgivende. Departementet foreslår at det skal bli mulig å opprette spesialistgodkjenninger for flere helsepersonellgrupper enn i dag, og mener at dette reduserer noe av behovet for autorisasjon for enkelte grupper, eksempelvis anestesisykepleiere, optometriste, ortoptister m. fl.

Det uttales at det særlig er i de tilfeller der helsepersonellet i sin yrkesutøvelse har selvstendig pasientkontakt, at det kan være grunn til å innføre en slik styringsmekanisme som en autorisasjonsordning innebærer, men at også i tilfeller der yrkesutøveren ikke har direkte pasientkontakt, kan hans eller hennes bidrag til vurdering eller oppfølging av pasientens helsetilstand ha betydning. I slike situasjoner kan annet helsepersonell ha behov for sikkerhet og forutberegnelighet for at dette personellet har de rette kvalifikasjoner. Departementet mener også at det bør tillegges vekt at yrkesrollen kan innebære selvstendig næringsvirksomhet, men vil understreke at muligheter for yrkesutøvelse i form av selvstendig næringsvirk-

somhet ikke bør være noen absolutt betingelse for å få autorisasjon.

Det vises i proposisjonen til at det i Norden er inngått avtale om gjensidig godkjenning av autorisasjon av helsepersonell, og det uttales at det er av vesentlig betydning at reglene i de nordiske landene er harmonisert, fordi utveksling av helsepersonell er en av de viktigste områdene for arbeidsutveksling i Norden. I de andre nordiske land går utviklingen mot at flere grupper autoriseres. I Sverige er det i dag 15 autoriserte grupper, i Finland er det 26 grupper autorisert, i Danmark 13 og i Island 12 grupper.

Det understrekes at norske autorisasjonsregler må være i overensstemmelse med EØS-avtalen og EF-direktivene som er en del av Norges forpliktelser etter avtalen. Norge er etter EF-direktivene ikke direkte forpliktet til å autorisere noen bestemte grupper innen helsevesenet. EF-direktivene omfatter imidlertid krav om ikke-diskriminering, gjensidig godkjenning og krav til utdanningenes innhold. Gjensidig godkjenning av kvalifikasjonsbevis er regulert gjennom to ulike typer av direktiv, sektordirektiv og generelle direktiv. Sektordirektivene regulerer spesifikke yrkesgrupper, og innen helsevesenet finnes det slike direktiver for leger, tannleger, sykepleiere, jordmødre og farmasøyter. Sektordirektivene pålegger ikke Norge å ha en offentlig autorisasjonsordning for noen yrkesgruppe, men utøvere fra andre EØS land må behandles likt med norske utøvere.

Det første generelle direktiv gir en generell ordning for godkjenning av yrkeskompetansegivende utdanninger på universitets- og høyskolenivå av minst tre års varighet. For Norges vedkommende omfattes bioingeniører, ergoterapeuter, fysioterapeuter, kiropraktorer, optikere, ortopediingeniører, psykologer, radiografer og vernepleiere av dette direktivet. Det andre generelle direktiv dreier seg om yrkesgrupper med utdanning av kortere varighet eller på lavere nivå og omfatter for Norges vedkommende reseptarer, tannpleiere, hjelpepleiere og fotterapeuter.

1.15 Om grupper som bør autoriseres

Følgende grupper er i dag omfattet av godkjenningsordninger i lov eller forskrift: Leger, tannleger, tannpleiere, fysioterapeuter, sykepleiere, kiropraktorer, psykologer, jordmødre, hjelpepleiere, vernepleiere, optikere, ergoterapeuter, ortopediingeniører, bioingeniører, fotterapeuter, radiografer og pleiere i psykiatriske sykehus(overgangsordning).

Det gjøres i proposisjonen en gjennomgang og vurdering av dagens autoriserte/offentlig godkjente personellgrupper i forhold til de kriterier som departementet foreslår skal ligge til grunn. Utgangspunktet for vurderingen er hensynet til pasienters sikkerhet, og om helsepersonell i sin yrkesutøvelse tar beslutninger eller utfører handlinger som kan innvirke på pasientsikkerheten. Det legges videre vekt på om utdan-

ningen leder til arbeid innenfor helsevesenet og om yrkesrollen innebærer en viss selvstendig pasientkontakt. Departementet finner ikke at alle kriteriene må innfris. Departementets konklusjon er at alle de personellgrupper som i dag har autorisasjon/offentlig godkjenning, fortsatt skal autoriseres med unntak av pleiere i psykiatriske sykehus som har hatt en overgangsordning, og departementet antar at godkjenning for denne gruppen ikke lenger er aktuelt.

Det foretas i proposisjonen også en gjennomgang av følgende andre grupper, og departementet foreslår at følgende nye grupper autoriseres: Ambulansarbeidere, omsorgsarbeidere, audiografer, farmasøyter, kliniske ernæringsfysiologer, helsesekretærer og tannhelsesekretærer. Perfusjonister foreslås autorisert forutsatt at det faglige innhold i utdanningen blir godkjent av norske helsemyndigheter, og tannteknikere forutsatt at den nye høgskoleutdanningen kommer i gang.

Departementet vil ikke foreslå autorisasjon for ortoptister, medisinske fysikere, barnevernspedagoger, sosionomer, aktivitører, hudterapeuter, logopedter, kliniske pedagoger eller apotekteknikere.

Når det gjelder spørsmålet om egen autorisasjon av akupunktører og homøopater, uttales det at departementet vil avvente Aarbakke-utvalgets innstilling.

I forbindelse med autorisering av nye grupper, vil departementet vurdere overgangsordninger for medlemmer av yrkesgruppene som har utdanning fra før loven trer i kraft.

Det foreslås at departementet i forskrift skal kunne bestemme at helsepersonellgrupper som ikke eksplisitt er nevnt i loven, skal kunne gis autorisasjon etter søknad, og videre fastsette tilleggskrav for autorisasjon for den enkelte helsepersonellgruppe.

1.16 Vilkår for autorisasjon

Etter gjeldende rett er gjennomgått utdanning som fyller de gjeldende faglige krav, et grunnleggende vilkår for å få godkjenning som helsepersonell. De ulike nåværende helsepersonellovene forutsetter videre at en er skikket til å utøve yrket for at en skal kunne oppnå autorisasjon. Hvis søkeren oppfylder vilkårene for autorisasjon for vedkommende gruppe, har søkeren rettskrav på autorisasjon.

Departementet foreslår å videreføre retten til autorisasjon ved oppfylte vilkår i samsvar med gjeldende rett og forslaget i NOU 1993:33. Etter departementets syn skal vilkårene for å oppnå autorisasjon framgå av loven, og helsemyndighetenes frihet til å bestemme over avgjørelsens innhold skal fortsatt være begrenset av de hensyn som framgår av lov og forskrift. Departementet foreslår at det er et vilkår for autorisasjon at søkeren er skikket for yrkesutøvelse, og at når helsepersonell er uskikket, er også vilkåret for tilbakekall av autorisasjon oppfylt.

Helsemyndighetene gir i dag faglige anbefalinger i forhold til utdanningen av helsepersonell ved høyskoler og i videregående skole. Gjennom godkjenning av rammeplaner og fagplaner utøves indirekte kontroll med helsearbeidernes kvalifikasjoner. Etter universitetslovgivningen er ikke universitetene pålagt å få de helsefaglige utdanningene godkjent av helsemyndighetene. Helsemyndighetenes behov for å påvirke det faglige innhold i helsefagutdanningene er etter departementets oppfatning tilfredsstillende ivare tatt gjennom dagens ordninger.

Etter Sosial- og helsedepartementets vurdering er det viktig å ha regler for utestenging under studiet, slik som i universitets- og høgskoleloven. Bakgrunnen for dette er at pasienter bør ha samme krav på trygghet i behandlingen/undervisningen uavhengig av om det er studenter eller autoriserte helsearbeidere som foretar handlingen.

Det understrekes at krav til personlige kvalifikasjoner som et minimum innebærer at søkeren åpenbart ikke er uskikket til å inneha autorisasjon. Etter departementets oppfatning bør det stilles vilkår om at det ikke foreligger forhold som tilsier tilbakekall. Etter Sosial- og helsedepartementets vurdering er det nødvendig med informasjonsplikt for utdanningsinstitusjonene om forhold som viser at en student ikke er egnet til å drive virksomhet som helsepersonell.

Etter Sosial- og helsedepartementets vurdering bør det etableres lovhjemmel i universitets- og høgskoleloven som fastslår plikt for utdanningsinstitusjonene til av eget tiltak å informere autorisasjonsmyndighetene, og at informasjonsplikten bør omfatte at kandidaten har vært utvist og på hvilket grunnlag utvisningen skjedde. Departementet er videre av den oppfatning at det er nødvendig å etablere en forskriftshjemmel i tilknytning til bestemmelsen, hvor Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet kan gi nærmere regler om informasjonsplikten.

Når det gjelder elever/lærlinger under videregående opplæring, finner ikke departementet at det er behovet for informasjon om studenter som rammes av relegasjonsbestemmelsen i lov om videregående opplæring, siden denne ikke er like vidtrekkende som universitets- og høgskolelovens relegasjonsbestemmelser.

Departementet foreslår en bestemmelse i ny helsepersonellov som etablerer adgang til å gi pålegg om sakkyndig undersøkelse før autorisasjonsutstedelse.

1.17 Virkninger av autorisasjon

Offentlig godkjenning/autorisasjon utløser rett til å benytte beskyttet tittel og rett til å benytte bestemte undersøkelses- eller behandlingsmetoder. I tillegg innebærer autorisasjon en rekke forpliktelser. Ved mislighold av forpliktelser etter loven, kan autorisert helsepersonell tape autorisasjonen og de virkningene denne utløser.

Når det gjelder beskyttelse av tittel, mener departementet at formålet med tittelbeskyttelse tilsier at et minimum må være at selve yrkesbetegnelsen er beskyttet, men at formålet med tittelbeskyttelse tilsier at det bør være forbudt å bruke også andre yrkesbetegnelser enn selve yrkestittelen, særlig hvis slike andre yrkesbetegnelser er egnet til å villedde publikum til å tro at vedkommende tilhører en autorisert helsepersonellgruppe.

Det understrekes at hovedformålet med en regulering av helsepersonells yrkesutøvelse ikke er å sikre enkelte grupper enerett til visse behandlingsmetoder o.l., men å beskytte pasientene i hensiktsmessig utstrekning mot ukyndig behandling. Det framholdes videre at å opprettholde enerett til yrkesutøvelse for visse grupper helsepersonell ikke behøver å svare til gruppens faktiske kompetanse, og at dette kan bidra til å forsterke motsetninger mellom helsepersonellgruppene og hindre fleksible løsninger yrkesgruppene imellom, i strid med departementets målsetting om mindre profesjonstenkning og fjerning av formelle hindre for rasjonell bruk av helsepersonell. Det uttales at en opprømsing av hvilke metoder og sykdommer som skal være forbeholdt visse grupper, fort kan få et for snevert virkeområde og også føre til at risikofylte metoder ikke rammes av loven.

Kvakksalverlovens virkeområde foreslås begrenset til personell som ikke faller inn under helsepersonelloven. Personell som kommer inn under helsepersonellovens anvendelsesområde, vil omfattes av det statlige tilsyn, og reaksjoner etter denne loven kan bli aktuelle hvis de går utover sin faglige kompetanse.

I forslaget til ny lov om helsepersonell tilstreber departementet å få et mer oversiktlig system med en felles regel vedrørende innskrenkninger i yrkesutøvelse etter kvalifikasjoner. Regelen vil omfatte en fleksibel rettslig standard som kan fange opp nye undersøkelsesmetoder, behandlingsformer o. l. Etter departementets forslag vil det ikke være forbeholdt yrkesgrupper som sådan å foreta visse typer yrkesutøvelse. Imidlertid vil det tilligge en lege å ta beslutninger i spørsmål av medisinsk art og tannlege i odontologiske spørsmål. Det understrekes at avgrensninger i forhold til hvem som kan gjøre hva, i første hånd må skje innad i gruppene, og at det avgjørende må være hvilken faglig kompetanse det enkelte helsepersonell innehar.

Etter departementets vurdering er det naturlig at helsepersonelloven gir hovedreglene om helsepersonells rett til å rekvirere legemidler, men at det ikke kan være noen uttømmende regulering idet viktige regler om legemiddelrekvirering naturlig hører hjemme både i legemiddeloven og apotekloven og i forskrifter gitt i medhold av disse lovene. I tillegg til helsepersonellovens regulering mener departementet det er nødvendig med enkelte endringer i legemiddeloven, slik

at det oppnås sammenheng i regelverket om rekvirering av legemidler.

1.18 Administrasjon av autorisasjonsordningen

Etter gjeldende profesjonslover og forskrifter gitt i medhold av helsepersonelloven er det Kongen/Sosial- og helsedepartementet/Statens helsetilsyn som har myndighet til å godkjenne helsepersonell. Godkjenning av norskutdannet helsepersonell innen følgende grupper er delegert til Fylkeslegen i Oslo: Jordmødre, tannleger, leger, kiropraktorer, radiografer, ortopedingeniører, psykologer og fysioterapeuter. For de øvrige gruppene er kompetansen delegert til alle fylkeslegene. Fylkeslegen i Oslo godkjenner alt utenlandsk utdannet helsepersonell, med unntak av nordiske leger som det enkelte fylkeslegekontor godkjenner.

Det foretas i proposisjonen en drøfting av om administrasjon av autorisasjonsordningene skal kunne delegeres for eksempel til utdanningsinstitusjonene. Etter departementets oppfatning må det vurderes om det vil kunne innebære en mer rasjonell og effektiv administrasjon av autorisasjonsordningen hvis utdanningsinstitusjonene får kompetanse til å tildele enkelte grupper helsepersonell autorisasjon, men departementet ønsker ikke å foreslå dette nå.

Autorisasjon av helsepersonell er etter Sosial- og helsedepartementets vurdering ingen automatisk rettighet, men et bevis fra helsemyndighetene på at personellet fyller de krav som stilles i lov eller forskrift til vedkommende yrkesgruppe. Det framholdes at autorisasjonsordningen er et offentlig styringsmiddel som det krever ressurser å forvalte og departementet foreslår at det innføres adgang til å kreve gebyr for å få søknad om autorisasjon behandlet.

1.19 Gjeldende rett - reaksjoner, straff og kompensasjon

Det påpekes at det i helsetjenesten er snakk om to kontroll- og tilsynssystemer; ett som følger av arbeidsforholdet, der arbeidsgiver gjennom sin styrings- og instruksjonsmyndighet er tillagt kontrollfunksjonen, og ett som følger av at helsepersonell gjennom lov er pålagt egne plikter, og der statlige tilsynsorganer kontrollerer at personellet opptrer i samsvar med disse. De forskjellige lover om helsepersonell gir hjemmel for administrative reaksjoner og straff mot helsepersonell. Administrative reaksjoner kan ilegges av Statens helsetilsyn ved brudd på plikter i lov og forskrift. Pliktbrudd og lovbrudd kan danne grunnlag for straff fra påtalemyndigheten og domstolene, og helsepersonells atferd kan danne grunnlag for at pasienter eller pasienters pårørende får kompensasjon fra staten, skadevolder eller dennes arbeidsgiver. Departementet understreker at administrative reaksjoner og arbeidsgivers sanksjoner skal ivareta forskjellige hensyn og må kunne ilegges uavhengig av hverandre.

Det redegjøres i proposisjonen for eksisterende lovreguleringer av reaksjoner som en finner i legeloven, tannlegeloven, psykologloven, sykepleierloven, jordmorloven, fysioterapeutloven, lov om godkjenning m.v. av helsepersonell, kiropraktorforskriften, lov om ortopediingeniører og lov om pleiere i psykiatriske sykehus.

Det vises til at Statens helsetilsyn de senere år har utviklet praksis med å gi uformell kritikk mot helsepersonell som har overtrådt sine plikter. Dette er en form for tilsynsutøvelse som går lengre enn alminnelige tilbakemeldinger og rådgivning. Reaksjonen anses hjemlet i tilsynsloven.

Statens helsetilsyn foretok i løpet av 1995/96 en gjennomgang og evaluering av sin egen og fylkeslegenes praksis når det gjaldt behandling av saker om administrative reaksjoner mot helsepersonell og utga en rapport (Klagesaksprosjektet). Rapporten viste at det er stor forskjell i praksis mellom landets 19 fylkesleger med hensyn til hvilke saker som oversendes Helsetilsynet for ileggelse av administrative reaksjoner.

Alle de ovennevnte helsepersonellover, med unntak av sykepleierloven og lov om pleiere i psykiatriske sykehus, gir hjemmel for straff. I praksis er det kun de grove overtredelser av bestemmelsene i profesjonslovgivningen som politianmeldes. Grove pliktbrudd fra helsepersonells side kan også være brudd på den øvrige straffelovgivningen. Etter straffeloven kan en person idømmes tap av offentlig stilling han/hun har vist seg uskikket eller uverdigg til ved den straffbare handling. En kan også tape retten til å inneha stilling som i særlig grad krever allmenn tillit, hvis man ved den straffbare handling har vist seg uskikket. Helsepersonell som ikke er leger eller tannleger, kan også straffes for brudd på kvakksalverlovens bestemmelser.

Institusjoner eller virksomheter kan også komme i straffeansvar. Det kan skyldes brudd på plikter i helselovgivningen belagt med straff, brudd på alminnelig straffelov og/eller brudd på straffebud i andre lover. Grunnlaget for å straffe en virksomhet er at «et straffebud er overtrådt av noen som har handlet på vegne av et foretak». Et sykehus kan med andre ord straffes for brudd på en helsepersonellov, både når helsepersonell har skyld i overtredelsen og når ingen enkeltpersoner kan straffes.

En skadelidt pasient kan gå til privat erstatnings-søksmål mot helsepersonell som har forvoldt skaden, uavhengig av det administrative reaksjonssystemet iverksatt av sentrale helsemyndigheter. Etter skadeserstatningsloven vil en arbeidsgiver kunne bli ansvarlig for skade arbeidstakeren har påført noen forsettlig eller uaktsomt under utførelsen av arbeidet. For pasienter som er blitt påført fysisk skade i forbindelse med utredning og behandling ved offentlige somatiske og psykiatriske sykehus/poliklinikker og kommunelege-

tjenesten/kommunal legevakt, er det opprettet en egen erstatningsordning, Norsk Pasientskadeerstatning som finansieres av staten og fylkeskommunene. I enkelte tilfeller kan pasienter som har blitt utsatt for skade, tildeles billighetserstatning fra statskassen. For personer som har blitt skadet som følge av bruk av legemidler, er det særregler om produsentens ansvar i produktansvarsloven.

1.20 Om alminnelige reaksjoner (ikke tap)

Med alminnelige reaksjoner sikter departementet til de reaksjoner som kan gis alt helsepersonell, og ikke tap av autorisasjon, lisens, spesialistgodkjenning eller rekvireringsrett (forskrivningsrett) som bare er aktuelt for autorisert helsepersonell.

Det understrekes at de fleste saker om helsepersonells brudd på plikter forutsettes avgjort av forvaltningen i stedet for av domstolene i sivile søksmål og straffesaker.

Departementet foreslår at pasienter og deres pårørende kan bringe saker inn for tilsynsmyndighetene, som vurderer henvendelsen i forhold til om pliktbrudd har funnet sted, jf. også forslag til pasientrettighetslov.

Departementet mener det er behov for styring gjennom et ensartet regelverk. I lovforslaget foreslås de samme reaksjonsmuligheter overfor alle grupper helsepersonell, med unntak av tilbakekallsreaksjonene, som kun kan gjøres gjeldende overfor autorisert personell. Departementet er av den oppfatning at et felles reaksjonssystem i seg selv vil bidra til mer ensartet praksis.

Departementet finner grunn til å skille ut to hovedtyper av reaksjoner med hensyn til hvilke formål som bør tillegges mest vekt. Den ene typen utgjøres av de alvorligste administrative reaksjonene som tap av rekvireringsrett eller autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning. Når helsepersonell blir fratatt autorisasjonen som følge av ett eller flere alvorlige pliktbrudd, vil hovedformålet med dette være å hindre fortsatt aktivitet for å ivareta fremtidige pasienters sikkerhet. Den andre typen består av de administrative reaksjoner som ikke går ut på tap av rettigheter. Slike reaksjoner bærer først og fremst preg av å være pedagogiske virkemidler for tilsynsmyndigheten, og skal bidra til å sikre eller forbedre kvalitet i den enkeltes yrkesutøvelse.

Det understrekes at ved vurdering og ileggelse av administrative reaksjoner må det administrative systemet ivareta rettssikkerheten til helsepersonell på en betryggende måte.

Departementet foreslår at begrepet tilrettevisning videreføres, og at begrepet skal omfatte både uformell kritikk og tilrettevisning slik denne reaksjonsformen nyttes i dag. Det foreslås at kompetansen til å ilegge denne mildeste reaksjonen tillegges fylkeslegen, og at dette framgår uttrykkelig av loven.

Departementet ønsker å gjøre det tydeligere at administrative reaksjoner ikke er en straff for helsepersonellet, men at de har som formål å bidra til å sikre kvalitet i og tillit til helsetjenesten. Det foreslås derfor at en tilrettevisning skal være unntatt offentlighet, altså at den primært er en sak mellom tilsynsmyndighetene og vedkommende helsepersonell. En tilrettevisning skal ikke være å anse som enkeltvedtak etter forvaltningslovens regler, og det vil dermed heller ikke være anledning for helsepersonell å klage på en tilrettevisning.

Departementet foreslår at det skal presiseres i loven at det er ved de forsettlige eller uaktsomme pliktbrudd advarsel kan gis. Forslaget går ut på at ved alvorlige pliktbrudd som må karakteriseres som forsettlige eller uaktsomme, og som dessuten har ført til fare for sikkerhet eller unødvendig belastning for pasienten, kan helsepersonellet bli ilagt en advarsel. Det foreslås at en advarsel skal være å anse som et enkeltvedtak etter forvaltningsloven, og at helsepersonellet må ha adgang til å påklage det for å kunne ivareta sin rettssikkerhet.

1.21 Tilbakekall/suspensjon av rettigheter fra autorisert helsepersonell m.v.

Det framholdes at autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning skal sikre at enkelte grupper helsepersonell innehar særskilte kvalifikasjoner for yrkesutøvelse og sikre offentlig styring ved å knytte virkemidler til dette. Det foreslås i proposisjonen en felles bestemmelse og like vilkår for tap av autorisasjon for alle grupper autorisert helsepersonell. Forslaget svarer på de fleste punkter til tapsvilkårene i gjeldende lege- og tannlegelov. Det blir også foreslått å innføre et, for noen grupper, nytt tapsvilkår i tilfeller der helsepersonell til tross for advarsel ikke innretter seg etter lovbestemte krav.

Departementet er av den oppfatning at uskikket skal videreføres som grunnvilkår for tilbakekall av autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning. Departementet vil videre foreslå at alvorlig sinnslidelse som tapsvilkår videreføres i samsvar med gjeldende rett. Det foreslås at tapsvilkåret fysisk eller psykisk svekkelse videreføres og gis et videre omfang enn hva forarbeidene til gjeldende lege-/tannlegelov gir uttrykk for.

Departementet viser til at langt fravær fra yrket er et tapsvilkår som vil kunne skape tolkningstvil i enkelte tilfeller. Det vil ikke bli spørsmål om å vurdere tilbakekall så lenge helsepersonell innretter seg i tråd med plikten til forsvarlig virksomhet. Departementet foreslår at langt fravær fra yrket videreføres som tapsvilkår i samsvar med gjeldende bestemmelser i lege-/tannlegeloven.

Departementet anser at det er et klart behov for at det fortsatt bør være adgang til å tilbakekalle autorisasjon og lisens i tilfeller der bruk av alkohol, narkotika

eller midler med lignende virkning gjør helsepersonell uskikket til å utøve yrket.

Departementet foreslår at grov mangel på faglig innsikt fortsatt skal være tapsvilkår, og det samme gjelder uforsvarlig virksomhet.

Departementet antar at det i praksis fortsatt er behov for et tapsvilkår som på mer generelt grunnlag kan begrunne tilbakekall av autorisasjon eller lisens, og dette vilkåret foreslås uttrykt som «atferd som anses uforenlig med yrkesutøvelsen». Det uttales at tilsynsmyndigheten bare i helt spesielle unntakstilfeller bør gripe inn overfor helsepersonell i forhold som ikke har nær forbindelse med yrket.

Departementet antar at det kan være behov for å kunne tilbakekalle autorisasjon i tilfeller der helsepersonell har begått grove pliktbrudd etter loven. Dette vilkåret vil i mange tilfeller omfatte de samme situasjoner som rammes av uforsvarlig virksomhet. Vilkaåret vil imidlertid også kunne ramme andre forhold, for eksempel der hvor helsepersonell unndrar seg tilsyn og kontroll.

Departementet viser til at det i praksis har vist seg å være behov for en klarere hjemmel for å tilbakekalle autorisasjon hvor helsepersonell ikke har innrettet sin virksomhet i tråd med advarsel fra tilsynsmyndigheten. At advarsel er blitt gitt og ikke fulgt opp av helsepersonellet, vil være tilstrekkelig tilbakekallsgrunn etter dette alternativet. Det framholdes at tilbakekallet vil opphøre når helsepersonellet faktisk har innrettet seg etter lovens krav.

Departementet foreslår å videreføre bestemmelsen som i dag finnes i lege- og tannlegeloven, om tilbakekall der autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning er gitt på grunnlag av godkjenning fra et annet land, og hvor godkjenningen der taper sin gyldighet. Slikt tilbakekall skal ikke skje automatisk, men må vurderes konkret i hvert tilfelle, hvis ikke annet følger av internasjonal overenskomst.

Det framholdes at tilbakekall av spesialistgodkjenning reiser en del særlige problemer. Det uttales at det av hensyn til pasientene kan virke lite betryggende at helsepersonell skal stå fritt til å utøve virksomhet innen alle andre områder autorisasjonen dekker, unntatt den opprinnelige spesialiteten vedkommende forutsettes å beherske best. Det framholdes at det imidlertid vil kunne forekomme tilfeller hvor uskikket for eksempel er knyttet opp til særlige undersøkelser- eller behandlingsmetoder som anvendes i særlig grad innenfor en spesialitet. Departementet antar det vil være behov for å kunne tilbakekalle spesialistgodkjenning i slike unntakstilfeller, og foreslår en adgang til å kunne tilbakekalle spesialistgodkjenning etter en konkret vurdering.

Det pekes på at suspensjon er en reaksjon som benyttes relativt ofte etter gjeldende rett i forbindelse med vurdering av tilbakekall av autorisasjon. Forslaget gir adgang til å suspendere en autorisasjon, lisens

eller spesialistgodkjenning der det er grunn til å tro at vilkårene for tilbakekall er til stede, og der helsepersonellet anses å være til fare for sikkerheten i helsetjenesten. Det understrekes at hensynet til helsepersonells rettssikkerhet tilsier at suspensjonsadgangen brukes med varsomhet, og at dette også kan tilsi at det bør settes en frist på hvor lenge et suspensjonsvedtak kan gjøres gjeldende. Departementet foreslår derfor at et vedtak om suspensjon skal kunne gjøres gjeldende i seks måneder og skal kunne forlenges med ytterligere seks måneder.

I gjeldende rett gir jordmorloven og sykepleierloven hjemmel til begrensning av godkjenning. Det vises til at det i Sverige foreligger et forslag om en utvidelse av reaksjonssystemet ved å innføre adgang til å gi betinget tilbakekall. Departementet finner at det bør være mulighet til å begrense en autorisasjon i situasjoner hvor helsepersonell, til tross for at grunnlaget for tilbakekall av autorisasjon foreligger, anses egnet til å kunne utøve virksomhet på et begrenset felt under tilsyn eller veiledning. Det uttales at forslaget i realiteten ikke vil endre dagens rettstilstand, men kun forenkle saksbehandlingsprosedyrene.

Departementet foreslår at adgangen til å kunne pålegge sakkyndig undersøkelse i forbindelse med vurdering om tilbakekall som finnes i gjeldende lege-, tannlege- og jordmorlov videreføres og gjøres gjeldende for alt autorisert helsepersonell.

Det foreslås også i proposisjonen lovfestet en adgang for helsepersonell til selv å gi avkall på sin autorisasjon, jf. dagens lege- og tannlegelov, og at fylkeslegen skal være eneste adressat for slike avkall.

Departementet forslår en egen bestemmelse om rett til å få tilbake autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning.

I det foreliggende forslaget begrenses tap av revireringsrett til å gjelde legemidler i gruppe A og B. En lege eller tannlege skal etter søknad kunne gis tilbake forskrivningsretten, hvis Statens helsetilsyn finner det forsvarlig.

Departementet foreslår videreført adgangen etter gjeldende rett til å kreve erstatning ved ugyldige fattede vedtak om tilbakekall og suspensjon.

Departementet forslår en generell hjemmel for straff mot alt helsepersonell. Skyldkravet er forsettlig eller grov uaktsom overtredelse av lovens pliktbestemmelser. Offentlig påtale skal finne sted hvis allmenne hensyn krever det eller etter begjæring fra Statens helsetilsyn. Det framholdes at tilsynsmyndigheten i utgangspunktet står fritt til å vurdere tilbakekall av autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning, selv om helsepersonell ikke har blitt idømt rettighetstap i en straffesak.

Det vises til at spørsmål om retten til å tilbakekalle autorisasjon eller annet kompetansebevis m.v. kan kunne omfattes av Den europeiske menneskerettighetskonvensjon (EMK), men lovforslaget medfører

etter departementets oppfatning ikke noe problem i forhold til Norges forpliktelser etter konvensjonen.

1.22 Reaksjonssystemet i ny lov om helsepersonell

Det redegjøres i proposisjonen for det administrative reaksjonssystemet etter gjeldende rett, og spesielt om de ulike profesjonsrådenes rolle. Det redegjøres videre for hvordan reaksjonssystemet er lagt opp i Sverige, Danmark og Finland. Spesielt blir det orientert om hvordan Hälso- og sjukvårdens ansvarsnämnd i Sverige som har vært en sjølstendig myndighet siden 1980, er organisert.

Departementet foreslår at fylkeslegen gis formell kompetanse til å ilegge den mildeste reaksjonsformen, tilrettevisning. Statens helsetilsyn vil etter forslaget, som etter gjeldende rett, ha kompetanse til å ilegge alle administrative reaksjoner i loven. Som overordnet fylkeslegen i saker av denne karakter og fordi fylkeslegene og Helsetilsynet er en etat, anses også Helsetilsynet å ha adgang til å gi tilrettevisninger, selv om denne kompetansen er lagt direkte til fylkeslegen i loven. Helsetilsynet vil behandle saker fylkeslegen oversender for ileggelse av reaksjonene advarsel og tilbakekall, samt behandle pasientklager over fylkeslegens avgjørelser. Helsetilsynet vil være siste instans for så vidt gjelder den mildeste reaksjonen, tilrettevisning, og første instans for så vidt gjelder advarsel og tilbakekallsreaksjonene.

Departementet foreslår også å opprette en uavhengig klageinstans kalt Statens helsepersonellnemnd. Dette blir et nytt nivå i den forvaltningsmessige behandlingen av administrative reaksjoner mot helsepersonell. Statens helsepersonellnemnd skal være en fullstendig uavhengig instans uten noen formell tilknytning til tilsynsmyndighetene. Forslaget innebærer ikke noen realitetsendring i tilsynsmyndighetenes oppgaver slik de står i dag, idet det nye nivået vil være en ren klageinstans. Som en følge av departementets forslag vil dagens ordning med profesjonsråd oppheves.

Statens helsepersonellnemnd skal stå fritt til å prøve alle sider av Statens helsetilsyns vedtak om administrative reaksjoner. Når det gjelder nemndas sammensetning, foreslår departementet at den skal bestå av syv faste medlemmer. Tre skal være jurister hvorav en er leder av nemnda, og tre skal ha helsefaglig bakgrunn. Det siste medlemmet skal være en legerepresentant. I tillegg til dette skal det være adgang for to sakkyndige til å supplere nemnda i den enkelte sak hvis det er behov for dette.

1.23 Klagerregler i ny lov om helsepersonell

Departementet foreslår innført administrativ klageadgang for helsepersonell på de av Statens helsetilsyns administrative reaksjoner som er enkeltvedtak. Enkeltvedtak om reaksjon i Statens helsetilsyn skal kunne påklages til Statens helsepersonellnemnd, som

kan prøve alle sider av saken på nytt. En avgjørelse i Statens helsepersonellnemnd skal ikke kunne påklages. Saken må da bringes inn for retten, som kan prøve alle sider av saken, også skjønnsutøvelsen.

Etter gjeldende rett har pasienter eller pårørende ingen formell rett til å klage på navngitt helsepersonell til tilsynsmyndighetene. I praksis tar imidlertid tilsynsmyndigheten imot og behandler slike henvendelser. Det understrekes at pasienters henvendelser om kritikkverdige forhold vedrørende helsepersonell er en viktig kilde til avdekking av feil og skader oppstått i helsevesenet.

Det redegjøres for hvordan pasienters klageadgang er regulert i Sverige og Danmark.

Departementet foreslår at retten til å bringe saker vedrørende helsepersonells pliktbrudd inn for tilsynsmyndighetene, formaliseres for pasienter og pårørende som mener seg utsatt for pliktbrudd fra helsepersonell. Av hensyn til rasjonalisering av saksbehandlingen foreslår departementet at saksbehandlingen avsluttes hos fylkeslegen. Fylkeslegens avgjørelse om å gi en tilrettevisning skal også være endelig for helsepersonellet og skal ikke kunne påklages. Av alminnelige forvaltningsrettslige prinsipper følger at fylkeslegen og Helsetilsynet kan avvise saker uten realitetsbehandling der klagen er åpenbart ugrunnet.

Når det gjelder pasienters rett til å klage, vises det i proposisjonen for øvrig til forslag til ny lov om pasientrettigheter.

1.24 Endringer i andre lover

Kvakksalverlovens virkeområde foreslås innskrenket til kun å gjelde personell som faller utenfor helsepersonellovens anvendelsesområde. Det vises til utvalget for utredning av alternative behandlere og eventuelle godkjenningsordninger (Aarbakke-utvalget), og det framholdes at en regulering av andre behandlere enn helsepersonell i helsepersonelloven uansett vil bli midlertidig. Departementet ønsker derfor å opprettholde kvakksalverlovens straffebestemmelser for så vidt gjelder disse pliktsubjektene. Departementet vil videre foreslå at kvakksalverloven § 5 som krever botid i Norge før en kan ta syke i kur, oppheves idet bestemmelsen antas å være i strid med Norges internasjonale forpliktelser og ikke har noen praktisk betydning i dag.

Departementet foreslår at det i kommunehelsetjenesteloven inntas en bestemmelse som innebærer at kommunene pålegges en plikt til å planlegge, organisere og tilrettelegge for at kommunen, helsetjenesten og helsepersonell kan oppfylle krav fastsatt i eller i medhold av lov eller forskrift. Departementet vil presisere at kommunens ansvar også omfatter privat virksomhet som kommunene eventuelt inngår kontrakt med om utførelse av kommunale helsetjenester.

Kommunehelsetjenesteloven § 6-6b omfatter opplysningsplikt til barnevernet, og departementet

foreslår at bestemmelsen oppheves, og at helsepersonells opplysningsplikt overfor barneverntjenesten tas inn i helsepersonelloven. Barnevernloven §6-4 tredje ledd foreslås endret til å gjelde helsepersonell etter lov om helsepersonell § 3.

I legemiddeloven foreslås at ordet forskrive erstattes med ordet rekvirere idet ordet rekvirere søkes brukt konsekvent i lov- og forskriftsverket om adgangen til å få utlevert reseptpliktige legemidler til pasient, til egen praksis, til helseinstitusjon m.v.

1.25 Økonomiske og administrative vurderinger

Det uttales at de økonomiske konsekvensene for staten i tilknytning til utvidelsen av lovens virkeområde i hovedsak vil dreie seg om en eventuell økning i tilsynsmyndighetens ressursbruk, men at det er tvilsomt om økningen blir betydelig i og med at tilsynsmyndigheten allerede i dag har et generelt tilsynsansvar med helsepersonell og helsetjenesten.

Forslaget innebærer administrative konsekvenser for godkjenningsmyndigheten. Det foreslås at utstedelsen av autorisasjon skal skje mot gebyr fra det enkelte helsepersonell.

Forslag om mulighet til å opprette spesialistgodkjenninger for flere grupper helsepersonell vil også kunne medføre administrative kostnader. Departementet antar imidlertid at slike godkjenninger vil bli opprettet i nær samarbeid med yrkesorganisasjonene, slik tilfellet er i dag, noe som vil redusere de potensielle statlige administrative kostnadene.

Lovforslaget innebærer en utvidelse av antall personell som blir regulert, og som derigjennom tillegges plikter. Departementet antar at dette vil føre til en økning av klagesaker på helsepersonell. Det vises til at de økonomiske og administrative konsekvenser av forventet økning i pasientklager omtales i Ot. prp. nr. 12 (1998-99) Lov om pasientrettigheter.

Det framholdes at lovforslaget innebærer en systematisering av regelverket slik at det blir ensartede klageregler og reaksjonssystemer, og at dette vil kunne forenkle saksbehandlingsprosedyrene hos fylkeslegene og mellom fylkeslegene og Statens helsetilsyn. Det understrekes at de fleste saker om helsepersonells brudd på plikter vil avgjøres av forvaltningen i stedet for av domstolene i sivile søksmål og straffesaker.

Fylkeslegen skal få adgang til å ilegge tilrettevisning, og departementet antar at dette vil kunne bidra til nedsatt saksbehandlingstid hos tilsynsmyndigheten.

Forslaget om en ny helsepersonellnemnd vil medføre at nye stillinger må opprettes og ny kompetanse utvikles. Utgifter til Helsepersonellnemnda stipuleres til ca. 3 årsverk for de faste representantene og ca. 2 årsverk til sakkyndige og et eventuelt sekretariat. Det forventes en innsparing på ca. kr 115 000,- ved at stillingene knyttet til profesjonsrådene foreslås lagt ned.

Helsetilsynet har sekretærfunksjon i profesjonsrådene og ressursbruken er stipulert til litt i overkant av 1/2 årsverk.

Det uttales at endring i kvakksalverloven og fjerning av legenes autonomibestemmelse i gjeldende lovverk kan føre til at ledelses- og organisasjonsformene bedre kan tilpasses de ulike tjenestene og personellens reelle kompetanse, og at dette kan få stor betydning for effektivisering og hensiktsmessig bruk av personellressurser i helsetjenesten.

Det framholdes at når det i lovverket fokuseres sterkere på eget ansvar framfor yrkesgruppetilhørighet, vil dette bety større vektlegging av egeninnsats framfor diskusjon om hvem som har myndighet til hva, noe som kan bidra til å redusere profesjonskonflikter.

Sosial- og helsedepartementets samlede vurdering er at en samlet lov om helsepersonell kan ha en effektiviserende virkning, både på helsetjenesten selv og på de statlige forvaltningsoppgavene overfor helsepersonellet, men at effekten ikke lar seg kvantifisere økonomisk. Det uttales at mot det ukvantiserbare potensialet for rasjonalisering må man vurdere de moderate økte kostnadene som autorisasjon av ni nye yrkesgrupper og Statens helsepersonellnemnd utgjør.

2. KOMITEENS MERKNADER

Generelle merknader

Komiteen, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Arnesen, Gravdahl, Hildeng, Kristoffersen, Skogholt og Øyangen, medlemmene fra Fremskrittspartiet, lederen og Nesvik, medlemmene fra Kristelig Folkeparti, Næss og Woie Duesund, medlemmene fra Høyre, Høegh og Sjøli, medlemmet fra Senterpartiet, Gløtvold, og medlemmet fra Sosialistisk Venstreparti, Ballo, viser til at den nye helsepersonelloven skal erstatte ni gjeldende lover og samle reguleringer av helsepersonell i en felles lov. Under behandlingen av St.meld. nr. 41 (1987-88) Helsepolitikken mot år 2000 ga Stortinget støtte til Regjeringens forslag om å utrede spørsmålet om en felles helsepersonellov. Denne utredningen forelå i NOU 1993:33 Helsepersonells rettigheter og plikter. Høringsnotat til ny lov om helsepersonell ble sendt på høring i juli 1997.

Komiteen viser til at en felles lov for helsepersonell ble omtalt i St.meld. nr. 41 (1987-88) hvor departementet den gangen anførte:

«Vi finner i dag sterke profesjonsinteresser i ulike deler av helsevesenet. Dette kan ofte være til hinder for rasjonell bruk av personell. Fremover vil det være viktig å føre en åpen diskusjon omkring arbeidsdeling mellom yrkesgruppene der brukernes behov settes foran yrkesfaglig prestisje.»

Videre ble det uttalt i St.meld. nr. 41 (1987-88) følgende:

«For å legge grunnlaget for mer like forhold og større fellesfølelse helsepersonellgruppene imellom, vil departementet utrede spørsmålet om en felles helsepersonellov.»

I innstilling til nevnte melding, Innst. S. nr. 120 (1988-89), uttalte sosialkomiteen følgende:

«I den grad regelverket stenger for rasjonelt arbeid og fornuftig samarbeid mellom fagpersonell, bør departementet arbeide frem et regelverk som åpner for større smidighet og effektivitet. Det tjener ingen at en yrkesgruppe bruker regelverket til å monopolisere enkelte oppgaver til seg selv, dersom disse billigere, bedre og mer effektivt kunne utføres av andre eller av flere yrkesgrupper.»

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti, Høyre, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti, støtter at det skal være en felles helsepersonellov.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet gir sin fulle støtte til forslaget om en ens felles helsepersonellov som vil forhindre en fortsatt bruk av regelverk fra ulike særlover til monopolisering av spesielle arbeidsoppgaver blant ulike grupper helsepersonell.

Komiteen har merket seg at lovforslaget i Ot.prp. nr. 13 (1998-99) ivaretar mange av de synspunkter høringsinstansene reiste i forhold til høringsnotatet.

Komiteens flertall, medlemmene fra Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti, Høyre og Senterpartiet, støtter de endringene Regjeringen har gjort for å følge opp dette. Det gjelder bl.a. en bedre regulering av det medisinskfaglige ansvaret, bedre samordning av informasjon til pasienter, innskrenking av departementets rett til å beordre helsepersonell, og at én person skal gis et overordnet ansvar for hver journal.

Komiteen er kjent med at flere profesjoner som i dag har egne lover, helst vil beholde disse, fordi de oppfattes som gode og velfungerende lover. Komiteen støtter likevel innføringen av en felles lov for helsepersonell. Den nye helsepersonelloven vil bidra til et ryddigere og mer ensartet lovverk for helsepersonell. Den vil gi myndighetene bedre oversikts- og styringsmuligheter, og bidra til å styrke pasientenes rettigheter og helsepersonells rettssikkerhet.

Komiteen mener at et viktig mål for en felles lov for alt helsepersonell må være at den kan bidra til å minske omfanget av ansvars- og kompetansestrid mellom de ulike profesjonsgruppene i helsevesenet,

og slik gi en mer effektiv og hensiktsmessig utnyttelse av personellressursene i helsevesenet.

Komiteen viser til at en felles lov for alt helsepersonell ikke kan være uttømmende, og at en rekke spørsmål må løses gjennom forskrifter.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet og Høyre har likevel tatt sikte på å løse flere spørsmål i lovteksten, slik at antallet forskriftshjemler og omfanget av de spørsmål departementet senere må ta stilling til gjennom forskrifter, begrenses.

Komiteen viser til at Aarbakke-utvalget (NOU 1998:21) bl.a. har vurdert hvilken plass alternativ medisin skal ha i tilknytning til det etablerte helsevesenet, drøftet spørsmål om en registerordning for å skille ut seriøse utøvere og drøftet godkjenningsordninger for grupper av alternative medisinske utøvere og krav til utdanning for slik godkjenning. Komiteen forutsetter at departementet legger frem en egen sak for Stortinget på grunnlag av denne innstillingen og vil derfor ikke nå gå inn på spørsmålene knyttet til dette. Komiteen har merket seg at forslaget om å endre kvakksalverloven først og fremst har betydning for helsepersonell slik det er definert i § 3. Helsepersonell (også alternative utøvere i den grad de yter helsehjelp innen helsetjenesten) skal etter dette ikke omfattes av kvakksalverloven. Komiteen er enig i dette. Komiteen viser til at Helseministeren i brev av 16. mars 1999 til saksordfører påpeker at

«endringene i kvakksalverloven innebærer ingen endring i bestemmelsene om hva andre enn leger og tannleger har lov til å utføre, eller tilsynet med alternative utøvere så lenge denne foregår utenfor helsetjenesten.»

Komiteen støtter opprettelsen av Statens helsepersonellnemnd som en uavhengig klageinstans i forhold til Statens helsetilsyns beslutninger om administrative reaksjoner overfor helsepersonell. Dette vil styrke helsepersonells rettssikkerhet og samtidig bidra til å avlaste domstolene.

Komiteens medlemmer fra Kristelig Folkeparti, Høyre, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti, vil peke på at en lovfesting av meldeplikt for bierverv i helsepersonelloven reiser spørsmålet om lignende lovfesting av bierverv for andre grupper offentlig og privat ansatte. Disse medlemmer vil be Regjeringen vurdere effekten av å ha en slik særbestemmelse for helsepersonell og konsekvensene og hensiktsmessigheten av å gi tilsvarende regler for andre grupper offentlig og privat ansatte der det er viktig å bevare tilliten til deres uavhengighet, f.eks. ulike grupper høgskole- og universitetsansatte.

§ 3 Definisjoner

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti, Høyre, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti, viser til at definisjonen av helsepersonell etter denne loven innebærer en utvidelse i forhold til gjeldende rett. Utvidelsen innebærer at også andre enn de med offentlig godkjenning og autorisasjon skal regnes som helsepersonell. Begrunnelsen er at alle som gir helsehjelp innen helsetjenesten, bør omfattes av plikten til forsvarlighet og taushet om pasientinformasjon, og at tilsynsmyndighetene kan føre tilsyn med disse. På denne måten understrekes lovens hovedformål om pasientsikkerhet.

Flertallet viser til at yrkesutøvelse av ikke-autorisert personell utenfor helsetjenesten faller utenfor lovens virkeområde. Således vil ikke alternative behandlere som utøver selvstendig virksomhet, falle inn under loven.

Komiteen viser til at det i brev av 3. mars 1999 og 23. mars 1999 fra Den norske lægeforening er reist spørsmål ved om definisjonen av helsepersonell i § 3 kan bli en sirkeldefinisjon og avstedkomme tolkningsproblemer. På bakgrunn av dette er to alternative formuleringer til paragrafen forelagt departementet. Komiteen viser til at departementet ikke finner behov for ytterligere presisering av begrepene helsepersonell og helseinstitusjon. Komiteen har forholdt seg til departementets vurdering.

Med helsehjelp mener komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet enhver handling som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende eller rehabiliterende mål. Videre mener disse medlemmer at helsetjenestene skal omfattes av lov om kommunehelsetjeneste, lov om spesialisthelsetjeneste og lov om tannhelsetjeneste.

§ 4 Forsvarlighet

Komiteen støtter forslaget om å lovfeste en generell plikt for helsepersonell til forsvarlig yrkesutøvelse.

Komiteen mener at det foreliggende lovutkast til ny og samlet helsepersonellov vil styrke medisinsk forsvarlighet og rettssikkerhet overfor pasientene, idet loven på dette punkt omfatter alt personell som jobber i forhold til eller med pasienter på ulike nivå.

Komiteen påpeker at selv om arbeidsgiver gis plikt til å innrette virksomheten slik at helsepersonell blir i stand til å oppfylle forsvarlighetskravet, har det enkelte helsepersonell også et individuelt ansvar for å ivareta dette i forbindelse med egen yrkesutøvelse.

Komiteen har merket seg at bestemmelsen om forsvarlighet i den nye helsepersonelloven i hovedsak innebærer en videreføring av gjeldende rett.

Komiteen merker seg at i forhold til tidligere lovgivning er kravet til faglig forsvarlighet konkretisert og at kravet gjelder alt helsepersonell. Komiteen viser til at begrepet forsvarlighet er en rettslig standard som innebærer en differensiering ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner og situasjonen for øvrig. Komiteen har videre merket seg at det med kvalifikasjoner siktes til formelle og reelle kvalifikasjoner, dvs. helsefaglig utdanning, tilleggsutdanning og erfaring.

Komiteen viser til at det generelle forsvarlighetskravet vil sette grenser for hva andre enn kvalifisert helsepersonell kan utføre. Komiteen vil videre understreke at det generelle forsvarlighetskravet innebærer plikt for alt helsepersonell til å holde seg innen sitt fagområde, og ikke overskride sine faglige kvalifikasjoner.

Komiteen har videre merket seg at helsepersonell ikke kan instrueres av arbeidsgiver eller andre til å utføre handlinger som de anser å være i strid med kravet til forsvarlighet.

Komiteen viser til at forsvarlighetsplikten også innebærer et krav om å innhente nødvendig bistand, videre henvise pasienter samt å innse sin egen begrensning.

Komiteen viser til at det etter høringsrunden er tatt inn et nytt tredje ledd som presiserer at ved samarbeid mellom ulike typer helsepersonell er det legen/tannlegen som tar beslutninger i medisinske/odontologiske spørsmål vedrørende undersøkelse og behandling av pasienten.

Komiteen ser at det kan være vanskelig å trekke klare grenser når det gjelder hva som skal defineres som medisinske spørsmål i forhold til andre fagområder, men at hensikten med bestemmelsen er å hindre at helsepersonell overprøver beslutninger som er fattet av personell med bedre faglige forutsetninger.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti, Høyre, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti, presiserer at helsepersonell kan yte den hjelp de er kvalifisert for, i samsvar med kravet til forsvarlighet. Av dette følger f.eks. at en psykolog er kvalifisert til å treffe avgjørelser i psykologfaglige spørsmål og til å behandle psykiske lidelser på selvstendig grunnlag. Det samme gjelder andre grupper autorisert helsepersonell, som kiropraktorer, fysioterapeuter og jordmødre innen deres fagområder.

Flertallet viser til at selv om leger er best faglig kvalifisert og tar beslutning i et medisinsk spørsmål, kan utførelsen av helsehjelpen overlates til samarbeidende personell. Kravet til at legen skal ta beslutninger i medisinske spørsmål, utelukker ikke at annet helsepersonell kan utføre enkel diagnostikk og gi pasienter oppfølging, pleie og omsorg.

Flertallet viser til Helseministerens brev av 22. februar 1999 til saksordfører der han uttaler:

«I alle tilfelle er dette uttrykk som henviser til et skjønn, og der innholdet må fastsettes ut fra en konkret tolking i de enkelte tilfelle. En rekke helsefagutdanninger gir kvalifikasjoner som karakteriseres som medisinske kvalifikasjoner. Med uttrykket «medisinske spørsmål» er i stor grad ment de spørsmål hvor leger har medisinske kvalifikasjoner som odontologer, kiropraktorer eller andre ikke har.»

Flertallet peker på at bestemmelsen om at leger skal ta beslutninger i medisinske spørsmål, gjelder konkrete behandlingssituasjoner, og ikke organisatoriske spørsmål knyttet til f.eks. ledelse.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet vil sterkt understreke behovet for at den organisatoriske helsetjeneste, det være seg i spesialisthelsetjenesten eller kommunehelsetjenesten, legger forholdene slik til rette at helsepersonell som omfattes av denne lov, gis muligheter for å gjennomføre de oppgaver de er forpliktet til.

Disse medlemmer ser det som uheldig at lovforslaget ikke legger opp til en faglig og ledelsesmessig organisasjonsstruktur i helsetjenesten, men overlater dette særdeles viktige forhold til arbeidsgiver/sykehusene. Disse medlemmer vil fortsatt hevde at den som har det medisinske ansvaret for pasientens behandling i helsetjenesten, også skal ha nødvendig myndighet, noe som etter disse medlemmers mening tilsier at ledere i kliniske avdelinger bør være leger med lederkompetanse. Disse medlemmer finner det viktig å understreke at det kun er medisineren som har en tilstrekkelig faglig og allsidig bakgrunn for å ta det totale ansvaret for behandling av syke mennesker så vel innen somatikken som innen psykiatrien. Et slikt standpunkt mener disse medlemmer ikke er i strid med at det enkelte autoriserte helsepersonell har et selvstendig ansvar for å yte en forsvarlig helsetjeneste på sitt faglige nivå. Disse medlemmer viser for øvrig til at de vil komme tilbake med konkrete forslag i denne sammenheng i forbindelse med behandlingen av spesialisthelsetjenesteloven.

Disse medlemmer viser til at Stortinget har til behandling en revisjon av pasientskadeerstatningsloven, og disse medlemmer mener i denne sammenheng at skadeerstatningsloven også bør omfatte privat legevirksomhet og private helsetilbud som klinikker og sykehus. Disse medlemmer vil komme tilbake til dette under sosialkomiteens behandling av pasientskadeerstatningsloven.

§ 5 Bruk av medhjelpere

Komiteen viser til at helsepersonell bare kan delegere oppgaver han/hun har faglig eller lovtildelt kompetanse til å utføre. Komiteen viser videre til at

oppgavetildelingen forutsettes å være personlig, og at det må sikres at den som overlates oppgaven, har de nødvendige kvalifikasjoner for å utføre disse på en faglig forsvarlig måte.

§ 9 Forbud mot gaver m.v. i tjenesten

Komiteen slutter seg til forslaget i paragrafen om et eksplisitt forbud mot at helsepersonell mottar gaver eller andre ytelser som er egnet til å påvirke deres tjenstlige handlinger på en utilbørlig måte.

Komiteen understreker at bestemmelsen i utgangspunktet ikke rammer internasjonale kongresser, forskningssamlinger, kurs og andre arrangementer som helsepersonell har faglig utbytte av, selv om kun én eller noen få produsenter står som arrangør eller sponsor. En del av kunnskapsoverføringen til helsepersonell foregår i regi av den legemiddelprodusenten som har stått for kunnskaps- og produktutviklingen. Komiteen forutsetter at programmet på slike arrangementer skal være faglig forsvarlig, og at bruk av bestemte produkter eller tjenester ikke er et vilkår for deltakelse på arrangementet.

Komiteen er kjent med at Legemiddelindustriforeningen har vedtatt et nytt etisk regelverk som har til hensikt å styrke det faglige innholdet og redusere de utenomfaglige elementene i forbindelse med konferanser og seminarer som arrangeres av legemiddelselskapene. Komiteen mener det er positivt at legemiddelindustrien selv har tatt opp disse problemene. Den nye helsepersonelloven gir klare regler å forholde seg til for helsepersonell og produsenter og tjenesteytere.

§ 10 Informasjon til pasienter m.v.

Komiteen mener det er en grunnleggende pasientrettighet å få informasjon om egen helsetilstand og det helsetilbud som gis i form av undersøkelser, diagnostikk, behandling, pleie og omsorg. Tilstrekkelig informasjon er avgjørende for at det kan gis et informert samtykke til helsehjelp. Helsepersonell som gir informasjon, må så langt som mulig forsikre seg om at pasienten har forstått de opplysninger som gis.

Komiteen er kjent med at en vesentlig del av pasientklager dreier seg om klager på mangelfull/dårlig informasjon. Hvilken informasjon som gis, på hvilken måte og hvem som er ansvarlig for dette, er av vesentlig betydning for pasientene ved siden av at informasjonen er samordnet og opplysende. Komiteen har merket seg at det ikke uttrykkelig sies hvem som kan gis informasjon. Komiteen vil presisere at den som har krav på informasjon, er pasient og pårørende etter reglene i pasientrettighetsloven § 3-2 til 3-4.

Komiteen viser til at det i høringsutkastet til ny helsepersonellov ble foreslått å pålegge alt helsepersonell plikt til å gi pasientene informasjon innen sitt

fagområde. I høringsrunden påpekte bl.a. Statens helsetilsyn og Norsk Revmatikerforbund behovet for koordinering av ansvar for informasjon til pasienten i situasjoner der flere grupper helsepersonell er involvert.

Komiteen er tilfreds med at Regjeringen følger opp dette. Etter bestemmelsen har alt helsepersonell ansvar for å gi informasjon til pasient m.v. Komiteen forstår bestemmelsen slik at informasjon som gis, skal være innen rammene av det enkelte helsepersonells ansvarsområde og kompetanse i samsvar med forsvarlighetskravet i § 4. I helseinstitusjoner, der pasienten mottar helsehjelp fra ulike personer og helsepersonell, vil det være behov for at informasjonen til pasienten samordnes for å sikre at pasienten får riktig informasjon. I bestemmelsen pålegges helseinstitusjonen å utpeke hvem som skal være ansvarlig for informasjonen som skal gis. For øvrig mener komiteen at ved at det utpekes en informasjonsansvarlig, fritas ikke helsepersonell fra å gi informasjon innenfor sitt ansvarsområde og som de er nærmest til å gi.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet og Høyre forutsetter at institusjonen i tråd med forsvarlighetskravet utpeker den som har ansvaret for medisinsk behandling og oppfølging av den enkelte pasient. Disse medlemmer viser til forslaget i ny lov om spesialisthelsetjenesten om å innføre pasientansvarlig lege ved sykehusene. Disse medlemmer finner det derfor naturlig at den som utpekes i somatiske sykehus, vil være behandlende lege, i psykiatriske klinikker lege eller psykolog, i helseinstitusjoner uten lege den som ut fra institusjonens karakter er ansvarlig for pasientens behandling.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti, viser til at virksomheten selv må vurdere hvordan dette best kan gjennomføres ut fra interne organisasjonsforhold.

Komiteen peker på betydningen av å hindre at ukoordinert informasjon fra flere hold gir pasienten et uklart og forvirrende bilde av egen helsetilstand. Helseinstitusjonene må selv utarbeide rutiner som sikrer at denne bestemmelsen kan overholdes.

Komiteen påpeker at helsepersonell også har plikt til å gi informasjon i tilfeller der de har grunn til å tro at pasienten har fått eller kan få skader som følge av helsehjelpen.

Komiteen viser til at bestemmelsene om helsepersonells plikt til å gi informasjon må sees i sammenheng med bestemmelsene om pasientenes rett til å få informasjon i pasientrettighetsloven.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet og Høyre fremmer følgende forslag:

«I lov om helsepersonell m.v. skal § 10 første ledd lyde:

Den som yter helsehjelp, skal innenfor egen yrkesutøvelse gi informasjon til pasient og den som har krav på det, etter reglene i pasientrettighetsloven § 3-2 til § 3-4. I helseinstitusjoner skal informasjon etter første punktum gis av pasientansvarlig lege eller den som helseinstitusjonen utpeker.»

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti, vil peke på at ikke alle helseinstitusjoner vil bli omfattet av spesialisthelsetjenesteloven og ordningen med pasientansvarlig lege. Ot.prp. nr. 10 (1998-99) Om lov om spesialisthelsetjenesten m.m. utelukker heller ikke at pasientansvarlig kan være en annen enn lege, f.eks. en sykepleier. For institusjoner som omfattes av kommunehelsetjenesteloven, vil det ikke finnes bestemmelser om pasientansvarlig lege. Flertallet viser til at denne bestemmelsen må sees i sammenheng med forslag i ny lov om spesialisthelsetjenesten om at departementet i forskrift kan gi nærmere bestemmelser for pasientansvarlig lege og tilsvarende ordninger for annet helsepersonell.

Flertallet opprettholder derfor forslaget i proposisjonen.

§ 11 Rekvirering av reseptbelagte legemidler

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet vil ikke utvide retten til andre enn leger og tannleger når det gjelder å forskrive reseptbelagte medikamenter og fremmer følgende forslag:

«I lov om helsepersonell m.v. skal § 11 første ledd lyde:

Bare leger og tannleger kan rekvirere reseptbelagte legemidler.»

§ 13 Markedsføring

Komiteen støtter bestemmelsen om at markedsføring av helsetjenester skal være forsvarlig, nøktern og saklig. Komiteen mener at dette gjelder både for helsepersonells markedsføring av egen helsehjelp, og for markedsføring av virksomheter som tilbyr helsehjelp.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti, Høyre, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti, viser til at bestemmelsen supplerer bestemmelsene om dette i markedsføringsloven. Hel-

setjenesters spesielle karakter tilsier et behov for skjerpede krav til nøkternhet og saklighet i markedsføringen av disse, utover det som følger av markedsføringsloven.

Flertallet merker seg at Statens helsetilsyn skal føre tilsyn med at bestemmelsen blir overholdt, og kan reagere på brudd med administrative reaksjoner.

Når det gjelder markedsføring av helsetjenester, mener komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet og Høyre at det ikke skulle være grunn til å legge ytterligere begrensninger på markedsføring av helsetjenester utover de bestemmelser som gjelder i markedsføringsloven. Disse medlemmer støtter derfor ikke at departementet gis forskriftshjemmel for ytterligere regulering.

Disse medlemmer fremmer følgende forslag:

«I lov om helsepersonell m.v. skal § 13 lyde:

§ 13 Markedsføring

Markedsføring av helsetjeneste skal være forsvarlig, nøktern og saklig.

Ved markedsføring av virksomhet som yter helsehjelp, gjelder første ledd tilsvarende.

For øvrig gjelder lov om kontroll med markedsføring og avtalevilkår.»

§ 14 Beordring av helsepersonell til vaktordninger

Komiteen viser til at bestemmelsen om beordring av helsepersonell til vaktordninger i stor grad viderefører gjeldende rett. Departementet kan med hjemmel i den nye helsepersonellovens § 14 pålegge helsepersonell å delta i vaktordninger på det stedet der de bor eller arbeider, som f. eks. lege- eller tannlegevakt. Slike vaktordninger er viktige for å gi pasientene trygghet for tilgang til nødvendig helsehjelp uavhengig av klokkeslett eller dag.

Komiteen viser til at bestemmelser om departementets rett til beordring av helsepersonell under ekstraordinære forhold som naturkatastrofer, større ulykker o.l. naturlig hører inn under lov om helsemessig beredskap. Lov om vern mot smittsomme sykdommer gir hjemmel for beordring av helsepersonell ved utbrudd av allmennfarlige, smittsomme sykdommer.

Komiteen viser til at sykehusenes plikt til å yte øyeblikkelig hjelp videreføres i forslaget til ny lov om spesialisthelsetjenesten. Dette er ansvar for ledelsen ved sykehusene, som har myndighet til å organisere virksomheten og etablere vaktordninger som setter sykehusene i stand til å overholde denne forpliktelsen.

Komiteens flertall, medlemmene fra Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti, Høyre og Senterpartiet, slutter seg til at departementet ikke følger opp høringsutkastets forslag om å åpne for beordring i strid med arbeidsmiljøloven og arbeidstvistloven for å kunne ivareta sykehusenes plikt til å yte øyeblikkelig hjelp i akutte situasjoner, som følge av f.eks. langvarige arbeidskonflikter. Det ble i høringsrunden pekt på at en slik beordringsadgang kan bli misbrukt av arbeidsgiver.

Komiteen har tillit til at partene i eventuelle arbeidskonflikter ikke opptrer på en måte som kan sette liv og helse i fare. Dersom sykehusenes muligheter til å gi øyeblikkelig hjelp skulle bli truet av en langvarig arbeidskonflikt, kan myndighetene gripe inn med tvungen lønnsnemnd.

§ 16 Organisering av virksomhet som yter helsehjelp og internkontroll

Komiteen viser til at det i lovforslagets § 16 presiseres at virksomhet som yter helsehjelp, skal organiseres slik at helsepersonellet blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter. Komiteen er enig i at det stilles et slikt krav til virksomheter som yter helse tjenester, enten de er offentlige eller private.

Komiteen viser til at departementet i § 16 også foreslår hjemmel for forskrift om internkontroll og forskrift om organisering av virksomhet. Departementets myndighet til å gi forskrift om internkontroll følger allerede av tilsynsloven. I brev til saksordfører datert 22. februar 1999 bekrefter departementet dette, og peker på at forskriftshjemmelen er tatt inn i helsepersonelloven av rent pedagogiske årsaker.

Komiteen viser til at departementet i brev til saksordfører av 22. februar 1999 viser til at hjemmelen er foreslått med tanke på å sikre forsvarlighet i organisasjonene. Den vil først og fremst være aktuell å bruke hvis det er nødvendig for å sikre forsvarlig pasientbehandling. Departementet presiserer at det er en hjemmel som er tenkt brukt bare i unntakstilfeller.

Komiteen viser til at den foreslåtte § 16 skiller seg fra lovens øvrige bestemmelser i det at den omhandler organisering av virksomhet, mens lovens øvrige bestemmelser omhandler helsepersonells plikter og rettigheter.

Komiteen mener det er hensiktsmessig at helseinstitusjoners plikt til å organisere seg slik at helsepersonell blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter, understrekes i helsepersonelloven.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti, viser til at det store antall selvstendig næringsdrivende og private virksomheter knyttet til allmennpraksis ikke omfattes av spesialisthelsetjenesten, slik

at en bestemmelse i ny spesialisthelsetjenestelov ikke vil kunne ivareta de samme interesser som § 16 i helsepersonelloven. På denne bakgrunn vil disse medlemmer opprettholde forskriftshjemmelen i § 16 andre ledd.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet og Høyre kan ikke se at pedagogiske hensyn nødvendiggjør forskriftshjemmelen om internkontroll i helsepersonelloven.

Disse medlemmer ser heller ikke behovet for bestemmelser om generell organisering av virksomheter i helsevesenet i helsepersonelloven. Forhold knyttet til dette, og det eventuelle behovet for forskriftshjemler, må vurderes i forbindelse med forslaget til ny lov om spesialisthelsetjenesten.

Disse medlemmer vil stemme mot § 16 andre ledd.

§ 19 Melding til arbeidsgiver om bierverv og andre engasjement i annen virksomhet

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti, Høyre, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti, viser til at det i dag ikke fins bestemmelser som direkte regulerer helsepersonells bierverv, men har merket seg at adgangen til bierverv heller ikke i dag er ubegrenset. Begrensningene følger av kravet til forsvarlighet, lojalitetsplikten overfor hovedarbeidsgiver og det forhold at offentlige ansatt helsepersonell er underlagt reglene om inhabilitet i forvaltningsloven.

Spørsmålet er derfor om det likevel kan være hensiktsmessig å ta inn en egen bestemmelse om adgangen til bierverv i den nye helsepersonelloven. Flertallet har merket seg at hverken Sverige eller Danmark har lovregulert biervervsaktiviteten, men nøyer seg med avtaleregulering.

Flertallet har merket seg at blant høringsinstansene støttet bl.a. KS og Sykepleierforbundet at det bør lovfestes meldeplikt. KS understreket at meldeplikten bør være automatisk for å unngå ulik praksis fra fylke til fylke. Flertallet har merket seg at Arbeidstilsynet i høringen pekte på at regulering av bierverv ikke nødvendigvis frigjør ressurser, da effekten kan bli at helsepersonell tar ut mer fritid. Dessuten kan man få en «tilbakeslagseffekt» hvor offentlige stillinger blir mindre attraktive. Flertallet har videre merket seg at KUF anførte at dersom det skal innføres særregler om meldeplikt for en gruppe statsansatte, bør disse begrunnes i habilitetshensyn. Ettersom hovedarbeidsgiver ikke vil kunne pålegge arbeidstaker å bruke all sin kapasitet i hovedstillingen, kan man neppe argumentere med at arbeid i fritiden tilkjennegir at arbeidstaker har ledig kapasitet. Flertallet mener det er viktig å utforme en eventuell meldeplikt slik at

den ikke får slike uheldige konsekvenser som bl.a. Arbeidstilsynet og KUF har pekt på.

Flertallet har merket seg at departementet erkjenner at bierverv har klare positive virkninger bl.a. ved at det kan øke det samlede helsetilbudet og gi helsepersonell nyttig erfaring.

Flertallet har også merket seg at departementet viser til at bierverv kan medføre negative konsekvenser. Biervervet kan bli så omfattende at det kan gå utover hovedervervet, dernest kan helsepersonell som følge av bierverv havne i interesse- eller lojalitetskonflikter med hovedarbeidsgiver. Og til sist peker departementet på at bierverv kan være egnet til å svekke tilliten til at offentlig ansatt helsepersonell treffer avgjørelser på grunnlag av rent faglige og samfunnsøkonomiske vurderinger.

Flertallet viser til at departementet har vurdert ulike måter å regulere bierverv på, f.eks. gjennom endring i arbeidsmiljøloven, tjenestemannsloven eller ved at regler om bierverv nedfelles i etiske retningslinjer for yrkesgruppene.

Departementet konkluderer imidlertid med at det er mest hensiktsmessig å hjemle regler om helsepersonells meldeplikt i forhold til bierverv i lov om helsepersonell. Flertallet har merket seg at det er helsepersonellfaglige bierverv som skal omfattes av meldeplikten og at eierinteresser m.v. i virksomhet som driver helsepersonellvirksomhet også faller inn under meldeplikten.

Komiteens medlemmer fra Kristelig Folkeparti, Høyre, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti vurderer den foreslåtte bestemmelsen som en lovfesting av dagens praksis og dermed ikke som et ønske om å innskrenke det positive bidraget ulike former for fritidspraksis og bierverv i dag gir til det norske helsevesenet.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti, Høyre, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti, slutter seg til departementets forslag til § 19.

Komiteens medlemmer fra Framskrittspartiet kan ikke gi sin tilslutning til at helsepersonellens biverv blir regulert i lovteksten. Dette kan få som konsekvens, etter disse medlemmers mening, at den verdifulle innsatsen og pasientbehandlingen som i dag utføres av helsepersonell som biverv, kan bli betydelig redusert, og dette er, etter disse medlemmers skjønn, ikke ønskelig med den underkapasitet en i dag har på helsetjenester, ikke minst innen spesialisthelsetjenesten. En lovfesting av og regulering av biverv, særlig for leger og legespesialister, kan også svekke rekrutteringen til offentlige legestillinger, noe som etter disse medlemmers skjønn

ikke er ønskelig. Disse medlemmer mener at et alternativ til lovregulering når det gjelder biverv og meldeplikt, er at problematikken nedfelles i etiske retningslinjer for yrkesgruppene. Slike regler kan tas inn i personalreglementet ved de ulike institusjoner, og meldeplikten kan således bli en del av ansettelsesvilkårene. Fordelen ved en slik ordning er at helsepersonell vil bli informert ved ansettelsen og kan da i utgangspunktet ta standpunkt til gjeldende reglement om eventuell meldeplikt.

Disse medlemmer vil stemme mot lovforslagets § 19.

§ 21 Hovedregel om taushetsplikt

Komiteen vil understreke at taushetsplikten er avgjørende for å bevare og styrke pasientens tillit til helsepersonellet og helsevesenet. Uten et sterkt personvern gjennom klare regler om taushetsplikt for alt helsepersonell, og godt avgrensede unntaksbestemmelser ut fra «need-to-know»-prinsippet, risikerer vi at enkeltmennesker unnlater å oppsøke helsevesenet. Dette prinsippet må også være førende i forhold til lovens kapittel 6 Opplysningsplikt, kapittel 7 Meldeplikt og kapittel 8 Dokumentasjonsplikt.

Komiteen er derfor tilfreds med at taushetspliktbestemmelsene i det alt vesentlige er en videreføring og klargjøring av bestemmelsene i gjeldende rett.

Komiteen slutter seg til at alt helsepersonell som yter helsehjelp, omfattes av den yrkesmessige taushetsplikt, og at bestemmelsen ikke innebærer noen liberalisering når det gjelder informasjonsadgang for personell.

§ 22 Samtykke til å gi informasjon

Komiteen viser til brev fra Helseministeren til saksordfører datert 19. mars 1999. For at man skal kunne presumere at samtykke foreligger, må det være åpenbart eller utvilsomt i pasientens interesse at slikt samtykke presumeres. Det er videre et krav at pasienten ikke selv er i stand til å gi samtykke. I motsatt fall må pasienten selv gi samtykke.

Komiteen viser til at denne tolkningen av «samtykke» er i overensstemmelse med alminnelig rettsoppfatning innen helseretten for når et samtykke foreligger, jf. samtykke til helsehjelp.

Når det gjelder samtykke til å gi informasjon, er komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti, Høyre, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti, enig i at pårørendes krav på informasjon som hovedregel må stå tilbake for pasientens ønsker. Flertallet viser til at barneloven og legeloven gir barn økende grad av medbestemmelse og selvbestemmelse. Barn mellom 12 og 16 år kan be om og få medhold i at helseopplysninger ikke gis videre til foreldre eller foresatte, dersom legen mener ønsket

bør respekteres. Ungdom over 16 år kan nekte å samtykke i at foreldre/foresatte får opplysninger med mindre informasjon er nødvendig for å ivareta foreldresvaret etter barneloven. Flertallet slutter seg til dette. Flertallet forutsetter likevel at helsepersonell samtaler og drøfter slike situasjoner med unge pasienter med sikte på et best mulig tillitsforhold også mellom foreldre og barn.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet vil også i denne sammenheng gi uttrykk for at de mener at den helsemessig myndighetsalder bør settes til 18 år, noe disse medlemmer vil komme tilbake til under behandling av spesialisthelsetjenesteloven og pasientrettighetsloven.

Disse medlemmer fremmer følgende forslag:

«I lov om helsepersonell m.v. skal § 22 andre og tredje ledd lyde:

For personer under 18 år gjelder reglene i pasientrettighetsloven § 4-4 og 3-4 andre ledd tilsvarende for samtykke etter første ledd.

For personer over 18 år som ikke er i stand til å vurdere spørsmål om samtykke av grunner som er nevnt i pasientrettighetsloven § 3-3 andre ledd, kan nærmeste pårørende gi samtykke etter første ledd.»

§ 23 Begrensninger i taushetsplikten

Komiteen har merket seg at loven har en generell unntaksbestemmelse fra taushetsplikten (§ 23 nr. 4) som er en videreføring av den såkalte rettsstridsreservasjonen «særlige grunner» i legeloven § 31. Paragrafen medfører ingen realitetsendring. Komiteen er enig i at hensyn som taler for å bryte taushetsplikten må veie vesentlig tyngre enn hensynet som taler for å bevare taushet, og at det derfor i det alt vesentlige vil være tale om nødrettsbetraktninger.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Høyre og Sosialistisk Venstreparti mener at unntak fra taushetsplikten bør være færrest mulig og gi minst mulig rom for helsepersonells individuelle tolkninger og skjønn. Disse medlemmer kan ikke se at ordlyden i § 23 nr. 2 eller departementets kommentarer til bestemmelsen gir klarhet i hvilke forhold bestemmelsen er ment å dekke. Bestemmelsen synes ikke å ha en selvstendig betydning i forhold til pasientens samtykke i § 22 eller de øvrige unntakene fra taushetsplikten i § 23. Disse medlemmer finner unntaket så uklart og generelt at det kan misforstås av helsepersonell.

Disse medlemmer kan heller ikke se behovet for dette unntaket i tillegg til de andre generelle unntak, jf. bl.a. unntaket i punkt 4 i Regjeringens forslag.

Disse medlemmer vil stemme imot § 23 nr. 2 i lovforslaget.

§ 24 Opplysninger etter en persons død

Komiteen har merket seg at bestemmelsens første ledd er en videreføring av legeloven § 37. Bestemmelsen gjelder nå generelt for alt helsepersonell. Annet ledd er nytt.

Komiteen viser til at spørsmålet om opplysninger etter en persons død oppstår ofte for domstolene, f. eks. i forbindelse med arvetvister. I slike situasjoner kan partene ha ulike interesser med hensyn til om opplysninger skal gis eller ikke. Komiteen mener det ikke bør være slik at den part som har noe å tjene på det, skal kunne hindre at opplysninger gis ved å påberope seg at det ikke foreligger vektige grunner for å gi opplysningene. I forbindelse med slike saker for domstolene bør utgangspunktet være at det foreligger vektige grunner for at opplysningene skal gis. Komiteen understreker at forholdet mellom første og annet ledd er slik at den rett nærmeste pårørende har etter annet ledd, ikke må få hindre andre pårørende eller andre i å få opplysninger, hvis vilkårene etter første ledd er oppfylt.

§ 25 Opplysninger til samarbeidende personell

Komiteen har merket seg at § 25 i hovedsak er en videreføring av legeloven § 34. Dette betyr at helsepersonell i utgangspunktet kan gi opplysninger til samarbeidende personell for det formål å gi forsvarlig helsehjelp til pasienten. Opplysninger kan ikke gis dersom pasienten motsetter seg det. Komiteen er enig i denne løsning.

Komiteen viser til at det i § 25 benyttes begrepet «samarbeidende personell» i stedet for «helsepersonell og medhjelper». Departementet angir at dette er en redaksjonell endring, som er gjort for å synliggjøre at opplysninger kan gis andre enn medhjelpere, f.eks. til helsepersonell i andre avdelinger i sykehus eller til helsepersonell utenfor sykehuset eller i andre virksomheter.

Komiteen antar det ikke har vært meningen å begrense adgangen til å gi opplysninger til helsepersonell, jf. ordlyden «samarbeidende personell». For helsepersonell vil det være mest aktuelt å gi opplysninger til annet helsepersonell i forbindelse med behandling og annen helsehjelp. Komiteen mener imidlertid at det ikke kan være avgjørende for opplysningsadgangen om det dreier seg om helsepersonell eller annet personell såfremt vilkårene for å gi opplysninger foreligger. Komiteen viser til at det avgjørende etter bestemmelsen vil være hvorvidt det er nødvendig å gi opplysningene til det samarbeidende personellet for å yte forsvarlig helsehjelp.

Komiteen har videre merket seg at det i forbindelse med høringen til NOU 1993:33 ble reist innsigelser mot denne bestemmelsen fordi den ikke i til-

strekkelig grad løser de problemer som reiser seg i forbindelse med det tverretatlige samarbeid som foregår i kommunene. Selv om det i en del tilfeller kan synes faglig nødvendig å drøfte en pasient uten vedkommendes samtykke, foreslår departementet likevel ikke å åpne adgang til dette pga. faren for utglidning og misbruk. Komiteen er enig i dette og mener tverrfaglig samarbeid bør være forankret i pasientens/klientens medvirkning og samtykke i tråd med at brukerinteressene søkes styrket i all ny lovgivning.

Komiteen er innforstått med at forsvarlighetskravet kan føre til at opplysninger utleveres til annet personell selv om pasienten motsetter seg det, men da bare etter § 23 nr. 4.

§ 26 Oplysninger til virksomhetens ledelse og til administrative systemer

Komiteen har merket seg at det i § 26 foreslås en ny bestemmelse om at den som yter helsehjelp, kan gi taushetsbelagte opplysninger videre til virksomhetens ledelse dersom det er nødvendig for å kunne gi helsehjelp eller for internkontroll og kvalitetssikring av tjenesten, men at det så langt mulig skal gjøres uten individualiserende kjennetegn. Komiteen har også merket seg at pasienten kan motsette seg slik utlevering, men at det krever en aktiv handling fra pasienten fordi det ikke er påkrevd å spørre pasienten i det enkelte tilfelle. Det er bare når helsepersonell har grunn til å tro at pasienten ville ha innvendinger, at pasientens samtykke skal innhentes.

Komiteen viser til at praksis har vist at det i stor grad er behov for å gi taushetsbelagt informasjon til administrasjonen, og at en derfor bør ha et klart hjemmelsgrunnlag. Komiteen antar at et krav til samtykke fra pasienten hver gang slik informasjon skal utleveres, vil være unødig ressurs- og tidkrevende. Samtidig ser komiteen behov for at pasienten kan nekte at informasjon blir gitt. Komiteen støtter derfor lovforslagets § 26.

§ 29 Oplysninger til andre formål

Komiteen slutter seg til at det i § 29 fastlegges at opplysninger kan tas i bruk til forskning. Komiteen har merket seg at begrepene medisinsk og odontologisk forskning i legeloven og tannlegeloven er erstattet med begrepet forskning for å unngå en utilsiktet innsnevring av virkeområdet, og er enig i dette.

Når det gjelder spørsmålet om å utlevere taushetsbelagte opplysninger til forsikring, kredittinstitusjoner o. l. når pasienten har samtykket, er komiteen, i likhet med departementet, i tvil om det foreligger tilstrekkelig grad av frivillighet for pasienten. Det kan også reises spørsmål om og i tilfelle hvilke taushetsbelagte opplysninger det bør være tillatt å stille krav om tilgang på som forutsetning for en forsikringsavtale. Komiteen har merket seg at det er nedsatt et utvalg som skal utrede utlevering av helseopplysninger

til forsikringsselskaper og foreslå regulering på området. Komiteen forutsetter at departementet legger frem en sak for Stortinget på bakgrunn av utvalgets innstilling. Komiteen vil for øvrig peke på at det kan være grunn til å vurdere nærmere hvilke helseopplysninger om forsikringstagers livsstil forsikringsselskaper skal kunne kreve svar på.

Komiteen fremmer følgende forslag:

«Stortinget ber Regjeringen legge frem en sak for Stortinget der en vurderer hvor langt forsikringsselskaper skal ha rett til å gå i å kreve utlevering av taushetsbelagte helseopplysninger og opplysninger om personlig livsstil som grunnlag for forsikringsavtale.»

Komiteen viser til at lov om medisinsk bruk av bioteknologi fastsetter at «Det er forbudt å be om, motta, besitte eller bruke opplysninger om en annen person som er fremkommet ved genetiske undersøkelser» (§ 6-7 første ledd), og at «Det er forbudt å spørre om genetiske undersøkelser har vært utført» (§ 6-7 andre ledd).

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet mener at det ikke under noen omstendighet bør være tillatt for helsetjenesten å gi opplysninger om gentesting til forsikringsselskap eller kredittinstitusjoner selv om pasientene har gitt sitt samtykke.

§ 32 Oplysninger til sosialtjenesten

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet vil gi uttrykk for fortsatt uenighet i at helsepersonell i henhold til sosialtjenesteloven er pålagt meldeplikt til sosialetat og barneverntjenesten. Disse medlemmer vil stemme mot lovforslagets § 32.

§ 33 Oplysninger til barneverntjenesten

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet viser til sin merknad til § 32 og vil stemme mot lovforslagets § 33.

§ 37 Melding til helseregistre m.v.

Komiteen er enig i at det foreslås en hjemmel for Kongen til å opprette og godkjenne helseregistre i den grad dette er nødvendig for en forsvarlig styring og utvikling av helsetjenesten. Komiteen vil imidlertid understreke at det bare unntaksvis må gis anledning til å gi videre identifiserbare opplysninger til helseregistre. Komiteen har merket seg at departementet vil legge frem en egen lov om helseregistre der man vil få en langt grundigere vurdering av de mange personvernspørsmålene som knytter seg til slike registre. Komiteen er enig i at det ikke bør være kulant å opprette nye registre og informasjonssystemer. Det må alltid være en avveining av behovet for infor-

masjonsinnhenting og hensynet til personvernet. Det er likevel grunn til å understreke at formålet med så vel de generelle helseregistre som de spesifikke sykdomsregistrene er å bedre og effektivisere helsetilbudet til pasientene. Ikke minst sykdomsregistre, som f. eks. MS-registeret, er ofte sterkt ønsket ikke bare av fagfolk og forskere, men også av de berørte pasientene fordi de ser på slike registre som en sikkerhet for at de raskere får tilgang på nye behandlingsmuligheter.

§ 39 Plikt til å føre journal

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti, Høyre, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti, støtter forslaget om å knytte plikt til å føre journal til det å gi helsehjelp, og ikke til profesjon som tidligere.

Komiteen merker seg at den som yter helsehjelp, har plikt til å føre journal, og at denne plikten ikke gjelder personell som har en støttende eller underordnet funksjon i forhold til annet helsepersonell. De ulike grupper helsepersonell har ansvar for at relevante opplysninger knyttet til eget fagfelt journalføres.

Komiteen ser positivt på forslaget om at det i helseinstitusjoner skal utpekes én person som skal ha det overordnede ansvar for den enkelte journal og hvilke opplysninger som tas inn i journalen. Komiteen er tilfreds med at departementet har fulgt opp de høringsuttalelsene som advarte mot en generell journalplikt for alt helsepersonell uten at noen gis et koordineringsansvar for hva som skal dokumenteres i hver enkelt journal. Det ville fort resultert i store og uoversiktlige journaler, som ville vært lite hensiktsmessige arbeidsverktøy for helsepersonell.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti, viser til kommentarer under § 10 og støtter proposisjonens forslag til § 39 andre ledd.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet og Høyre forutsetter at den som utpekes som ansvarlig for journalen, er pasientens behandlingsansvarlige lege eller den som ut fra institusjonens karakter har behandlingsansvar for pasienten. Disse medlemmer forutsetter videre at det som hovedregel er samme person som har overordnet ansvar både for pasientens journal, derunder plikt til å gi pasienten innsyn i egen journal og informasjon til denne pasienten.

Komiteens medlemmer fra Høyre fremmer følgende forslag:

«I lov om helsepersonell m.v. skal § 39 andre ledd lyde:

I helseinstitusjoner skal pasientansvarlig lege eller den person institusjonen har utpekt, ha det overordnede ansvaret for den enkelte journal, og herunder ta stilling til hvilke opplysninger som skal stå i pasientjournalen.»

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet fremmer følgende forslag:

«I lov om helsepersonell m.v. skal § 39 andre ledd lyde:

I helseinstitusjoner som har pasientansvarlig lege, skal denne ha det fulle og hele ansvar for pasientens journal.»

Komiteen vil støtte forslaget i lovproposisjonen om egenjournal. Komiteen sier seg glad for at departementet i forskrift skal kunne pålegge helsepersonell å føre en journal som pasienten oppbevarer selv, såkalt egenjournal.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet viser til Dokument nr. 8:44 (1993-94) og vil sterkt anbefale departementet å benytte seg av denne forskriftsretten, slik at man får gjennomført ordningen med egenjournal innen rimelig tid.

§ 40 Krav til journalens innhold

Komiteen viser til at journalen skal inneholde korrekte og fullstendige opplysninger om pasienten og den helsehjelp som gis. Departementet kan gjennom forskrift gi nærmere regler om pasientjournalens innhold.

Komiteen viser til at pasientjournal defineres som all informasjon om pasienten som lagres som grunnlag for undersøkelser, diagnostisering, behandling eller annen oppfølging av pasienten. Komiteen mener dokumentasjonen bør være begrenset til informasjon som er nødvendig for å kunne gi forsvarlig helsehjelp, og for å oppfylle annet informasjonsansvar.

Den som utpekes som ansvarlig for en pasients journal, har ansvar for at denne struktureres på en slik måte at den kan fungere som et hensiktsmessig arbeidsverktøy.

Komiteen viser til høringsuttalelse fra Ryggforeningen i Norge, hvor det ble påpekt at pasientgrupper opplever det som et problem at leger og annet helsepersonell journalfører psykiatriske og psykosomatiske diagnoser, uten at slike diagnoser begrunnes i journalen. Slike diagnoser oppleves ofte som svært belastende, samtidig som det er vanskelig å få slettet eller rettet dem, fordi det i dag er uklart om legen har plikt til å journalføre begrunnelsen for diagnosen.

Komiteen ber departementet innarbeide krav i journalforskriften til at grunnlaget for diagnosen skal framgå, og til at diagnosen skal være underbygget i journalen.

§ 41 Plikt til å gi pasienten innsyn i journal

Komiteen merker seg at den som yter helsehjelp, har plikt til å gi innsyn i journalen til den som har krav på det etter bestemmelsene i pasientrettighetsloven.

§ 42 Retting av journal

Komiteen viser til at forslaget i hovedsak viderefører gjeldende rett når det gjelder adgang til å rette i journalen. Helsepersonell skal etter krav fra den opplysningen gjelder, eller etter eget tiltak, rette feilaktige, mangelfulle eller utilbørlige opplysninger eller utsagn i en journal. Retting skal ikke skje ved av opplysninger slettes.

§ 43 Sletting av journalopplysninger

Komiteen merker seg at pasientens rett til å få slettet opplysninger i journalen stort sett videreføres i samsvar med dagens praksis, men med en noe utvidet rett til sletting av opplysninger som er feilaktige eller svært belastende for pasienten.

§ 48 Autorisasjon

Komiteen har merket seg at det foreslås at ikke bare leger og tannleger nå skal gis autorisasjon, men at alle grupper som oppfyller kravene til det, skal autoriseres i stedet for å få offentlig godkjenning. Komiteen er enig i at dette kan være gunstig ut fra pasientenes krav på å bli beskyttet mot ukyndige utøvere, kontroll med helsepersonellens yrkesutøvelse bl.a. gjennom mulighet til å tilbakekalle autorisasjonen, og at autorisasjon gir en garanti for personellens kunnskapsnivå og skikkethet. Komiteen slutter seg til at de viktigste kriteriene for å gi helsepersonell autorisasjon er at de arbeider selvstendig og har utstrakt pasientkontakt.

Komiteen viser til proposisjonens prinsipielle begrunnelse for autorisasjonsgiving til yrkesgrupper og er enig i denne.

Komiteen støtter departementets forslag om en betydelig utvidelse av autorisasjonsberettigede helsegrupperinger. Dette vil etter komiteens mening styrke den faglige ansvarlighet i pasientbehandlingen, det være seg i annenlinjetjenesten som i primærhelse-tjenesten.

Komiteen finner det godt gjort at ortoptister arbeider selvstendig og har utstrakt direkte pasientkontakt. Komiteen er gjort kjent med at ortoptistenes høgskoleutdanning er minimum 3-årig. Ortoptistene bidrar i utdannelsen av øyespesialister gjennom instruksjon i daglig poliklinisk praksis og kursvirksom-

het. Ortoptister behandler særlig barn for skjeling og ulike samsynsproblemer og øyenmuskulaturforstyrrelser. Komiteen har merket seg at både Norsk Øyelegeforening, Norges Optikerforbund, Norsk Sykepleierforbund og Norsk Helse- og Sosialforbund støtter ortoptistenes ønske om autorisasjon. Komiteen vil på bakgrunn av nye opplysninger om ortoptistenes utdanning i samråd med departementet gå inn for at disse autoriseres.

Komiteen har merket seg at apotekere står for 90 prosent av all kunde- og pasientkontakt i apotekene. De har 3-årig videregående opplæring i likhet med for eksempel helsesekretærene. Komiteen mener at apotekerteknikerne bør autoriseres da disse har ansvarsfulle og betydelige arbeidsoppgaver idet det er de som oftest møter brukeren ved skranken i apotekene, og som dermed er de første som gir informasjon og veiledning til pasientene.

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

Komiteens medlemmer fra Høyre kan ikke lenger se behovet for å ha en egen forskriftshjemmel for å gi autorisasjon til nye grupper. Når departementet selv har foreslått betegnelsen autorisasjon innført for de fleste grupper helsepersonell, er det etter disse medlemmers oppfatning ønskelig at også fremtidige grupper som måtte bli gitt autorisasjon, inntas i loven. Det vil være mer ryddig og gjøre loven komplett. Det er også ønskelig at Stortinget får anledning til å ta stilling til hvilke nye grupper som vurderes for autorisasjon. Disse medlemmer kan ikke se at det er et tungtveiende argument når det hevdes at en trenger en forskriftshjemmel fordi «det er vanskelig å forutse om andre grupper bør komme inn under loven, og i tilfelle hvilke» (s. 242). Tvert imot mener disse medlemmer departementet selv har levert den beste begrunnelsen for lovfesting ved å peke på at «hensynet til at regler blir gjenstand for grundig debatt og behandling, hensynet til informasjon og hensynet til tilgjengelighet taler normalt for å bruke lovformen». Disse medlemmer vil på denne bakgrunn stemme mot lovforslaget § 48 fjerde ledd.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti, Høyre og Senterpartiet, fremmer følgende forslag:

«I lov om helsepersonell m.v. skal § 48 første ledd lyde:

Autorisasjonsordningen etter denne lov omfatter følgende grupper helsepersonell:

- a) ambulansarbeider
- b) apotektekniker
- c) audiograf
- d) bioingeniør
- e) ergoterapeut
- f) farmasøyt
- g) fotterapeut
- h) fysioterapeut
- i) helsesekretær
- j) hjelpepleier
- k) jordmor
- l) kiropraktor
- m) klinisk ernæringsfysiolog
- n) lege
- o) omsorgsarbeider
- p) optiker
- q) ortopediingeniør
- r) ortoptist
- s) perfusjonist
- t) psykolog
- u) radiograf
- v) sykepleier
- w) tannhelsesekretær
- x) tannlege
- y) tannpleier
- z) tanntekniker
- æ) vernepleier»

Komiteens medlem fra Sosialistisk Venstreparti mener at det ikke er hensiktsmessig at Stortinget i lovs form tar stilling til hvilke yrkesgrupper som skal gis autorisasjon som helsepersonell, men at dette kan avgjøres av departementet. På denne bakgrunn fremmer dette medlem følgende forslag:

«I lov om helsepersonell m.v. skal § 48 lyde:

§ 48 Autorisasjon

Departementet kan gi 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.

Rett til autorisasjon etter søknad har den som:

- a) har avlagt eksamen i vedkommende fag ved norsk universitet, høgskole eller videregående opplæring,
- b) har gjennomført praktisk tjeneste fastsatt i forskrift gitt av departementet,
- c) har avlagt skriftlig løfte fastsatt i forskrift av departementet,

- d) er under 75 år og
- e) ikke er uegnet for yrket.

Rett til autorisasjon etter søknad har også den som:

- a) har utenlandsk eksamen som anerkjennes som jevn god med tilsvarende norsk eksamen,
- b) har utenlandsk eksamen som er anerkjent etter avtale om gjensidig godkjenning etter § 52, eller
- c) på annen måte har godtgjort å ha den nødvendige kyndighet.

Departementet kan i forskrift fastsette tilleggskrav for autorisasjon for den enkelte helsepersonellgruppe, herunder at kravene skal gjelde for de som allerede har autorisasjon eller offentlig godkjenning ved forskriftens ikrafttredelse.»

§ 49 Lisens

Komiteen slutter seg til at kravet om å være under 75 år for å få autorisasjon og lisens opprettholdes. Komiteen vil imidlertid understreke at det både av hensyn til den enkelte yrkesutøver, dennes pasienter og for samfunnet, som har mangel på mange kategorier helsepersonell, er ønskelig å legge til rette for at eldre yrkesutøvere kan fortsette i sitt yrke dersom de ønsker det og fortsatt er skikket til det. Komiteen vil derfor understreke at lisens etter søknad kan gis til helsepersonell over 75 år som for øvrig fyller vilkårene til autorisasjon.

§ 68 Statens helsepersonellnemnd

Komiteen slutter seg til at det opprettes en Statens helsepersonellnemnd som en ny uavhengig klageinstans. Det vil styrke rettssikkerheten for helsepersonell og trolig skape allmenn tillit til systemet at man får to forvaltningsmessige instanser ved formelle reaksjoner.

§ 69 Organisering av Statens helsepersonellnemnd

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti og Senterpartiet, slutter seg til organiseringen av Statens helsepersonellnemnd.

Flertallet vil anta at tilsynssaker etter den nye loven vil dekke et stort spekter, og at det i mange saker vil være slik at sakkyndige vurderinger vil ha liten relevans til vedkommende helsepersonells yrkesutøvelse eller eventuelle pliktbrudd. Flertallet antar det også vil kunne bli vanskelig å finne sakkyndige i enhver sak som angår klage på advarsel, suspensjon, osv. Flertallet antar at et absolutt krav om sakkyndige i alle saker vil kunne innebære unødig ressursbruk, og vil opprettholde proposisjonens § 69 tredje

ledd som gir adgang til oppnevning av to sakkyndige for bistand i den enkelte sak.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Høyre og Sosialistisk Venstreparti støtter etablering av en Statens helsepersonellnemnd som en ny uavhengig klageinstans. Disse medlemmer mener imidlertid at antall medlemmer i helsepersonellnemnda bør begrenses til fem personer, hvorav to jurister, to med helsefaglig bakgrunn og en legrepresentant.

Disse medlemmer fremmer følgende forslag:

«I lov om helsepersonell m.v. skal § 69 andre ledd lyde:

Statens helsepersonellnemnd skal bestå av to jurister hvorav en er leder av nemnda, samt to personer med helsefaglig bakgrunn og en legrepresentant.»

Disse medlemmer mener at nemnda skal oppnevne to sakkyndige med spesiell innsikt i fagfeltet for bistand i den enkelte sak slik at klageren er sikker på at nemndas avgjørelse blir truffet på grunnlag av best mulig innsikt i det aktuelle fagfeltet. Disse medlemmer fremmer derfor følgende forslag:

«I lov om helsepersonell m.v. skal § 69 tredje ledd lyde:

Statens helsepersonellnemnd skal oppnevne to sakkyndige for bistand i den enkelte sak.»

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet vil tilsvarende når pasientskadeloven skal behandles, foreslå at Pasientskadenemnda også skal ha fem medlemmer. Det er viktig at den nye helsepersonellnemnda jobber raskt og effektivt, og at man ikke opplever den samme situasjon som vi i lang tid har hatt når det gjelder tidsfaktoren for behandling av klager via fylkeslegene og Statens helsetilsyn.

§ 74 Bruk av beskyttet tittel

Komiteen er enig i at den som har autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning, har rett til å benytte slik yrkesbetegnelse som kjennetegner vedkommende gruppe helsepersonell. Komiteen vil understreke at dette ikke innebærer at det innføres yrkesmonopol for autoriserte grupper. I kap. 4.3.4, side 47 i proposisjonen konkluderes det med at departementet ikke ønsker å foreslå regler om monopol for enkelte helsepersonellgrupper idet forsvarlighetskravet i § 4 er ment å regulere yrkesutøvelsen i tilstrekkelig grad.

Komiteen viser til Helseministerens brev av 19. mars 1999 til saksordfører der det heter at

«I særskilte merknader til § 74 om bruk av beskyttet tittel, fremgår det imidlertid at bestemmelsen kan

innebære et forbud for andre enn autoriserte kiropraktorer å annonsere at de driver «kiropraktikk», fordi dette kan vildele pasienten til å tro at utøveren er autorisert kiropraktor.»

I tilfeller hvor flere grupper enn de som er autorisert helsepersonell, har kvalifikasjoner til å yte en bestemt type helsehjelp, skal det etter komiteens mening ikke være forbudt å kunngjøre eller annonsere virksomheten. Så lenge man har lov til å yte en tjeneste, ville det være urimelig å nekte annonsering eller kunngjøring av helsehjelpen. Komiteen forutsetter at slik annonsering eller kunngjøring skal være nøktern og saklig.

§ 77 Opphevelse av og endringer i andre lover

Komiteen slutter seg til at kvakksalverlovens virkeområde innskrenkes til å gjelde personell som ikke defineres som helsepersonell etter denne lov. Det enkelte helsepersonells plikt til forsvarlig yrkesutøvelse følger heretter av forsvarlighetskravet i helsepersonelloven.

3. FORSLAG FRA MINDRETALL

Forslag fra Fremskrittspartiet, Høyre og Sosialistisk Venstreparti:

Forslag 1

I lov om helsepersonell m.v. skal § 69 andre og tredje ledd lyde:

Statens helsepersonellnemnd skal bestå av to jurister hvorav en er leder av nemnda, samt to personer med helsefaglig bakgrunn og en legrepresentant.

Statens helsepersonellnemnd skal oppnevne to sakkyndige for bistand i den enkelte sak.

Forslag fra Fremskrittspartiet og Høyre:

Forslag 2

I lov om helsepersonell m.v. skal § 10 første ledd lyde:

Den som yter helsehjelp, skal innenfor egen yrkesutøvelse gi informasjon til pasient og den som har krav på det, etter reglene i pasientrettighetsloven § 3-2 til § 3-4. I helseinstitusjoner skal informasjon etter første punktum gis av pasientansvarlig lege eller den som helseinstitusjonen utpeker.

Forslag 3

I lov om helsepersonell m.v. skal § 13 lyde:

§ 13 Markedsføring

Markedsføring av helsetjeneste skal være forsvarlig, nøktern og saklig.

Ved markedsføring av virksomhet som yter helsehjelp, gjelder første ledd tilsvarende.

For øvrig gjelder lov om kontroll med markedsføring og avtalevilkår.

Forslag fra Fremskrittspartiet:

Forslag 4

I lov om helsepersonell m.v. skal § 11 første ledd lyde:

Bare leger og tannleger kan rekvirere reseptbelagte legemidler.

Forslag 5

I lov om helsepersonell m.v. skal § 22 andre og tredje ledd lyde:

For personer under 18 år gjelder reglene i pasientrettighetsloven §§ 4-4 og 3-4 andre ledd tilsvarende for samtykke etter første ledd.

For personer over 18 år som ikke er i stand til å vurdere spørsmål om samtykke av grunner som er nevnt i pasientrettighetsloven § 3-3 andre ledd, kan nærmeste pårørende gi samtykke etter første ledd.

Forslag 6

I lov om helsepersonell m.v. skal § 39 andre ledd lyde:

I helseinstitusjoner som har pasientansvarlig lege, skal denne ha det fulle og hele ansvar for pasientens journal.

Forslag fra Høyre:

Forslag 7

I lov om helsepersonell m.v. skal § 39 andre ledd lyde:

I helseinstitusjoner skal pasientansvarlig lege eller den person institusjonen har utpekt, ha det overordnede ansvaret for den enkelte journal, og herunder ta stilling til hvilke opplysninger som skal stå i pasientjournalen.

Forslag fra Sosialistisk Venstreparti:

Forslag 8

I lov om helsepersonell m.v. skal § 48 lyde:

§ 48 Autorisasjon

Departementet kan gi 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.

Rett til autorisasjon etter søknad har den som:

- a) har avlagt eksamen i vedkommende fag ved norsk universitet, høgskole eller videregående opplæring,
- b) har gjennomført praktisk tjeneste fastsatt i forskrift gitt av departementet,

- c) har avlagt skriftlig løfte fastsatt i forskrift av departementet,
- d) er under 75 år og
- e) ikke er uegnet for yrket.

Rett til autorisasjon etter søknad har også den som:

- a) har utenlandsk eksamen som anerkjennes som jevn god med tilsvarende norsk eksamen,
- b) har utenlandsk eksamen som er anerkjent etter avtale om gjensidig godkjenning etter § 52, eller
- c) på annen måte har godtgjort å ha den nødvendige kyndighet.

Departementet kan i forskrift fastsette tilleggskrav for autorisasjon for den enkelte helsepersonellgruppe, herunder at kravene skal gjelde for de som allerede har autorisasjon eller offentlig godkjenning ved forskriftens ikrafttredelse.

4. KOMITEENS TILRÅDING

Komiteen viser for øvrig til proposisjonen og det som står foran, og rår Odelstinget til å gjøre slike

vedtak:

A.

Vedtak til lov

om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven).

Kapittel 1 Lovens formål, virkeområde og definisjoner

§ 1 Lovens formål

Lovens formål er å bidra til sikkerhet for pasienter og kvalitet i helsetjenesten samt tillit til helsepersonell og helsetjeneste.

§ 2 Lovens virkeområde

Loven gjelder helsepersonell og virksomheter som yter helsehjelp i riket.

Kongen gir forskrifter om lovens anvendelse på Svalbard og Jan Mayen, og kan fastsette særlige regler under hensyn til de stedlige forhold.

I den utstrekning Kongen bestemmer i forskrift, gjelder loven for personer på norske skip i utenriksfart, i norske sivile luftfartøyer i internasjonal trafikk, på installasjoner og fartøy i arbeid på norsk kontinentalsokkel og på norsk redningsansvarsområde.

§ 3 Definisjoner

Med helsepersonell menes i denne lov:

1. personell med autorisasjon etter § 48 eller lisens etter § 49,
2. personell i helsetjenesten eller i apotek som yter helsehjelp,
3. elever og studenter som yter helsehjelp.

Departementet kan i forskrift bestemme at loven eller enkelte bestemmelser i loven skal gjelde for nærmere angitt personell som ikke omfattes av første ledd.

Med helsehjelp menes enhver handling som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende eller rehabiliterende mål og som utføres av helsepersonell.

Med helseinstitusjon menes institusjon som hører under lov om spesialisthelsetjenesten og lov om kommunehelsetjenesten.

Kapittel 2 Krav til helsepersonells yrkesutøvelse

§ 4 Forsvarlighet

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.

Helsepersonell skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, og skal innhente bistand eller henvise pasienter videre der dette er nødvendig og mulig. Der som pasientens behov tilsier det, skal yrkesutøvelsen skje ved samarbeid og samhandling med annet kvalifisert personell.

Ved samarbeid med annet helsepersonell, skal legen og tannlegen ta beslutninger i henholdsvis medisinske og odontologiske spørsmål som gjelder undersøkelse og behandling av den enkelte pasient.

Departementet kan i forskrift bestemme at visse typer helsehjelp bare kan gis av personell med særskilte kvalifikasjoner.

§ 5 Bruk av medhjelpere

Helsepersonell kan i sin virksomhet overlate bestemte oppgaver til annet personell hvis det er forsvarlig ut fra oppgavens art, personellens kvalifikasjoner og den oppfølging som gis. Medhjelpere er underlagt helsepersonells kontroll og tilsyn.

Elever og studenter skal som regel bare gis oppgaver ut fra hensynet til opplæring.

§ 6 Ressursbruk

Helsepersonell skal sørge for at helsehjelpen ikke påfører pasienter, helseinstitusjon, trygden eller andre unødvendig tidstap eller utgift.

§ 7 Øyeblikkelig hjelp

Helsepersonell skal straks gi den helsehjelp de evner når det må antas at hjelpen er påtrengende nødvendig. Med de begrensninger som følger av pasientrettighetsloven § 4-9, skal nødvendig helsehjelp gis selv om pasienten ikke er i stand til å samtykke, og selv om pasienten motsetter seg helsehjelpen.

Ved tvil om helsehjelpen er påtrengende nødvendig, skal helsepersonell foreta nødvendige undersøkelser.

Plikten gjelder ikke i den grad annet kvalifisert helsepersonell påtar seg ansvaret for å gi helsehjelpen.

§ 8 Pliktmessig avhold

Helsepersonell skal ikke innta alkohol eller andre rusmidler i arbeidstiden.

Legemidler som er nødvendige på grunn av sykdom, regnes ikke som rusmidler etter første ledd. Helsepersonell som inntar slike legemidler, skal snarest orientere sin arbeidsgiver om dette.

Departementet kan i forskrift bestemme at helsepersonell skal kunne pålegges å avgi utåndingsprøve, blodprøve eller lignende prøve ved mistanke om overtreddelse av første ledd, og kan gi bestemmelser om forbud mot inntak av rusmidler i et nærmere bestemt tidsrom før tjenestetiden begynner.

§ 9 Forbud mot gaver m.v. i tjenesten

Helsepersonell må verken på egne eller andres vegne motta gave, provisjon, tjeneste eller annen ytelse som er egnet til å påvirke helsepersonells tjenestlige handlinger på en utilbørlig måte.

Helsepersonell må heller ikke motta fra pasient gave, provisjon, tjeneste eller annen ytelse som har mer enn en ubetydelig verdi.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om hvilke ytelser som er omfattet av første og annet ledd.

§ 10 Informasjon til pasienter m.v.

Den som yter helsehjelp, skal gi informasjon til den som har krav på det etter reglene i pasientrettighetsloven § 3-2 til § 3-4. I helseinstitusjoner skal informasjon etter første punktum gis av den som helseinstitusjonen utpeker.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om plikten til informasjon.

§ 11 Rekvirering av reseptbelagte legemidler

Bare leger og tannleger kan rekvirere reseptbelagte legemidler. Departementet kan i forskrift bestemme at annet helsepersonell med autorisasjon eller lisens kan få begrenset rekvireringsrett.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om rekvirering av legemidler, herunder om utforming og utfylling av resept og rekvisisjonsblankett. Det kan også bestemmes at bestemte legemidler helt eller delvis kan unntas fra denne retten.

§ 12 Undersøkelser i forbindelse med straffbare forhold

Lege, sykepleier eller bioingeniør skal etter anmodning fra politiet ta blodprøve eller foreta lignende undersøkelse av personer som er mistenkt for straffbart forhold under påvirkning av alkohol eller annet

berusende eller bedøvende middel når dette er hjemlet i lov og kan skje uten fare.

Lege skal etter anmodning fra påtalemyndigheten foreta kroppslig undersøkelse av mistenkte i straffesak når slik undersøkelse er besluttet etter straffeprosessloven § 157. Videre skal lege etter anmodning fra vedkommende fengselsdirektør foreta kroppslig undersøkelse av en innsatt i fengselsanstalt når slik undersøkelse er besluttet etter reglene i fengselsloven § 30 a.

Lege, sykepleier eller bioingeniør har ingen plikt til å foreta undersøkelser etter første og annet ledd av:

1. ektefelle, samboer, registrert partner, forlovede eller av slektninger i rett opp- eller nedstigende linje, søsken eller like nær besvogrede. Likt med slektskap regnes adoptiv- og fosterforhold.
2. person som helsepersonellet har til behandling.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om plikten til å foreta undersøkelser etter denne paragrafen, og herunder fastsette bestemmelser om begrensninger i plikten og om fritak.

§ 13 Markedsføring

Markedsføring av helsetjenester skal være ansvarlig, nøktern og saklig.

Ved markedsføring av virksomhet som yter helsehjelp, gjelder første ledd tilsvarende.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om markedsføring av helsehjelp, og kan herunder fastsette forbud mot visse former for markedsføring.

§ 14 Beordring av helsepersonell til vaktordninger

Departementet kan bestemme at helsepersonell skal delta i vaktordning på det sted der de bor eller arbeider.

Departementet kan gi nærmere forskrifter om gjennomføring m.v. av vaktordninger.

§ 15 Krav til attester, legeerklæringer o.l.

Den som utsteder attest, legeerklæring o.l. skal være varsom, nøyaktig og objektiv. Attest, legeerklæring o.l. skal være korrekte og bare inneholde opplysninger som er nødvendige for formålet. Helsepersonell som er inhabil etter forvaltningsloven § 6, skal ikke utstede attest, legeerklæring o.l.

Kapittel 3 Krav til organisering av virksomhet

§ 16. Organisering av virksomhet som yter helsehjelp og internkontroll

Virksomhet som yter helsehjelp, skal organiseres slik at helsepersonellet blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter.

Departementet kan i forskrift fastsette nærmere bestemmelser om organisering av virksomhet som yter helsehjelp og om internkontroll.

§ 17 Opplysninger om forhold som kan medføre fare for pasienter

Helsepersonell skal av eget tiltak gi tilsynsmyndighetene informasjon om forhold som kan medføre fare for pasienters sikkerhet.

Kapittel 4 Særskilte regler i tilknytning til autorisasjon

§ 18 Melding om helsepersonells virksomhet

Helsepersonell med autorisasjon eller lisens i privat virksomhet skal gi melding til kommune eller fylkeskommune når de åpner, overtar eller trer inn i virksomhet som er omfattet av loven. Melding skal også gis ved virksomhetens opphør.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om hvilke opplysninger som skal gis, når disse skal gis, hvordan de skal registreres og formidles videre til et sentralt register.

§ 19 Melding til arbeidsgiver om bierverv og andre engasjement i annen virksomhet

Helsepersonell med autorisasjon eller lisens skal av eget tiltak gi arbeidsgiveren opplysninger om bierverv og engasjement, eierinteresser o.l. i annen virksomhet som vil kunne komme i konflikt med hovedarbeidsgivers interesser.

Arbeidsgiveren kan i tillegg kreve at helsepersonell med autorisasjon eller lisens gir opplysninger om all helsefaglig virksomhet som helsepersonellet utfører som selvstendig næringsdrivende, for andre arbeids- eller oppdragsgivere i Norge eller i utlandet, og om eierinteresser, samarbeidsforhold o.l.

Det skal gis opplysning om virksomhetens navn og arten og omfanget av helsepersonells bierverv eller engasjement.

Denne bestemmelsen begrenser ikke plikten til å opplyse om bierverv som følger av avtale eller andre rettsregler.

§ 20 Forsikring

Helsepersonell med autorisasjon eller lisens som driver privat virksomhet, skal ved forsikring stille sikkerhet for det økonomiske ansvar som kan oppstå overfor pasienter i forbindelse med yrkesutøvelsen.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om plikten til forsikring.

Kapittel 5 Taushetsplikt og opplysningsrett

§ 21. Hovedregel om taushetsplikt

Helsepersonell skal hindre at andre får adgang eller kjennskap til opplysninger om folks legems- eller sykdomsforhold eller andre personlige forhold som de får vite om i egenskap av å være helsepersonell.

§ 22 Samtykke til å gi informasjon

Taushetsplikt etter § 21 er ikke til hinder for at opplysninger gjøres kjent for den opplysningene direkte gjelder, eller for andre i den utstrekning den som har krav på taushet samtykker.

For personer under 16 år gjelder reglene i pasientrettighetsloven §§ 4-4 og 3-4 annet ledd tilsvarende for samtykke etter første ledd.

For personer over 16 år som ikke er i stand til å vurdere spørsmålet om samtykke av grunner som nevnt i pasientrettighetsloven § 3-3 annet ledd, kan nærmeste pårørende gi samtykke etter første ledd.

§ 23 Begrensninger i taushetsplikten

Taushetsplikt etter § 21 er ikke til hinder for:

1. at opplysninger gis den som fra før er kjent med opplysningene,
2. at opplysninger gis når ingen berettiget interesse tilsier hemmelighold,
3. at opplysninger gis videre når behovet for beskyttelse må anses ivaretatt ved at individualiserende kjennetegn er utelatt,
4. at opplysninger gis videre når tungtveiende private eller offentlige interesser gjør det rettmessig å gi opplysningene videre eller
5. at opplysningene gis videre etter regler fastsatt i lov eller i medhold av lov når det er uttrykkelig fastsatt eller klart forutsatt at taushetsplikt ikke skal gjelde.

§ 24 Opplysninger etter en persons død

Taushetsplikt etter § 21 er ikke til hinder for at opplysninger om en avdød person gis videre dersom vektige grunner taler for dette. I vurderingen av om opplysninger skal gis, skal det tas hensyn til avdødes antatte vilje, opplysningenes art og de pårørende og samfunnets interesser.

Nærmeste pårørende har rett til innsyn i journal etter en persons død hvis ikke særlige grunner taler mot det.

§ 25 Opplysninger til samarbeidende personell

Med mindre pasienten motsetter seg det, kan taushetsbelagte opplysninger gis til samarbeidende personell når dette er nødvendig for å kunne gi forsvarlig helsehjelp.

Taushetsplikt etter § 21 er heller ikke til hinder for at personell som bistår med elektronisk bearbeiding av opplysningene, eller som bistår med service og vedlikehold av utstyr, får tilgang til opplysninger når slik bistand er nødvendig for å oppfylle lovbestemte krav til dokumentasjon.

Personell som nevnt i første og andre ledd har samme taushetsplikt som helsepersonell.

§ 26 Opplysninger til virksomhetens ledelse og til administrative systemer

Den som yter helsehjelp, kan gi opplysninger til virksomhetens ledelse når dette er nødvendig for å kunne gi helsehjelp, eller for internkontroll og kvalitetssikring av tjenesten. Opplysningene skal så langt det er mulig, gis uten individualiserende kjennetegn.

Den som yter helsehjelp, skal uten hinder av taushetsplikten i § 21 gi vedkommende virksomhets pasientadministrasjon pasientens personnummer og opplysninger om diagnose, eventuelle hjelpebehov, tjenestetilbud, innskrivnings- og utskrivningsdato samt relevante administrative data.

Reglene om taushetsplikt gjelder tilsvarende for personell i pasientadministrasjonen.

§ 27 Opplysninger som sakkyndig

Taushetsplikt etter § 21 er ikke til hinder for at helsepersonell som opptrer som sakkyndig gir opplysninger til oppdragsgiver, dersom opplysningene er mottatt under utførelse av oppdraget og har betydning for dette.

Den som opptrer som sakkyndig, skal gjøre pasienten oppmerksom på oppdraget og hva dette innebærer.

§ 28 Opplysninger til arbeidsgiver

Departementet kan gi forskrift om adgangen til å gi opplysninger om en arbeidstakers helseforhold videre til arbeidsgiveren, i den grad opplysningene gjelder arbeidstakerens skikkethet til et bestemt arbeid eller oppdrag.

§ 29 Opplysninger til andre formål

Departementet kan bestemme at opplysninger kan eller skal gis til bruk i forskning, og at det kan skje uten hinder av taushetsplikt etter § 21. Til slikt vedtak kan knyttes vilkår. Reglene om taushetsplikt etter denne lov gjelder tilsvarende for den som mottar opplysningene.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om bruk av taushetsbelagte opplysninger i forskning.

Departementet kan i forskrift regulere helsepersonells rett til utlevering og bruk av taushetsbelagte opplysninger til andre formål enn helsehjelp, når pasienten har gitt samtykke. Det gjelder formål som forsikring, kredittinstitusjoner o.l.

Kapittel 6 Opplysningsplikt m.v.

§ 30 Opplysninger til tilsynsmyndigheten

Helsepersonell skal gi tilsynsmyndigheten adgang til virksomhetens lokaler, og gi alle de opplysninger som ansees påkrevd for utøvelsen av tilsyn med helsepersonells virksomhet. Helsepersonell skal uten hinder av taushetsplikten utlevere de dokumenter, lyd- og bildeopptak o.l. som kreves av tilsynsmyndigheten.

§ 31 Opplysninger til nødetater

Helsepersonell skal varsle politi og brannvesen dersom dette er nødvendig for å avverge alvorlig skade på person eller eiendom.

§ 32 Opplysninger til sosialtjenesten

Den som yter helsehjelp, skal i sitt arbeid være oppmerksom på forhold som bør føre til tiltak fra sosialtjenestens side, og skal av eget tiltak gi sosialtjenesten opplysninger om slike forhold etter å ha innhentet samtykke fra pasienten, eller så langt opplysningene ellers kan gis uten hinder av taushetsplikt etter § 21.

Uten hinder av taushetsplikt etter § 21 skal helsepersonell av eget tiltak gi opplysninger til sosialtjenesten, når det er grunn til å tro at en gravid kvinne misbruker rusmidler på en slik måte at det er overveiende sannsynlig at barnet vil bli født med skade, jf. lov om sosiale tjenester § 6-2a. Også etter pålegg fra de organer som er ansvarlige for gjennomføringen av lov om sosiale tjenester, skal helsepersonell gi slike opplysninger.

I helseinstitusjoner skal det utpekes en person som skal ha ansvaret for utleveringen av slike opplysninger.

§ 33 Opplysninger til barneverntjenesten

Den som yter helsehjelp, skal i sitt arbeid være oppmerksom på forhold som kan føre til tiltak fra barneverntjenestens side.

Uten hinder av taushetsplikt etter § 21 skal helsepersonell av eget tiltak gi opplysninger til barneverntjenesten når det er grunn til å tro at et barn blir mishandlet i hjemmet eller det foreligger andre former for alvorlig omsorgssvikt, jf. lov om barneverntjenester § 4-10, § 4-11 og § 4-12. Det samme gjelder når et barn har vist vedvarende og alvorlige atferdsvanser, jf. nevnte lov § 4-24.

Også etter pålegg fra de organer som er ansvarlige for gjennomføringen av lov om barneverntjenester, skal helsepersonell gi slike opplysninger.

I helseinstitusjoner skal det utpekes en person som skal ha ansvaret for utleveringen av slike opplysninger.

§ 34 Opplysninger i forbindelse med førerkort og sertifikat

Lege, psykolog eller optiker som finner at en pasient med førerkort for motorvogn eller sertifikat for luftfartøy, ikke oppfyller de helsemessige kravene som stilles, skal oppfordre pasienten til å innlevere førerkortet eller sertifikatet. Dersom pasientens helsetilstand antas ikke å være kortvarig, skal helsepersonell som nevnt gi melding til offentlige myndigheter etter nærmere regler fastsatt av departementet i forskrift.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser til gjennomføring og utfylling av første ledd, og kan gi reglene i første ledd tilsvarende anvendelse i forhold til pasienter som har tjeneste utenfor luftfartøy, dersom tjenesten har betydning for luftfartens sikkerhet.

Kapittel 7 Meldeplikt

§ 35 Melding om fødsler

Lege eller jordmor skal gi melding om fødsel til folkeregisteret. I meldingen skal det opplyses hvem som er far til barnet etter reglene i barneloven §§ 3 og 4, eller hvem moren har oppgitt som far til barnet i tilfeller der farskapet ikke er klarlagt. Departementet kan i forskrift bestemme at slike meldinger også skal inneholde andre opplysninger.

Dersom farskapet ikke er klarlagt eller foreldrene ikke lever sammen, skal fødselsmeldingen sendes til både folkeregisteret og bidragsfogden.

Det skal gis fødselsmelding selv om barnet er dødfødt.

Lege eller jordmor skal gi melding om fødsel eller svangerskapsavbrudd etter tolvte uke til Medisinsk fødselsregister i samsvar med forskrift gitt av Kongen.

§ 36 Melding om dødsfall

Leger skal gi erklæring om dødsfall som de blir kjent med i sin virksomhet. Departementet gir forskrifter om erklæringene.

Leger som har gitt legeerklæring om dødsfall, eller som har gitt helsehjelp til en person før vedkommende døde, skal gi kommunelegen nødvendige opplysninger om dødsårsaken. Kommunelegen skal gi opplysningene videre til dødsårsaksregisteret.

Er det grunn til å tro at dødsfallet er unaturlig, skal legen underrette politiet i samsvar med forskrift fastsatt av departementet.

Er etterforskning iverksatt for å avklare om døden er voldt ved straffbar handling, skal legen gi retten opplysninger av betydning for saken, dersom retten ber om dette.

§ 37 Melding til helseregistre m.v.

Kongen kan opprette og godkjenne helseregistre i den grad dette er nødvendig for en forsvarlig styring

og utvikling av helsetjenesten. Kongen kan i forskrift pålegge helsepersonell med autorisasjon eller lisens å gi opplysninger til slike registre, og ellers gi nærmere bestemmelser om gjennomføringen av meldeplikten. Helsepersonell kan ikke pålegges å gi individualiserte opplysninger, med mindre dette er nødvendig for formålet med registeret. Opplysningene skal så langt det er mulig gis uten individualiserende kjennetegn.

§ 38 *Melding om betydelig personskade*

Helsepersonell med autorisasjon eller lisens skal snarest mulig gi skriftlig melding til fylkeslegen om betydelig personskade som voldes på pasient som følge av ytelse av helsehjelp eller ved at en pasient skader en annen. Det skal også meldes fra om hendelser som kunne ha ført til betydelig personskade.

Meldeplikten for helsepersonell etter første ledd gjelder ikke dersom helseinstitusjonen har meldeplikt etter lov om spesialisthelsetjenesten § 3-3.

Kapittel 8 Dokumentasjonsplikt

§ 39 *Plikt til å føre journal*

Den som yter helsehjelp, skal nedtegne eller registrere opplysninger som nevnt i § 40 i en journal for den enkelte pasient. Plikten til å føre journal gjelder ikke for samarbeidende helsepersonell som gir hjelp etter instruksjon eller rettleiding fra annet helsepersonell.

I helseinstitusjoner skal det utpekes en person som skal ha det overordnede ansvaret for den enkelte journal, og herunder ta stilling til hvilke opplysninger som skal stå i pasientjournalen.

Departementet kan i forskrift pålegge helsepersonell som nevnt i første ledd å føre egen journal som pasienten oppbevarer selv (egenjournal).

§ 40 *Krav til journalens innhold m.m.*

Journalen skal føres i samsvar med god yrkesskikk og skal inneholde korrekte og fullstendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen, samt de opplysninger som er nødvendige for å oppfylle meldeplikt eller opplysningsplikt fastsatt i lov eller i medhold av lov. Journalen skal være lett å forstå for annet kvalifisert helsepersonell.

Det skal fremgå hvem som har ført opplysningene i journalen.

Departementet kan i forskrift gi nærmere regler om pasientjournalens innhold og ansvar for journalen etter denne bestemmelse.

§ 41 *Plikt til å gi pasienter innsyn i journal*

Den som yter helsehjelp, skal gi innsyn i journalen til den som har krav på det etter reglene i pasientrettighetsloven § 5-1.

I helseinstitusjoner skal den som har det overordnede ansvaret for journalen etter § 39, sørge for at det gis innsyn etter første ledd.

§ 42 *Retting av journal*

Helsepersonell som nevnt i § 39 skal etter krav fra den opplysningen gjelder, eller av eget tiltak, rette feilaktige, mangelfulle eller utilbørlige opplysninger eller utsagn i en journal. Retting skal skje ved at journalen føres på nytt, eller ved at en datert rettelse tilføyes i journalen. Retting skal ikke skje ved at opplysninger eller utsagn slettes.

Dersom krav om retting avslås, skal kravet om retting og begrunnelse for avslaget nedtegnes i journalen.

Avslag på krav om retting kan påklages til fylkeslegen, som etter å ha innhentet uttalelse fra Datatilsynet, avgjør om retting kan foretas.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om retting etter denne bestemmelse.

§ 43 *Sletting av journalopplysninger*

Etter krav fra den journalopplysningene gjelder, eller av eget tiltak, skal helsepersonell som nevnt i § 39 slette opplysninger eller utsagn i journalen, dersom dette er ubetenkelig ut fra allmenne hensyn, og:

1. opplysningene er feilaktige eller misvisende og føles belastende for den de gjelder eller
2. opplysningene åpenbart ikke er nødvendige for å gi pasienten helsehjelp.

Dersom krav om sletting avslås, skal kravet om sletting og begrunnelse for avslaget nedtegnes i journalen.

Avslag på krav om sletting kan påklages til fylkeslegen, som etter å ha innhentet uttalelse fra Datatilsynet, avgjør om sletting kan foretas.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om sletting etter denne bestemmelse.

§ 44 *Journal på feil person*

Etter krav fra den opplysningene gjelder, eller av eget tiltak, skal helsepersonell som nevnt i § 39 slette journal, eller opplysninger eller utsagn i en journal, som er ført på feil person, med mindre allmenne hensyn tilsier at sletting ikke bør foretas. Reglene i § 43 annet til fjerde ledd gjelder tilsvarende.

§ 45 *Overføring, utlevering av og tilgang til journal og journalopplysninger*

Med mindre pasienten motsetter seg det, skal helsepersonell som nevnt i § 39 gi journalen eller opplysninger i journalen til andre som yter helsehjelp etter denne lov, når dette er nødvendig for å kunne gi helsehjelp på forsvarlig måte. Det skal fremgå av journalen at annet helsepersonell er gitt tilgang til journalen etter første punktum.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser til utfylling av første ledd, og kan herunder bestemme at annet helsepersonell kan gis tilgang til journalen også i de tilfeller som faller utenfor første ledd.

§ 46 *Krav til elektronisk pasientjournal*

Kongen kan i forskrift fastsette nærmere bestemmelser om bruk av elektronisk journal, og kan herunder oppstille krav om opplæring og tiltak som skal sikre at utenforstående ikke får kjennskap eller tilgang til journalen.

§ 47 *Opptegetninger og journal som bevis*

I rettsak eller forvaltningssak om helsepersonells yrkesutøvelse, kan opptegetninger, journal og journalmateriale kreves lagt fram som bevis i original eller bekreftet fotokopi eller utskrift.

Kapittel 9 Vilkår for autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning

§ 48 *Autorisasjon*

Autorisasjonsordningen etter denne lov omfatter følgende grupper helsepersonell:

- a) ambulansearbeider
- b) apotektekniker
- c) audiograf
- d) bioingeniør
- e) ergoterapeut
- f) farmasøyt
- g) fotterapeut
- h) fysioterapeut
- i) helsesekretær
- j) hjelpepleier
- k) jordmor
- l) kiropraktor
- m) klinisk ernæringsfysiolog
- n) lege
- o) omsorgsarbeider
- p) optiker
- q) ortopediingeniør
- r) ortoptist
- s) perfusjonist
- t) psykolog
- u) radiograf
- v) sykepleier
- w) tannhelsesekretær
- x) tannlege
- y) tannpleier
- z) tanntekniker
- æ) vernepleier

Rett til autorisasjon etter søknad har den som:

- a) har avlagt eksamen i vedkommende fag ved norsk universitet, høyskole eller videregående opplæring,

- b) har gjennomført praktisk tjeneste fastsatt i forskrift gitt av departementet,
- c) har avlagt skriftlig løfte fastsatt i forskrift av departementet,
- d) er under 75 år og
- e) ikke er uegnet for yrket.

Rett til autorisasjon etter søknad har også den som:

- a) har utenlandsk eksamen som anerkjennes som jevn god med tilsvarende norsk eksamen,
- b) har utenlandsk eksamen som er anerkjent etter avtale om gjensidig godkjenning etter § 52, eller
- c) på annen måte har godtgjort å ha den nødvendige kyndighet.

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.

Departementet kan i forskrift fastsette tilleggskrav for autorisasjon for den enkelte helsepersonellgruppe, herunder at kravene skal gjelde for de som allerede har autorisasjon eller offentlig godkjenning ved forskriftens ikrafttredelse.

§ 49 *Lisens*

Helsepersonell som ikke har rett til autorisasjon etter § 48, kan gis lisens etter søknad. Lisens kan bare gis til helsepersonell som er skikket ut fra lisensens art og omfang.

Lisens kan også gis til helsepersonell med utenlandsk eksamen som er anerkjent etter avtale om gjensidig godkjenning etter § 52.

Lisensen kan begrenses i tid, til en bestemt stilling, til visse typer helsehjelp eller på annen måte.

Departementet kan gi nærmere forskrifter om betingelsene for å få lisens og de vilkår som kan knyttes til den, herunder at kravene skal gjelde for dem som allerede har lisens ved forskriftens ikrafttredelse.

§ 50 *Grenselisens*

Offentlig ansatt og autorisert helsepersonell i Sverige og Finland i arbeid langs grensen til Norge, kan utøve virksomhet i tilgrensende norske kommuner uten norsk autorisasjon eller lisens etter §§ 48 og 49.

§ 51 *Vilkår for spesialistgodkjenning*

Departementet kan gi forskrifter om vilkår for godkjenning av autorisert helsepersonell som spesialister innen en avgrenset del av det helsefaglige området, herunder at vilkårene skal gjelde for dem som allerede har spesialistgodkjenning ved forskriftens ikrafttredelse.

§ 52 Internasjonale avtaler

På grunnlag av avtale med annet land om gjensidig godkjenning kan autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning gis til utenlandsk statsborger.

Departementet kan i forskrifter gi nærmere bestemmelser til utfylling av første ledd, og kan herunder fastsette særlige vilkår for godkjenning som er nødvendige for å oppfylle internasjonale avtaler.

Kapittel 10 Tildeling og bortfall av autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning

§ 53 Tildeling av autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning

Statens helsetilsyn gir autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning mot nærmere fastsatt godtgjørelse. Helsetilsynet kan delegerer myndighet til å gi spesialistgodkjenning til private yrkesorganisasjoner.

En søker kan nektes autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning hvis det foreligger grunnlag for tilbakekall etter § 57.

Vedtak etter bestemmelsens foregående ledd er enkeltvedtak etter forvaltningsloven.

Hvis det er grunn til å tro at tilbakekallsgrunn foreligger, kan Statens helsetilsyn pålegge helsepersonell å underkaste seg undersøkelser som omtalt i § 60.

§ 54 Bortfall av autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning

Autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning bortfaller når vedkommende fyller 75 år. Yrkestittelen kan likevel benyttes.

Kapittel 11 Reaksjoner ved brudd på lovens bestemmelser

§ 55 Tilrettevisning

Fylkeslegen kan gi tilrettevisning til helsepersonell som overtrer plikter etter denne lov eller bestemmelser gitt i medhold av den, eller på annen måte handler ukorrekt eller i strid med god yrkesskikk, selv om helsepersonellet ikke kan bebreides.

I tilrettevisningen kan det gis veiledning om hvordan pliktbruddet kan rettes, tidsfrist for retting samt varsel om at strengere reaksjoner kan bli ilagt dersom pliktbruddet ikke rettes.

Før tilrettevisning blir gitt, skal helsepersonellet gis anledning til å uttale seg.

Tilrettevisning skal gis skriftlig og er unntatt fra offentlighet. Tilrettevisning er ikke enkeltvedtak etter forvaltningsloven. Fylkeslegen kan underrette arbeidsgiveren og den som har påpekt pliktbruddet, om tilrettevisningen.

§ 56 Advarsel

Statens helsetilsyn kan gi advarsel til helsepersonell som forsettlig eller uaktsomt overtrer plikter etter

denne lov eller bestemmelser gitt i medhold av den, hvis pliktbruddet er egnet til å medføre fare for sikkerheten i helsetjenesten eller til å påføre pasienter en betydelig belastning. Det kan også gis advarsel dersom helsepersonell ikke innretter seg etter en tilrettevisning. Tilsvarende gjelder dersom helsepersonell har utvist atferd som er egnet til å svekke tilliten til vedkommende yrkesgruppe.

Advarsel er enkeltvedtak etter forvaltningsloven.

§ 57 Tilbakekall av autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning

Statens helsetilsyn kan kalle tilbake autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning 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 denne lov eller bestemmelser gitt i medhold av den, eller på grunn av atferd som anses uforenlig med yrkesutøvelsen.

Autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning kan kalles tilbake dersom innehaveren til tross for advarsel unnlater å innrette seg etter lovbestemte krav.

Autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning kan kalles tilbake også dersom vilkår fastsatt i forskrift etter §§ 48, 49 eller 51 ikke er oppfylt.

Autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning gitt på grunnlag av tilsvarende godkjenning i et annet land, kan kalles tilbake dersom godkjenningen i dette landet mister sin gyldighet.

Tilbakekall er enkeltvedtak etter forvaltningsloven.

§ 58 Suspensjon av autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning

Hvis det er grunn til å tro at vilkårene for tilbakekall er tilstede og helsepersonellet anses å være til fare for sikkerheten i helsetjenesten, kan Statens helsetilsyn suspendere autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning inntil det er tatt endelig beslutning i saken. Suspensjonen kan gjøres gjeldende i seks måneder, og kan forlenges en gang med ytterligere seks måneder.

Suspensjon er enkeltvedtak etter forvaltningsloven.

§ 59 Begrensning av autorisasjon

Statens helsetilsyn kan begrense autorisasjonen til å gjelde utøvelse av bestemt virksomhet under bestemte vilkår.

Slik begrensning 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.

Vedtak om begrensning av autorisasjon er enkeltvedtak etter forvaltningsloven.

§ 60 Pålegg om sakkyndig undersøkelse

I saker der tilbakekall av autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning skal vurderes, kan Statens helsetilsyn pålegge helsepersonell å underkaste seg medisinsk eller psykologisk undersøkelse av sakkyndige.

Statens helsetilsyn kan suspendere autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning så lenge pålegg etter første ledd ikke etterkommes.

§ 61 Frivillig avkall på autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning

Helsepersonell kan selv gi avkall på autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning ved skriftlig erklæring til fylkeslegen. Autorisasjons-, lisens- eller spesialistgodkjenningsdokumentet skal så vidt mulig innleveres samtidig.

§ 62 Ny autorisasjon eller lisens

Statens helsetilsyn kan gi helsepersonell som har mistet autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning ved tilbakekall eller frivillig avkall, ny autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning hvis vedkommende godtgjør at han/hun er skikket. Ny autorisasjon kan begrenses etter § 59.

Avslag på søknad om ny autorisasjon eller lisens er enkeltvedtak etter forvaltningsloven.

§ 63 Tap av retten til å rekvirere legemidler i gruppe A og B

Hvis legers eller tannlegers rekvirering av legemidler i gruppe A og B anses uforsvarlig, kan Statens helsetilsyn helt eller delvis kalle tilbake retten til å rekvirere slike legemidler for en bestemt tid eller for alltid. Det samme gjelder for annet helsepersonell som i forskrift fastsatt i medhold av § 11 er gitt begrenset rett til å rekvirere legemidler.

Helsepersonell kan selv gi avkall på retten til å rekvirere legemidler som nevnt i første ledd ved skriftlig erklæring til fylkeslegen. Et avkall er bindende i den perioden det er gitt for.

Hvis vilkårene for tilbakekallet fortsatt er oppfylt ved utløpet av fristen etter første ledd, kan Statens helsetilsyn treffe nytt vedtak etter første ledd.

Når leger eller tannleger ikke selv har rett til å rekvirere legemidler i gruppe A og B, skal kommunelegen, avdelingsoverlegen eller fylkestannlegen rekvirere legemidler som er nødvendige i vedkommendes virksomhet. Disse kan også godta at et annet helsepersonell foretar rekvireringen.

Vedtak om tilbakekall av rett til rekvirering er enkeltvedtak etter forvaltningsloven.

§ 64 Suspensjon av rekvireringsrett

Hvis det er grunn til å tro at vilkårene for å kalle tilbake rekvireringsretten er oppfylt og helsepersonell ansees å være til fare for sikkerheten i helsetjenesten, kan Statens helsetilsyn suspendere retten til å rekvirere legemidler som nevnt i § 63 inntil saken er avgjort, men ikke utover seks måneder. Hvis helsepersonellet forholder saken, kan suspensjonen forlenges en gang med ytterligere seks måneder.

Vedtak om suspensjon av rekvireringsrett er enkeltvedtak etter forvaltningsloven.

§ 65 Forkortelse av frist for tap av rekvireringsretten

Hvis det finnes forsvarlig, kan Statens helsetilsyn etter søknad gi helsepersonellet tilbake retten til å rekvirere legemidler i gruppe A og B før utløpet av den frist som er fastsatt.

Avslag på slik søknad er enkeltvedtak etter forvaltningsloven.

§ 66 Informasjon til arbeidsgiver og til andre land

Statens helsetilsyn skal varsle arbeidsgiver ved advarsel, tilbakekall, frivillig avkall eller suspensjon av autorisasjon, lisens, spesialistgodkjenning eller rekvireringsrett eller begrensning av autorisasjon. Med arbeidsgiver menes også offentlig myndighet som har driftsavtale med helsepersonellet.

Hvis helsepersonellet driver selvstendig praksis med driftsavtale, skal Statens helsetilsyn gi rett offentlig myndighet et forhåndsvarsel når det foreligger berettiget mistanke om at vilkårene for nevnte vedtak foreligger, og vedtaket vil få betydning for muligheten til å oppfylle driftsavtalen.

Ved tilbakekall, frivillig avkall eller suspensjon av autorisasjon, lisens, spesialistgodkjenning eller rekvireringsrett eller ved begrensning av autorisasjon, skal Statens helsetilsyn underrette de landene Norge er folkerettslig forpliktet til å informere.

§ 67 Straff

Den som forsettlig eller grovt uaktsomt overtrer eller medvirker til overtredelse av bestemmelser i loven eller i medhold av den, straffes med bøter eller fengsel i inntil tre måneder.

Offentlig påtale finner sted hvis allmenne hensyn krever det eller etter begjæring fra Statens helsetilsyn.

Kapittel 12 Statens helsepersonellnemnd og klageregler

§ 68 Statens helsepersonellnemnd

Det opprettes en Statens helsepersonellnemnd (HPN).

Statens helsepersonellnemnd er klageorgan for vedtak etter §§ 53, 56-59 og 62-65.

§ 69 Organisering av Statens helsepersonellnemnd

Statens helsepersonellnemnd skal være et uavhengig organ med høy helsefaglig og juridisk ekspertise som oppnevnes av departementet for tre år av gangen.

Statens helsepersonellnemnd skal bestå av tre jurister, hvorav en er leder av nemnda, samt tre personer med helsefaglig bakgrunn og en legrepresentant.

Statens helsepersonellnemnd kan oppnevne to sakkyndige for bistand i den enkelte sak.

Departementet kan i forskrift gi nærmere regler om organiseringen av Statens helsepersonellnemnd.

§ 70 Statens helsepersonellnemnds virksomhet

Departementet kan i forskrift gi nærmere regler om saksbehandlingen i Statens helsepersonellnemnd.

§ 71 Domstolsprøving av suspensjon, tilbakekall og begrensning

Vedtak i Statens helsepersonellnemnd om suspensjon, tilbakekall og begrensning kan bringes inn for retten, som kan prøve alle sider av saken.

Saken behandles etter reglene i tvistemålsloven kapittel 30. Retten kan ved kjennelse beslutte at vedtaket om suspensjon, tilbakekall eller begrensning ikke skal ha virkning før det er truffet endelig vedtak i saken eller før endelig dom foreligger.

Bestemmelsen er ikke til hinder for at vedtak kan bringes inn for Stortingets ombudsmann for forvaltningen.

§ 72 Anmodning om administrativ reaksjon

Den som mener at bestemmelser om plikter fastsatt i eller i medhold av denne lov er brutt til skade for seg, kan be tilsynsmyndighetene ilegge helsepersonellet en administrativ reaksjon etter reglene i kapittel 11. Pasienten kan opptre ved representant. Kravet sendes fylkeslegen.

Representant etter første ledd er den som har fullmakt til å fremsette en anmodning på andres vegne, eller som har samtykkekompetanse etter reglene i pasientrettighetsloven kapittel 4. Fullmektig som ikke er advokat, skal legge fram skriftlig fullmakt.

Fylkeslegen skal vurdere de synspunkter som er fremsatt i anmodningen, og kan også ta opp forhold som ikke er berørt i anmodningen.

Hvis fylkeslegen mener at det bør ilegges strengere reaksjon enn tilrettevisning, skal saken oversendes Statens helsetilsyn. Tredje ledd gjelder tilsvarende for behandlingen av saken hos Statens helsetilsyn.

Tilsynsmyndighetene skal gi den som har fremsatt en anmodning, underretning om resultatet av sin behandling av saken og en kort begrunnelse for resultatet.

Departementet kan i forskrift fastsette nærmere bestemmelser om tilsynsmyndighetenes saksbehand-

ling, og kan herunder fastsette regler om frist for fremsettelse av anmodning etter denne paragraf.

Kapittel 13 Forskjellige bestemmelser

§ 73 Erstatning for tap ved suspensjon og tilbakekall

Dersom vedtak om suspensjon eller tilbakekall viser seg å være ugyldig eller blir omgjort av annen grunn, kan det kreves erstatning for lidet tap etter vanlige erstatningsrettslige regler.

§ 74 Bruk av beskyttet tittel

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.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om hvilke titler som er beskyttet etter denne paragraf.

§ 75 Ikrafttredelse

Loven trer i kraft fra den tid Kongen bestemmer. Kongen kan bestemme at de enkelte bestemmelsene i loven skal tre i kraft til forskjellig tid.

§ 76 Forskrifter

Forskrifter o.l. gitt med hjemmel i lover som oppheves eller endres når loven her trer i kraft, gjelder i den utstrekning de ikke strider mot loven her eller forskrifter fastsatt med hjemmel i loven.

Den som ved lovens ikrafttredelse har autorisasjon, offentlig godkjenning som helsepersonell eller lisens, beholder sin autorisasjon, godkjenning eller lisens etter denne lov.

Departementet kan fastsette forskrifter til gjennomføring av loven, herunder overgangsbestemmelser.

§ 77 Opphevelse av og endringer i andre lover

Fra den tid loven trer i kraft oppheves følgende lover:

- 1) Lov av 13. juli 1956 om fysioterapeuter og mensdiecksykegymnaster.
- 2) Lov av 8. januar 1960 nr. 1 om godkjenning av sykepleiere.
- 3) Lov av 11. juni 1971 nr. 54 om ortopediingeniører og om omsetning av ortopediske hjelpemidler.
- 4) Lov av 23. juni 1972 nr. 69 om offentlig godkjenning av pleiarar i psykiatriske sjukehus.
- 5) Lov av 9. mars 1973 nr. 13 om godkjenning m.v. av psykologer.
- 6) Lov av 14. juni 1974 nr. 47 om godkjenning m.v. av helsepersonell.

- 7) Lov av 13. juni 1980 nr. 42 om leger.
 8) Lov av 13. juni 1980 nr. 43 om tannleger.
 9) Lov av 26. april 1985 nr. 23 om jordmødre.
 Fra samme tid gjøres følgende endringer i andre lover:

1. I lov av 19. juni 1936 nr. 9 om innskrenkning i adgangen for den som ikke er norsk læge eller tannlæge til å ta syke i kur gjøres følgende endringer:

Ny lovtittel skal lyde:

Lov om innskrenkning i adgangen for den som ikke er helsepersonell til å ta syke i kur.

Ny § 1 skal lyde:

Denne loven gjelder personer som ikke faller inn under § 3 i lov om helsepersonell.

§ 2 første ledd skal lyde:

Den som tar syke i kur uten å være *helsepersonell etter lov om helsepersonell § 3*, må ikke uten samtykke av det departement som medisinalvesenet hører under, avertere eller ved tekst eller bilder gjøre reklame for sin virksomhet, frasett opplysning om navn, adresse og kontortid og en almindelig meddelelse om virksomhetens art.

§ 3 første ledd skal lyde:

Den som tar syke i kur uten å være *helsepersonell etter lov om helsepersonell § 3*, må ikke anvende lægemidler som det er apotekerne forbudt å utlevere til alle og enhver, foreta operative inngrep, gi innsprøitninger, iverksette fullstendig eller lokal bedøvelse, eller anvende noen annen undersøkelses- eller behandlingsmåte som etter nærmere bestemmelse av Kongen bare må anvendes av *helsepersonell som nevnt*.

§ 4 første ledd skal lyde:

Den som ikke er *helsepersonell etter lov om helsepersonell § 3*, må ikke ta syke i kur og derunder behandle allmennfarlige smittsomme sykdommer etter lov om vern mot smittsomme sykdommer.

§ 5 oppheves.

§ 6 første ledd skal lyde:

Overtredelse av §§ 1-4 eller av bestemmelser som gis etter denne lov, straffes med bøter eller fengsel i inntil tre måneder. I gjentakelsestilfelle og under særdeles skjerpene omstendigheter kan straffen forhøyes til inntil seks måneders fengsel.

Tredje ledd skal lyde:

Det fritar ikke vedkommende for straff at han i de tilfeller som er nevnt i § 4, på grunn av manglende *kyndighet* ikke har forstått sykdommens art.

Fjerde ledd skal lyde:

Overtredelse av §§ 1-4 anses som forseelse.

§ 7 første ledd skal lyde:

På samme måte som nevnt i § 6 straffes den som tar syke i kur uten å være *helsepersonell etter lov om helsepersonell § 3*, og som derved utsetter noens liv eller helbred for alvorlig fare, enten ved selve handlingen eller ved at den syke undlater å søke kyndig hjelp. Har kuren medført døden eller betydelig skade på legeme eller helbred, jfr. straffelovens § 9, kan anvendes fengsel i inntil to år.

Tredje ledd skal lyde:

Det fritar ikke vedkommende for straff at han på grunn av manglende *kyndighet* ikke har forstått faren eller sykdommens art.

§ 8 skal lyde:

Har noen krav på *helsehjelp* for annens regning, straffes den som for å opfylle den plikt som således påhviler ham, har bevirket den syke tatt under kur av person som ikke er *helsepersonell etter lov om helsepersonell § 3*, med bøter hvis kuren har medført døden eller betydelig skade på legeme eller helbred, jfr. straffelovens § 9.

2. I lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene gjøres følgende endringer:

Ny § 1-3a skal lyde:

§ 1-3a. (Tilrettelegging m.v.)

Kommunen skal planlegge, organisere og legge til rette for at kommunen, helsetjenesten og helsepersonell kan oppfylle krav fastsatt i eller i medhold av lov eller forskrift. Departementet kan i forskrift gi nærmere regler om pliktens innhold.

Ny § 1-3b skal lyde:

§ 1-3b. (Registrering m.v.)

Kommunen skal motta og registrere meldinger om helsepersonell i kommunen og i kommunehelsetjenesten.

Departementet kan i forskrift gi regler om hvilke opplysninger som skal gis, når disse skal gis og hvordan de skal registreres og formidles videre til sentralt register.

Ny § 3-4 skal lyde:

§ 3-4. (Taushetsplikt i forhold til kommuneadministrasjonen)

Kommunen kan pålegge helsepersonell som arbeider innenfor rammen av denne lov å gi opplysninger til bruk for planlegging, styring og utvikling av kommunehelsetjenesten.

Pålegg etter denne bestemmelsen skal være saklig begrunnet og ikke omfatte flere opplysninger enn det som er nødvendig av hensyn til formålet.

Nåværende § 3-4 blir ny § 3-5.

§ 3-5 nytt fjerde ledd skal lyde:

Kommunelegen skal videresende dødsmeldinger mottatt fra leger i kommunen etter lov om helsepersonell § 36 til Dødsårsaksregisteret.

§ 6-6b oppheves.

3. I lov av 3. juni 1983 nr. 54 om tannhelsetjenesten gjøres følgende endringer:

Ny § 1-3a skal lyde:

§ 1-3a. (Tilrettelegging m.v.)

Fylkeskommunen skal planlegge, organisere og legge til rette for at fylkeskommunen, tannhelsetjenesten og helsepersonell kan oppfylle krav fastsatt i eller i medhold av lov eller forskrift. Departementet kan i forskrift gi nærmere regler om pliktens innhold.

Ny § 1-3b skal lyde:

§ 1-3b. (Registrering m.v.)

Fylkeskommunen skal motta og registrere meldinger om helsepersonell i fylkeskommunen og i tannhelsetjenesten.

Departementet kan i forskrift gi regler om hvilke opplysninger som skal gis, når disse skal gis og hvordan de skal registreres og formidles videre til sentralt register.

Ny § 3-4 skal lyde:

§ 3-4. (Taushetsplikt i forhold til administrasjonen i fylket)

Fylkeskommunen kan pålegge helsepersonell som arbeider innenfor rammen av denne lov å gi opplysninger til bruk for planlegging, styring og utvikling av tannhelsetjenesten i fylkeskommunen.

Pålegg etter denne bestemmelsen skal være saklig begrunnet og ikke omfatte flere opplysninger enn det som er nødvendig av hensyn til formålet.

Gjeldende §§ 3-4 og 3-5 blir nye §§ 3-5 og 3-6.

4. I lov av 30. mars 1984 nr. 15 om statlig tilsyn med helsetjenesten gjøres følgende endringer:

§ 2 ny overskrift skal lyde:

§ 2. Tilsynsmyndighetenes oppgaver

§ 2 nye femte, sjette, sjuende og åttende ledd skal lyde:

Fylkeslegen skal informere Statens helsetilsyn om forhold som tilsier advarsel eller tilbakekall, frivillig avkall, eller suspensjon av autorisasjon, lisens, spesialistgodkjenning eller rekvireringsrett eller begrensning av autorisasjon etter lov om helsepersonell kapittel 11.

Fylkeslegen og Statens helsetilsyn gir administrative reaksjoner til helsepersonell etter reglene i lov om helsepersonell kapittel 11.

Fylkeslegen og Statens helsetilsyn skal registrere advarsel og tilbakekall, frivillig avkall, eller suspensjon av autorisasjon, lisens, spesialistgodkjenning eller rekvireringsrett eller begrensning av autorisasjon etter lov om helsepersonell kapittel 11.

Fylkeslegen og Statens helsetilsyn skal informere helsepersonellets arbeidsgiver om advarsel, tilbakekall, frivillig avkall, eller suspensjon av autorisasjon, lisens, spesialistgodkjenning eller rekvireringsrett eller begrensning av autorisasjon etter lov om helsepersonell kapittel 11.

5. I lov av 4. desember 1992 nr. 132 om legemidler m.v. gjøres følgende endringer:

§ 9 annet ledd skal lyde:

Når særlige grunner foreligger, kan markedsføringstillatelsen gjøres betinget av at preparatet bare skal være til bruk for visse sykehus eller rekvireres av visse spesialister.

§ 26 annet ledd skal lyde:

I forskriftene kan fastsettes alminnelige innskrenkninger i helsepersonells adgang til å rekvirere sprit, brennevin og vin til medisinsk bruk.

6. I lov av 12. mai 1995 nr. 22 om universiteter og høyskoler gjøres følgende endring:

§ 42 nr. 2 nytt annet og tredje punktum skal lyde:

Institusjonen skal informere Statens helsetilsyn om utestenging etter dette alternativ. Departementet gir forskrift om informasjonsrutiner.

B.

Stortinget ber Regjeringen legge frem en sak for Stortinget der en vurderer hvor langt forsikringsselskaper skal ha rett til å gå i å kreve utlevering av taushetsbelagte helseopplysninger og opplysninger om personlig livsstil som grunnlag for forsikringsavtale.

Oslo, i sosialkomiteen, den 23. mars 1999.

John I. Alvheim,
leder.

Annelise Høegh,
ordfører.

Are Næss,
sekretær.