Helse- og omsorgsdepartementet

Høringsnotat

Forslag om å autorisere naprapater, osteopater, logopeder og paramedisinere i henhold til helsepersonelloven

Utsendt:

Høringsfrist:

1 Innledning 3
2 Bakgrunn for forslaget 3
3 Gjeldende rett – helsepersonellovens autorisasjonsordning og autoriserte grupper 4
3.1 Generelt om regelverket 4
3.2 Nærmere om kriteriene i helsepersonelloven § 48 6
3.2.1 Utdanningen 6
3.2.2 Yrkesrollens innhold – pasientsikkerhet og kvalitet 6
3.2.3 Internasjonale forhold 7
3.2.4 Tilleggskriterier 7
3.3 EØS-reglene 9
3.3.1 EUs yrkeskvalifikasjonsdirektiv 9
3.3.2 EØS-forskriften om godkjenning av helsepersonell 9
3.3.3 Kravet om forholdsmessighetsprøving før vedtakelse av nye bestemmelser om regulering av yrker 10

4 Naprapater 10
4.1 Helsedirektoratets vurdering 10
4.1.1 Utdanningen 10
4.1.2 Yrkesrollens innhold 11
4.1.3 Internasjonale forhold 11
4.1.4 Tilleggskriterier 12
4.1.5 Helsedirektoratets samlede vurdering 12
4.2 Departementets vurdering 13
5 Osteopater 14
5.1 Helsedirektoratets vurdering 14
5.1.1 Utdanningen 14
5.1.2 Yrkesrollens innhold 14
5.1.3 Internasjonale forhold 15
5.1.4 Tilleggskriterier 15
5.1.5 Helsedirektoratets samlede vurdering 16
5.2 Departementets vurdering 16
6 Logopeder 18
6.1 Helsedirektoratets vurdering 18
6.1.1 Utdanningen 18
6.1.2 Yrkesrollens innhold 18
6.1.3 Internasjonale forhold 19
6.1.4 Tilleggskriterier 19
6.1.5 Helsedirektoratets samlede vurdering 20
6.2 Departementets vurdering 21
7 Paramedisinere 22
7.1 Helsedirektoratets vurdering 22
7.1.1 Utdanningen 22
7.1.2 Yrkesrollens innhold 22
7.1.3 Internasjonale forhold 23
7.1.4 Tilleggskriterier 23
7.1.5 Helsedirektoratets samlede vurdering 24
7.1.6 Departementets vurdering 25
8 Vilkår for autorisasjon 26
8.1 Naprapater 27
8.2 Osteopater 29
8.3 Logopeder 29
8.4 Paramedisiner 31
9 Økonomiske og administrative konsekvenser av forslaget 31
10 Forslag til lovendringer 33

Innledning

Helse- og omsorgsdepartementet sender med dette på høring forslag om å autorisere naprapater, osteopater, logopeder og paramedisinere i henhold til lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell mv. (helsepersonelloven). Dette foreslås fastsatt i helsepersonelloven § 48 første ledd.

I *kapittel 2* redegjøres det for bakgrunnen for forslaget. *Kapittel 3* inneholder en beskrivelse av gjeldende rett, herunder helsepersonellovens autorisasjonsordning. *Kapittel 4, 5, 6 og 7* inneholder Helsedirektoratets faglige vurderinger og departementets vurderinger og forslag for hhv. naprapater, osteopater, logopeder og paramedisinere. I *kapittel 8* redegjøres det for vilkårene for autorisasjon og i *kapittel 9* for administrative og økonomiske konsekvenser av forslaget. I *kapittel 10* er lovforslaget inntatt.

Bakgrunn for forslaget

Helse- og omsorgsdepartementet mottok 4. desember 2018 en anmodning fra Norsk Osteopatforbund (NOF) om autorisasjon for osteopater. NOF har også tidligere anmodet om at osteopater bør omfattes av autorisasjonsordningen. Helsedirektoratet utredet spørsmålet i 2012, og anbefalte at yrkesgruppen ikke skulle autoriseres. Helse- og omsorgsdepartementet konkluderte i 2014, i tråd med direktoratets anbefaling, å ikke autorisere osteopatene i henhold til helsepersonelloven.

Norges Naprapatforbund (NNF) fremsatte en anmodning om autorisasjon for naprapater i brev av 6. desember 2018. Også naprapatene har tidligere anmodet om autorisasjon, og er sist vurdert av Helsedirektoratet i 2013 og 2014. I disse utredningene anbefalte direktoratet at yrkesgruppen ikke skulle omfattes av autorisasjonsordningen. På bakgrunn av denne vurderingen konkluderte Helse- og omsorgsdepartementet med å ikke autorisere naprapatene.

Norsk Logopedlag (NLL) har i brev av 21. november 2016 anmodet om autorisasjon for logopeder. NNL har ved flere anledninger anmodet om å bli omfattet av autorisasjonsordningen. Sist gang en anmodning ble vurdert av Helsedirektoratet, var i 2012. Helse- og omsorgsdepartementet konkluderte i 2014 med at yrkesgruppen ikke skulle autoriseres, i tråd med direktoratets anbefaling.

I brev av 5. juli 2016 fremsatte Delta, på vegne av yrkesgruppen med paramedisin-utdanning, anmodning om autorisasjon.

På bakgrunn av de nye anmodningene om autorisasjon fra NOF, NNF og NLL, og anmodningen fra Delta, fikk Helsedirektoratet i brev av 10. april 2019 i oppdrag å vurdere hvorvidt osteopater, naprapater, logopeder og paramedisinere bør autoriseres etter helsepersonelloven.

Helsedirektoratet leverte sin rapport den 8. november 2019. Ved Helse- og omsorgsdepartementets brev av 14. november 2019 ble direktoratets vurderinger oversendt de aktuelle yrkesorganisasjonene for eventuelle kommentarer og ytterligere innspill. Den 24.

februar 2020 ble yrkesorganisasjonenes kommentarer og tilleggsinformasjon oversendt Helsedirektoratet for vurdering av om dette ga grunnlag for endring av direktoratets vurdering og tilråding av 8. november 2019. Helsedirektoratet leverte sine tilleggsvurderinger den 24. mai 2020.
Før Helse- og omsorgsdepartementet hadde tatt stilling til Helsedirektoratets anbefalinger fattet Stortinget, i forbindelse med behandlingen av statsbudsjettet for 2021, følgende vedtak (vedtak 165): *Stortinget ber regjeringen gi offentlig autorisasjon til naprapater og osteopater, samt ta en vurdering av om akupunktører skal autoriseres som helsepersonell. Inntil vurdering av akupunktører er fullført skal momsunntak videreføres*.

Gjeldende rett – helsepersonellovens autorisasjonsordning og autoriserte grupper

Generelt om regelverket

Hovedformålet med autorisasjonsordningen fremgår av helsepersonellovens forarbeider (Ot.prp. nr. 13 (1998-1999)[1], kapittel 14:

> «Hovedformålet med autorisasjonsordningen er å ivareta pasienters sikkerhet. Autorisasjonsordningen skal sikre at helsepersonellet har nødvendige kvalifikasjoner til å inneha en bestemt yrkesrolle. Under yrkesutøvelsen skal autorisasjonen være en sikkerhet for at helsepersonell med en bestemt tittel har en bestemt type kompetanse. Dette innebærer at helsepersonell som anvender en beskyttet tittel, har en felles utdanningsbakgrunn. Autorisert helsepersonell må oppfylle de krav til yrkesutøvelsen som finnes i lov eller forskrift. Hvis autorisert helsepersonell begår pliktbrudd, kan det reageres på dette med tilbakekall av autorisasjon såfremt helsepersonellet finnes uskikket. Dette kommer i tillegg til eventuelle reaksjoner fra arbeidsgiver. På denne måten kan det offentlige gjennom tilsyn med helsetjenesten sikre at personell som utsetter pasienters liv eller helse for risiko fratas muligheten til å fortsette med sin risikofylte virksomhet, slik at kvalitet og sikkerhet for pasientene opprettholdes.»

I forarbeidene drøftes kriterier som bør ligge til grunn for at autorisasjon skal tildeles bestemte yrkesgrupper, herunder utdanningen, yrkesrollens innhold og internasjonale forhold. Det ble foretatt en gjennomgang og vurdering av de personellgruppene som på det tidspunktet var autorisert/offentlig godkjente. Utgangspunktet for vurderingen var hensynet til pasienters sikkerhet, og om helsepersonellet i sin yrkesutøvelse tar beslutninger eller utfører handlinger som kan innvirke på pasientsikkerheten. Det ble lagt vekt på om utdanningen ledet til arbeid innenfor helsetjenesten og om yrkesrollen innebar en viss selvstendig pasientkontakt. Departementet uttalte at det ikke er slik at alle kriteriene måtte innfris, og at ved vurderingen av om en yrkesgruppe skal gis autorisasjon må de ulike kriteriene vektlegges forskjellig, alt etter hvilke oppgaver yrkesgruppen skal utføre.
I dag er 29 personellgrupper autorisert i henhold til helsepersonelloven § 48 første ledd. Autorisasjon for nye personellgrupper kan gis enten ved lov eller forskrift. Departementet kan fremme forslag for Stortinget om lovendring av helsepersonelloven § 48 første ledd, og da nærmere bestemt forslag om at en ny personellgruppe skal tas inn i listen over grupper av autorisert helsepersonell etter loven. Med hjemmel i helsepersonelloven § 48 andre ledd er

[1] https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/otprp-nr-13-1998-99-/id159428/

departementet i forskrift gitt fullmakt til å bestemme at personellgrupper som ikke omfattes av første ledd, kan gis autorisasjon etter søknad. I begge tilfeller vil det være nødvendig med høring. Helsepersonelloven § 48 andre ledd fastsetter følgende:

> «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.»

Bestemmelsen åpner for at departementet kan foreta en hensiktsmessighetsvurdering av om nye grupper skal gis autorisasjon eller ikke. Ingen personellgrupper har noe rettskrav på å få autorisasjon og dette gjelder selv om vilkårene som eksplisitt fremgår av helsepersonelloven § 48 andre ledd vurderes å være oppfylt.

Offentlig godkjenning av helsepersonell, som omfatter autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning, er regulert i helsepersonelloven kapittel 9. Rettsvirkning av offentlig godkjenning er for det første at innehaver får rett til å benytte beskyttet tittel (helsepersonelloven § 74). Formålet med tittelbeskyttelse er at publikum ikke skal villedes ved at personer bruker titler de ikke er kvalifisert til å inneha. Det bidrar til en offentlig kvalitetssikring av tjenesteutøvelsen, og pasientsikkerheten styrkes dersom den beskyttedes tittel gir tydelig informasjon om yrkesutøverens kompetanse. For det andre innebærer autorisasjon en rekke plikter for personellet og deres yrkesutøvelse. Helsepersonellet blir underlagt offentlig tilsyn, herunder med at de utøver sin virksomhet i samsvar med de krav som følger av helsepersonelloven. Tilsynsmyndighetene får adgang til å gi advarsel, tilbakekalle eller begrense autorisasjonen som ledd i en tilsynssak (helsepersonelloven kapittel 11). Tilbakekall eller begrenset autorisasjon innebærer i realiteten helt eller delvis yrkesforbud og er et sterkere virkemiddel enn det som følger av adgangen til oppsigelse/avskjed i et arbeidsforhold. I arbeidet med helsepersonelloven var dette et sentralt argument for å videreføre ordningen med offentlig godkjenning av helsepersonell. Helsepersonellovens krav til forsvarlig virksomhet (§ 4) stiller et generelt krav til helsepersonellets yrkesutøvelse, herunder at yrket skal utøves innen rammene av den enkeltes faglige kompetanse. Forsvarlighetskravet gjelder alle som defineres som helsepersonell og uansett om man har autorisasjon eller ikke.

Autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning er ikke et vilkår verken for å bli ansatt i helse- og omsorgstjenesten for å yte helsehjelp eller for å defineres som helsepersonell, jf. helsepersonelloven § 3 første ledd. Autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning innebærer i seg selv heller ikke at innehaveren har eksklusiv rett til å benytte særlige behandlingsmetoder eller til å behandle visse pasientgrupper. Dette kan imidlertid være regulert i særlover eller følge av organisering av helse- og omsorgstjenesten og betalingsordninger mv.

Autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning regulerer ikke organisering av helse- og omsorgstjenestene. Arbeidsrettslige forhold er regulert av arbeidsmiljøloven, tariffavtaler og arbeidsgivers instruksjons- og styringsrett. Utdanningsmyndighetene og institusjonene har ansvaret for utdanningenes innhold og organisering. Autorisasjon mv. griper ikke inn i helse- og utdanningsmyndighetenes ansvar for finansiering, dimensjonering og styring av helsetjenesten, opplæring og utdanning eller arbeidsgivers organisasjons-, instruksjons- og styringsrett.

Helsepersonelloven § 48 a angir hvilke vilkår som må være oppfylt for at den enkelte yrkesutøver får rett til autorisasjon:

Rett til autorisasjon etter søknad har den som

a) har bestått eksamen i vedkommende fag ved norsk universitet, høgskole eller videregående opplæring,

b) har bestått utenlandsk eksamen som er anerkjent etter avtale om gjensidig godkjenning etter § 52,

c) har gjennomført utdanning og bestått utenlandsk eksamen som anerkjennes som jevngod med tilsvarende norsk utdanning og eksamen, eller

d) har godtgjort å ha den nødvendige kyndighet ved bestått eksamen i helsefaglig utdanning, og tilleggsutdanning eller yrkeserfaring.

Søkeren må i tillegg

a) være under 80 år,

b) ikke være uegnet for yrket, og

c) ha gjennomført praktisk tjeneste eller oppfylle tilleggskrav dersom dette er fastsatt i forskrift etter tredje ledd.

Departementet kan i forskrift fastsette krav om praktisk tjeneste og tilleggskrav for autorisasjon for den enkelte helsepersonellgruppe og gjennomføring av slike krav.

Departementet kan også bestemme at kravene skal gjelde for dem som allerede har autorisasjon eller offentlig godkjenning når forskriften trer i kraft.

Nærmere om kriteriene i helsepersonelloven § 48

Som redegjort for ovenfor er det i helsepersonelloven § 48 første ledd listet opp de personellgruppene som i dag er gitt autorisasjon. Vilkårene for at disse 29 gruppene har fått autorisasjon fremgår ikke direkte av loven. Men som nevnt i kapittel 3.1 fremgår det av lovens forarbeider hvilke momenter som bør vektlegges ved vurderingen av autorisasjon. I det følgende vil departementet redegjøre nærmere for disse kriteriene.

Utdanningen

Kriteriet utdanning, dvs. at personell er utdannet for arbeid innen helse- og omsorgstjenesten med daglig pasientkontakt, er utdypet i helsepersonellovens forarbeider, jr. Ot.prp. nr. 13 (1998-99) punkt 14.4.2.1 hvor det blant annet uttales:

> «En betingelse for en autorisasjonsordning er at helsemyndighetene finner det helsefaglige innholdet i utdanningen tilfredsstillende. At utdanningen er godkjent av utdanningsmyndighetene og om utdanningen i hovedsak er forskningsbasert (i motsetning til håndverksmessige utdanninger), bør vektlegges.»

Videre uttales det:

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

Yrkesrollens innhold – pasientsikkerhet og kvalitet

I punkt 14.4.2.2 i forarbeidene er kriteriet yrkesrollens innhold og pasientsikkerhet utdypet:

> «Vedrørende yrkesrollens innhold tar departementet utgangspunkt i hensynet til pasientens sikkerhet. Særlig i de tilfeller der helsepersonellet i sin yrkesutøvelse har selvstendig pasientkontakt, enten det skjer i form av en selvstendig yrkesutøvelse eller innenfor en institusjonell ramme, kan det være grunn til å innføre slik styringsmekanisme som en autorisasjonsordning innebærer.
> Dersom selve yrkesutøvelsen innebærer risiko for pasienter, bør dette tillegges betydelig vekt. Dette gjelder bla der yrkesrollen innebærer selvstendig og direkte ansvar for utredning, diagnostikk, behandling, pleie og/eller oppfølgning av pasienter.»

Med pasientsikkerhet menes her i hvilken grad yrkesutøvelsen innebærer risiko for pasienten og hvor stort skadepotensialet er. Hensynet til pasientsikkerhet er et grunnleggende prinsipp ved all rettslig regulering av yrkesutøvelse innen helse- og omsorgstjenesten. Dersom yrkesutøvelsen innebærer et særlig ansvar for pasientens sikkerhet eller dersom skadepotensialet er av et visst omfang bør dette tillegges betydelig vekt i vurderingen av om yrkesgruppen skal autoriseres.
Myndighetene kan ha behov for kontroll og styring av yrkesutøver og yrkesutøvelsen utover det som følger av arbeidsgivers organisasjons- og styringsrett. Et virkemiddel kan være offentlig godkjenning av den enkelte utøver. Helsemyndighetene kan gjennom adgangen til tilbakekall eller begrensning av autorisasjon eller spesialistgodkjenning hindre uforsvarlig og uønsket adferd utover de reaksjoner som arbeidsgiver har til rådighet. Behovet for kontroll er sentralt overfor helsepersonell som har selvstendige arbeidsoppgaver av særlig betydning for pasienters liv og helse. Der graden av selvstendighet i yrkesutøvelsen er stor, og faren for feilbehandling er til stede, øker behovet for kontroll. Det forhold at en del helsepersonell med særlige selvstendige arbeidsoppgaver ofte henvender seg direkte til publikum, begrunner også behovet for kontroll.

Internasjonale forhold

Et tredje kriterium i vurderingen av om autorisasjon skal tildeles en bestemt yrkesgruppe innen helsetjenesten, er internasjonale forhold, jf. forarbeidene punkt 14.4.2.3. Kriteriet kan også formuleres som hensynet til harmonisering med andre land. I vurderingen ser man hen til om yrkesgruppen er autorisert, eller vurderes autorisert, i Norden eller andre land det er naturlig å sammenlikne med.
Dersom yrkesgruppen er autorisert i andre land det er naturlig å sammenlikne seg med, kan dette være et argument for at yrkesgruppen også bør autoriseres i Norge. Det at yrkesgruppen er autorisert i andre land, innebærer imidlertid ikke at Norge er pålagt å ha en offentlig autorisasjonsordning for samme yrkesgruppe.

Tilleggskriterier

I 2007 ga Helse- og omsorgsdepartementet Sosial- og helsedirektoratet (nå Helsedirektoratet) i oppdrag å foreta en prinsipiell og overordnet vurdering av autorisasjonsordningen. Hovedformålet for oppdraget var å gi departementet et beslutningsgrunnlag mht. om helsepersonellovens autorisasjonsordning var egnet også for fremtiden. Direktoratet ble bedt om å vurdere hvorvidt gjeldende bestemmelser og vilkår for autorisasjon fortsatt var hensiktsmessige og/eller tilstrekkelige, eller om bestemmelsen/vilkårene burde endres eller justeres. I tillegg ble direktoratet, med utgangspunkt i den begrunnelse som er gitt i helsepersonellovens forarbeider om lovens

formål og autorisasjonsordning, bedt om å vurdere om og i hvilken utstrekning det burde kunne legges vekt på andre hensyn, kriterier og/eller behov ved vurderingen av om nye personellgrupper bør omfattes av autorisasjonsordningen. Som nevnt i punkt 3.1 åpner helsepersonelloven § 48 andre ledd for at departementet kan foreta en hensiktsmessighetsvurdering av om nye grupper skal gis autorisasjon eller ikke. Ingen personellgrupper har noe rettskrav på å få autorisasjon og dette gjelder selv om vilkårene som eksplisitt fremgår av helsepersonelloven § 48 andre ledd vurderes å være oppfylt.
Rapporten ble overlevert departementet den 16. januar 2008[2]. Direktoratet rådet departementet til å beholde helsepersonellovens autorisasjonsordning. Videre at det ved vurderingen av om nye personellgrupper bør omfattes av autorisasjonsordningen, fortsatt bør legges vekt på de kriteriene som fremkommer av helsepersonellovens forarbeider.
Etter å ha vurdert utredningen så departementet behov for ytterligere utredning av enkelte problemstillinger. I mai 2008 ble derfor Helsedirektoratet bedt om en tilleggsutredning der de skulle foreta en mer konkret og systematisk vurdering av i hvilken utstrekning det bør kunne legges vekt på andre hensyn, kriterier og/eller behov ved vurderingen av om nye personellgrupper bør omfattes av autorisasjonsordningen enn de som fremkommer av helsepersonellovens forarbeider.
Direktoratets tilleggsvurdering kom i september 2008[3]. Direktoratet påpekte her flere forhold (tilleggskriterier) enn de som fremkommer av helsepersonellovens forarbeider som de mente bør inngå som tilleggskriterier ved vurderingen av autorisasjon av nye helsepersonellgrupper. Tilleggskriteriene som ble vurdert som relevante å legge vekt på ved vurderingen av om nye personellgrupper bør få autorisasjon var blant annet.:

- *Behovet for helsetjenesten*: helsetjenestens behov for nye personellgrupper, herunder behov for at nye personellgrupper skal autoriseres er et relevant moment ved vurderingen av om nye personellgrupper bør autoriseres.
- *Helsetjenestens tilgjengelighet* (personellgruppens størrelse og organisering, geografiske spredning og fordeling innenfor helsetjenesten): hensynet til robuste fagmiljø, effektivt tilsyn og fornuftig forvaltning av autorisasjonsordningen gjør at det er en grense for hvor liten en autorisert yrkesgruppe bør være. Helsetjenester som en autorisert personellgruppe yter, bør også være tilgjengelig i hele landet.
- *Forskningsresultater om behandlingens virkning*: personellgruppens sykdomsforståelse, forklaringsmodell og behandlingsfilosofi er relevant ved vurderingen av autorisasjon.

Departementet har i all hovedsak sluttet seg til direktoratets vurderinger og anbefalinger, og har ved flere anledninger uttalt at disse kriteriene vil kunne bli tillagt vekt ved vurderinger av anmodninger om autorisasjon.

[2] https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/hra/hovedutredning_160108.pdf

[3] https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/hra/tilleggsutredning_010908.pdf

Internasjonalt regelverk og utenlandsk utdanning

EUs yrkeskvalifikasjonsdirektiv

EUs yrkeskvalifikasjonsdirektiv (direktiv 2005/36/EF) gir yrkesutøvere som har rett til å utøve et yrke i en annen EØS-stat, rett til å få anerkjent sine yrkesmessige kvalifikasjoner og til å utøve det samme yrket i Norge. Yrkesutøvere med kvalifikasjoner fra andre EØS-stater skal ha samme tilgang til yrkesutøvelse som de med norske kvalifikasjonsbevis (jf. artikkel 4).
Direktivet har regler om automatisk godkjenning av kvalifikasjonene til enkelte helsepersonellgrupper. Dette gjelder leger, sykepleiere, tannleger, jordmødre og provisorfarmasøyter, samt enkelte lege- og tannlegespesialiteter (inkludert allmennpraktiserende leger). Dette er yrker der direktivet stiller minstekrav til utdanningen (harmoniserte utdanninger). Disse yrkesgruppene har rett til automatisk godkjenning dersom søkeren kan fremlegge de dokumentene fra utdanningslandet som er nevnt i vedlegg V, jf. artikkel 21.
Når det gjelder andre lovregulerte yrker er det også regler om anerkjennelse av kvalifikasjoner. Direktivet stiller imidlertid ikke minstekrav til utdanningen for disse yrkene (ikke-harmoniserte utdanninger). Eksempler på slike yrker i Norge er helsefagarbeider, psykolog, radiograf, tannpleier og vernepleier. Denne generelle ordningen for godkjenning er regulert i direktivet del III kapittel 1 (artikkel 10 flg.). Dersom det er vesentlige forskjeller i søkerens utdanning sammenliknet med kravene til yrket i Norge, kan søkeren pålegges å gjennomføre en prøvetid eller en egnethetstest.

Godkjenning av utdanning innen EU/EØS

Det følger av helsepersonelloven § 52 at på grunnlag av folkerettslige regler som Norge er forpliktet av kan autorisasjon, lisens, spesialistgodkjenning og rett til å utøve yrke som helsepersonell midlertidig i Norge uten norsk autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning, gis til norsk eller utenlandsk statsborger.
EUs yrkeskvalifikasjonsdirektiv er en slik forpliktelse og direktivet er for helseyrkene gjennomført i norsk rett gjennom forskrift 8. oktober 2008 nr. 1130 om autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning for helsepersonell med yrkeskvalifikasjoner fra andre EØS-land eller fra Sveits (EØS-forskriften). Helsedirektoratet gir godkjenning etter forskriften i form av autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning.
Forskriftens kapittel 2 § 5 flg. har regler om autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning ved harmoniserte utdanninger, dvs. de yrkene der direktivet stiller minstekrav til utdanningen (leger, tannleger mv). Disse bestemmelsene gir rett til godkjenning på grunnlag av kvalifikasjonsbevis (automatisk godkjenning).
Forskriftens kapittel 3 har regler om autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning ved ikke-harmoniserte utdanninger (den generelle ordningen). I § 13 listes de aktuelle yrkene opp (optiker, psykolog, fysioterapeut, helsefagarbeider mv.). Søkerne har rett til autorisasjon dersom de legger frem et kvalifikasjonsbevis fra utdanningslandet som gir rett til å utøve et av disse yrkene. Helsedirektoratet kan i tillegg kreve at søkeren gjennomgår en prøveperiode eller består en egnethetsprøve, jf. § 15. Lisens kan i visse tilfeller gis for arbeid i prøveperioden. Yrkene er uttømmende oppregnet i § 5 og § 13. Dette er de samme yrkene som er opplistet i helsepersonelloven § 48.

Godkjenning av utdanning utenfor EU/EØS

Reglene for helsepersonell med utdanning fra land utenfor EU/EØS framgår av helsepersonelloven § 48 a første ledd bokstav c og d. Søker må ha gjennomført utdanning og bestått eksamen som er jevngod med norsk utdanning og eksamen, eller ha godtgjort å ha nødvendig kyndighet ved bestått eksamen og tilleggsutdanning eller yrkeserfaring. I forskrift 19. desember 2016 nr. 1732 om tilleggskrav for autorisasjon for helsepersonell med yrkeskvalifikasjoner fra land utenfor EØS og Sveits, er det stilt tilleggskrav før autorisasjon kan innvilges. Det følger av § 3 et vilkår om bestått språkprøve. Dette kravet gjelder alle helsepersonellgruppene etter helsepersonelloven § 48 første ledd. Lege, tannlege og sykepleier må i tillegg ha bestått fagprøve, jf. § 4. Forskriften § 5 stiller krav om bestått kurs i nasjonale fag og gjelder alle helsepersonellgruppene. Lege, tannlege, sykepleier og farmasøyt må også bestå kurs i legemiddelhåndtering, jf. § 6.

Kravet om forholdsmessighetsprøving før vedtakelse av nye bestemmelser om regulering av yrker

Forholdsmessighetsprøvingsdirektivet (direktiv 2018/958) stiller krav om forholdsmessighetsprøving før vedtakelse av nye bestemmelser om regulering av yrker. Direktivet vil ventelig innlemmes i EØS-avtalen i løpet av 2021.
Forholdsmessighetsvurdering følger allerede av YKD art. 59 nr. 3. Særlig bokstav c er relevant[4].
Departementet vurderer at kravene til forholdsmessighetsprøving i store trekk er ivaretatt i vurderingen nedenfor av de ulike gruppene. Departementet vil vurdere i etterkant av høringen om det er behov for ytterlige vurderinger rundt forholdsmessigheten ved å vedta å regulere disse yrkene.

Naprapater

Helsedirektoratets vurdering

Utdanningen

Hvorvidt personellgruppen er utdannet for arbeid innen helse- og omsorgstjenesten med daglig pasientkontakt, er et moment ved vurderingen av autorisasjon av nye yrkesgrupper. Helsedirektoratet beskriver i sin rapport fra november 2019 naprapati som et behandlingstilbud innen de manuelle behandlingsformene. Behandlingen kan defineres som et system for spesifikk undersøkelse, diagnostikk, manuell behandling og rehabilitering av smerter og funksjonsnedsettelser i muskler og ledd. Formålet med naprapati er å gjenskape funksjon og redusere smerte i det nevro-muskuloskeletale systemet gjennom å påvirke strukturer i og omkring ryggraden og andre ledd. Helsedirektoratet viser til at ortopedisk medisin kombinert med god kunnskap om bevegelsesapparatets oppbygging og funksjon ligger til grunn for naprapatien, og det kan betegnes som selve kjernen i behandlingen. Behandlingen hos naprapat skjer blant annet med spesifikke og leddnære grep. Naprapatutdanning tilbys ikke i Norge. Ifølge direktoratet er det etablert utdanning for naprapater blant annet i Sverige, Finland og USA. Mange utøvende naprapater i Norge er

[4] EUR-Lex - 32013L0055 - EN - EUR-Lex (europa.eu)

utdannet ved Naprapathögskolan i Stockholm i Sverige. Denne skolen hadde i 2018/2019 400 studenter, hvorav 130 var norske.
Helsedirektoratet beskriver i sin vurdering at formålet med den svenske utdanningen er å behandle pasienter med funksjonsforstyrrelser og smertetilstander i muskel- og skjelettsystemet. Utdanningen er en fireårig heltidsutdanning, og har et omfang på ca. 240 studiepoeng. Halvparten av utdanningen består av medisinske grunnfag, mens den andre halvparten består av fag knyttet til spesialiseringen i naprapati. Naprapatutdanningen har praksisundervisning fra andre semester i egen skoleklinikk. Her får studentene egne pasienter under tilsyn av autorisert naprapat. I siste semester av utdanningen har studentene en praksisperiode utenfor skolen hos autorisert naprapat.
For å bli autorisert i Sverige må en etterfølgende ettårig turnus (legitimationspraktik) gjennomføres. Turnustjenesten er fordelt mellom praksis i den offentlige helsetjenesten og hos autorisert naprapat.

Yrkesrollens innhold

Kriteriet yrkesrollens innhold tar utgangspunkt i hensynet til pasientens sikkerhet og om yrkesutøvelsen innebærer risiko for pasienter. Dette er særlig viktig der helsepersonellet i sin yrkesutøvelse har selvstendig pasientkontakt.
I Helsedirektoratets forrige utredning (29. oktober 2013) om autorisasjon av bl.a. naprapater, ble det lagt til grunn at naprapater i stor grad arbeider selvstendig og at yrkesrollen innebærer utstrakt pasientkontakt. Direktoratet uttalte imidlertid at skadepotensialet ved utøvelsen av naprapati ikke skulle tilsi behov for autorisasjon.
I sin rapport fra november 2019 viser direktoratet til NAFKAM[5] sine nettsider der det fremgår at ut over de vanlige bivirkninger som er rapportert for manuelle/fysikalske behandlinger foreligger det forholdsvis få opplysninger fra forskningen om bivirkninger. Videre at naprapatisk behandling i utgangspunktet regnes som trygg hvis den utøves korrekt, i den forstand at behandleren har tilstrekkelige kunnskaper om kropp og sykdom, og erfaring med hvordan teknikken skal utøves «riktig». Noen teknikker regnes imidlertid som mer risikofylte enn andre, og pasienter med andre/underliggende sykdommer bør være forsiktige med slik behandling. Det fremgår også at den største risikoen ved naprapati trolig er indirekte, ved at tilstanden kan bli dårligere fordi pasienten selv og/eller terapeuten feiltolker eller overser viktige symptomer som krever undersøkelse og medisinsk behandling, slik at viktig behandling kan bli forsinket eller utelatt.

Internasjonale forhold

Hensynet til harmonisering med andre land tilsier at man ved vurderingen av autorisasjon, ser hen til om yrkesgruppen er autorisert, eller vurderes autorisert, i Norden eller andre land det er naturlig å sammenlikne med.
I Norden er naprapat autorisert kun i Sverige. I Finland er yrket naprapat regulert i form av beskyttet tittel, men yrkesgruppen er ikke omfattet av en godkjenningsordning.
Naprapat er ikke en egen yrkeskategori i EU-kommisjonens database over regulerte yrker. Finland og Sverige har ført opp yrket i yrkeskategorien «Chiropractor».
Ut over Sverige og Finland er naprapat ifølge NNF regulert i noen stater i USA.

[5] https://nafkam.no/naprapati

Tilleggskriterier

Behovet for helsetjenesten

Helsetjenestens behov for nye personellgrupper, herunder behov for at nye personellgrupper skal autoriseres, er et relevant moment ved vurderingen av om nye personellgrupper bør autoriseres, jf. kapittel 3.2.4. Helsedirektoratet viser til at det i dag finnes flere autoriserte personellgrupper som utøver manuelle terapiformer. Helsedirektoratet mener det er nærliggende å sammenlikne yrkesutøvelsen til naprapater med fysioterapi, manuellterapi og kiropraktikk. Ifølge Helsedirektoratet ser det ut til å være et økende behov for behandlere innen manuelle terapiformer i behandlingen av muskel- og skjelettlidelser.

Forskningsresultater om behandlingens virkning

Det fremgår av søknaden fra NNF at effekten av naprapati og naprapatenes ulike behandlingsmetoder i stadig større grad er dokumentert gjennom forskning. Imidlertid finnes det ifølge NAFKAM per mars 2020 ikke oppsummert forskning eller tilstrekkelig vitenskapelig dokumentasjon om effekten av naprapati.

Helsetjenestens tilgjengelighet

Personellgruppens størrelse og organisering, geografiske spredning og fordeling innenfor helsetjenesten er som nevnt et kriterie som kan vektlegges ved vurderingen av autorisasjon av nye yrkesgrupper. Ut fra hensynet til robuste fagmiljø, effektivt tilsyn og fornuftig forvaltning av autorisasjonsordningen er det en grense for hvor liten en autorisert yrkesgruppe bør være. Helsetjenester som en autorisert personellgruppe yter, bør være tilgjengelig i hele landet.
Norges Naprapatforbund har om lag 400 medlemmer[6] og er stadig i vekst. Ifølge NNF tilbys naprapatbehandling i alle landets fylker.

Helsedirektoratets samlede vurdering

Helsedirektoratet mener utdanningskriteriet ikke er oppfylt. Det legges vekt på at personellgruppen ikke er utdannet for arbeid i den norske helse- og omsorgstjenesten. Direktoratet viser imidlertid til at den svenske utdanningen utvilsomt har et helsefaglige innhold.
Direktoratet mener at kriteriet yrkesrollens innhold heller ikke er oppfylt. Det legges til grunn at naprapat har selvstendighet i yrket og at de jobber tett på pasienten, men at skadepotensialet er lite. Direktoratet mener dette innebærer at det ikke er behov for tilsyn og kontroll av en slik art at yrkesgruppen bør autoriseres.
Heller ikke kriteriet internasjonale forhold anses oppfylt da naprapat kun er autorisert i Sverige og er et regulert yrke i Finland. Ut over dette er det ingen opplysninger om at naprapat er regulert i andre land innen EU-/EØS-området.
Avslutningsvis uttaler direktoratet at tilleggskriteriene er oppfylt hva angår behandlingens tilgjengelighet og til dels andelen yrkesaktive. De øvrige tilleggskriteriene anses ikke oppfylt. Helsedirektoratet finner etter dette ikke grunnlag for å anbefale autorisasjon av naprapater.

[6] http://www.naprapat.org/om-oss/norges-naprapatforbund/4149b114-3939-4472-a780-c1879f2de5d9

Departementets vurdering

Stortinget har vedtatt at naprapater skal gis autorisasjon. Det er derfor ikke nødvendig for departementet å begrunne nærmere forslaget i dette høringsnotatet om å innlemme naprapater i autorisasjonsordningen. Departementet vil likevel kommentere dette kort.
Som nevnt i kapittel 3.1 er de kriteriene som er nevnt i forarbeidene til helsepersonelloven, kriterier det bør legges vekt på ved vurderingen av om nye personellgrupper skal autoriseres eller ikke. Det fremkommer også av forarbeidene at det ikke er slik at alle kriteriene må innfris. De ulike kriteriene vil også kunne vektlegges forskjellig alt etter hvilke oppgaver yrkesgruppen skal utføre.
Mens fysioterapeuter og osteopater har et nasjonalt utdanningstilbud, finnes det i dag ikke et nasjonalt utdanningstilbud for verken kiropraktorer eller naprapater. Departementet vurderer i dette tilfellet at utdanningens innhold må tillegges særskilt vekt ved vurderingen av autorisasjon av naprapater. De fleste som arbeider som naprapat i Norge har utdanningen sin fra Sverige. Det fremkommer av tilgjengelig informasjon at den svenske utdanningen har et helsefaglig innhold der halvparten består av medisinske grunnfag som anatomi, fysiologi, nevrologi, ortopedi og idrettsmedisin, og den andre halvparten består av fag knyttet til spesialisering i naprapati, og at studieplanen tilpasses ny forskning.
Naprapater behandler mennesker med muskel- og skjelettlidelser. Det samme gjør fysioterapeuter, kiropraktorer og osteopater. Fysioterapeuter og kiropraktorer er autorisert helsepersonell, naprapater og osteopater er det foreløpig ikke. Alle yrkesgruppene behandler pasienter med muskel- og skjelettlidelser. Regjeringen vil satse på muskel- og skjelettlidelser, og en autorisasjon av naprapater vil bidra til større valgmulighet for befolkningen. Videre jobber alle disse yrkesgruppene selvstendig, og med utstrakt pasientkontakt. De fleste naprapater arbeider som selvstendig næringsdrivende behandlere i solopraksiser eller i klinikker med annet personell innen muskel- og skjelettlidelser.
Departementet vurderer at utøvelsen av naprapati i de fleste tilfeller har et begrenset skadepotensiale. Naprapater jobber imidlertid selvstendig og med direkte pasientkontakt som innebærer selvstendig og direkte ansvar for utredning, diagnostikk og behandling. Yrket er heller ikke vesentlig forskjellig fra eksempelvis fysioterapi eller kiropraktikk, som er autoriserte yrker.
Pasienter med muskel- og skjelettlidelser er en stor pasientgruppe som omfatter mange forskjellige diagnoser og pasienter med forskjellige behov og ønsker når det gjelder ulike typer fysikalsk og manuell behandling. Smerter i muskler og skjelett er den vanligste årsaken til sykefravær og tall viser at nesten 40 prosent av sykefraværet skyldes slike plager[7].
Det finnes som nevnt allerede et betydelig antall naprapater som tilbyr tjenester til pasienter med muskel- og skjelettlidelser. Tildeling av autorisasjon til gruppen vil kunne bidra til å beskytte pasienter ved å sikre at helsepersonell med særlig selvstendig yrkesutøvelse innehar bestemte kvalifikasjoner. Som nevnt i kapittel 3.1 er det en sentral rettsvirkning av autorisasjon, at innehaver får rett til å benytte en beskyttet tittel, jf. helsepersonelloven § 74. Behovet for å oppnå en tittelbeskyttelse kan tillegges vekt i vurderingen av autorisasjon av nye yrkesgrupper. Det er ingen formelle krav til utdanningsbakgrunn for naprapat i dag, og

[7] https://www.arbeidstilsynet.no/nyheter/muskel--og-skjelettplager-har-skylden-for-fire-av-ti-fravarsdager/

hvem som helst kan kalle seg naprapat. Dette kan gjøre det vanskelig for pasienter å vite den faktiske kompetansen til behandleren. Autorisering av naprapater vil gi en offentlig kvalitetssikring av tjenesteutøvelsen, og bidra til at pasienter er trygge på kompetansen til behandleren.
Yrkesgrupper innen fagområdet naprapati er regulert i enkelte andre land i Norden og i USA. Departementet vurderer at mulighetene for å legge til rette for økt internasjonal mobilitet for en gruppe som brukere av helse- og omsorgstjenesten har nytte av, er også et argument for å regulere yrket i Norge. Dette vil åpne for at norskutdannede yrkesutøvere i større grad vil kunne få godkjent sine yrkeskvalifikasjoner i utlandet og dermed vil kunne få økt tilgang til det europeiske arbeidsmarkedet. Tilsvarende vil norske arbeidsgivere kunne få økt tilgang på arbeidstakere med utdanninger fra utlandet, noe som blant annet vil kunne bringe nye faglige impulser til inn i den norske helse- og omsorgstjenesten.
Departementet har etter dette kommet til at naprapater bør autoriseres.

Osteopater

Helsedirektoratets vurdering

Utdanningen

Som nevnt i kapittel 4.4.1 er det et moment ved vurderingen av autorisasjon av nye yrkesgrupper om personellgruppen er utdannet for arbeid innen helse- og omsorgstjenesten med daglig pasientkontakt.
Osteopati er, på samme måte som naprapati, et behandlingstilbud innen det som kalles manuelle behandlingsformer sammen med blant annet fysioterapi, manuellterapi og kiropraktikk. Direktoratet viser til at osteopati handler om å finne sammenhengen mellom ubehaget, kroppen og pasientens hverdag for å optimalisere behandlingsstrategien.
Det er kun den private Høyskolen Kristiania som tilbyr osteopatiutdanning i Norge. Utdanningen ble akkreditert av NOKUT (Nasjonalt organ for kvalitet i utdanningen) i 2012, og skal dermed oppfylle kravene i studiekvalitetsforskriften.
Osteopatiutdanningen er en treårig bachelorgrad på 180 studiepoeng, som gir opptak til en ettårig videreutdanning på 60 studiepoeng. Norsk Osteopatforbund (NOF) krever at medlemmene har gjennomført videreutdanning for opptak i forbundet. En fireårig utdanning samsvarer med internasjonale standarder. Videreutdanningen tar sikre på å spesialisere studenten videre innenfor osteopatiutdanningen.
Formålet med utdanningen er å utdanne trygge, kompetente og effektive osteopater i møte med muskel- og skjelettplager. Utdanningens første del består av emner innen basal medisin og osteopati. Dette gir studentene grunnleggende kunnskaper innen medisin. Siste del av bachelorutdanningen knytter seg til vitenskapsteori og klinisk praksis, hvor studentene bl.a. lærer journalføring og regelverk. Den ettårige videreutdanningen spesialiserer studentene i faget gjennom klinisk praksis i studentklinikken, samt gir et mer tverrfaglig fokus.

Yrkesrollens innhold

Temaet her er pasientens sikkerhet og om yrkesutøvelsen innebærer en risiko for pasienter, herunder om helsepersonellet i sin yrkesutøvelse har selvstendig pasientkontakt.

Svært mange norske osteopater er selvstendig næringsdrivende og arbeider i direkte pasientrettet virksomhet. Ifølge anmodningen fra NOF er osteopater ofte førstelinjebehandlere, der lege eller annet helsepersonell ikke har vært konsulert i forkant. Helsedirektoratet legger til grunn at det alltid vil foreligge en viss risiko for skade ved behandlingen av pasienter med ulike sykdomsplager og helseutfordringer. Direktoratet mener imidlertid at skadepotensialet ikke utgjør stor fare for pasientsikkerheten. Det vises til at det er få komplikasjoner eller bivirkninger etter behandling hos osteopat, og at de i svært få tilfeller er alvorlige.
Vanlige rapporterte bivirkninger av osteopatisk behandling regnes som milde og forbigående. Disse omfatter muskelsmerter, stølhet, tretthet, svimmelhet, hodepine og en følelse av kvalme. Ifølge NAFKAM kan behandlingen gi bivirkninger som kortvarige influensalignende symptomer, manglende overskudd, lett smerteøkning samt kulde eller varme.[8] NAFKAM viser til at osteopatien favner mange spesifikke teknikker og "grep". Disse regnes i utgangspunktet som trygge hvis de utøves korrekt, i den forstand at behandleren har tilstrekkelige kunnskaper om kropp og sykdom, samt erfaring med hvordan teknikken skal utøves «riktig». Noen manuelle behandlingsteknikker regnes imidlertid som mer risikofylte enn andre, og pasienter med andre/underliggende sykdommer bør være forsiktige med slik behandling fordi det kan forverre tilstanden deres.
NAFKAM uttaler at den største risikoen ved osteopati trolig er indirekte, ved at tilstanden kan bli dårligere dersom terapeuten feiltolker eller overser symptomer, og slik unnlater å oppfordre pasienten til å oppsøke nærmere undersøkelse. Da kan viktig behandling bli forsinket eller utelatt.

Internasjonale forhold

Som allerede nevnt tilsier hensynet til harmonisering med andre land at man ved vurderingen av autorisasjon, ser hen til om yrkesgruppen er autorisert, eller vurderes autorisert, i Norden eller andre land det er naturlig å sammenlikne med.
Helsedirektoratet viser til at osteopati er regulert på Island og at yrkesgruppen ble autorisert i Danmark i 2018. I Finland er osteopat regulert i form av beskyttet tittel, men yrkesgruppen er ikke omfattet av en godkjenningsordning. Yrket er ikke regulert i Sverige. Utenom Norden fremgår det av EU-kommisjonen[9] sin database for regulerte yrker at osteopati er regulert i syv andre EU-land, for eksempel Storbritannia og Frankrike. I land utenfor Europa er utdanningen regulert bl.a. i USA og Australia.

Tilleggskriterier

Behovet for helsetjenesten

Helsetjenestens behov for nye personellgrupper, herunder behov for at nye personellgrupper skal autoriseres er et relevant moment ved vurderingen av om nye personellgrupper bør autoriseres.
Ifølge anmodningen fra NOF opplever helsepersonell med kompetanse innen behandling av muskel- og skjelettrelaterte plager en økende pågang fra pasienter. Osteopater arbeider

[8] https://nafkam.no/osteopati

[9] https://ec.europa.eu/growth/tools-databases/regprof/index.cfm?action=homepage

parallelt med og i samarbeid med andre tilsvarende yrkesgrupper. Helsedirektoratet uttaler i sin vurdering at det ser ut til å være et økende behov for behandlere innen manuelle terapiformer i behandlingen av muskel- og skjelettlidelser.

Forskningsresultater om behandlingens virkning

NOF har i sin anmodning om autorisasjon vedlagt et eget skriv om forskning og dette er grundig redegjort for i anmodningen. Det vises til at forskningsaktiviteten tilknyttet osteopati har økt de senere år, og at det foreligger flere studier knyttet til osteopati. NOF anfører at osteopati kan ha effekt på ulike lidelser, med hovedvekt på dokumentasjon ved hodepine og rygg- og nakkeplager.
Helsedirektoratet viser til at det ifølge NAFKAMs[10] kriterier ikke foreligger solid vitenskapelig dekning for å hevde at osteopati virker.

Helsetjenestens tilgjengelighet

Ifølge NOF er det rundt 400[11] osteopater i Norge, fordelt over hele landet. Nærmere 350 av disse er medlemmer av forbundet. Det fremgår av anmodningen fra NOF at osteopati er godt etablert, og at det finnes osteopater i de fleste kommuner i Norge. Osteopater utførte i 2018 ca. 600 000 behandlinger.

Helsedirektoratets samlede vurdering

Helsedirektoratet finner at utdanningskriteriet er oppfylt. Osteopatiutdanningen har et klart helsefaglig innhold og tar sikte på å forberede studentene til et arbeid knyttet til helse- og omsorgstjenesten. Utdanningen ved Høyskolen Kristiania er akkreditert og godkjent av NOKUT.
Direktoratet finner imidlertid at kriteriet yrkesrollens innhold ikke er oppfylt. Det vises til at osteopater arbeider selvstendig med tett pasientkontakt og at det kan det forekomme risiko for skade ved behandling, men at dette skjer svært sjeldent og at behandlingen i all hovedsak er trygg. Det uttales at hensynet til pasientsikkerhet og mulig skadepotensial ved osteopati ikke tilsier at det er behov for at yrket omfattes av autorisasjonsordningen.
Når det gjelder internasjonale forhold anser Helsedirektoratet at dette kriteriet er delvis oppfylt. Det vises til at yrkesgruppen er autorisert i Danmark og regulert i Finland, men at yrket ikke er regulert i flertallet av EU-medlemslandene.
Når det gjelder tilleggskriteriene legger direktoratet til grunn at tilleggskriteriet knyttet til tjenestens behov anses oppfylt. Andelen yrkesaktive og helsetjenestens tilgjengelighet anses delvis oppfylt. Imidlertid foreligger det begrensede forskningsresultater om behandlingens effekt, slik at kriteriet om forskningsresultater om behandlingens virkning ikke anses oppfylt. Helsedirektoratet finner etter dette ikke grunnlag for å anbefale autorisasjon av osteopater.

Departementets vurdering

Stortinget har vedtatt at osteopater skal gis autorisasjon. På samme måte som for naprapater er det derfor ikke nødvendig for departementet å begrunne nærmere forslaget i

[10] https://nafkam.no/osteopati#virkerdet

[11] https://osteopati.org/norsk-osteopatforbund/

dette høringsnotatet om å innlemme osteopater i autorisasjonsordningen. Departementet vil likevel kommentere dette kort.
Som nevnt i kapittel 3.1 er de kriteriene som er nevnt i forarbeidene til helsepersonelloven, kriterier det bør legges vekt på ved vurderingen av om nye personellgrupper skal autoriseres eller ikke. Det ikke er slik at alle kriteriene må innfris, de ulike kriterier vektlegges også forskjellig alt etter som hvilke oppgaver yrkesgruppen skal utføre.
Det foreligger en utdanning innen osteopati i Norge, og denne utdanningen er rettet mot arbeid i helse- og omsorgstjenesten.
Osteopater behandler mennesker med muskel- og skjelettlidelser. Det samme gjør blant annet fysioterapeuter, kiropraktorer og naprapater. Fysioterapeuter og kiropraktorer er autorisert helsepersonell, naprapater og osteopater er foreløpig ikke autorisert. Alle yrkesgruppene behandler pasienter med muskel- og skjelettlidelser. Videre jobber disse yrkesgruppene selvstendig, med utstrakt pasientkontakt. Departementet vurderer at skadepotensialet ved osteopati er begrenset, men de fleste jobber selvstendig og med direkte pasientkontakt som innebærer selvstendig og direkte ansvar for utredning, diagnostikk og behandling. Yrket er heller ikke vesentlig forskjellig fra eksempelvis fysioterapi eller kiropraktikk, som er autoriserte yrker.
Pasienter med muskel- og skjelettlidelser er som nevnt i kapittel 4.2 en stor pasientgruppe som omfatter mange forskjellige diagnoser og pasienter med forskjellige behov og ønsker når det gjelder ulike typer fysikalsk og manuell behandling. Smerter i muskler og skjelett er den vanligste årsaken til sykefravær. Som nevnt ovenfor vil regjeringen satse på muskel- og skjelettlidelser, og en autorisasjon av osteopater vil bidra til større valgmulighet for befolkningen.
Det finnes som nevnt allerede et betydelig antall osteopater som tilbyr tjenester til pasienter med muskel- og skjelettlidelser. Disse arbeider primært som selvstendig næringsdrivende aktører i klinikker med annet helsefaglig personell som fysioterapeuter, kiropraktorer m fl. Osteopati inneholder en del metoder som blant annet fysioterapeuter drar nytte av. Dette er noe av årsaken til at flere fysioterapeuter har tatt tilleggsutdanning i osteopati i Norge eller utlandet.
Tildeling av autorisasjon til gruppen vil kunne bidra til å beskytte pasienter ved å sikre at helsepersonell med særlig selvstendig yrkesutøvelse innehar bestemte kvalifikasjoner. Gjennom tilbakekall av autorisasjoner ved grove pliktbrudd kan myndighetene bidra til å beskytte pasientene mot ukyndig behandling. Som nevnt i kapittel 3.1 er det en sentral rettsvirkning av autorisasjon, at innehaver får rett til å benytte en beskyttet tittel, jf. helsepersonelloven § 74. Behovet for å oppnå en tittelbeskyttelse kan tillegges vekt i vurderingen av autorisasjon av nye yrkesgrupper. Det er ingen formelle krav til utdanningsbakgrunn for osteopat i dag, og hvem som helst kan kalle seg osteopat. Dette kan gjøre det vanskelig for pasienter å vite den faktiske kompetansen til behandleren. Autorisering av osteopater vil gi en offentlig kvalitetssikring av tjenesteutøvelsen, og bidra til at pasienter er trygge på kompetansen til behandleren.
Yrkesgrupper innen fagområdet osteopati er regulert i flere EU/EØS-land. Departementet vurderer at mulighetene for å legge til rette for økt internasjonal mobilitet for en gruppe som brukere av helse- og omsorgstjenesten har nytte av, også er et argument for å regulere yrket i Norge. Dette vil åpne for at norskutdannede yrkesutøvere i større grad vil kunne få godkjent sine yrkeskvalifikasjoner i utlandet og dermed vil kunne få økt tilgang til det europeiske arbeidsmarkedet. Tilsvarende vil norske arbeidsgivere kunne få økt tilgang på arbeidstakere

med utdanninger fra andre europeiske land, noe som blant annet vil kunne bringe nye faglige impulser til inn i den norske helse- og omsorgstjenesten og den norske utdanningen. Departementet har etter dette kommet til at osteopater bør autoriseres.

Logopeder

Helsedirektoratets vurdering

Utdanningen

Logopeder utreder og jobber med mennesker som har ulike former for kommunikasjons-vansker, stemmevansker, språk- og talevansker, taleflytvansker (stamming eller løpsk tale) og svelgevansker.[12] Hvorvidt personellgruppen er utdannet for arbeid innen helse- og omsorgstjenesten med daglig pasientkontakt tillegges vekt ved vurderingen av autorisasjon av nye personellgrupper.
Logopedi er en masterutdanning som baserer seg på forskjellige grunnutdanninger på bachelornivå, for eksempel i helsefag, psykologi, spesialpedagogikk og lingvistikk. Logopediutdanningen tilbys ved universitetene i Oslo, Bergen, Trondheim og Bodø. Logopedistudiet ved alle de nevnte lærestedene er akkreditert av NOKUT, og masterstudiet kvalifiserer til å søke opptak til doktorgrad (ph.d.).
Det fremgår av anmodningen fra NLL at i løpet av logopediutdanningen tilegner studentene seg kunnskap, ferdigheter og generell kompetanse med fokus på grunndisiplinene psykologi, lingvistikk, medisin og forskningsmetodikk, samt praktisk trening av kliniske ferdigheter i kartlegging, evaluering, kommunikasjon, rådgivning og behandling. Studentene må gjennomføre veiledet klinisk praksis i hele studietiden, for eksempel ved sykehus, pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT), rehabiliteringsinstitusjoner eller barnehage/skole.

Yrkesrollens innhold

Som tidligere nevnt er pasientens sikkerhet og om yrkesutøvelsen innebærer risiko for pasienter et viktig moment ved vurderingen av om nye personellgrupper bør autoriseres. Dette er særlig viktig der helsepersonellet i sin yrkesutøvelse har selvstendig pasientkontakt. Helsedirektoratet viser i sin rapport fra november 2019 til at logopeder utøver et selvstendig yrke og arbeidet kan omfatte direkte klinisk kontakt med pasienter og deres pårørende. Ifølge NLL[13] jobber logopeder i barnehage, skole, voksenopplæring, PPT, ressurssentre, kompetansesentre, rehabiliteringssentre eller sykehus. Logopeder kan også jobbe privat. Som nevnt ovenfor utreder og jobber logopeder med mennesker som har ulike former for kommunikasjonsvansker, stemmevansker, språk- og talevansker, taleflytvansker og svelgevansker. Det er flere årsaker til at mennesker kan ha problemer med å kommunisere. Noen er født med det, mens andre har fått vanskene på grunn av sykdom, skader eller ulykker, som for eksempel hjerneslag eller hodeskader. Logopeder må vurdere om tiltakene bør være i form av forebygging, diagnostisering, undervisning og/eller rådgivning. En logopeds arbeidsoppgaver varierer mye ut fra hvor vedkommende jobber, og hvilket

[12] https://norsklogopedlag.no/hva-er-logopedi/

[13] https://norsklogopedlag.no/hva-er-logopedi/

fagområde vedkommende jobber innenfor. Dette innebærer at yrkesrollen ikke ensidig er rettet inn mot helsetjenesten.
NLL opplyser i anmodningen at feilbehandling hos logopeder kan medføre alvorlig risiko for pasienten. For eksempel kan dysfagi (svelgevansker) føre til alvorlige komplikasjoner dersom de ikke bli oppdaget. Risikoen for komplikasjoner er også stor ved feildiagnostisering innen andre logopediske områder som språkvansker hos barn, taleflytvansker, stemmevansker og afasi.

Internasjonale forhold

I følge NLL har logopeder vært regulert i Sverige siden 1985. Svenske myndigheter har begrunnet reguleringen i at logopeder jobber selvstendig og har en spesiell kompetanse innen diagnostikk og behandling. I Finland gis logoped (taleterapeut) autorisasjon, reguleringen er i all hovedsak basert på mulighet for tilsyn av helsepersonell. Logoped er også regulert på Island. Yrket er ikke regulert som helsepersonell i Danmark, men som pedagogisk personell.
De fleste land i EU/EØS-området har ifølge EU-kommisjonens database[14] over regulerte yrker, regulert yrkesgrupper knyttet til logopedi eller språk- og taleterapi. I mange land er disse yrkene rettet mot arbeid innen helse- og omsorgstjenestene.

Tilleggskriterier

Behovet for helsetjenesten

Det er behov for logopeder i helsetjenesten. Dette fremkommer bl.a. av Nasjonal retningslinje for hjerneslag, pakkeforløp hjerneslag og Nasjonal veileder for rehabilitering og habilitering, individuell plan og koordinator.
NLL peker på at de senere års medisinske utvikling innen kirurgi og kunnskap om skader etter hjerneslag har ført til et større behov for logopeder i helsetjenesten, og at betydningen av pedagogisk virksomhet i helsetjenesten har økt som en del av samhandlingsreformen. Videre at logopeder er en viktig del av det tverrfaglige samarbeidet rundt pasienten/klienten, og logopeder gir nødvendig behandling eller opplæring som andre helsepersonellgrupper ikke har kompetanse på.

Forskningsresultater om behandlingens virkning

Det fremgår av anmodningen at man innenfor logopedi i økende grad har utvidet forskningen de siste tiårene. Det fremgår imidlertid at det er utfordringer knyttet til forskning, da det kliniske fagfeltet er mangfoldig. Det er gjort noen studier blant annet innen logopedisk arbeid med personer med afasi, samt barn som har ekspressive artikulasjons- og språkvansker. Forskningen viser at logopediske tiltak virker, men at det er behov for ytterligere forskning[15]

[14] https://ec.europa.eu/growth/tools-databases/regprof/index.cfm?action=profession&id_profession=1090&tab=countries&quid=2&mode=asc&maxRows=*#top

[15] https://www.helsebiblioteket.no/sok?q=logoped&informationType=oppsummert-forskning

Helsetjenestens tilgjengelighet

Som tidligere nevnt er personellgruppens størrelse og organisering, geografiske spredning og fordeling innenfor helsetjenesten et kriterie som kan vektlegges ved vurderingen av autorisasjon av nye yrkesgrupper.
Helsedirektoratet viser til at NLL har 1090 fullverdige medlemmer, hvor ca. 50-60 medlemmer arbeider ved helseforetak, og omtrent like mange jobber i Statped (Statlig spesialpedagogisk tjeneste). Logopeder jobber også i PPT, og i kommunen og fylkeskommunen.
Mange logopeder arbeider som selvstendig næringsdrivende og har inngått refusjonsavtale med Helfo. Folketrygden yter stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling for språk- og taledefekter hos logoped og audiopedagog. Det er en forutsetning at undersøkelsen eller behandlingen er rekvirert av lege som ledd i behandling eller etterbehandling av sykdom, skade eller lyte, og behandlingen må være av vesentlig betydning for medlemmets sykdom og funksjonsevne. Tall fra Helfo viser at det i 2020 var 382 selvstendig næringsdrivende logopeder som utløste refusjon.

Helsedirektoratets samlede vurdering

Helsedirektoratet har i sin vurdering kommet til at utdanningskriteriet er delvis oppfylt. Direktoratet viser til at de eksisterende logopediutdanningene har helsefaglige emner innen medisin og emner innen spesialpedagogikk. Utdanningen anses derfor delvis helsefaglig. Direktoratet mener imidlertid at omfanget av klinisk praksis i helseinstitusjoner i utdanningen er svært begrenset. Det vises også her til at den kliniske praksisen i utdanningen er varierende ved de ulike studiestedene i Norge.
Hva angår yrkesrollens innhold, har direktoratet lagt til grunn at logopeder har en viss grad av selvstendighet i yrket og de jobber tett på pasient/klient. Det vil alltid foreligge en viss risiko i kontakt med pasienter med ulike utfordringer/lidelser. Selv om feildiagnostisering kan få til dels alvorlige følger, mener direktoratet at denne risikoen er forholdvis liten. Direktoratet uttaler at feildiagnostisering ved logopediske områder som språkvansker hos barn, taleflytvansker, stemmevansker og afasi, kan føre til feil under behandling og svekket psykisk helse, men mener at det ikke foreligger et stort skadepotensial og dertil fare for pasientsikkerheten. Direktoratet vurderer derfor ikke dette kriteriet for oppfylt.
Kriteriet internasjonale forhold anses oppfylt da yrket er regulert i flere EU-land, og i Norden gis autorisasjon til logoped i Sverige, Finland og Island.
Etter direktoratets vurdering taler tilleggskriteriet om behovet for logopeditjenester for regulering da logopeder bidrar med nødvendig behandling som andre grupper av helsepersonell ikke har kompetanse til å gi.
Helsedirektoratet uttaler i sin vurdering av autorisasjon for logopeder, at autorisasjon vil kunne være et viktig tiltak for å knytte logopedene tettere til den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Direktoratet viser her til et oppdrag fra departementets i tildelingsbrevet 2019:

> «Direktoratet skal utrede endringer i regelverket og takster for logopedtjenester i kommunen for å bidra til å knytte disse tjenestene tettere til kommunen og vurdere tiltak som vil knytte logopedene nærmere kommunene, samt gjennomgå logopedenes takster og foreslå endringer som bidrar til bedre måloppnåelse.»

Direktoratet uttaler at flere logopeder utøver viktige tjenester til pasienter som trenger logoped som følge av sykdom eller skade. Videre at i dag er tjenester utført av logopeder

regulert i begrenset grad, og logopeder i privat virksomhet har ikke samme krav til faglig forsvarlighet, journalføring, samhandling, rapportering og politiattest, som det er hos autorisert helsepersonell. Det vises til at utfordringer knyttet til kommunikasjon, språk- og tale gjør pasientene særlig sårbare, og det er derfor viktig at logopeder har tilstrekkelig kompetanse og gir faglig forsvarlige tjenester.
Direktoratet mener imidlertid at disse hensynene ikke kan veie opp for at logopediutdanningen per i dag ikke har et tilstrekkelig helsefaglig innhold, sett i sammenheng med at yrkesrollen ikke er ensidig helsefaglig rettet og at skadepotensialet anses begrenset. Siden logopedi i dag i hovedsak er en spesialpedagogisk utdanning vil det etter direktoratets vurdering være nødvendig å gjøre tilpasninger i utdanningen som ivaretar vilkårene for autorisasjon. Dette innebærer å endre utdanningen fra å være en spesialpedagogisk utdanning til å bli i hovedsak en helsefaglig utdanning.
Helsedirektoratet finner etter dette ikke grunnlag for å anbefale autorisasjon av logopeder.

Departementets vurdering

Logopedtjenesten er en del av det tverrfaglige rehabiliteringstilbudet kommunene skal tilby. Tilbud om logopedtjenester vil i mange tilfeller være nødvendig for at kommunen skal oppfylle sin plikt til å tilby nødvendige og forsvarlige helse- og omsorgstjenester. Mange kommuner har ikke et tilstrekkelig tjenestetilbud, og departementet vurderer at det er svakheter ved dagens organisering og finansiering av logopedtjenestene i kommunen. Logopedtjenester er i dag ikke tilstrekkelig tilgjengelig for alle, og tjenestene hos de private logopedene er i mindre grad gjenstand for kommunal styring, koordinering og samordning med andre tjenester. Det offentlige tjenestetilbudet er for dårlig koordinert med andre tjenester innenfor den kommunale helse- og omsorgstjenesten. En organisatorisk plassering av logopedene i opplæringssektoren kan også vanskeliggjøre tilgangen til logopeditjenester som nødvendig helsehjelp.
Departementet varslet i opptrappingsplanen for habilitering og rehabilitering 2017 - 2019, et arbeid for tydeligere å definere roller og ansvar for logopedtjenester innen rehabiliterings- og habiliteringsfeltet. Evalueringen av opptrappingsplanen, foretatt av Helsedirektoratet og kartleggingen av kapasiteten i logopeditilbudet foretatt av Afasiforeningen, påpeker at det manglende logopeditilbudet for voksne er en utfordring. Det er behov for logopeder i helse- og omsorgstjenesten, og Helsedirektoratet påpeker at dette behovet har økt den senere tid. Logoped og tilsvarende yrker er regulert i de fleste EU/EØS-land, og i flere tilfeller er disse også rettet mot helsefaglig arbeid. Departementet vurderer at mulighetene for å legge til rette for økt internasjonal mobilitet for en gruppe som helse- og omsorgstjenestene har behov for også er et argument for å regulere yrket i Norge. Dette vil også åpne for at norskutdannede yrkesutøvere i større grad vil kunne få godkjent sine yrkeskvalifikasjoner i utlandet og dermed vil kunne få økt tilgang til det europeiske arbeidsmarkedet. Tilsvarende vil norske arbeidsgivere kunne få økt tilgang på arbeidstakere med utdanninger fra andre europeiske land, noe som blant annet vil kunne bringe nye faglige impulser til både logopedyrket og de norske utdanningene.
Departementet har etter dette kommet til at det bør gis autorisasjon til yrkesutøvere med logopedikompetanse.

Paramedisinere

Helsedirektoratets vurdering

Utdanningen

Paramedisinere er utdannet for arbeid innen helse- og omsorgstjenesten med daglig pasientkontakt. De arbeider med prehospital akuttmedisin i bilambulansetjeneste, luftambulanse og nødmeldeoperatører på AMK-sentraler. De yter akutt helsehjelp til pasienter med kronisk og akutt somatisk eller psykiatrisk sykdom eller skade.
Paramedisin er en utdanning på bachelornivå (180 studiepoeng). Studiet omfatter både praktisk og teoretisk undervisning ved universitet og i ekstern veiledet praksis. Utdanningen tilbys ved Oslo Met, Nord universitet, Universitetet i Tromsø, Universitetet i Stavanger, Høgskolen i Østfold og ved NTNU Gjøvik fra høsten 2021.
Paramedisinerutdanningen gir både breddekompetanse og spisset akuttmedisinsk-kompetanse innen helsefag. I breddekompetansen inngår blant annet fagområder som anatomi, fysiologi, patofysiologi og farmakologi.
Den 1. juli 2020 trådte forskrift om nasjonal retningslinje for paramedisinutdanning i kraft. Forskriften skal sikre et nasjonalt likeverdig faglig nivå, slik at kandidatene som uteksamineres har en felles sluttkompetanse, uavhengig av utdanningsinstitusjon.
I dag kan paramedisinere få autorisasjon som ambulansearbeider. Utdanningene til de to gruppene er imidlertid på ulike nivå av utdanningssystemet. Paramedisinutdanningen er på bachelornivå. Ambulansearbeiderutdanningen et en yrkesfaglig utdanning i videregående skole med to år i skole og to år som lærling.

Yrkesrollens innhold

Som beskrevet under punkt 3.2.2 taler hensynet til pasientsikkerhet for regulering gjennom autorisasjon dersom yrkesrollens innhold innebærer stor grad av selvstendig pasientkontakt. En autorisasjonsordning medfører også større grad av kontroll med helsepersonellet i form av tilsyn og sanksjoner.
Helsedirektoratet viser i sin vurdering til at paramedisinere i all hovedsak vil være knyttet til utøvelse av helsehjelp i akuttmedisinske tjenester. Disse tjenestene særpreges blant annet av at vurderinger av behovet for helsehjelp ofte er basert på begrensede eller mangelfulle helseopplysninger, at helsehjelpen ofte er preget av stor grad av hast, med liten mulighet til å innhente bistand fra annet helsepersonell og at personellet utfører diagnostiske og behandlingsmessige oppgaver som ellers tilligger leger. Det kreves omfattende kompetanse for å vurdere hva som eventuelt er videre riktig behandlingsnivå for den enkelte pasient innen helsetjenesten. De fleste ambulansetjenester opererer med omfattende medisinske fullmakter og delegeringer som gjelder medisinske prosedyrer, medikamentering og iverksetting av avanserte behandlingsformer. Det stilles store krav til operativ kompetanse som omfatter samhandlingskompetanse, organisatoriske egenskaper, egensikring og redningstekniske prosedyrer. Samlet sett er det knyttet et betydelig skadepotensial til akuttmedisinske tjenester, og i særdeleshet akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus ved at disse utøves uten de støttefunksjoner som er tilgjengelig i sykehus.
Flere ambulansetjenester har de senere år etablert såkalte "Akuttbiler", det vil si enmannsbemannede utrykningskjøretøyer uten mulighet for pasienttransport. Deres oppgave er at de oftest alene, men noen ganger også i samarbeid med legevaktlege, rykker

ut til pasienter med akutt sykdom eller skade, for enten å iverksette stabiliserende medisinsk behandling, og/eller vurdere behovet for helsehjelp. Akuttbilene bemannes konsekvent med paramedisinere.

Internasjonale forhold

I Danmark er det etablert en egen utdanning for paramedicinere. Denne utdanningen er en 5 ukers videreutdanning som bygger på utdanning som ambulancebehandler (3 år og 7 måneder utdanning med avsluttende svenneprøve).
Island har ulike kompetansenivåer for ambulansepersonell, både Emergency medical technicians og paramedics. Vilkåret for autorisasjon som paramedics i Island er utdanning på universitetsnivå ved en utdanningsinstitusjon godkjent av Islandske helsemyndigheter.
Sverige og Finland har ikke regulert yrke som paramedics. Finland har likevel i helsetjenesten prehospital helsehjelp på to kompetansenivåer, både Emergency Medical Technicians (EMT) og Paramedics, der paramedisinere har en ledende rolle. Sverige har ambulansepersonell som omfatter spesialisering innen ambulanssjukvård for undersköterska (helsefagarbeider), sjuksköterska (sykepleier) og specialistsjuksköterska (sykepleier).
Ifølge EUs database[16] for regulerte yrker har flere medlemsland regulert yrket paramedics (eller med tilsvarende yrkestittel). Det fremgår av databasen at flere av medlemslandene har regulering for ambulansepersonell på ulike nivåer.

Tilleggskriterier

Behovet for helsetjenesten

Helsedirektoratet har i sin rapport[17] om kompetansebehov i ambulansefag uttalt følgende om behovet for å etablere en treårig bachelorutdanning i ambulansefag:

> «Tidligere utredninger og arbeidsgruppens vurderinger peker på at ambulansetjenesten nå og i fremtiden trenger personell med kompetanse på ulike nivå og at det er behov for økt kompetanse.
> Av utviklingstrekk i tjenestene og samfunnet for øvrig som særlig er lagt vekt på, nevnes endret organisering av tjenestetilbudet som følge av samhandlingsreformen, endring i organisering av legevakt og økt spesialisering av sykehusfunksjoner. Samlet sett økes kravene til ambulansetjenesten, både når det gjelder kapasitet og oppgaver. Utvikling av diagnostiske hjelpemidler og behandlingsmuligheter trekker i samme retning. En aldrende befolkning der flere vil ha behov for helsehjelp, kortere liggetid i sykehus og økt satsing på rus og psykiske lidelser utfordrer også ambulansetjenestens samlede kompetanse.
> […]
> Av faglig utbytte må utdanningen gi økt kompetanse i å vurdere situasjoner, behandle tilstander og arbeide selvstendig. Samtidig må utdanningen gi en bredere og mer avansert kompetanse enn dagens grunnutdanning i ambulansefag.
> […]

[16] https://ec.europa.eu/growth/tools-databases/regprof/index.cfm?action=profession&id_profession=1221&from=regprof&id_regprof=2757

[17] Rapport IS-0425 Kompetansebehov i ambulansefag

Det er nødvendig at de som skal arbeide i ambulansetjenesten har autorisasjon som helsepersonell.»

Helsedirektoratet viser videre til at både i Norge og andre sammenliknbare land som Danmark, har antallet henvendelser til medisinsk nødmeldetjenester (legevaktsentraler og AMK-sentraler) økt betydelig de siste årene. Utviklingen er i tråd med hva Akuttutvalget beskrev i sin innstilling[18]. Utviklingen stiller i økende grad krav til psykologisk/psykiatrisk kompetanse og ruskompetanse i legevakt og AMK-sentraler, og de samme utviklingstrekkene gjør seg gjeldende innfor ambulansetjenesten.
Helsedirektoratet uttaler også at det faglig sett synes å være enighet om at styrket kompetanse i første ledd kan bidra til å forebygge og gi god behandling for akutte tilstander og forhindre unødige innleggelser i sykehus.

Forskningsresultater om behandlingen virkning

Helsedirektoratet viser til at det foreløpig ikke er gjort mye forskning innen paramedisinernes spesifikke arbeidsområde. Paramedisinere har imidlertid mye medisinsk forskning å støtte seg på, og paramedisinerutdanningen tar i stor grad utgangspunkt i kunnskap basert på medisinsk forskning. Etablering av en bachelorutdanning i paramedisin er ment å styrke fagutvikling og forskning innen akuttmedisin ved at utdanningen legger til rette for en akademisk karriere og samtidig bidrar til å sikre at tjenestene er basert på en kunnskapsbasert praksis.

Helsetjenestens tilgjengelighet

Personellgruppens størrelse og organisering, geografiske spredning og fordeling innenfor helsetjenesten er som tidligere nevnt et kriterie som kan vektlegges ved vurderingen av autorisasjon av nye yrkesgrupper.
Tall for samordnet opptak for 2019 viser at det totalt var 2102 søkere med paramedisin som førstevalg. Det betyr at antall søkere per studieplass er blant de høyeste for alle universitets- og høyskoleutdanninger i Norge. Ambulanseforbundet Delta har drøyt 3000 medlemmer. Prehospital helsehjelp er tilgjengelig i hele Norge. Paramedisinere arbeider i ulike funksjoner i helsetjenesten, men hovedandelen arbeider i ambulansetjenesten, dvs. bilambulansetjenesten, luftambulansen og som nødmeldeoperatører på AMK-sentraler.

Helsedirektoratets samlede vurdering

Helsedirektoratet konkluderer med at utdanningskriteriet er oppfylt. Det legges her vekt på at utdanningen har til hensikt å kvalifisere studentene til å yte etisk og faglig forsvarlig prehospital helsehjelp til pasienter med kronisk og akutt sykdom eller skade. Paramedisin er en utdanning på bachelornivå (180 studiepoeng). Studiet omfatter både praktisk og teoretisk undervisning ved universitet og i ekstern veiledet praksis.
Også kriteriet yrkesrollens innhold vurderes oppfylt av Helsedirektoratet. Yrkesutøvelsen som paramedisiner har stor grad av selvstendighet og tett pasientkontakt. Akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus kjennetegnes blant annet ved at helsehjelpen skal ytes med stor grad av hast, begrenset informasjonstilgang og begrenset mulighet for å innhente bistand. Dette innebærer at yrkesutøvelsen innebærer et stort skadepotensial, og derfor også behov for å tydeliggjøre kvalifikasjoner og arbeidsoppgaver for involvert helsepersonell.

[18] NOU 2015:17 Først og fremst

Kriteriet internasjonale forhold vurderes av direktoratet som delvis oppfylt. Det vises her til utdanningene i de nordiske landene.
Også tilleggskriteriet knyttet til behovet for helsetjenesten anses oppfylt. Direktoratet viser til at det er behov for en bredere og mer avansert kompetanse enn dagens utdanning i ambulansefag (ambulansearbeider). Befolkningsvekst og økende andel eldre medfører større behov for helsetjenester, inkludert akuttmedisinske tjenester, og driver fram behov for omstilling og endring av arbeidsformer.
Det vil kreve økt kompetanse å håndtere flere pasienter med sammensatte medisinske problemstillinger (multisykdom) og multifarmasi, som særlig kan oppstå hos den økende andel eldre i befolkningen. Det er nødvendig å forebygge akuttinnleggelser gjennom god samhandling mellom aktørene i akuttkjeden, utvikle en tjeneste som kan ivareta akuttberedskapen og som kan gi helsehjelp der folk lever og ferdes. Økt satsning på rus og psykiske lidelser utfordrer også ambulansetjenestens samlede kompetanse. I tillegg innebærer utviklingen av nye moderne behandlingsmetoder kortere liggetid i sykehus, med økt risiko for alvorlige komplikasjoner etter at pasienten er utskrevet fra sykehus.
Helsedirektoratet viser til at bachelor i paramedisin blant annet ble etablert på bakgrunn av et behov for denne kompetansen i helsetjenesten, og dagens ordning med at paramedisinere gis autorisasjon som ambulansearbeider er uhensiktsmessig for å understøtte utviklingen i helsetjenesten. Av denne grunn anbefaler Helsedirektoratet at det etableres en egen autorisasjonsordning for paramedisinere.

Departementets vurdering

Departementet viser til at betydningen av kompetanse i de akuttmedisinske tjenestene er omtalt i Meld St. 11 Nasjonal helse- og sykehusplan (2016-2019) og Meld. St. 7 Nasjonal helse- og sykehusplan (2020-2023). Det framgår blant annet at det prehospitale mulighets- og ansvarsrommet er utvidet, og en faglig kompetent ambulansetjeneste får større betydning enn før.
I NOU 2015:17 Først og fremst[19] står det bla.:

> «Undersøkelse, diagnostisering og behandling skjer i økende grad utenfor sykehus og gir både muligheter og utfordringer. Mens man tidligere var mest opptatt av å få transportert pasienter til sykehus for å starte undersøkelse og behandling, startes det i dag prehospitalt ved hjelp av ambulansepersonell og annet helsepersonell. Prehospital innsats knyttes ikke bare til innsats før eventuell innleggelse i sykehus, men gjelder også pasienter som ikke nødvendigvis får et bedre helseresultat ved å bli innlagt i sykehus.»

Det er en ønsket utvikling fra helsemyndighetene og fra helsetjenesten at det er opprettet en utdanning på bachelornivå på dette fagområdet, jf. omtale i Meld. St. 7 Nasjonal helse- og sykehusplan (2020-2023) . Paramedisinere får i dag autorisasjon som ambulansearbeider. De to yrkene ambulansearbeider og paramedisiner har forskjellig utdanning på hhv videregående skole- og bachelornivå. Dette er to ulike yrkesgrupper og det foreslås at paramedisinere gis autorisasjon som paramedisinere. Paramedisinere som har autorisasjon som ambulansearbeider kan søke om å få endret sin autorisasjon til paramedisiner.

[19] https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2015-17/id2465765/

Paramedisinere og tilsvarende yrker er regulert i de fleste EU/EØS-land. Departementet vurderer at mulighetene for å legge til rette for økt internasjonal mobilitet for en gruppe som helse- og omsorgstjenestene har behov for også er et argument for å regulere yrket i Norge. Dette vil også åpne for at norskutdannede yrkesutøvere i større grad vil kunne få godkjent sine yrkeskvalifikasjoner i utlandet og dermed vil kunne få økt tilgang til det europeiske arbeidsmarkedet. Tilsvarende vil norske arbeidsgivere kunne få økt tilgang på arbeidstakere med utdanninger fra andre europeiske land, noe som blant annet vil kunne bringe nye faglige impulser til både paramedisineryrket og de norske utdanningene.
Departementet har etter dette kommet til at paramedisinere bør autoriseres.

Vilkår for autorisasjon

Helsepersonelloven § 48 a angir hvilke vilkår som må være oppfylt for autorisasjon. For norskutdannede innebærer § 48 de som har bestått eksamen i vedkommende fag ved norsk universitet, høgskole eller videregående opplæring har rett til autorisasjon. Det samme gjelder den som har bestått utenlandsk eksamen som er anerkjent etter avtale om gjensidig godkjenning etter helsepersonelloven § 52. Personer som har gjennomført utdanning og bestått utenlandsk eksamen som anerkjennes som jevngod med tilsvarende norsk utdanning og eksamen, eller har godtgjort å ha den nødvendige kyndighet ved bestått eksamen i helsefaglig utdanning, og tilleggsutdanning eller yrkeserfaring, har også rett til autorisasjon. For å ha rett til autorisasjon som naprapat, osteopat, logoped eller paramedisiner må vedkommende derfor i utgangspunktet ha bestått eksamen i vedkommende fag ved norsk universitet, høgskole eller videregående opplæring. Departementet vurderer at det er nødvendig å få avklart hvilke faglige krav som skal være autorisasjonsgivende for de fire gruppene. Dette gjelder spesielt for naprapatutdanningen som ikke har utdanningstilbud i Norge i dag.
Departementet vurderer at det vil være hensiktsmessig å fastsette ulike faglige krav eller vilkår som søkernes kvalifikasjoner skal vurderes opp mot. For paramedisinutdanningen har dette allerede blitt gjort ved at det har blitt etablert en felles nasjonal retningslinje gjennom Nasjonale retningslinjer for helse- og sosialfagutdanningene (RETHOS) som omfatter paramedisin. RETHOS er Kunnskapsdepartementets styringssystem for helse- og sosialfaglige utdanninger og har som mål at utdanningene er framtidsrettede og i tråd med tjenestenes kompetansebehov og brukernes behov.
Også for de øvrige yrkesgruppene vurderer departementet at det er behov for å vurdere behovet for å innlemme naprapatutdanningen i RETHOS, eller på annet vis etablere faglige vilkår som skal ligge til grunn for godkjenning av denne gruppen. Det er flere årsaker til dette. Departementet vurderer, på lik linje med de øvrige utdanningene som er omfattet av RETHOS, at de helsefaglige utdanningene bør være omfattet av styringssystemer eller rammeplaner som ivaretar hensynet til tilstrekkelig helsefaglig kompetanse og ivaretar behovet for enhetlige og gjenkjennelige utdanningstilbud uavhengig av utdanningsinstitusjon. Videre er det viktig at autorisasjonen blir gitt på grunnlag av faglige krav som er i tråd med tjenestenes kompetansebehov. Departementet vurderer også at det er viktig å etablere et grunnlag for at det kan etableres flere nasjonale utdanningstilbud for disse gruppene. Dette er avgjørende for å få på plass gode fag- og forskningsmiljø og for å legge til rette for nødvendig faglig utvikling av utdanningene og yrkesutøvelsen.
Alternativet til innlemming i RETHOS er etablering av egne faglige vilkår som kan ligge til grunn for godkjenning av de ulike gruppene. Dette kan for eksempel gjøres med

utgangspunkt i innspill fra tjenestene. Det vil, avhengig av innretning, kunne være fordeler med en slik løsning, eksempelvis knyttet til økt fleksibilitet og mulighet til å fortløpende endre de faglige vilkårene i takt med yrkesgruppenes faglige utvikling eller ønsket utvikling av yrkesgruppen. Imidlertid vil en slik løsning i stor grad være frakoblet fra universitets- og høyskolesektoren, og vil dermed kunne innebære risiko for at det oppstår situasjoner hvor de fastsatte faglige vilkårene ikke er i samsvar med innholdet i eksisterende danninger. En slik løsning vil også innebære en ny tilnærming til styring av kompetansen som de ulike helsepersonellgruppene skal ha, og vil følgelig skille seg fra hvordan dette er gjort for flertallet av de øvrige autoriserte helsepersonellgruppene.
Behovet for å gjøre slike avklaringer gjør seg også gjeldende siden disse kravene eller vilkårene i praksis blir sammenligningsgrunnlaget som godkjenningsmyndighetene må benytte seg av når de skal vurdere søkere med yrkeskvalifikasjoner tilegnet i utlandet.
For de gruppene som har norske utdanningstilbud er det derfor nødvendig å gjøre en vurdering av om det eksisterende utdanningstilbudet er på et tilstrekkelig faglig nivå.
Dette innebærer også at det ikke vil være noen automatikk i at eksisterende yrkesutøvere innen disse yrkene får autorisasjon når endringen trer i kraft. Yrkesutøverne må søke Helsedirektoratet om autorisasjon, som vil vurdere søknadene opp mot de fastsatte kravene eller vilkårene.
Oppsummert foreslår departementet at de fire yrkesgruppene gis autorisasjon på følgende måte:

- Naprapater: det etableres en midlertidig løsning med faglige krav basert på studieplanen til den svenske naprapatutdanningen. På sikt vil det bli vurdert hvordan det kan stilles faglige krav som er basert på behovene til de norske helse- og omsorgstjenestene.
- Osteopater: det etableres en midlertidig løsning med faglige krav basert på studieplanene til den eksisterende norske 4-årige osteopatidanningen som består av henholdsvis treårig bachelorutdanning og ettårig videreutdanning. På sikt vil det bli vurdert hvordan det kan stilles faglige krav som er basert på behovene til de norske helse- og omsorgstjenestene.
- Logopeder: det blir på egnet vis gjort vurderinger av det helsefaglige innholdet i de eksisterende utdanningene og tjenestenes behov for logopedikompetanse før det blir avklart hvilke faglige krav som skal legges til grunn for autorisasjon av gruppen.
- Paramedisinere: gruppen autoriseres på bakgrunn av eksisterende nasjonale retningslinje for paramedisinutdanningen.

Naprapater

Når det gjelder naprapatutdanningen, så finnes det ikke utdanningstilbud for denne gruppen i Norge i dag. Dette betyr at utdanningen ikke er omfattet av styringssystemer eller rammeplaner som ivaretar hensynet til tilstrekkelig helsefaglig kompetanse eller ivaretar behovet for enhetlige og gjenkjennelige utdanningstilbud uavhengig av utdanningsinstitusjon. Det betyr at det er nødvendig å etablere faglige vilkår som skal ligge til grunn for godkjenning av denne gruppen.
Gitt at flertallet av norske naprapater har sin utdanning fra en enkelt utdanningsinstitusjon i Sverige, er det naturlig å se hen til denne utdanningen og de svenske kravene til autorisasjon. For å få autorisasjon (legitimation) som naprapat i Sverige er det nødvendig å

først gjennomføre en fireårig høyskoleutdanning. Deretter må naprapatkandidatene fullføre en ettårig praksisperiode (praktisk tjänstgöring), som skal finne sted både på naprapatkontor og i helse- og omsorgstjenestene. Å legge kravene på samme nivå er hensiktsmessig så lenge det ikke eksisterer et norsk utdanningstilbud, og vil legge til rette for fortsatt mobilitet av yrkesgruppen mellom landene.
Departementet vurderer at det er nødvendig å få avklart enkelte forhold knyttet til den svenske reguleringen av yrket og den svenske naprapatutdanningen.
Dersom de norske kravene til autorisasjon skal ligge på samme nivå som i Sverige er det nødvendig å få avklart enkelte forhold som det svenske kravet om å fullføre en praksisperiode kan få i Norge. Dette gjelder spesielt kravet om at deler av praksisperioden må tas i tjenestene.
Det er uavklart hvor stor andel av de svenskutdannede naprapatene som i dag jobber i Norge som faktisk har gjennomført praksisperioden i Sverige etter utdanning og før de returnerer til Norge. Dersom det er slik at flere ikke fullfører praksisperioden, vil det kunne bli nødvendig for disse å fullføre hele det femårige løpet i Sverige, slik at utenlandsoppholdet for disse blir et år lengre. I så fall blir det nødvendig å avklare hvorvidt det er tilstrekkelig kapasitet til at alle de norske studentene kan gjennomføre praksisperioden i Sverige. Her må det også avklares hvorvidt gjennomføring av denne praksisperioden kvalifiserer til studiefinansiering fra Lånekassen.
Dersom det ikke er mulig for alle de norske studentene å ta praksisperioden i Sverige, kan det bli nødvendig å tilby naprapatkandidatene en tilsvarende praksisperiode i Norge. Det kan være fordeler ved å stille krav om at deler av denne praksisen må være i de norske tjenestene, fordi disse da får en mulighet til å bli kjent med forholdene i Norge. Samtidig er det uavklart i hvilken grad tjenestene i framtiden vil ha behov for naprapater. Hvorvidt det er praktisk mulig å tilby en slik praksisperiode i Norge vil avhenge av både behovene til tjenestene og kapasiteten disse har til å ta imot praksiskandidater. Det er også nødvendig å se spørsmålet om etablering av en slik praksisperiode opp mot den samlede praksiskapasiteten i tjenestene, herunder innen grupper som jobber med muskel- og skjelettlidelser.
Følgelig er det behov for å avklare om det er praktisk gjennomførbart for norske myndigheter å stille samme praksiskrav som svenske myndigheter.
Samtidig er det viktig at vilkårene for autorisasjon blir vurdert opp mot behovene for naprapatkompetanse til pasienter og i helse- og omsorgstjenesten i Norge. Departementet vil derfor på sikt, i samarbeid med Kunnskapsdepartementet, vurdere behovet for å innlemme naprapatutdanningen i RETHOS, eller på annet vis etablere faglige vilkår som skal ligge til grunn for godkjenning av denne gruppen.
Både en eventuell innlemming i RETHOS og etablering av faglige vilkår vil innebære et flerårig utviklingsarbeid, og det vil være behov for å få på plass midlertidige løsninger for å kunne iverksette Stortingets vedtak om autorisasjon av naprapater. Departementet vurderer at en slik midlertidig løsning bør være basert på studieplanen til den svenske utdanningen for å unngå at vi kommer i en situasjon der ingen eller kun et fåtall av dagens naprapater kvalifiserer til autorisasjon.
Den foreslåtte midlertidige løsningen vil innebære at naprapater med avvikende utdanninger fra den svenske, potensielt sett ikke vil kvalifisere til autorisasjon. Disse vil ikke kunne benytte tittelen naprapat.

Osteopater

Det finnes i dag kun én osteopatutdanning i Norge, bestående av en bachelor- og videreutdanning, men utdanningen er ikke omfattet av styringssystemer eller rammeplaner som ivaretar hensynet til tilstrekkelig helsefaglig kompetanse eller ivaretar behovet for enhetlige og gjenkjennelige utdanningstilbud uavhengig av utdanningsinstitusjon.
Departementet vurderer at dette i utgangspunktet innebærer en viss sårbarhet ved at studieplanene til denne enkeltinstitusjonen i praksis blir avgjørende for hvilken kompetanse denne gruppen skal ha i Norge. Det er også uklart i hvilken grad dette utdanningsløpet treffer behovene for osteopatikompetanse i tjenestene. Departementet vil derfor, i samarbeid med Kunnskapsdepartementet, vurdere behovet for å innlemme osteopatutdanningen i RETHOS, eller på annet vis etablere faglige vilkår som skal ligge til grunn for godkjenning av denne gruppen.
Både en eventuell innlemming i RETHOS og etablering av faglige vilkår vil innebære flerårig utviklingsarbeid, og det vil være behov for å få på plass midlertidige løsninger for å kunne iverksette Stortingets vedtak om autorisasjon av osteopater. Departementet vurderer at en slik midlertidig løsning bør være basert på studieplanene til det eksisterende norske utdanningsløpet bestående av en treåring bachelorutdanning og en ettårig videreutdanning for å unngå at vi kommer i en situasjon der ingen eller kun et fåtall av dagens osteopater kvalifiserer til autorisasjon.
Den foreslåtte midlertidige løsningen vil innebære at osteopater med avvikende utdanninger fra den den eksisterende norske utdanningen potensielt sett ikke vil kvalifisere til autorisasjon. Disse vil ikke kunne benytte tittelen osteopat.

Logopeder

Når det gjelder logopediutdanningene så finnes det flere utdanningstilbud i Norge, men utdanningene er ikke omfattet av styringssystemer eller rammeplaner som sikrer verken at hensynet til tilstrekkelig helsefaglig kompetanse er ivaretatt eller behovet for enhetlige og gjenkjennelige utdanningstilbud uavhengig av utdanningsinstitusjon.
Mange logopeder arbeider i dag i andre sektorer enn i helse- og omsorgstjenestene, og de eksisterende logopediutdanningene bærer preg av dette.
Departementet vurderer at det må være en forutsetning for å gi autorisasjon til kandidater med logopedikompetanse at utdanningene som fører fram til en slik autorisasjon har et tilstrekkelig og enhetlig helsefaglig innhold. Tjenestenes behov for kompetanse på fagområdet må ligge til grunn for disse vurderingene.
Dette betyr at departementet for denne gruppen foreslår en annen tilnærming til vurderingen om hvilke faglige krav som skal ligge til grunn for autorisasjonen enn for osteopatene og naprapatene.
Departementet vurderer at det først er behov for å kartlegge tjenestenes behov for logopedikompetanse. Ansvaret for å gjennomføre en slik kartlegging kan eksempelvis gis til Helsedirektoratet. En slik kartlegging kan ikke være begrenset av det handlingsrommet for endring som eksisterer innenfor de eksisterende utdanningene. Tjenestenes kompetansebehov må kartlegges uavhengig av innretningen dagens utdanninger. Dette kan føre til en situasjon der de identifiserte kompetansebehovene er såpass omfattende at de ikke kan ivaretas i de eksisterende utdanninger.
En slik utvikling vil ha betydning for hvilke logopediutdanninger som vil kvalifisere til autorisasjon. Dersom det er handlingsrom innenfor dagens utdanning til å ivareta flere

sektorers behov for fagkompetanse, vil alle som utdanner seg til logoped kunne søke om autorisasjon som helsepersonell. Dette innebærer at logopeder som arbeider i andre sektorer enn helsetjenesten, også vil kunne bli autorisert som helsepersonell etter søknad. De som ikke søker om autorisasjon, vil ikke kunne benytte tittelen logoped da denne tittelen vil være beskyttet jf. helsepersonelloven § 74

Dersom det ikke er tilstrekkelig handlingsrom innenfor dagens utdanninger til å ivareta helse- og omsorgstjenestenes behov for helsefaglig kompetanse vil det være behov for å etablere egne helsefaglige utdanningstilbud innen logopedi, eksempelvis basert på hvordan helsefaglige logopedutdanninger er innrettet i øvrige EU/EØS-land. Departementet legger til grunn at vurderinger knyttet til dette, kan gjøres på en av to måter.

Et alternativ er at den autorisasjonsgivende utdanningen innlemmes i RETHOS. RETHOS er et styringssystem etablert av KD for de helse- og sosialfaglige utdanningene på universitets- og høyskolenivå, og innebærer at egne programgrupper bestående av representanter fra både tjenestene og utdanningssektoren utarbeider nasjonale faglige retningslinjer for utdanningene. Retningslinjene inneholder læringsutbyttebeskrivelser som skal bidra til at utdanningene fremstår som enhetlige og gjenkjennelige uavhengig av utdanningsinstitusjon, men samtidig gi rom for lokal tilpasning og utvikling.

Innlemming i RETHOS vil derfor kunne være et virkemiddel som bidrar til logopediutdanninger med et tilstrekkelig helsefaglig innhold og eventuelt praksisomfang som er i tråd med tjenestenes kompetansebehov og brukernes behov for kvalitet i tjenestene. I tillegg vil det sikre at utdanningen reguleres på en tilsvarende måte som de øvrige autorisasjonsgivende utdanningene.

Alternativt til innlemming i RETHOS kan departementet på annet vis, og basert på innhenting av innspill fra tjenestene, etablere faglige vilkår som skal ligge til grunn for godkjenning av denne gruppen. En slik løsning vil imidlertid innebære risiko for at det oppstår en situasjon med såpass stor avstand mellom de faglige vilkårene og innholdet i de eksisterende logopediutdanningene slik at ingen eller kun et fåtall av dagens logopediutdanninger faktisk vil kvalifisere til autorisasjon. Samtidig vil etablering av slike faglige vilkår for denne yrkesgruppen også kunne åpne for en viss fleksibilitet sammenlignet med innlemming i RETHOS ved at de faglige vilkårene potensielt kan oppfylles på ulike måter i utdanningene, for eksempel ved at det blir gjort endringer i eksisterende utdanningene og/eller ved at det blir opprettet videreutdanninger eller helt nye logopedutdanninger som er særskilt rettet mot arbeid i helse- og omsorgstjenestene. Dette vil føre til at logopeder også i framtiden vil kunne ha ulik grad av helsefaglig innretning i sine utdanninger, men at det blir opp til Helsedirektoratet å vurdere om den enkelte oppfyller de faglige vilkårene som ligger til grunn for autorisasjonen.

Dersom det blir slik at logopeder i fremtiden utdannes i flere retninger, og bare de med tilstrekkelig helsefaglig innretning gir rett til autorisasjon, vil logopeder som utdanner seg i pedagogisk retning ikke få rett til autorisasjon etter søknad, jf. hpl. § 74 jf. § 67. I en slik situasjon vil det være mest hensiktsmessig å gi gruppen som fullfører en helsefaglig innrettet logopediutdanning en egen tittel, for eksempel helselogoped el. Da vil den gruppen som utdanner seg til logoped i pedagogisk retning fortsatt kunne bruke tittelen logoped på samme måte som i dag. Dette vil bidra til at det ikke blir misforståelser mellom de ulike utdanningene. I lovforslaget er det inntatt to alternative titler, logoped og helselogoped for å synliggjøre denne problemstillingen. Departmentet vil måtte komme tilbake til endelig tittel for autorisasjon for denne gruppen på et senere tidspunkt.

Dersom det blir gjort betydelige endringer i innholdet i de eksisterende utdanningene eller etablert egne helsefaglige logopediutdanninger, vil sannsynligvis ikke utdanningsbakgrunnen til dagens logopeder samsvare med de kravene som da vil ligge til grunn for å få autorisasjon. Det må i så fall vurderes om det er mulig å etablere egne utdanningsløp som kan bidra til at de logopedene som ønsker det kan kvalifisere til autorisasjon.

Paramedisiner

Paramedisinerutdanningen er innlemmet i RETHOS og det har blitt utarbeidet faglige nasjonale retningslinjer. Departementet vurderer derfor at denne utdanningen holder et tilstrekkelig faglig nivå og at utdanningstilbudene er tilstrekkelig enhetlige og gjenkjennelige uavhengig av utdanningsinstitusjon til at denne yrkesgruppen kan inngå i tildeles autorisasjon i Norge.

Økonomiske og administrative konsekvenser av forslaget

Autorisasjon av naprapater, osteopater, logopeder og paramedisinere innebærer at Helsedirektoratet må veilede og behandle søknader og klager fra fire nye yrkesgrupper. Dette gir økt saksmengde og økte kostnader.

De faktiske kostnadene ved å autorisere naprapater, osteopater, logopeder og paramedisiner vil avhenge av hvor mange som søker autorisasjon. Det vil kunne forventes et stort antall søknader både fra de som allerede har tatt disse utdanningene, både i Norge og i utlandet, og fra som de som er under utdanning eller kommer til å ta disse utdanningene i fremtiden.

Ut fra interessen fra yrkesorganisasjonene for å bli omfattet av autorisasjonsordningen, er det grunn til å anta at de fleste medlemmene vil søke autorisasjon. Ifølge Naprapatforbundet har de rundt 400 medlemmer, Norsk osteopatforbund oppgir at det er rundt 400 osteopater i Norge, og at nærmere 350 er medlem av forbundet. Ambulanseforbundet i Delta har omtrent 3000 medlemmer som omfatter både paramedisinere og ambulansearbeidere. Departementet har ikke informasjon om fordelingen mellom paramedisiner og ambulansearbeidere, men det antas at det er en mindre andel av medlemmene som er paramedisinere. Den norske utdanningen ble etablert i 2014 og første kull ble uteksaminert i 2017. Det fremgår at Helsedirektoratet sin utredning fra 2019 at Norsk logopedlag har om lag 1090 medlemmer.

Trolig vil et stort antall av medlemmene i yrkesorganisasjonene søke om autorisasjon så snart det åpnes for dette, samtidig som det kan forventes et betydelig antall søkere fra utlandet. Det antas at søkere som tidligere har søkt om autorisasjon som fysioterapeuter og fått avslag, vil kunne sende ny søknad for ny yrkesgruppe, enten som naprapat eller osteopat. Disse tre yrkesgruppene behandler pasienter med muskel- og skjelettlidelser, og utdanningene vil ha noe overlappende innhold. Det kan resultere i at et avslag ved søknad fra en med utdanning fra utlandet for en yrkesgruppe, kan generere ny søknad for en annen yrkesgruppe.

For å gi et anslag på omfang av søknader med utdanning fra utlandet kan det være nærliggende å sammenlikne yrkesgruppene osteopat og naprapat med fysioterapeut. I 2020 mottok Helsedirektoratet 281 søknader fra fysioterapeuter med utdanning utenfor Norge (hvor av 226 av søknadene var EU/EØS-utdannede). I 2019 var tallene henholdsvis 234 og 198, og i 2018 var tallene 254 og 220. Det antas at antall søknader muligens ikke blir like

mange, da naprapat og osteopat ikke i like stor grad er etablerte yrker og utdanninger slik som fysioterapeut er i Europa og verden for øvrig.
For paramedisiner kan det være nærliggende å se på søkertallene for ambulansearbeidere. I 2020 mottok Helsedirektoratet 15 søknader fra ambulansearbeider med utdanning utenfor Norge (hvor av 13 av søknadene var EU/EØS-utdannede). I 2019 var tallene henholdsvis 8 og 7, og i 2018 14 (kun EU/EØS-utdannede). Det antas at enkelte i søkergruppen som tidligere søkte om autorisasjon som ambulansearbeider heller søker om autorisasjon som paramedisiner. Et avslag på søknad om autorisasjon som paramedisiner kan generere ny søknad om autorisasjon som ambulansearbeider. Det kan derfor forventes doble søknader fra enkelte. De som til nå er utdannet i Norge som paramedisinere har fått autorisasjon som ambulansearbeidere. Det er sannsynlig at disse nå vil søke om å erstatte sin autorisasjon som ambulansearbeider med autorisasjon som paramedisiner.
Tallene er kun et anslag, og ikke nødvendigvis representativt for de reelle søkertallene.
I tillegg til arbeidet med å gi veiledning, og behandle søknader og klager fra personell i de nye gruppene, vil Helsedirektoratet ha behov for å bygge opp kompetanse på vurdering av utdanning for de nye personellgruppene. Med fire nye grupper vil det være en ressurskrevende oppgave som må gjøres i god tid før søknader innkommer slik at saksbehandlingen ikke forsinkes fra oppstart. Videre må det utarbeides prosedyrer og rutiner for behandling av nye grupper for behandling av søknader fra hhv. personell utdannet i Norge, EU/EØS og utenfor EU. Direktoratet vil også ha behov for faglige rådgivere for nye profesjoner.
Det vil være behov for utvikling av fagsystemer, og dette må være på plass i forkant av at de fire yrkesgruppene innlemmes i ordningen. Dette omfatter endring i helsepersonellregisteret (HPR), endringer i søknadsskjema i Altinn og i Helsedirektoratets saksbehandlingssystem 360 og HEGO. HPR forventes å være en relativt enkel endring, men tilpasninger i Altinn, 360 og HEGO er noe mer omfattende.
Endringer i HPR vil kreve en høringsrunde for tekniske løsninger i sektoren og testperiode for å forsikre at ingen av brukerne av HPR får problemer med at det utvides med nye yrkesgrupper. Dette er et noe tidkrevende arbeid.
Redegjørelsen ovenfor viser at det er vanskelig å fastslå de faktiske kostnadene ved å innlemme naprapater, osteopater, logopeder og paramedisiner i autorisasjonsordningen, og de faktiske kostnadene til løpende forvaltning (saksbehandling). I en oppstartsfase hvor det må forventes at et høyt antall vil søke autorisasjon, må det trolig påregnes 5 årsverk i Helsedirektoratet. Når hovedtyngden av ferdigutdannede yrkesutøvere har søkt og fått behandlet sine søknader, vil ressursbehovet trolig være 2-3 årsverk samlet for de nye gruppene. I tillegg kommer systemutvikling som må tallfestes senere og årlige kostnader til faglig rådgivning, anslått til 500 000 kroner første år og i størrelsesorden 250 000 kroner senere år. Dette avhenger av antall utenlandske søkere og er beheftet med stor usikkerhet. Det er i dag et gebyr for å søke om autorisasjon på 1665 kroner. Dette vil kompensere for deler av de økte utgiftene.
Autorisasjon av disse fire gruppene vil også kunne generere merarbeid for Statsforvalteren og Statens helsetilsyn.
Alle virksomheter og autorisert helsepersonell som gir helsehjelp utenfor den offentlige helsetjenesten, skal betale tilskudd til Norsk Pasientskadeerstatning, jf. lov 15. juni 2001 nr. 53 om erstatning ved pasientskader mv. (pasientskadeloven) § 8. Det fremgår her at den som utenfor den offentlige helse- og omsorgstjenesten yter helsehjelp som nevnt i

pasientskadeloven § 1, skal melde fra og yte tilskudd til Norsk Pasientskadeerstatning for å dekke erstatning for pasientskader voldt utenfor den offentlige helse- og omsorgstjenesten samt bidrag til driften.

Forslag til lovendringer

I lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell mv. (helsepersonelloven) forslås følgende endringer:

§ 48 første ledd skal lyde:

Autorisasjonsordningen etter denne lov omfatter følgende grupper helsepersonell:

1. ambulansearbeider
2. apotektekniker
3. audiograf
4. bioingeniør
5. ergoterapeut
6. fotterapeut
7. fysioterapeut
8. helsefagarbeider
9. helsesekretær
10. hjelpepleier
11. jordmor
12. kiropraktor
13. klinisk ernæringsfysiolog
14. lege
15. *logoped/helselogoped*
16. *naprapat*
17. omsorgsarbeider
18. optiker
19. ortopediingeniør
20. ortoptist
21. *osteopat*
22. *paramedisiner*
23. perfusjonist
24. provisorfarmasøyt
25. psykolog
26. radiograf
27. reseptfarmasøyt
28. sykepleier
29. tannhelsesekretær
30. tannlege
31. tannpleier

32. tanntekniker

33. vernepleier