



**FO**

Utgivelse:  
juni/2022

# Autorisasjon for barnevernspedagoger og sosionomer

- en juridisk utredning

fo.no

Av Bente Ohnstad



# Forord

FO har arbeidet for autorisasjon for barnevernspedagoger og sosionomer i en årrekke. En viktig begrunnelse er at det vil øke anerkjennelsen for disse profesjonene. Det viktigste argumentet er likevel å sikre at de menneskene som barnevernspedagoger og sosionomer jobber med, og som ofte er i svært sårbare livssituasjoner, møter kvalifisert personell som er vurdert som skikket til sin profesjonsutøvelse.

Autorisasjon vil gi en plikt til å vedlikeholde og utøve et faglig og etisk forsvarlig arbeid. En autorisasjonsordning medfører at kun personer som har utdanning som leder til tittelen barnevernspedagog og sosionom kan utøve yrket. Autoriserte barnevernspedagoger og sosionomer som begår pliktbrudd og som er vurdert uskikket, mister autorisasjonen sin, og dermed retten til å arbeide som barnevernspedagog og sosionom. Dette vil føre til større grad av sikkerhet og faglig forsvarlig tjenester ovenfor klienter, brukere og pasienter.

Krav om autorisasjon for barnevernspedagoger og sosionomer har vært til vurdering og politisk behandling i flere omganger, men har så langt strandet. Det har generelt vært stor støtte til tanken om at sosialfaglig personell skal ha en profesjonsautorisasjon, men utfordringen har imidlertid vært hvor og hvordan det skal lovfestes. Dette er bakgrunnen for at FO besluttet å engasjere professor i rettsvitenskap, Bente Ohnstad til å skrive denne utredningen. Ohnstad fikk i oppdrag å gjøre en rettslig analyse av ulike alternativer for lovhjemling av en autorisasjonsordning for barnevernspedagoger og sosionomer, med mandat til å komme med forslag til konkrete og praktiske løsninger på hvordan dette kan løses rent lovteknisk. Vi har nå kommet et langt skritt i retning av en autorisasjonsordning, og vi vil takke Bente Ohnstad for den solide jobben hun har gjort.

Vi ser frem til videre prosess, og med denne utredningen mener vi tiden er overmoden for å innføre autorisasjon for barnevernspedagoger og sosionomer. Både for å anerkjenne arbeidet som sosialarbeiderne gjør, men først og fremst for å sikre gode og forsvarlige tjenester for mennesker og samfunn.

**Ole Henrik Kråkenes**  
*Leder for profesjonsrådet for  
barnevernspedagogene i FO*

**Hanne Glemmestad**  
*Leder for profesjonsrådet for  
sosionomene i FO*

# Innhold

<b>Forord</b> .....	<b>3</b>
<b>Kapittel 1. Innledning</b> .....	<b>6</b>
1.1 Oppdraget .....	6
1.1.1 Sammenfatning av forslaget .....	7
1.2 Definisjoner, aktuelle lover, forvaltning og faglig virksomhet .....	7
1.2.1 Definisjoner .....	7
1.2.2 Aktuelle lover og forskrifter .....	8
1.2.3 Profesjonsutøvelse og myndighetsutøvelse .....	9
1.2.4 Nærmere om vedtak, tildeling og gjennomføring .....	10
1.2.5 Saksbehandling og helse- og sosialfaglig hjelp .....	12
<b>Kapittel 2. Dagens autorisasjonsordning og rettsvirkninger av autorisasjon</b> .....	<b>15</b>
2.1. Dagens autorisasjonsordning - helsehjelp .....	15
2.2 Hva er en offentlig autorisasjon? .....	15
2.3 Bakgrunnen for autorisasjonsordningen for helsepersonell .....	16
2.4 Formålet med autorisasjonsordning i helsetjenesten .....	17
2.5 Rettsvirkninger av autorisasjon .....	18
2.6 Fordeler ved offentlig autorisasjon .....	19
2.6.1 Faglig autonomi .....	19
<b>Kapittel 3. Innføring av autorisasjonsordning for barnevernspedagoger og sosionomer</b> .....	<b>20</b>
3.1 Sosionomers og barnevernspedagogers utdanning og kvalifikasjoner .....	20
3.2 Nærmere om yrkesrollens innhold og hensynet til sikkerhet for tjenestemottakerne .....	22
3.3 Ulike syn på behovet for autorisasjon for sosialfaglig personell .....	23
3.4 Autorisasjonsordningen for sosionomer og barnevernspedagoger i andre nordiske land .....	28
3.5 Ulike lovtekniske løsninger .....	29
3.6 Oppsummering og anbefaling .....	30
<b>Kapittel 4. Ulike tjenester og tjenesteytere i helse-, sosial- og omsorgsyrkene</b> .....	<b>32</b>
4.1 Forholdet mellom de ulike tjenestene .....	32

<b>Kapittel 5. Ulike krav i helsepersonelloven med særlig relevans for sosialfaglig personell</b> .....	<b>35</b>
5.1 Krav til forsvarlighet .....	35
5.1.1 Kravet til forsvarlighet i helsepersonelloven .....	35
5.1.2 Forsvarlighetskravet i sosialfaglig arbeid .....	37
5.2 Krav til dokumentasjon .....	38
5.3 Krav til konfidensialitet og opplysningsplikt-/rett .....	40
5.3.1 Opplysningsplikt og -rett .....	42
5.4 Helsepersonellovens reguleringen av informasjonsplikten .....	44
5.4.1 Plikt til å bidra til å ivareta mindreårige barn som pårørende .....	45
5.4.2 Plikt til å ivareta mindreårige barn som er etterlatte etter foreldre eller søsken .....	46
5.5 Medvirkning, informasjon og samtykke .....	47
5.6 Krav til samarbeid mellom ulike tjenester og tjenesteytere .....	48
5.7 Vilkår for autorisasjon .....	49
5.8 Reaksjoner ved pliktbrudd .....	49
<b>Kapittel 6. Arbeidsgiveransvaret – tjenestens ansvar</b> .....	<b>51</b>
6.1 Individansvar – systemansvar .....	51
6.2 Nærmere om arbeidsgiveransvaret .....	51
<b>Kapittel 7. Oppsummering og vurdering</b> .....	<b>54</b>
<b>Kapittel 8. Forslag til felles lov for helse- og sosialfaglig personell, med merknader</b> .....	<b>56</b>
<b>Kapittel 9. Register</b> .....	<b>106</b>

# Kapittel 1. Innledning

## 1.1 Oppdraget

Undertegnede, Bente Ohnstad, inngikk 23. september 2021 kontrakt med FO om å gjennomføre et forskningsprosjekt der det sentrale formålet er å utføre en juridisk utredning om autorisasjon for barnevernspedagoger og sosionomer.

Ifølge kontrakten skal utredningen «ta stiling til om, og hvordan dagens lov-hjemmel i helsepersonelloven kan utvides slik at sosialfaglig personell også inngår i loven. Det må redegjøres for hvordan en alternativ autorisasjonsordning kan utformes, herunder med vurdering av fordeler og ulemper ved en slik ordning.

1. Er det mulighet til å sikre profesjonsautorisasjon for barnevernspedagoger og sosionomer med 3-årig utdanning etter helsepersonelloven? I så fall bes det opplyst om hjemmelsgrunnlag og hvilke endringer i ordlyd som må foretas, samt fordeler og ulemper med disse
2. Dersom det konkluderes med at det ikke er hensiktsmessig med en profesjonsautorisasjon etter helsepersonelloven, så bes det vurdert etter øvrig lovverk. Det må i så fall oppgis hvilke(n) lov(er) som kan være aktuelle, om det skal utvikles nytt lovverk med forslag til ny bestemmelse, samt ulemper og fordeler ved de ulike alternativene

Utdypning av tema, problemstillinger og oppbygging er beskrevet i prosjektbeskrivelsen fra Ohnstad (...)»

**Undertegnede prosjektbeskrivelse var følgende:**

1. Hva er en offentlig autorisasjon?
2. Dagens autorisasjonsordning
3. Rettsvirkninger av autorisasjon
4. Innføring av autorisasjonskrav for sosionomer og barnevernspedagoger, ulike lovtekniske løsninger.
  - a. Innarbeide i autorisasjonskrav i dagens helsepersonellov, foreslå konkrete endringer og evt. gi loven nytt navn
  - b. Foreslå en ny lov som spesielt regulerer dette
  - c. Fordeler og ulemper med ulike måter å regulere på
3. Hvilke tilpasninger må gjøres i helsepersonelloven for å innarbeide nye yrkesgrupper i loven?
4. Hvilke endringer må gjøres i barnevernloven og lov om sosiale tjenester i NAV for å regulere autorisasjon for sosionomer og barnevernspedagoger?
5. Hvordan utforme en ny lov som regulerer dette?
6. Individansvar contra systemansvar
7. Yrkesrollens innhold og sikkerhet for tjenestemottakere
8. Internasjonale forhold
9. Samfunnsmessige hensyn
10. Anbefaling med tanke på reguleringsmåte»

Etter innspill fra FO er følgende tillegg tatt med i prosjektbeskrivelsen: «Regulering av profesjonsutdanning for disse gruppene skal ha som premiss at autorisasjonen skal gjelde uavhengig av hvilket fagområde de arbeider innenfor. Forutsetning er at yrkesutøvelsen er knyttet til faglig arbeid der

autorisasjonen skal gi mottakerne av tjenester den nødvendige forutsigbarhet for at autorisasjonsinnehaver har de nødvendige faglige kvalifikasjoner for å gi forsvarlig hjelp».

I utredningen vil jeg ta utgangspunkt i prosjektbeskrivelsen, etter innledningsvis å ha foretatt noen begrepsavklaringer, gitt oversikt over aktuelle lover og gjort rede for noen overordnede skillelinjer mellom ulike ansvarsposisjoner og –nivå.

### 1.1.1 Sammenfatning av forslaget

I denne utredningen konkluderer jeg med at samme hensyn som ligger til grunn for autorisasjon av de ulike helsepersonellgruppene kan gjøres gjeldene for sosionomer og barnevernspedagoger. En offentlig autorisasjonsordning vil gi bedre rettsvern for brukerne, bedre sikkerhet for kvalifisert yrkesutøvelse og bedre grunnlag for tilsyn og kontroll fra arbeidsgivers og tilsynsmyndighetenes side. Både hensynet til tillit, kvalitet og sikkerhet i tjenestene taler for en slik autorisasjonsordning. Sosialfaglig personell vil gjennom en offentlig autorisasjonsordning bli ansvarliggjort for utførelsen av sosialfaglige oppgaver. Dette hensynet er av særlig stor betydning når man arbeider med sårbare grupper. Det foregår dessuten en stadig større grad av samordning når det gjelder utdanning innen det helse- og sosialfaglige feltet, og dette bør også gjenspeiles i lovgivningen som regulerer yrkesutøvelsen til disse gruppene. Autorisasjonsordningen foreslås innarbeidet i helsepersonelloven, og begrunnelsen for dette følger av kapittel 3.

## 1.2 Definisjoner, aktuelle lover, forvaltning og faglig virksomhet

### 1.2.1 Definisjoner

Med *forvaltning* menes i denne utredningen forvaltningsorganer (organer for stat, fylkeskommune og kommune) og den virksomhet som drives av disse, jf. forvaltningsloven § 1.

Med *myndighetsutøvelse* menes utøvelse av myndighet på det offentlige vegne. Myndigheten innebærer bl.a. at det kan treffes *rettslige beslutninger* med bindende kraft for den beslutningen retter seg mot. Når de rettslige beslutningene er generelt eller konkret bestemmende for rettigheter og plikter til private personer (enkeltpersoner eller andre private rettssubjekter), snakker vi om *vedtak*. Hvis de rettslige beslutningene gjelder rettigheter eller plikter til en eller flere bestemte personer, snakker vi om *enkeltvedtak*. Eksempel på enkeltvedtak er når barneverntjenesten treffer avgjørelser om hjelpetiltak, eller helsetjenesten i kommunen bestemmer om en person skal få opphold på sykehjem.

Faglige gjøremål, som klinisk virksomhet, gjennomføring av tildelingsvedtak eller hjelp, praktisk bistand (behandling, pleie, rehabilitering, omsorg, brukerstyrt assistanse m.v. som forstås av personell som yter hjelp og omsorg etter helse-, sosial- og omsorgstjenesteloven), betegnes som *profesjonsutøvelse*, se kapittel 2.3. Dette blir også omtalt som *faglig virksomhet* eller *faktiske handlinger*.

Med *velferdstjenester* menes det organiserte apparat som er etablert for å ivareta den enkeltes velferd (trygd, helse- og omsorgstjenester, sosiale tjenester, barnevern og arbeid. Disse tjenestene betegnes også som velferdsgoder).

Med *velferdslovgivning* menes i denne utredningen lovgivning som regulerer nevnte tjenester.

Med *velferdsforvaltning* menes virksomhet som går ut på å tildele og fordele velferdsgoder.

Med helsepersonell menes dem som omfattes av definisjonen i helsepersonelloven § 3, første ledd.

Med *sosialfaglig personell* menes sosionomer og barnevernspedagoger.<sup>1</sup>

Med *fagpersonell* menes i lovforslaget både helsepersonell og sosialfaglig personell.

Den som tildeler eller yter tjenester eller forestår behandling /gjennomfører tiltak, omtales som *tjenesteyter, beslutningstaker eller profesjonsutøver*, mens den som mottar tjenester eller oppsøker velferdsforvaltningen for å motta tjenester, benevnes som bruker eller tjenestemottaker. Der det er naturlig, benyttes karakteristikken *klient* eller *pasient*.

## 1.2.2 Aktuelle lover og forskrifter

### Lover

- Lov 10. februar 1967 om behandlingsmåten i forvaltningssaker (forvaltningsloven, forkortet fvl.)
- Lov 17. juli 1992 nr. 100 om barneverntjenester (barnevernloven, forkortet bvl.)
- Lov 21. mai 1999 nr. 30 om styrking av menneskerettighetenes stilling i norsk rett (menneskerettsloven)
- Lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten (spesialisthelsetjenesteloven)
- Lov 2. juli 1999 nr. 62 om psykisk helsevern (psykisk helsevernloven)
- Lov 2. juli 1999 nr. 63 lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven, forkortet pbrl.)
- Lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell (helsepersonelloven, forkortet hpl.)
- Lov 18. desember 2009 nr. 131 om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen
- Lov 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse og omsorgstjenesteloven, forkortet hol.)
- Lov 15. desember nr. 107 om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten mv. (helsetilsynsloven).

<sup>1</sup> Betegnelsen *sosialpersonell* kunne kanskje vært benyttet, tilsvarende betegnelsen *helsepersonell*. Sosialfaglig og helsefaglig personell ville kanskje vært likeverdige titler for grupper som arbeider innen samme eller tilgrensede områder. «Helsepersonell» er imidlertid innarbeidet og definert i helsepersonelloven § 3. Sosialpersonell er benyttet i en videre betydning og omfatter flere grupper, bl.a. av Statistisk Sentralbyrå. Forskriftene om rammeplan og om nasjonale retningslinjer for sosionom- og barnevernspedagogutdanningene benytter også benevnelsen «sosialfag». Derfor foreslås at også en eventuell lovregulering bruker denne benevnelsen. Ved å forbeholde benevnelsen sosialfaglig personell for sosionomer og barnevernspedagoger, knyttes tittelen opp mot fagkompetansen til denne gruppen.



### Forskrifter

- Forskrift 6. september 2017 nr. 1353 om felles rammeplan for helse- og sosialfagutdanninger
- Forskrift 1. mars 2019 nr. 168 om pasientjournal (pasientjournalforskriften)
- Forskrift 15. mars 2019 nr. 378 om nasjonal retningslinje for barnevernspedagogutdanningen
- Forskrift 15. mars 2019 nr. 409 for sosionomutdanningen

### 1.2.3 Profesjonsutøvelse og myndighetsutøvelse

Personellet i velferdsyrkene har ulike funksjoner og oppgaver. Noen forvalter og tildeler offentlige velferdsgoder, som for eksempel NAV-ansatte. Andre, som for eksempel vernepleiere, leger og sykepleiere, gjennomfører tiltak som undersøkelse, pleie, omsorg og behandling. Det kreves ulik kompetanse for de ulike rollene: De som forvalter tjenestene må først og fremst ha forvaltnings- og saksbehandlingskunnskap, mens de som yter tjenestene, må ha faglig kunnskap på det feltet de opptrer. I førstnevnte tilfeller gjelder forvaltningsloven, ved ytelse av helsehjelp gjelder helsepersonelloven og pasient- og brukerrettighetsloven.

Når det gjelder ansatte i den kommunale helse-, sosial- og omsorgstjenesten, er – ved siden av leger, sykepleiere og hjelpepleiere – sosionomer, vernepleiere og barnevernspedagoger sentrale yrkesgrupper. I NAV arbeider personer med kompetanse innen arbeidsformidling, trygde- og sosialforvaltning. I den spesialiserte helsetjenesten er bl.a. leger, sykepleiere, hjelpepleiere, psykologer og ambulansearbeidere sentrale profesjonsutøvere. I barnevernet arbeider barnevernspedagoger og sosionomer med å gi hjelp til barn og unge som lever under forhold som kan skade deres helse og utvikling.

Ved tildeling og avslag på ytelser treffes rettslige beslutninger, som altså reguleres av forvaltningsloven.

I helse-, omsorgs- og sosialtjenesten utfører personellet også oppgaver som ikke hører under forvaltningsloven. Helsepersonell og andre som yter tjenester etter denne lovgivningen, foretar forskjellige faktiske handlinger, diagnostiske vurderinger og kliniske beslutninger. Dette er handlinger som gjennomfører forutgående beslutninger. Disse handlingene må utøves på bakgrunn av et klinisk og faglig skjønn, og forvaltningslovens regler om enkeltvedtak passer derfor ikke på disse profesjonshandlingene. Ved gjennomføring av behandlingsrettede eller praktiske tiltak gjelder derfor helsepersonelloven – og ikke forvaltningsloven – for helsepersonell og andre som yter omsorg, pleie og bistand etter helse- og omsorgstjenesteloven. Når tildeling og gjennomføring skjer i to ulike prosesser, som for eksempel først tildeling av hjemmesykepleie og deretter gjennomføring av hjelpen, gjelder forvaltningsloven for tildelingen og helsepersonelloven for gjennomføringen. Når tildeling og gjennomføring skjer i *en* prosess, som for eksempel når man oppsøker lege, jordmor eller fysioterapeut for å få behandling, gjelder helsepersonelloven. Helsepersonelloven stiller krav til profesjonsutøvelsen for å ivareta pasienters og brukeres krav til sikkerhet, kvalitet og tillit. Pasient- og brukerrettighetsloven ivaretar på sin side pasientens/brukerens rettigheter. Rettssikkerhetskravene i forvaltningsloven gjelder altså ved tildeling og forvaltning av velferdsgodene, mens kravene til sikkerhet ved gjennomføring av hjelp og tiltak følger av helsepersonelloven.

Helsepersonelloven tilrettelegger for en fleksibel bruk av helsearbeideres kompetanse. Loven monopoliserer i beskjedne grad yrkesutøvelsen for bestemte grupper. Loven er en generell profesjonsansvarslov som i større grad enn i tidligere lovgivning tar høyde for at helsepersonell og andre som kommer inn under loven opparbeider seg kunnskap og utvikler ferdigheter etter avsluttet utdanning. Det generelle forsvarlighetskravet i lovens § 4 er en rettslig og faglig norm for hvordan den enkelte yrkesutøver bør innrette seg i sin yrkesutøvelse.

Loven har innført autorisasjonsordning for følgende yrkesgrupper: ambulansearbeider, apotektekniker, audiograf, bioingeniør, ergoterapeut, fotterapeut, fysioterapeut, helsefagarbeider, helsesekretær, hjelpepleier, jordmor, kiropraktor, klinisk ernæringsfysiolog, omsorgsarbeider, optiker, ortopediingeniør, ortoptist, perfusjonist, psykolog, radiograf, sykepleier, tannhelsesekretær, tannlege, tannpleier, tanntekniker, vernepleier, provisorfarmasøyt og reseptfarmasøyt. Flere av disse gruppene arbeider i privat virksomhet og er ikke typiske yrker i velferdsstaten. Like fullt reguleres yrkesutøvelsen av helsepersonelloven. I tillegg gjelder loven for den som yter helsehjelp uten å ha autorisasjon (for eksempel sosionomer og barnevernspedagoger), og personell som yter tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven (for eksempel hjemmehjelp og støttekontaktordninger). Ytelse av helsehjelp og praktisk bistand defineres i juridisk terminologi som faktiske handlinger, i motsetning til myndighetsutøvelse, og virksomheten reguleres av handlingsnormer framfor kompetansenormer.<sup>2</sup>

Mange yrkesutøvere i velferdsstaten defineres således inn under helsepersonelloven, og profesjonsutøvelsen er særlig regulert gjennom helsepersonelloven. Sondringen mellom profesjonsutøvelse og myndighetsutøvelse har i denne utredningen først og fremst interesse for å fastslå hvilken lov som gjelder for virksomheten. Ved myndighetsutøvelse kommer forvaltningsloven til anvendelse, ved profesjonsutøvelse er det helsepersonelloven og pasient- og brukerrettighetsloven som gjelder, se kapittel 1.2.1. Dette kan illustreres ved at når en sosionom arbeider på NAV med økonomisk sosialhjelp, gjelder forvaltningsloven i tillegg til NAV-loven og lov om sosiale tjenester i NAV. Når hen arbeider innen helse- og omsorgstjenesten med tiltak overfor rusmiddelmissbruker, gjelder helsepersonelloven og pasient- og brukerrettighetsloven. (I sistnevnte tilfelle gjelder også kap. 10 i helse- og omsorgstjenesteloven om vilkår for bruk av tvang.) Og når en ansatt i den kommunale helse- og omsorgstjenesten treffer vedtak om en person skal få hjemmehjelp, gjelder forvaltningsloven. Når hjemmehjelpen yter tjenestene, gjelder helsepersonelloven.

I sosialfaglig virksomhet er profesjonsutøvelsen ikke regulert når sosialfaglig personell ikke arbeider innen helse- og omsorgstjenesten. Dette kan være problematisk når sosialfaglig personell arbeider med sårbare grupper og yrkesutøvelsen faller utenfor all lovgivning, se nærmere under kapittel 3.3.

#### **1.2.4 Nærmere om vedtak, tildeling og gjennomføring**

I juridisk terminologi snakker man om kompetanseregler og handlingsregler.

<sup>2</sup> Om distinksjonen mellom myndighets- og profesjonsutøvelse, Se Bente Ohnstad i *Kritisk Juss* nr. 2 2004, s. 188 f.

Kompetanseregler gjelder når personellet utøver myndighet, altså tar avgjørelser på vegne av det offentlige, avgjørelser som har rettsvirkninger for dem de angår. Kompetanse har med andre ord en annen betydning enn i dagligtalen. I dagligtalen er begrepet kompetanse gjerne ensbetydende med faktiske ferdigheter og kvalifikasjoner.

I helse-, sosial og omsorgstjenesten treffes mange vedtak og enkeltvedtak som må følge forvaltningsloven.

Et vedtak er i fvl. § 2 a) definert slik: *vedtak, en avgjørelse som treffes under utøving av offentlig myndighet og som generelt eller konkret er bestemmende for rettigheter eller plikter til private personer (enkeltpersoner eller andre private rettssubjekter)*. Et enkeltvedtak er i samme paragraf b definert slik: *enkeltpunkt, et vedtak som gjelder rettigheter eller plikter til en eller flere bestemte personer*.

Eksempler på enkeltvedtak er vedtak om økonomiske stønad etter sosialtjenesteloven, vedtak om hjelpetiltak og inngrep etter barnevernloven og vedtak om tildeling eller avslag på sykehjems plass etter helse- og omsorgsloven.

Mens kompetanseregler gir en person eller et organ adgang til å treffe avgjørelser som har bestemte rettsvirkninger, sier handlingsreglene noe om de faktiske handlingene, dvs. hva folk skal gjøre eller ikke gjøre. En rettslig beslutning går ut på å stifte rett og plikt, en handling går ut på å forandre eller bevare virkeligheten. En handlingsregel stifter ikke rett eller plikt, men bestemmer hvilken rett eller plikt en person har til å foreta eller unnlate å foreta seg bestemte handlinger. Handlingsreglene bestemmer handlingsfriheten. Eksempler på slike faktiske handlinger er medisinsk behandling og familierapi.

Forvaltningsloven stiller krav til saksgangen når det treffes vedtak. Brudd på saksbehandlingsreglene kan medføre at vedtaket er ugyldig. Helsepersonelloven og pasient- og brukerrettighetsloven inneholder *handlingsregler* som setter krav til helsepersonellet når de yter helsehjelp.

Saksbehandlingen skal sikre at pasienten/brukeren får riktig tjeneste til rett tid og i tilstrekkelig omfang. Forvaltningsloven har en rekke regler som bidrar til å sikre at tjenestene som blir tildelt, oppfyller kravene til forsvarlig virksomhet. Blant annet blir det stilt krav om at forvaltningen skal gjøre nødvendige undersøkelser for å sikre at vedtak og tjenester bygger på korrekt og tilstrekkelig informasjon. Kravet til god utredning av tjenestebehovet og grundig saksbehandling må sees i sammenheng med dette. Et sentralt prinsipp i forvaltningens saksbehandling er at partene skal få mulighet til å bli hørt i spørsmål som angår dem.

Ved *gjennomføringen* av tjenesten (helsehjelp eller sosialfaglig hjelp) er man over i noe annet enn saksbehandling. I helsetjenesten er det stilt flere krav til helsepersonellet som skal ivareta pasienters rettigheter. Det gjelder bl.a. regler om plikt til forsvarlighet ved gjennomføring av hjelpen, informasjon, plikt til å innhente samtykke, plikt til å la pasienten medvirke, plikt til konfidensialitet, meldeplikter, plikter når det gjelder journalføring og innsyn, samt rett for pasienten til å klage.

Råd og veiledning, gjennomføring av undersøkelser, herunder besøk i hjemmet i en konkret barnevernssak er eksempler på handlinger som ikke uten videre faller inn under forvaltningsloven. Relasjonen hviler regelmessig på personlig og direkte kontakt og de beslutninger som treffes bærer mer preg av å være faktiske handlinger fremfor myndighetsutøvelse, se kapittel 1.2.3.

I tilfeller som nevnt vil profesjonsregler komme supplerende inn og stille krav til profesjonsutøveren med tilsvarende rettigheter for den handlingen retter seg mot. I helsetjenesten er faktiske handlinger i stor grad regulert gjennom profesjonsbestemmelsene i helsepersonelloven.

I den sosialfaglige virksomheten er faktiske handlinger i dag ikke tilstrekkelig regulert. Det innebærer at de som er mottakere av tjenester fra personell som arbeider innen det sosialfaglige området ikke har samme rettigheter som de som er mottakere av helsetjenester.

### **1.2.5 Saksbehandling og helse- og sosialfaglig hjelp**

Forvaltningsloven stiller krav til saksgangen i all offentlig forvaltning for å vareta borgernes rettssikkerhet. Viktige elementer av rettssikkerhetsprinsippene som direkte eller indirekte kommer til uttrykk i forvaltningsloven og enkelte særlover er:

- **Legalitetsprinsippet:** Når det offentlige utøver makt og myndighet overfor enkeltindivider, kreves både prosessuell kompetanse (riktig fremgangsmåte), personell kompetanse (riktig organ/person) og materiell kompetanse (riktig innhold) for myndighetsutøvelsen. En annen måte å definere legalitetsprinsippet på, er at det trengs lovhjemmel for å pålegge plikter eller frata rettigheter.
- **Offentlighetsprinsippet:** Forvaltningens dokumenter skal være åpne for innsyn fra den berørte parts og fra allmennhetens side.
- **Det kontradiktoriske prinsipp:** Myndighetsutøvelsen skal skje i samhandling med den beslutningene angår. Reglene om innsynsrett ivaretar bl.a. dette prinsippet.
- **Saklighetsprinsippet:** Forvaltningens avgjørelser skal hvile på saklige hensyn, dvs hensyn som er relevante for saken, og det skal ikke trekkes inn utenforliggende hensyn.
- **Likebehandlingsprinsippet:** Like tilfeller skal behandles så likt som mulig. Avgjørelsene skal være likeartet.
- **Utredningsprinsippet:** En sak skal utredes tilstrekkelig og være tilfredsstillende opplyst før avgjørelse tas.
- **Forutberegnelighetsprinsippet:** Avgjørelser skal fattes på bakgrunn av normer som berørte parter er kjent med på forhånd. Dette innebærer bl.a. at brukere skal få mulighet til å gjøre seg kjent med bestemmelser som gir adgang til kommunikasjon av opplysninger uten hinder av taushetsplikt.
- **Forsvarlighetsprinsippet:** Forvaltningens avgjørelser skal bygges på betryggende saksbehandling som drives frem så hurtig og forsvarlig som mulig. Innsyn kan være viktig for å sikre at forsvarlighetsprinsippet blir etterlevd.
- **Personvernprinsippet:** Personer skal ha herredømme over opplysninger som angår dem selv, og sikres at opplysninger som er gitt til et bestemt formål ikke benyttes til andre formål.
- **Forholdsmessighetsprinsippet:** Forvaltningen bør bare bruke sin skjønsmessige kompetanse der det er nødvendig, og bare der de samlede fordeler oppveier ulempene.

Reglene om enkeltvedtak i helsetjenesten gjelder som nevnt i det foregående ved tildeling av bestemte tjenester, nærmere bestemt for vedtak om tildeling av konkrete tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven dersom hjelpen forventes å vare lenger enn to uker. Forvaltningsloven gjelder med andre ord ikke fullt ut, bare ved tildeling av tjenester som har en viss varighet. Dette er ment å skulle gi en smidigere ordning i tilfelle der det er nødvendig å gi akutt og kortvarig hjelp, for eksempel ved behov for korttids plass i institusjon.

Mens forvaltningsloven inneholder krav når det gjelder behandling av *saker*, stiller helsepersonelloven krav når det gjelder behandling av *pasienter*. Det er med andre ord forskjell på å behandle saker og å behandle pasienter, og regelverket er utformet ulikt med tanke på de ulike posisjonene, profesjonsutøvelse og myndighetsutøvelse

Når det gjelder helsepersonells profesjonsutøvelse, eller yrkesutøvelse, er helsepersonelloven utformet slik at den regulerer de pasient- og brukerrettede handlingene, dvs. når helsepersonell yter helsehjelp og omsorg, se definisjonen av helsehjelp under kapittel 2.1. Pasient- og brukerrettighetsloven regulerer pasientens rettigheter i møte med helsetjenestens ulike utøvere. Rettighetene motsvares i stor grad av helsepersonells plikter.

For sosialfaglig hjelp som faller utenfor forvaltningsloven, er det i dag ikke egen regulering, med mindre man yter tjenester som defineres som helsehjelp. Da reguleres virksomheten av helsepersonelloven, se nedenfor.

Ytelse av helse- eller sosialfaglig hjelp kan karakteriseres som en *faktisk handling* der kompetansereglene ikke er anvendbare. Ved brudd på handlingsreglene er det ikke snakk om at avgjørelsene blir ugyldige: Har pasienten eller tjenestemottakeren fått feil eller mangelfull hjelp eller behandling med skade som resultat, er ikke det mulig å rette opp igjen. Da kan det i tilfelle bli snakk om pasienterstatning og eller en administrativ reaksjon, for eksempel advarsel til helsepersonellet. Det samme kan sies om sosialfaglig yrkesutøvelse, har man gitt råd eller foretatt undersøkelser som er i strid med loven, blir handlingene stående. Hvis man derimot har truffet vedtak om f.eks. inngrep i foreldremyndigheten, kan vedtaket kjennes ugyldig og omgjøres.

Når en tjeneste eller virksomhet treffer vedtak om tildeling av f.eks. helsehjelp, er det snakk om saksbehandling. Dette gjelder når tildeling og gjennomføring skjer i to prosesser. Først tildeler for eksempel et kommunalt tildelingskontor sykehjemsplass, deretter får pasienten pleie og behandling på sykehjemmet. Tildelingen reguleres av forvaltningsloven, mens ytelse av helsehjelpen reguleres av helsepersonelloven og pasient- og brukerrettighetsloven.

Etter pasient- og brukerrettighetsloven er derfor hovedregelen at forvaltningsloven ikke gjelder *ved ytelse av helsehjelp*. For enkeltvedtak etter pasient- og brukerrettighetsloven gjelder likevel forvaltningsloven kapittel IV og V. I slike tilfeller skjer tildeling og gjennomføring i to ulike prosesser, og det er lettere å skille de to prosessene fra hverandre: Når man *tildeler*, behandler man saker (søknader), når man *gjennomfører* helsehjelpen, behandler man pasienter. I sistnevnte tilfelle gjelder helsepersonelloven.

Sosionomer og barnevernspedagoger er i dag ikke autorisert etter helsepersonelloven. Men de kan likevel komme inn under loven i kraft av den *funksjonen* de har. Dette følger av hpl. § 3 pkt. 2. Hvis de arbeider innen helse- og omsorgstjenesten og utfører handlinger som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål, faller de inn under loven.

Hvis de ikke arbeider innen helse- og omsorgstjenesten, faller de *utenfor* loven. Spørsmålet er om de i sin yrkesutøvelse utøver virksomhet som ikke reguleres av forvaltningsloven, og om behovet for en egen regulering av profesjonsutøvelsen er til stede. Når disse yrkesgruppene arbeider med saksforberedelser og treffer vedtak, gjelder forvaltningsloven.

For eksempel gjelder forvaltningsloven når sosialtjenesten treffer vedtak om sosial stønad eller barnevernet treffer vedtak om hjelpetiltak. Men når sosionomer og barnevernspedagoger omsetter faglig kunnskap i praksis i samspill med brukere og tjenestemottakere, vil ikke dette uten videre reguleres av forvaltningsloven. Eksempel på slike handlinger kan være terapeutisk virksomhet på et familievernkontor, hjelp til rusmiddelmissbrukere, undersøkelser i hjemmet i forbindelse med en barnevernssak og/eller rådgivning og veiledning i prosessen frem mot et vedtak i sosial- eller barneverntjenesten.

## Kapittel 2. Dagens autorisasjonsordning og rettsvirkninger av autorisasjon

### 2.1. Dagens autorisasjonsordning - helsehjelp

I dag er det ingen autorisasjonsordning for sosionomer og barnevernspedagoger. Helsepersonelloven § 3 inneholder nærmere definisjon av begrepet helsepersonell:

Med helsepersonell menes i denne lov:

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

*Departementet kan i forskrift bestemme at loven eller enkelte bestemmelser i loven skal gjelde for nærmere angitt personell som ikke omfattes av første ledd, herunder personell som Norge etter folkerettslige regler er forpliktet til å gi rett til å utøve yrke som helsepersonell midlertidig i Norge uten norsk autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning.*

Helsehjelp er definert i bestemmelsens annet ledd:

*«Med helsehjelp menes enhver handling som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål og som utføres av helsepersonell».*

Personell som faller inn under sosialtjenesteloven eller barnevernsloven omfattes ikke. Hvorvidt personell uten autorisasjon eller lisens faller inn under begrepet helsepersonell, må likevel vurderes konkret etter stilingens og oppgavens art. Sosionomer og barnevernspedagoger vil derfor falle inn under loven når de utfører klinisk arbeid innen helse- og omsorgstjenesten. Dette er i samsvar med intensjonen om at personell i helse- og omsorgstjenesten som har pasientkontakt, må innrette seg etter kravene i helsepersonelloven. Det gjelder spesielt kravet til forsvarlighet og andre krav som skal fremme kvalitet, tillit og sikkerhet. Sosionomer og barnevernspedagoger som arbeider innen helse- og omsorgstjenesten vil derved falle inn under loven etter hpl. § 3 pkt. 2, men utenfor når de utfører oppgaver som hører inn under sosialtjenesteloven eller barnevernsloven. Dette kan oppleves problematisk i virkeligheten, siden autorisasjon gjerne er forbundet med rettigheter på arbeidsstedet, f.eks. når det gjelder tilgang til IT-systemer.

### 2.2 Hva er en offentlig autorisasjon?

En offentlig autorisasjon er en bekreftelse fra offentlige myndigheter på at autorisasjonsinnehaver fyller de formelle kravene til en bestemt yrkestittel og yrkesutøvelse. Offentlig autorisasjon gir ikke uten videre enerett til angjeldende yrke. Det betyr at også andre kan utøve virksomhet som ligger innfor fagområdet

til den som har autorisasjon. Men arbeidsgivere kan – og bør – stille vilkår om autorisasjon for ansettelse i bestemte stillinger.

Autorisasjon kan gis som en fullverdig autorisasjon, som en begrenset autorisasjon, kalt lisens, og som spesialistgodkjenning.

Dagens autorisasjonsordning for helsepersonell er hjemlet i helsepersonelloven som, da den ble vedtatt, innlemmet 25 autoriserte grupper. I dag er det 29 grupper som omfattes av ordningen. Dagens helsepersonellov er spesielt utformet for profesjonsutøvere i *helsetjenesten* og omfatter grupper helsepersonell som nevnt under kapittel 1.2.3.

Andre profesjonsgrupper kan omfattes av loven dersom de utfører handlinger som blir definert som helsehjelp. Dette følger av helsepersonelloven § 3 pkt. 2.

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 (helsepersonelloven § 48, andre ledd).

## 2.3 Bakgrunnen for autorisasjonsordningen for helsepersonell

I Stortingsmelding nr. 41 (1987-88 - Helsepolitikken mot år 2000) er det på side 105 uttalt:

«Vi finner i dag sterke profesjonsinteresser i ulike deler av helsevesenet. Dette kan ofte være til hinder for rasjonell bruk av personell. Framover vil det være viktig å føre en åpen diskusjon omkring arbeidsdeling mellom yrkesgruppene der brukernes behov settes foran yrkesfaglig prestisje. Dette vil kunne føre til en bedre utnyttelse av og en større utfordring for det personellet vi har. Prinsippet er en oppmykning av den til dels rigide ansvarsdelingen som gjør det vanskelig både for pasienter og helsearbeidere. [...] Befolkningen har krav på en helsetjeneste som fungerer i forhold til deres behov. Strenge fagskiller og omfattende diskusjoner om hvem som ideelt bør gjøre hva virker ikke alltid til pasientenes beste. Lovgivningen stiller delvis de ulike grupper ulikt. Egne profesjonslover støtter også opp under profesjonstenkningen og bygger opp under gruppenes status. For å legge grunnlaget for mer like forhold og større fellesfølelse helsepersonellgruppene imellom, vil departementet utrede spørsmålet om en felles helsepersonellov»,

I Innst. S nr. 120 (1988-89), side 29, har sosialkomiteen understreket at:

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



I prosjektbeskrivelsen til utredning om felles helsepersonellov (NOU 1993:33) heter det:

«Et felles overordnet mål for alt helsepersonell må være å skape best mulig helsetjeneste innen tilgjengelige ressurser. En overordnet oppgave for enhver helsearbeider må være å bidra til at målet oppfylles. Dette vil blant annet kreve samarbeid mellom helsepersonell. Med sin faglige kompetanse må de supplere hverandre i stedet for å fremme motstridende interesser. Det må skapes den holdning innen faggruppene at de først og fremst er helsearbeidere, dernest sykepleiere, leger, fysioterapeuter osv. [...] Det foreslås at alle gjeldende lover og helsepersonell, inkludert leger, samles i en lov.»»

Som vi ser av ovenstående, er hensynet til «rasjonelt arbeid» og «fornuftig samarbeid» fremhevet som begrunnelse for samordning av regelverket for ulike helseprofesjonsgrupper. Videre er hensynet til pasientsikkerhet, innhold og formålet med utdanningen, i hvilken utstrekning yrket utøves selvstendig og hensynet til harmonisering med andre land vektlagt. Det samme er hensynet til brukernes behov, samarbeid og fleksibel og rasjonell bruk av de personelle ressursene.

Alle disse hensynene kan gjøres gjeldende hva angår sosionomer og barnevernspedagoger. I helsetjenesten er arbeidsdelingen vektlagt, siden mange helsepersonellgrupper arbeider på samme eller tilgrensende fagfelt. Dette kan stille seg noe annerledes for sosionomer og barnevernspedagoger, siden det ikke er mange autoriserte grupper innen deres fagfelt som opptre innen et felles fagområde, se kapittel 3. Mens det for eksempel på et sykehus arbeider både leger, sykepleiere, helsefagarbeidere, helsesekretærer fysioterapeuter, ambulanspersonell, radiografer, bioingeniører, jordmødre m.fl., er fagfeltet innen sosialfaglig arbeid ikke besatt med like mange ulike profesjonsgrupper.

## 2.4 Formålet med autorisasjonsordning i helsetjenesten

Formålet med autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning i helsetjenesten er å styrke sikkerheten for pasienter ved å sikre at enkelte grupper personell har særskilte kvalifikasjoner for yrkesutøvelse innenfor den aktuelle tjenesten, og at det knyttes styringsmidler til den legitimasjon som utstedes. Et annet formål med autorisasjon er at den skal skape forutsigbarhet og sikkerhet for at bruk av bestemte titler innebærer visse kvalifikasjoner. Dette hensynet gjelder så vel overfor pasienter som overfor annet personell som samarbeider med vedkommende yrkesgruppe. I et samfunnsperspektiv er det også av betydning at allmennheten har tillit til yrkesutøverne i helsetjenesten. Autorisasjonsinstituttet vil kunne bidra til at befolkningen har tillit til at autorisert personell fyller de krav som offentlige myndigheter stiller til utøvelse av virksomhet. Hovedhensynet bak ordningen er hensynet til befolkningen og pasienter, at det skal være forutsigbarhet om kompetanse, og muligheter for å trekke en autorisasjon tilbake. Kvalifikasjonskontrollen vil indirekte beskytte pasienter ved at de gjennom denne «forhåndskontrollen» skal kunne oppleve trygghet ved undersøkelse og behandling hos autorisert personell. Autorisasjonen fyller også et informasjonsbehov overfor pasientene og arbeidsgiverne. Når det gjelder pasientene, er det hensiktsmessig med en minimums «varedeklarasjon» av ulike yrkesutøveres kvalifikasjoner.

Det er både i samfunnets og enkeltpersoners interesse at offentlige myndigheter kan iverksette tiltak for å beskytte befolkningen mot handlinger, undersøkelser, behandling, oppfølging mv. fra ukyndige utøvere. Dette kan blant annet gjøres ved at helsemyndighetene avgjør hvilke personellgrupper som skal få det kvalitetsstempellet en offentlig autorisasjon innebærer. Gjennom den offentlige autorisasjonsordningen kan myndighetene sette faglige premisser for utdanningens innhold, og dermed også for at helsehjelpen som gis på bakgrunn av en offentlig autorisasjon er kvalifisert. Krav om autorisasjon skal videre sikre et minimum av kvalifikasjoner for grupper av helsepersonell, for derved å minimalisere risiko for skade og feil ved deres yrkesutøvelse. Kravet om autorisasjon av helsepersonell etter fullført og bestått utdanning innebærer på denne måten en kvalifikasjonskontroll. Autorisasjonen blir således en legitimasjon for et visst kunnskapsnivå. Det er også en viss kontroll med at yrkesutøverne har personlige kvalifikasjoner som gjør at vedkommende har helsemyndighetenes og samfunnets tillit. En offentlig autorisasjon er en bekreftelse fra offentlige myndigheter på at de formelle og faglige krav til angjeldende yrkestittel og yrkesutøvelse er oppfylt. En lisens er en begrenset autorisasjon, jf. helsepersonelloven § 49. Når begrepet «lisens» benyttes om helsepersonell, betyr det dermed informasjon om at vedkommende ikke har full autorisasjon. I dagligtale benyttes begrepet «lisens» ofte synonymt med «autorisasjon». Lisensordningen er begrunnet i behovet for et legitimasjonssystem også i situasjoner hvor ikke alle vilkår for å få autorisasjon er oppfylt, med andre ord behovet for å kunne utstede en autorisasjon som er begrenset i tid, i omfang, til bestemt arbeidsplass eller på annen måte. Ordningen med spesialistgodkjenning er begrunnet i behovet for å kunne stille særlige, men felles krav til tilleggsutdanning og spesialisering. På denne måten oppnås offentlig styring og tilsyn med kvalifikasjonskrav og bruk av specialisttitler. En spesialistgodkjenning er godkjenning for autorisert helsepersonell innenfor en avgrenset del av det helsefaglige området. For å oppnå spesialistgodkjenning må det foreligge en autorisasjon eller lisens i bunn.

Mange grupper ønsker autorisasjon, og betrakter ordningen med en offentlig autorisasjon som en dokumentasjon på sin faglige og etiske standard, noe som kan bidra til stolthet over eget fag, følelse av ansvar for yrkets faglige nivå og dets utvikling. En autorisasjonsordning kan på denne måten også virke som et incitament for økt rekruttering til utdanning innenfor vedkommende fag. Der graden av selvstendighet i yrkesutøvelsen er stor og faren for feil-behandling er til stede, øker betydningen av kontroll og tillit. Det forhold at en del personell med særlige selvstendige arbeidsoppgaver (såkalte frie yrker) ofte henvender seg direkte til publikum, begrunner også behovet for kontroll.

De hensyn som tilsier autorisasjon av helsepersonell kan gjøres gjeldende for sosialfaglig personell.

## 2.5 Rettsvirkninger av autorisasjon

Det viktigste virkningen av en offentlig autorisasjon er et individuelt og selvstendig ansvar for etterlevelse av lovpålagte plikter. En autorisasjons-innehaver kan ansvarliggjøres for pliktbrudd uten at arbeidsgiver blir ilagt ansvar. Ansvarliggjøring skjer gjennom individuelt tilsyn og administrative reaksjoner der den alvorligste sanksjon er tilbakekall av autorisasjon. Med dette følger også i stor faglig autonomi, se nedenfor.

En autorisasjon gir etter dagens helsepersonellov tittelbeskyttelse, det betyr at ingen andre enn autorisasjonsinnehaver kan benytte tittelen som er fastsatt for vedkommende personell.

## 2.6 Fordeler ved offentlig autorisasjon

En autorisasjon gir omverden beskjed om hvilke kompetansekrav man kan stille til autorisasjonsinnehaver. En offentlig autorisasjon gir dessuten forutsigbarhet for tjenestemottakere, medarbeidere og arbeidsgivere, for sistnevnte ikke minst med tanke på arbeidsdeling og tilsyn. Samtidig vil autorisasjonsinnehavers individuelle ansvar tre tydeligere frem. Den som har autorisasjon, vil få en rekke plikter som kan sanksjoneres fra myndighetenes side. Det vil kunne føres tilsyn direkte med personellet, og personellet vil stå ansvarlig overfor tilsynsmyndighetene ved påstand om pliktbrudd. Dette kan virke skjerpene for den enkelte autorisasjonsinnehaver.

### 2.6.1 Faglig autonomi

Med en autorisasjon følger altså selvstendige plikter, noe som også betyr at profesjonsutøveren har faglig autonomi (selvbestemmelse og selvstendighet) ved utøvelsen av sitt fag. Det innebærer at man har frihet og handlingsrom når det gjelder *hvordan* man utfører oppgavene, så lenge disse ikke strider mot lovpålagte plikter. Forsvarlighetskravet vil her være et overordnet krav som tydeliggjør og begrenser den faglige autonomien.

I et samfunnsmessig perspektiv er det av vesentlig betydning at allmennheten kan ha tillit til utøverne i velferdstjenesten, og at autorisert personell fyller de krav som offentlig myndigheter stiller til utøvelsen av virksomheten.

Samtidig som omverden kan stille berettigede krav til den som har autorisasjon, vil det innebære et mer direkte og selvstendig ansvar for autorisasjonsinnehaver. Dette kan for vedkommende oppleves som et insitamant i den forstand at vedkommende får et større individuelt ansvar som kan føre til tap av retten til å utøve yrket hvis vedkommende mister autorisasjonen. I den forbindelse kan opplyses at 2020 mistet 117 helsepersonell til sammen 128 autorisasjoner<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Helsetilsynet nyhetsarkiv 2021

# Kapittel 3.

## Innføring av autorisasjonsordning for barnevernspedagoger og sosionomer

### 3.1 Sosionomers og barnevernspedagogers utdanning og kvalifikasjoner

Sosionomer og barnevernspedagoger arbeider innen en rekke helse- og velferdstjenester som NAV, skole, familie- og barnevern, kriminalomsorg, psykisk helse, rus m.v. Utdanningene skjer ved høyskoler og universiteter. Grunnutdanningen, både for sosionomer og barnevernspedagoger, er treårig bachelor, 180 studiepoeng i henholdsvis sosialt arbeid og barnevern

Det har siden høsten 2017 pågått et stort utviklingsarbeid for å utvikle nasjonale retningslinjer innen helse- og sosialfag, kalt RETHOS. Retningslinjene har som mål å definere sluttkompetansen for hver utdanning og utgjøre en minstestandard for kompetanse. Retningslinjene er en del av et styringssystem som skal tilrettelegge grunnlaget for at utdanningene er framtidsrettede og i tråd med tjenestenes kompetansebehov og brukernes behov. Gjennom dette styringssystemet får både tjenestene og brukerne økt innflytelse på det faglige innholdet i utdanningene. I stortingsmeldingen *Kvalitet i høyere utdanning* (Meld. (2016-2017)) ble det konkludert med at det var behov for bedre styring og mekanismer på nasjonalt nivå for å sikre at forventningene oppfylles. Dermed ble det opprettet et nytt styringssystem for helse- og sosialfagutdanningene som har tre nivåer:

1. Universitets- og høyskoleloven gir hjemmel for faglig styring av utdanningene gjennom rammeplaner.
2. Forskrift om felles rammeplan for alle grunnutdanningene. Rammeplanen fastsetter felles formål og felles innhold for alle grunnutdanningene. Den setter også rammer for arbeidet med retningslinjer for hver enkelt utdanning.
3. Retningslinjer for hver enkelt utdanning.<sup>4</sup>

Det er på bakgrunn av dette gitt forskrift om felles rammeplan for helse- og sosialfagutdanninger som definerer de nasjonale rammene for den enkelte utdanning.<sup>5</sup>

Det er videre gitt forskrifter om nasjonale retningslinjer som angir virkeområde og formål for utdanningene, beskrivelse av sluttkompetanse etter gjennomført utdanning (læringsutbyttebeskrivelser) samt informasjon om studiets oppbygging og praksisstudier.<sup>6</sup>

<sup>4</sup> Regjeringens hjemmeside, sist oppdatert 16. september 2021.

<sup>5</sup> Forskrift 6. september 2017 nr. 1353 om felles rammeplan for helse- og sosialfagutdanninger

<sup>6</sup> Forskrift 15. mars 2019 nr. nr. 398 og forskrift av samme år og dato nr. 409. om nasjonal retningslinje for henholdsvis is barnevernspedagogutdanning og sosionomutdanning.

**Sosialt arbeid er definert slik (Global definisjon):**

*Sosialt arbeid er et praksisbasert yrke og en akademisk disiplin som fremmer sosial endring og utvikling, sosialt samhold, myndiggjøring og frigjøring av mennesker. Prinsippene om sosial rettferdighet, menneskerettigheter, kollektivt ansvar og respekt for forskjeller er sentrale i sosialt arbeid. Sosialt arbeid understøttes av teorier i sosialt arbeid, andre samfunnsvitenskapelige disipliner, humaniora og urfolk-kunnskap når sosialt arbeid involverer mennesker og strukturer for å møte utfordringer i livet og styrke velferd.»*

Sosionomutdanningen er med andre ord en generalistpreget utdanning som også kvalifiserer for arbeid i helsetjenesten.<sup>7</sup> I forskrift om nasjonal retningslinje for sosionomutdanningen er kompetansekravene bl.a. beskrevet i formålsbestemmelsen. Av denne fremgår at utdanningen *skal kvalifiserte profesjonsutøvere som kan bistå enkeltpersoner, familier eller grupper med å forebygge, redusere og mestre sosiale- og helsemessige problemer.. sosionomutdanningen skal være en akademisk og praksisorientert utdanning med profesjonsspesifikke arbeidsmåter basert på forsknings- erfarings- og brukerkunnskap, og egne yrkesetiske standarder (...).*

Barnevernets kjernekompetanse er i forskrift om nasjonal retningslinje for barnevernspedagogutdanningen beskrevet slik: *«Kjernekompetansen er knyttet til barnevernsfaglig forskings- og praksisbasert kunnskap, samt kunnskap til barn, unge og deres foresatte. Barnevernsfaglig arbeid tar utgangspunkt i barn og unges livssituasjon og rettigheter og anerkjenner barn og unges behov for trygghet, omsorg, forståelse og kjærlighet. Kandidaten skal kunne forebygge og avdekke omsorgssvikt og bidra til forsvarlige tjenester. Etter endt utdanning skal kandidaten være etisk bevisst, reflektert og samarbeidsorientert (...).*

Staten har med omleggingen som RETHOS representerer svært god kontroll med hva studiene inneholder og hva sluttkompetansen til kandidatene skal være. Et annet poeng er at sosionom- og barnevernspedagogutdanningene sammenstilles og utvikles sammen med helsefagutdanningene (bl.a. regulert gjennom forskrift om felles rammeplan). De er med andre ord allerede nært beslektet med felles lovregulert plattform når det gjelder utdanningene.

Flere helsepersonellgrupper har også tre-årig bachelor, noen har også kortere utdanning – som f.eks. helsefagarbeidere.<sup>8</sup> Andre grupper som har kortere utdanning (utdanninger på videregående skoles nivå) som gir rett til autorisasjon etter bestått eksamen, er ambulansesarbeider, apotektekniker, fotterapeut, helsesekretær og tannhelsesekretær.

Sosionomer og barnevernspedagoger har altså utdanning på høyere nivå, og høyere enn mange av de helsepersonellgrupper som i dag omfattes av autorisasjonsordningen i helsepersonelloven. Det er som nevnt i det foregående gitt forskrift om felles rammeplan for helse- og sosialfaggrupper. Sosionomer og barnevernspedagoger omfattes denne, sammen med bioingeniører,

<sup>7</sup> Utredning fra Sosial- og helsedirektoratet juni 2003, s. 23.

<sup>8</sup> Dagens helsefagarbeidere – omfatter det som tidligere ble titulert som omsorgsarbeidere og hjelpepleiere.

ergoterapeuter, fysioterapeuter, radiografer, sykepleier og vernepleiere. Alle disse, bortsett fra sosionomer og barnevernspedagoger, har offentlig autorisasjon.

Mange av de samme hensynene som ligger til grunn for autorisasjon av helsepersonell kan anføres som grunnlag for å gi sosionomer og barnevernspedagoger autorisasjon. Disse gruppene arbeider med personer som er avhengig av tillit, og en autorisasjonsordning vil kunne gi større muligheter for å fremme sikkerhet og kvalitet i yrkesutøvelsen. Spesielt i situasjoner der forvaltningsloven ikke har direkte anvendelse, kan et regelverk som retter seg mot yrkesutøveren være godt virkemiddel for å ivareta tjenestemottakernes krav til profesjonell yrkesutøvelse og forsvarlighet.

Statens helsetilsyn fører tilsyn ikke bare med helsetjenesten, men også med sosial- og barneverntjenesten, og en autorisasjonsordning vil gi tilsynet et bedre grunnlag for å gripe inn direkte overfor den enkelte yrkesutøver hvis regler som er satt til vern av brukere, klienter og tjenestemottakere blir tilsidesatt. Men mens tilsynet med helsepersonell innebærer et direkte tilsyn med personellet, er tilsynet med barnevernet og sosialtjenesten i dag rettet mot virksomheten. Det innebærer at statsforvaltere påser at kommunene utfører oppgavene etter barnevernloven og sørger for at kommunene får råd og veiledning. Dette tilsynet er altså rettet mot tjenesten og ikke de enkelte utøvere, selv om det indirekte også vil kunne få betydning også for disse.

Statsforvalteren fører også tilsyn med barneverninstitusjonene, omsorgssentre for enslige asylsøkere og sentre for foreldre og barn, og med lovligheten av andre statlige tjenester og tiltak. Statsforvalteren er klageinstans for enkeltvedtak barneverntjenesten fatter etter barnevernloven. Dette gjelder i hovedsak saker der barneverntjenesten har avslått søknader om frivillige hjelpetiltak, for eksempel støttekontakt, barnehageplass eller andre foreldrestøttende tiltak. Alle avgjørelser om ytelse og tjenester etter barnevernloven skal regnes som enkeltvedtak. Vedtak etter § 4-4 og § 4-6 første ledd, samt avslag på søknader om hjelpetiltak, kan derfor påklages til statsforvalteren, jf. § 6-5.

### **3.2 Nærmere om yrkesrollens innhold og hensynet til sikkerhet for tjenestemottakerne**

Det er ingenting i veien for at dagens autorisasjonsordning for helsepersonell utvides til å omfatte personell med sosialfaglig bakgrunn. Sosialfaglig personell har i likhet med helsepersonell sentrale roller innen velferdstjenestene, og det er ofte glidende overganger mellom det som betegnes som helsefaglig og det som betegnes som sosialfaglig. Allerede i dag vil disse profesjonsgruppene kunne falle inn under loven dersom de arbeider innen helse- og omsorgstjenesten og yter helsehjelp, se helsepersonelloven § 3 pkt. 2.

Formålet med autorisasjonsordningen er som påpekt under kapittel 2.4 å bidra til kvalitet, sikkerhet og tillit i tjenesten. En autorisasjon gir forutsigbarhet for mottakerne av tjenestene og betyr at innehaver har de nødvendig faglige kvalifikasjoner og ferdigheter for utøvelsen av yrket. Helsetjenesten og sosialtjenestene har mange likhetsstrekk, og de samme hensyn som begrunner autorisasjon for helsepersonell kan i stor grad anføres for å gi autorisasjon til sosionomer og barnevernspedagoger. Samhandlingsreformen har vektlagt sammenhengende tjenester og helsefremmende arbeid og det er mange

profesjoner som må bidra for å ivareta dette. Etter rusreformen ble ansvaret for tverrfaglig spesialisert rusbehandling flyttet til spesialisthelsetjenesten, og feltet er i stadig større grad blitt et helsefaglig anliggende. Det er likevel stor tverrfaglighet, og sosialarbeiderne jobber nå side om side med leger, sykepleiere og psykologer. Det er naturlig at også sosialfaglig personell har autorisasjon på lik linje med sine kollegaer. Hensikten med rusreformen var blant å styrke misbrukernes/pasientenes rettigheter til behandling, både hva gjelder tilgjengelighet, kapasitet og kompetanse.

Gjennom en ansvarliggjøring av profesjonene, kan myndighetene sette makt bak kravet ved pliktbrudd. Det betyr at en autorisasjonsinnehaver som bryter lovpålagte plikter i ytterste fall kan miste autorisasjonen. I Meld. St. Nr. 13 (2011-2012) kap. 2.3.2 er det påpekt at endringene i tjenestene innebærer økt vekt på helsefremmende arbeid, forebygging av skade og sykdom, tilrettelegging for deltakelse i arbeidslivet, habilitering og rehabilitering, hjelp så nær brukerne som mulig og at brukerne skal få et mest mulig helhetlig tilbud. Dette krever bred kompetanse innen det helse- og sosialfaglige feltet. Flere med bakgrunn i sosial- og barnevernfeltet er viktige bidragsytere for å nå disse helsepolitiske målene. Kompetanse kan sikres gjennom å stille kvalitetskrav til profesjonsutøverne. En autorisasjon vil være dokumentasjon på slik kompetanse.

Mange av kravene i helsepersonelloven er viktige for å fremme sikkerhet, tillit og kvalitet. Kravene er også høyst relevant å stille også i sosialfaglig virksomhet, det gjelder f.eks. krav til forsvarlighet, dokumentasjon, konfidensialitet og opplysningsrett/-plikt. Videre vil krav til medvirkning, informasjon og samarbeid samt krav til å ivareta mindreåriges interesse være sentrale i et kvalitetssikringsperspektiv og med tanke på å sikre helhetlige tilbud til mottakere av tjenestene. Det samme er vilkår for autorisasjon og reaksjoner ved pliktbrudd. Det kan i denne forbindelse nevnes at Regjeringen har igangsatt et arbeid med tillitsreform i offentlig sektor, hvor flere faglige beslutninger skal tas ute i tjenestene og hvor man skal kutte ned på standardisering- og rapporteringskrav. Dette vil kreve "riktig" kompetanse hos de ansatte slik at man sikrer kvaliteten i tjenestene uten et finmasket kontrollregime. Internkontroll knyttet til de ulike profesjonsgruppens plikter vil kunne forenkles ved en felles profesjonslov innen hele det helse- og sosialfaglige feltet.

Hvis sosionomer og barnevernspedagoger skal komme inn under helsepersonelloven, må det gjøres flere lovtekniske forandringer i loven. Se mer om dette under kapittel 8.

### 3.3 Ulike syn på behovet for autorisasjon for sosialfaglig personell

Autorisasjon for sosionomer og barnevernspedagoger har vært et diskusjonstema i mange år.

FO har arbeidet for autorisasjon for barnevernspedagoger og sosionomer i en årrekke. Det har vært påpekt som viktig for å øke anerkjennelsen av disse profesjonene, og sikre at de menneskene som barnevernspedagoger og sosionomer jobber med møter kvalifisert personell som er vurdert som skikket til sin profesjonsutøvelse.

Men myndighetene har til nå ikke fulgt opp ønsket om autorisasjon for disse gruppene. Eksempel på argumentasjon som er blitt brukt *mot* autorisasjon av barnevernspedagoger finner vi i følgende høringsnotat fra Barne- og familiedepartementet uttaler i *Høringsnotat – Kompetanse i barnevernet blant annet*.<sup>9</sup> Også Helse- og omsorgsdepartementet har argumentert mot autorisasjon av sosionomer og barnevernspedagoger.<sup>10</sup> Ett av argumentene er at disse utdanningene ikke er *helsefaglige*. Dette argumentet faller bort når loven endres til å bli en lov for helse- og sosialfaglig personell.

Bufdir har også vurdert innføring av en autorisasjonsordning i barnevernet. De foreslo en ordning hvor tilsatte tildeles autorisasjon etter fullført barnevernsfaglig mastergrad. Direktoratet påpekte samtidig at autorisasjon sannsynligvis vil ha svakere positive virkninger sammenlignet med de andre anbefalte tiltakene. Departementet viser til at innføring av autorisasjon i barnevernet har vært et diskusjonstema over flere år, blant annet med bakgrunn i at autorisasjon gir mekanismer som kan beskytte mot uforsvarlig praksis og personell som er uegnet til å jobbe med barnevernssaker. På helseområdet er alle sentrale helseprofesjoner autorisert i kraft av sin utdanning, i kombinasjon med at den enkelte profesjon normalt har en enerett til å virke på sitt fagområde. En slik universell ordning har ikke latt seg gjennomføre i barnevernet, fordi barnevernet ikke har bestemte begrensninger for hvilke profesjoner som har tilgang til yrket. Enkelte har ment at barnevernspedagoger og sosionomer bør autoriseres på lik linje med helsepersonell, og at vesentlige arbeidsoppgaver i barnevernet bør være forbeholdt disse to utdanningsgruppene. Departementet mener imidlertid at det er viktig å bevare tverrfaglighet i tjenestene, ved at barnevernet fortsatt er åpent for flere utdanningsgrupper, som familieterapeuter, psykologer, jurister og pedagoger. Dermed vil en autorisasjonsordning rettet mot noen utvalgte utdanningsgrupper ha begrenset praktisk betydning, siden de samme oppgavene vil bli utøvd også av personell uten autorisasjon. Departementet mener, i likhet med Bufdir, at innføring av kompetansekrav og videreutvikling av de barnevernsfaglige masterutdanningene vil ha langt større effekt med hensyn til tjenestenes legitimitet og kvalitet. Vi mener derfor at det ikke er hensiktsmessig å gå videre med en autorisasjonsordning. Gode skikkethetsvurderinger i utdanningene, arbeidsgivers adgang til å ilegge disiplinærreaksjoner til tilsatte som ikke er egnet til å jobbe i barnevernet og fylkesmannens tilsyn anses også som mer hensiktsmessige virkemidler for å håndtere uforsvarlig praksis i tjenestene.

Til dette kan innvendes at ytelse av helsehjelp i liten grad er monopolisert for en kategori helsepersonell. Det er med andre ord ikke bestemte begrensninger for hvilke profesjoner som gis tilgang til yrket. Det er forsvarlighetskravet som først og fremst setter grenser for hvem som kan gjøre hva. Også andre enn autorisert helsepersonell kan innen rammen av forsvarlighet yte helsehjelp, lovgivningen er ikke til hinder for det. Fordelen med offentlig autorisasjon er at det gir autorisasjonsinnehaver en større grad av ansvar og selvstendighet, og som påpekt i det foregående kan virke som et incitament for rekruttering til utdanning innen vedkommende fag.

<sup>9</sup> *Høringsnotat – Kompetanse i barnevernet* sendt på høring: 30.03.2020 Høringsfrist: 30.06.2020

<sup>10</sup> Se brev fra Helse- og omsorgsdepartementet til Fellesorganisasjonen, datert 3. juli 2014



Bufdir har i en senere rapport<sup>11</sup> om kompetanse i barnevernet uttalt følgende:

«Direktoratets oppdrag knyttet til autorisasjon er avgrenset til vurdering av en ordning for barnevernspedagoger og sosionomer som arbeider i barnevernet. Vi ser at autorisasjon kan gi positive virkninger for kvaliteten i barnevernet gjennom å tydeliggjøre den enkeltes ansvar og gi faglig stolthet og tillit til beslutninger. Samlet sett vurderer vi likevel at dette sannsynligvis vil ha mindre påvirkning på kvalitet og kompetanse i sektoren enn de andre tiltakene i denne Bufdir 12 utredningen. Autorisasjon innebærer i seg selv kun sanksjonsmuligheter rettet mot enkeltansatte. Det medfører ikke endringer i utdanningene eller kompetansekrav til tjenestene. Vi mener at kompetansekrav, lengre utdanning og nasjonal eksamen i juss er mer treffsikre virkemidler for å heve kvaliteten og kompetansen i barnevernet. Dersom autorisasjon likevel innføres foreslår vi at den tildeles etter fullført mastergrad, for de to mastergradene beskrevet over. Dette innebærer at barnevernspedagoger autoriseres gjennom master i barnevern, mens andre relevante yrkesgrupper, som sosionomer, autoriseres dersom de tar en master i barnevernsarbeid. En autorisasjonsordning for arbeid i barnevernet vil dermed ha en klar sammenheng med innholdet i utdanningen. Etter vårt syn vil det være problematisk å innføre autorisasjon på bachelornivå for sosionomer. Dette skyldes at autorisasjonen ikke vil inkludere deres yrkesutøvelse innenfor den bredere velferdssektoren, hvor sosionomene primært arbeider. Autorisasjonen vil dermed miste noe av sitt formål fordi den ikke knyttes til yrkesgruppens kjernekompetanse. Barnevernspedagoger og sosionomer kan få autorisasjon ved gjennomført videreutdanning som en del av overgangsordningen knyttet til kompetansekrav. Vi foreslår at en autorisasjonsordning i barnevernet utarbeides etter modell fra autorisasjonsordningen for helsepersonell. Dette skyldes at det er delvis overlappende yrkesgrupper i de to sektorene og at autorisasjonsordningen for barnevern vil omfatte relativt få personer. Et likt regelverk vil gjøre ordningen enklere å forvalte. Med vår foreslåtte innretning vil likevel flere yrkesgrupper som arbeider i barnevernet fortsatt være uten autorisasjon. Autorisasjon vil dermed innebære en forskjellsbehandling av arbeidstakere som gjør likt arbeid. Mens enkelte yrkesgrupper vil kunne miste retten til å utøve sitt yrke, vil det ikke være aktuelt for personer med annen utdanningsbakgrunn. Dette vil sannsynligvis også virke forvirrende på barn og familier, som ikke nødvendigvis vil vite hvorvidt deres saksbehandler er omfattet av ordningen eller ei. Vi har derfor sett nærmere på en ordning hvor ansatte kan motta reaksjoner uavhengig av deres utdanningsbakgrunn og føres opp i et nasjonalt barnevernspersonellregister, etter modell fra lignende register for helsepersonell. En slik ordning kan være fordelaktig, men bør utredes nærmere.

Uttalelsen om at «(A)utorisasjon innebærer i seg selv kun sanksjonsmuligheter rettet mot enkeltansatte. Det medfører ikke endringer i utdanningene eller kompetansekrav til tjenestene», er ikke helt i samsvar med virkeligheten når det gjelder rettsvirkningene av autorisasjon. Som påpekt under kapittel 2.5 innebærer autorisasjon individuelle plikter som ikke kan utledes av tjenestelovgivningen, og med autorisasjon vil også tilsynsmyndighetene ha innvirkning på innholdet

<sup>11</sup> Rapport 04/2019 Bufdir.

i utdanningen. Og ikke minst vil mottakerne av tjenestene få større rettigheter overfor den som gjennomfører beslutninger og tiltak.

Argumentet om at autorisasjon for barnevernspedagoger må forbeholdes de som har mastergrad forutsetter at det er problematisk å innføre autorisasjon på bachelornivå. Dette mangler begrunnelse. Som påpekt i det foregående er det mange helsepersonellgrupper som har autorisasjon på bakgrunn av bachelorgrad og til og med på lavere nivå enn dette. Likeens er argumentet om forskjellsbehandling av arbeidstakere som gjør likt arbeid ikke et tungtveiende argument. Det samme kan gjøres gjeldende innen helsetjenesten, men det er ingenting som tyder på at det byr på problemer overfor brukerne at autoriserte og ikke-autoriserte helsearbeidere, arbeider innen samme tjeneste.

Og når det gjelder plikter i forbindelse med saksbehandling, er det forvaltningsloven som regulerer dette, ikke plikter som følger av profesjonsutøvelsen.

**Statens helsetilsyn har på sin side støttet tanken om autorisasjon for sosionomer og barnevernspedagoger. De skriver i et notat til Helse- og omsorgsdepartementet bl.a.:**<sup>12</sup>

Barnevernspedagoger og sosionomer arbeider ofte med samfunnets mest utsatte og sårbare mennesker. Arbeidet skjer i "lukkede rom", ofte kun med to personer som, som forutsetning for relasjonen, er i ulike maktposisjon. Arbeidet skjer også i institusjoner som, på tross av store forbedringer de siste ti – tyve årene, til dels er skjermet for innsyn og hvor overgrep av fysisk eller psykisk art kan skje og må antas å skje.

(...)

Autorisasjonsordningen i helsepersonelloven fungerer videre som et virkemiddel i samfunnets vurdering av hva som er faglig forsvarlig helsetjeneste. Ved at tilsynsmyndigheten vurderer hendelser i forhold til standarder i helselovgivningen, primært kravet til faglig forsvarlig virksomhet, deltar den i det dynamiske og kontinuerlige arbeidet som fastsetter hva som er den alminnelige gode praksis, eller riktig kvalitet i yrkesutøvelsen til de aktuelle yrkesgruppene.

I dag er barnevernspedagoger og sosionomer skjermet for denne typen vurderinger av sin faglige virksomhet. Samfunnet har ikke etablert ordninger hvor jus og barnevernfaglig/sosialfaglig kompetanse vurderer enkelthandlinger eller vedvarende praksis. Derved blir ikke disse arbeidsområdene, på samme måte, gjenstand for samfunnets uavhengige vurdering av hvor den nedre grense går for hva som er akseptabel standard for brukerne.

Det kan hevdes at sosialt arbeid og barnevernfaglig arbeid er av en slik karakter at det ikke kan gjøres vurderinger på samme måte som når det

<sup>12</sup> Notat dater 12. juni 2008, ref. 2008/790 II JK. Se også udatert notat av juni 2003 og tilleggsutredning av autorisasjon av helsepersonell 1. september 2008.

gjelder de ulike helsefagene. Etter vår vurdering er det muligens vanskeligere, men vanskelighetsgraden kan ikke være det avgjørende argumentet i en vurdering av om det er hensiktsmessig eller nødvendig. Brukere av barnevern og sosialtjeneste må kunne stille det samme kravet til at fagutøvelse gjøres til gjenstand for uavhengige vurderinger, som pasienter i helsetjenesten. Forsvarlighetskravet bør kunne utledes av personellens utdanning, praksis og den kompetanse som kan forventes, på samme måte som det i dag gjøres for helsepersonell. Hvis vi forventer at arbeidsgivere, ved sin plikt til internkontroll, skal være i stand til å vurdere om yrkesutøvelsen er forsvarlig, må også tilsynsmyndigheten kunne ha den nødvendige kompetanse for å vurdere dette.

I sum innebærer dette at en autorisasjonsordning, etter vår vurdering, både vil sikre at uegnede personer ikke kan arbeide i barnevern og sosialtjeneste og at faget blir gjenstand for en kontinuerlig vurdering av hva som er uakseptabelt eller uforsvarlig.

En autorisasjonsordning kan på denne måten sees som en naturlig forlengelse av den øvrige harmoniseringen av tilsynsfunksjonen som har skjedd de senere årene ved at Statens helsetilsyn er blitt tillagt det faglig overordnede ansvaret for tilsyn med sosiale tjenester. Når det skjer uønskede hendelser i helsetjenesten gjør tilsynsmyndigheten en vurdering av både virksomheten og det enkelte personell. Det at samme myndighet, på faglig og juridisk grunnlag, gjør en helhetlig vurdering av en hendelse, bidrar til at uønskede hendelser vurderes i en sammenheng og derved til at korrigeringer kan skje både i virksomhetens styring og i den enkeltes profesjonsutøvelse.

Ved å legge de samme prinsipper til grunn for sosialtjenester og barnevern vil samfunnets trygghet for at brukere får forsvarlige tjenester kunne styrkes.

For å oppnå formålet om at en autorisasjonsordning skal fungere etter hensikten er det altså etter vår vurdering nødvendig at den myndighet som skal undersøke og bedømme eventuelle brudd på grunnlaget for autorisasjonen er den samme som har tilsyn med tjenestene. Denne myndigheten må, slik vi ser det, ha både tjenestefaglig og juridisk kompetanse til å vurdere og treffe vedtak. Hensynet til både brukere, personellet og de ansvarlige for tjenestene innebærer at eventuelle vedtak er juridisk og faglig vurdert og begrunnet.

#### **Statens helsetilsyn konkluderer slik:**

Det er et tankekors at samfunnet ikke har etablert samme virkemidler overfor sosial- og barnevernarbeidere som gjør overgrep av fysisk eller psykologisk art, eller som vedvarende utøver sitt fag på en måte som ligger under kravet til forsvarlig virksomhet, som det vi har overfor 27 grupper av helsepersonell.

Autorisasjonsordninger er virkemiddel med direkte betydning for sikkerheten i yrkesutøvelsen, noe som tydelig kommer til uttrykk gjennom bestemmelser om tilbakekall av autorisasjon hvis autorisasjonsinnehaver opptrer på en måte som kan ha skadelige følger for tjenestemottakerne. Tilsynsmyndighetenes adgang til inngripen overfor profesjonsutøvere som har folks helse som virkeområde er en sentral motivering for autorisasjonsordninger, og dette har direkte relevans også

for sosionomer og barnevernspedagoger. Og ikke minst vil mottakere av tjenester og tiltak få styrket sin rettslige posisjon overfor dem som yter tjenestene.

### 3.4 Autorisasjonsordningen for sosionomer og barnevernspedagoger i andre nordiske land

I **Finland** er både sosionomer og sosialarbeidere autoriserte etter *lag om yrkesutbildade personer inom socialvårdenom*.<sup>13</sup> Utøvelse av yrket som sosionom er forbeholdt den som har autorisasjon (eller legitimasjon). Det er altså bare autorisert personell som kan utøve det aktuelle yrket.

#### Yrkesrettigheter i sosialomsorgen

Lov om fagpersoner i sosialomsorgen trådte i kraft 1. mars 2016. Formålet med loven er å fremme klientsikkerhet og sosialhjelpsklienters rett til sosial omsorg av god kvalitet og til god behandling. Valvira (det finske helsetilsynet) gir etter søknad rett til å utøve et yrke innen sosialomsorg for profesjonelt utdannede personer i sosialomsorg som er utdannet i Finland eller i utlandet.

#### Det er tre ulike typer rettigheter til å utøve yrket i sosialomsorgen:

- retten til å være aktiv som autorisert yrkesutøver i sosialomsorgen.
- rett til å bruke en beskyttet yrkesbetegnelse.
- begrenset rett til å praktisere.

Det kan søkes om legitimasjon eller registrering av beskyttet yrkestittel etter fullført grad.

I **Sverige** kan sykehussosionomer få autorisasjon/legitimasjon.<sup>14</sup>

Fra og med 1. juli 2019 er helse- og helsekuratoren et «identifikasjonsyrke» i Sverige. Det betyr at yrkestittelen er beskyttet og at kun de som har legitimasjon kan kalle seg helse- og helsekurator.

Fra 1. juli 2019 til 1. juli 2024 kan den som ikke har helse- og helsekuratorutdanning, men som har jobbet som helsekurator, søke om legitimasjon etter overgangsbestemmelser.

Legitimasjon kan gis den som har sosionomgrad eller annen relevant grad på minst lavere nivå ved universitetet, sammen med

1. aktivitet som kurator i helsevesenet i minst fem år eller
2. virksomhet som kurator i helsevesenet i minst to år og relevant videreutdanning.

<sup>13</sup> <https://www.finlex.fi/sv/laki/alkup/2015/20150817>

<sup>14</sup> [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetslag-2010659\\_sfs-2010-659](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetslag-2010659_sfs-2010-659),

På **Island** er sosialarbeider sertifisert i Lov om helsepersonell (2012 nr. 34. 15. mai).<sup>15</sup> Loven inneholder mange av de samme pliktene som helsepersonelloven i Norge. Det er dessuten verdt å merke seg at helsepersonelloven på Island inneholder flere yrkesgrupper enn helsepersonelloven i Norge. 33 grupper omfattes av loven, og sosialarbeidere er altså definert som helsepersonell. Ytterligere profesjoner kan tas inn i loven etter forskrift.

Det er gitt egen forskrift om sosialarbeideres utdanning, rettigheter og plikter og vilkår for å få driftstillatelse og spesialistlisens.

Island var det første landet i Norden som ga utøvere innen sosialt arbeid lovbeskyttet stillingstittel.

### 3.5 Ulike lovtekniske løsninger

Innføring av autorisasjonskrav for sosionomer og barnevernspedagoger kan innføres ved ulike lovtekniske løsninger.

- a. Innarbeide autorisasjonskrav i dagens helsepersonellov.
- b. Innarbeide autorisasjonskrav i barnevernloven og lov om sosiale tjenester i NAV
- c. Ny lov som spesielt regulerer dette.

*Ad. pkt. a.*

Helsepersonelloven er utformet med tanke på at personellet yter helsehjelp innen helsetjenestens ulike nivåer, herunder i privat praksis. *Kvalitet, sikkerhet og tillit* står sentralt når det gjelder motiveringen for loven.

*Helsehjelp* er definert som «enhver handling som har forebyggende diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål og som utføres av helsepersonell (hpl. § 3 tredje ledd).

Det er med andre ord pasient- og brukerrettet hjelp som faller inn under loven, ikke virksomhet som går ut på å tildele, fordele eller forvalte andre velferdsytelser, se kapittel 1.2.3 Eller for å si det kort og litt unøyaktig: Når man *behandler pasienter* gjelder helsepersonelloven, når man *behandler saker* gjelder forvaltningsloven.

Felles for helse- og sosialfaglige tjenester er at de er rettet mot enkeltindivider og yrkesrollens innhold innebærer en stor grad av direkte pasient, klient- og brukerkontakt, en kontakt som ikke fullt ut lar seg styre av forvaltningsrettslige regler. Et faglig skjønn basert på profesjonsetiske normer og kliniske vurderinger ligger til grunn for de beslutninger som tas.

*Ad. pkt. b*

Barnevernsloven og lov om sosiale tjenester i NAV er forvaltningslover, det vil si lover som regulerer saksbehandling og vedtak i offentlige organer. Mens helsepersonelloven retter seg direkte mot den enkelte yrkesutøver i en behandler/

<sup>15</sup> <https://www.althingi.is/lagas/nuna/2012034.html>

helsehjelp-pasient/klient-relasjon, retter forvaltningslovene seg først og fremst mot tjenesten/organet.<sup>16</sup>

Det er selvfølgelig mulig å innføre bestemmelser i disse lovene som viser til helsepersonelloven når det gjelder deler av virksomheten. Lovteknisk er ikke dette en god løsning, da det vil kunne bli krevende for den enkelte å orientere seg i regelverket og finne frem til regler som gjelder for de ulike deler av yrkesutøvelsen. Det er også et poeng at mange barnevernspedagoger og sosionomer arbeider innen andre deler av velferdsforvaltningen som ikke reguleres i ovennevnte lover.

*Ad. pkt. c*

En egen lov er en mulig løsning. Loven vil i tilfelle inneholde mange av de samme bestemmelsene som helsepersonelloven. Det politiske målet om regleverkforenkling og reduksjon av administrative kostnader<sup>17</sup> tilsier at det ikke innføres nye lover der det er mulig å innpasse nye bestemmelser i gjeldende regelverk.

### 3.6 Oppsummering og anbefaling

Med autorisasjon følger et selvstendig og individuelt ansvar for å utføre arbeidsoppgavene på en faglig forsvarlig måte. Den som er offentlig autorisert, har et personlig ansvar for å etterleve lovbestemte krav og å holde seg faglig oppdatert. Forsvarlighetskravet er sentralt og innebærer bl.a. en plikt og til å avstå fra å gi hjelp på områder som en ikke behersker eller ikke er kompetent til. En tydeliggjøring av de individuelle pliktene antas best å kunne reguleres i samme lov som helsepersonell, siden pliktene for helsepersonell i stor grad også kan gjøres gjeldende for sosialfaglig personell. Pliktene skal gjenspeile rettigheter for dem som er mottakere av tjenestene, og en felles lov vil for tjenestemottakerne gi bedre grunnlag for å skaffe seg oversikt over de rettigheter man har vis a vis ulike profesjonsutøvere.

Siden barnevernsloven og lov om sosiale tjenester i NAV er forvaltningslover som regulerer myndighetsutøvelsen, er det ikke naturlig å regulere profesjonsutøvelsen i disse. En *egen* lov med tilnærmet likt innhold som helsepersonelloven er ikke i overensstemmelse med det overordnede politiske målet om regleverkforenkling.

En felles lov vil bidra til en enhetlig utforming og forenkle arbeidet for dem som skal anvende loven og gjøre det enklere å finne svar på spørsmål som ofte oppstår i forbindelse med arbeidet. Det gjør det også enklere for dem som er ansvarlige for tjenestene å finne frem til plikter og rettigheter. Ikke minst for mottakere av disse tjenestene er et samlet regelverk enklere å bruke for å finne frem til rettigheter man har i møte med ulike profesjonsutøvere. Dessuten vil tilsynsmyndighetene få et ensartet regelverk å forholde seg til ved utøvelsen av tilsynet. Statens helsetilsyn fører i dag tilsyn både med helsetjenesten (og helsepersonellet) og med sosial- og barneverntjenesten. Mens tilsynet altså

<sup>16</sup> Det er stedvis unntak fra dette, for eksempel er taushetsplikt rettet mot «enhver som utfører tjenester eller arbeid», se forvaltningsloven § 13.

<sup>17</sup> Se Ot. Prp. Nr. 87 (2002-2003) og NOU 1990:9 og NOU 1992:32.

omfatter personellet som yter helsehjelp, omfatter det ikke tilsyn direkte med personellet som utfører sosialfaglig arbeid. Dette har Statens helsetilsyn selv påpekt som uheldig, jf. kapittel 3.3.

**Anbefaling:**

Jeg anbefaler på bakgrunn av ovenstående at sosionomer og barneverns-  
pedagoger gis autorisasjon etter helsepersonelloven og at det gjøres endringer  
og tilpasninger i loven slik at bestemmelsene i helsepersonelloven også får  
anvendelse for sosionomer og barnevernspedagoger. Autorisasjon kan gis på  
bakgrunn av grunnutdanningen, dvs. 3.årig bachelorutdanning.

# Kapittel 4. Ulike tjenester og tjenesteytere i helse-, sosial- og omsorgsyrkene

## 4.1 Forholdet mellom de ulike tjenestene

Helsehjelp er definert slik i hpl. § 3. «Med helsehjelp menes enhver handling som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål og som utføres av helsepersonell».

Etter forskrift 15. mars 2019 nr. 409 om nasjonal retningslinje for sosionomutdanningen skal profesjonsutøvere i sosialt arbeid kunne bistå enkeltpersoner, familier eller grupper med å *forebygge, redusere og mestre sosiale- og helsemessige problemer*, se kapittel 3.1.

Her ser vi at det er overlapp mellom det som defineres som helsehjelp og det som defineres som sosiale tjenester.

Omsorgstjenester var tidligere definert inn under sosialtjenesteloven (loven av 1991). Nå er omsorgstjenestene regulert i helse- og omsorgstjenesteloven og i pasient- og brukerrettighetsloven. Uavhengig av reguleringsmåte, er det i nyere lovgivning vektlagt samarbeid på tvers av profesjonsgrensene.

I proposisjon om endringer i velferdstjenestelovgivningen (samarbeid, samordning og barnekoordinator) er det blant annet uttalt:

«De 29 gruppene som er autorisert etter helsepersonelloven, samt ytterligere personellgrupper som uten autorisasjon arbeider innenfor helse- og omsorgstjenesten, for eksempel barnevernspedagoger og sosionomer, kan på ulikt vis være like viktige for den enkelte pasient eller bruker som mottar helse- og omsorgstjenester. I en tjenestelov som departementet nå foreslår vil det derfor både være uheldig, og gi en skjev fremstilling, dersom enkelte personellgrupper skal nevnes særskilt i lovtekst».<sup>18</sup>

Det er vedtatt endringer i helse- og omsorgstjenesteloven, spesialisthelsetjenesteloven, psykisk helsevernloven, pasient- og brukerrettighetsloven, barnevernloven, barnehageloven, opplæringsloven, friskoleloven, sosialtjenesteloven, NAV-loven, krisesenterloven, familievernkontorloven, integreringsloven og tannhelsetjenesteloven.

Formålet med endringene er å styrke oppfølgingen av utsatte barn og unge og deres familier gjennom økt samarbeid mellom velferdstjenestene. I nevnte proposisjon er det i kap. 1 uttalt:

<sup>18</sup> Prop. 91 L (2010–2011) Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) pkt 14.2.3.3,



«Det vil til enhver tid være barn og unge som har behov for et sammensatt tjenestetilbud som følge av for eksempel psykiske eller fysiske helseutfordringer, vanskelige hjemmeforhold eller andre psykososiale utfordringer. Noen vil ha slike utfordringer allerede fra fødselen av, og andre vil få vansker underveis. Noen barn er i en særlig vanskelig livssituasjon som følge av fattigdom, krigsopplevelser eller uavklart bosituasjon. Alle barn og unge mottar velferdstjenester, for eksempel barnehage- og skoletilbud. En del barn og unge mottar også andre velferdstjenester i kortere eller lengre perioder av sin oppvekst. Noen barn og unge har et stort behov for samordnede tjenester på tvers av sektorer, mens for andre er samordningsbehovet mindre. De fleste barn og unge har gode oppvekstvilkår. Samtidig er det en økende bekymring for at barn og unge som har behov for sammensatte tjenester, ikke får et tilstrekkelig helhetlig tjenestetilbud.

Flere offentlige utredninger og tilsyn viser at de ulike velferdstjenestene i mange saker ikke samarbeider godt nok. Mange familier med barn med behov for et sammensatt tjenestetilbud har utfordringer i hverdagen. Foreldrene opplever forskjeller i tjenester og omfang basert på hvilken kommune de bor i. I tillegg til å ha store omsorgsoppgaver, opplever mange manglende koordinering, lite innflytelse over egen hverdag og et tjenestetilbud som ikke henger sammen. Mange foreldre opplever at informasjonen om tjenester og hjelpesystemet er mangelfull, tilfeldig og personavhengig, og at de selv må finne, utløse og koordinere hjelpen som gis. Barn, unge og deres foresatte formidler et tydelig ønske om at ulike aktører som tilbyr hjelp, må jobbe bedre sammen.

For at utsatte barn og unge skal få et godt og helhetlig tjenestetilbud, må de ulike sektorene samarbeide godt, og det må være tydelig hvem som har hovedansvaret for å samordne tilbudene.

Flere offentlige utvalg og utredninger har pekt på at det er behov for regelverksendringer som i større grad sikrer at barn og unge får et helhetlig tjenestetilbud. (...)».<sup>19</sup>

«Omsorgstjenester er ikke en klart avgrenset gruppe av tjenester. Omsorgstjenestene kjennetegnes av at de ofte gis i private hjem eller omsorgsbolig, eller at hjelpen gis gjennom kort- eller langvarig opphold i institusjon, for eksempel sykehjem. Omsorgstjenestene avgrenses samtidig mot spesialisthelsetjenester og helse- og omsorgsbehov som det forventes at den enkelte selv ivaretar.

De klassiske omsorgstjenestene er tjenester i hjemmet (hjemmetjenester), opphold i institusjon (sykehjem), personlig assistanse eller annen praktisk bistand, støttekontakt, omsorgsstønning, pårørendestøtte og avlastning, samt brukerstyrt personlig assistanse (BPA). Disse tjenesteformene er kommunene gjennom lov forpliktet til å ha tilbud om til sine innbyggere. Kommunene står imidlertid fritt til også å finne andre tjenesteformer og løsninger for å møte den enkeltes behov. Mange kommuner har for eksempel tatt i bruk ulike

<sup>19</sup> Prop. 100 L (2020–2021) Endringer i velferdstjenestelovgivningen (samarbeid, samordning og barnekoordinator)

former for velferdsteknologiske løsninger, for eksempel trygghetsalarm, GPS og medisindispenser.»<sup>20</sup>

Omsorgstjenestene er ikke klart avgrenset mot sosiale tjenester. Men lov om sosiale tjenester i NAV inneholder bestemmelser om økonomisk sosialhjelp og opplysning, råd og veiledning og regulerer dermed først og fremst saksbehandlingen. Forvaltningsloven kommer derfor til anvendelse når sosialfaglig personell behandler saker etter sosialtjenesteloven. Personell som arbeider innen sosialtjenesten kan imidlertid også yte bistand som ikke reguleres av forvaltningsloven, og da er virksomheten utenfor lovregulert område.

En felles lov som et overordnet rammeverk for de ulike profesjonene innen helse- omsorg- og sosialtjenesten, med like krav til utøverne, uavhengig av om det er helse- omsorgs- eller sosialfaglig personell som utøver oppgavene, kan være et godt virkemiddel for samhandling og koordinert innsats. Dessuten vil arbeidsgivere (kommunale og statlige) ha et felles regelverk som gir grunnlag for ensartet system for internkontroll når det gjelder etterlevelse av lovpålagte plikter, se kapittel 3. Også for det statlige tilsynet vil en felles lov være et godt virkemiddel for å etablere ensartet tilsynssystem for hele helse-, omsorgs- og sosialtjenesten

---

<sup>20</sup> Fra Regjeringens hjemmeside, oppdater 11.10.1.

## Kapittel 5. Ulike krav i helsepersonelloven med særlig relevans for sosialfaglig personell

I det følgende vil jeg vektlegge det generelle *kravet til forsvarlighet, kravet til dokumentasjon og behandling av personopplysninger*, samt kravet til *informasjon, medvirkning, samtykke og samarbeid*, siden dette er bestemmelser med særlig stor betydning for å fremme kvalitet, sikkerhet og tillit i møte med den enkelte tjenestemottaker.<sup>21</sup>

### 5.1 Krav til forsvarlighet

Utgangspunktet er at alle tjenester som tilbys og ytes skal være forsvarlige. Det er en minstestandard for alle tilbud og tjenester som tilbys og ytes, på alle nivåer, både privat og offentlig. Når det gjelder tjenestens ansvar for forsvarlighet, følger dette for sykehusenes vedkommende av spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, for den kommunale helse -og omsorgstjenesten av lovens § 4-1, for barneverntjenesten av lovens § 1-7 og for sosialtjenesten av lovens § 4.

#### 5.1.1 Kravet til forsvarlighet i helsepersonelloven

For det enkelte helsepersonell innebærer det en plikt til å opptre i samsvar med de til enhver tid gjeldende faglige normer og lovbestemte krav til yrkesutøvelsen. Vurderingen må alltid være konkret ut fra den aktuelle situasjonen. Helsepersonelloven § 4 gir føringer for hva som skal vurderes. Det er en sentral bestemmelse, som både skal være grunnlaget for faglige vurderinger i daglig praksis og utgangspunkt for de vurderinger tilsynsmyndighetene gjør.

**Bestemmelsen lyder:**

*Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig.*

*Helsepersonell skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, og skal innhente bistand eller henvise pasienter videre der dette er nødvendig og mulig. Dersom pasientens behov tilsier det, skal yrkesutøvelsen skje ved samarbeid og samhandling med annet kvalifisert personell. Helsepersonell har plikt til å delta i arbeid med individuell plan når en pasient eller bruker har rett til slik plan etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-5.*

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

<sup>21</sup> Det er en rekke andre plikter i helsepersonelloven, som altså foreslås skiftet navn til lov om helse- og sosialfaglig personell, som vil gjelde for sosionomer og barnevernspedagoger hvis forslaget følges opp. Disse pliktene er ikke direkte knyttet til forholdet mellom fagpersonellet og tjenestemottakerne, og jeg nøyer meg med å kommentere disse under de aktuelle bestemmelsene i lovforslaget, jf. kapittel 8.

Forsvarlighet er utgangspunktet for vurdering av hvilke oppgaver helsepersonellet kan og skal utføre, hvilke metoder som kan brukes, instruksjoner som følges, hvordan tjenestene skal organiseres, og hva som kan delegeres m.m.<sup>22</sup> Øvrige pliktbestemmelser i helsepersonelloven må også sees i sammenheng med kravet til faglig forsvarlighet.

Hovedhensynet bak kravet om forsvarlighet i helsevesenet er å beskytte pasienten og samfunnet mot handlinger og unnlater som innebærer «unødvendig» skaderisiko eller likegyldig, eventuelt ignorerende, atferd. Plikten gjelder ved alle deler av yrkesutøvelsen, ikke bare i forbindelse med behandling av pasienter.

I forsvarlighetskravet ligger det innebygget en rettslig og faglig norm for hvordan den enkeltes yrkesutøvelse bør innrettes i enhver sammenheng. Normen er ikke statisk, men har en rekke innebygde variabler. At det er en rettslig standard, innebærer at innholdet i bestemmelsen vil være dynamisk og endres med endrede forventninger ut fra faglig utvikling, endrede verdioppfatninger og lignende. Den legger ikke til grunn ideell atferd, men bygger på hva som vanligvis kan forventes i den aktuelle situasjon ut fra gitte kvalifikasjoner. I loven blir forsvarlighetskravet i stor grad styrende for hvilke behandlingsmetoder helsepersonell kan benytte, og hvilke sykdommer som kan behandles, i stedet for monopoler for enkelte helsepersonellgrupper.

Brudd på plikten kan føre til reaksjon etter helsepersonelloven kap. 11. Ulempen med å benytte en slik rettslig standard er at det vil oppstå tvil og usikkerhet med hensyn til grensen mellom forsvarlig og uforsvarlig. regulering, kan bestemmelser om dette gis i forskrift med hjemmel i denne bestemmelsen. Hvilke krav som må stilles for at yrkesutøvelsen anses som forsvarlig, må vurderes ut fra 1) helsepersonellens faglige kvalifikasjoner, 2) arbeidets karakter og 3) situasjonen for øvrig.

Helsepersonellens kvalifikasjoner «som kan forventes»: Ethvert helsepersonell skal opptre forsvarlig og i samsvar med faglige kvalifikasjoner. Det innebærer at personell ikke skal gå utover sine faglige kvalifikasjoner eller lovbestemte kompetanse i forbindelse med helsehjelp til pasienter. Kravet setter også grenser for hvilken helsehjelp andre kan pålegge helsepersonell å gi. Det vil være en plikt for helsepersonell å tilpasse yrkesutøvelsen etter faglige kvalifikasjoner, slik at man ikke påtar seg andre arbeidsoppgaver enn det kvalifikasjonene tilsier. «Situasjonen for øvrig» kan imidlertid tilsa at man i konkrete situasjoner kan gå utover de faglige kvalifikasjoner uten at dette medfører rettslig ansvar). Forventninger om hva som anses forsvarlig, og dermed rettsnormen, vil variere etter hvilke faglige kvalifikasjoner helsepersonellet har.

Et viktig holdepunkt for hvilke forventninger som kan stilles til helsepersonellens yrkesutøvelse, er vedkommendes utdanning og profesjonstilhørighet, herunder hvilken helsehjelp det er forutsatt at de ulike grupper antas å ha faglig kompetanse til å gi. I autorisasjonsordningen for de ulike helsepersonellgrupper forutsettes det at enkelte grupper av autorisert helsepersonell innehar særskilt kyndighet for yrkesutøvelse innenfor sine respektive områder av helsetjenesten

<sup>22</sup> Om helsepersonelloven, se Befring & Ohnstad, *Helsepersonelloven med kommentarer*, 1. utgave, Bergen 2019.

– og at denne kyndigheten benyttes i pasientbehandlingen. Tilsvarende gjelder offentlig godkjenning som spesialist. Tittelbeskyttelse er et sentralt virkemiddel for offentlig styring i denne forbindelse. Bruk av bestemte titler skal bidra til forutsigbarhet for befolkningen ved at det kan forventes hvilken helsehjelp som gis, og hvilke metoder som benyttes. Dette innebærer rammer for hvilke metoder helsepersonell kan benytte når de blir oppsøkt på bakgrunn av sin autorisasjon og tittel. At det ved fastleggelsen av innholdet i forsvarlighetskravet tas utgangspunkt i den enkeltes utdanning og profesjonstilhørighet, innebærer ikke at dette alene er styrende for hva som kan forventes.

Den faglige kompetanse vil kunne utvikles og endres over tid, noe som også endrer de faglige forventninger. Her som ellers i samfunnet kan kvalifikasjoner opparbeides utenom ordinær utdanning, noe det må tas hensyn til i avgjørelsen av hvilken helsehjelp som kan gis forsvarlig. De ulike profesjoner vil i utgangspunktet ha overlappende faglig kompetanse og kunnskap, noe som også kan endres over tid. Utviklingen kan medføre at metoder som ble ansett å være forbeholdt én gruppe å utføre, på en forsvarlig måte kan utføres av andre når disse har fått tilstrekkelige kvalifikasjoner. Forsvarlighetskravet vil også innebære forskjeller innad i en helseprofesjon med hensyn til hvilken helsehjelp som kan gis, fordi kvalifikasjoner vil variere innenfor samme profesjon.

### 5.1.2 Forsvarlighetskravet i sosialfaglig arbeid

Det er mange likhetstrekk mellom sosialfaglig og helsefaglig virksomhet. De samme hensynene som ligger bak reglene i helsepersonelloven kan gjøres gjeldende i sosialfaglig arbeid. Barn og familier må likevel forholde seg til instanser og personale med forsvarlighetskrav som er ulikt beskrevet i lovgivningen. Helselovgivningens mer utfyllende beskrivelser kan gi ulike bidrag til økt forsvarlighet i barneverntjenester, herunder ved at instansens og personalets forsvarlighetskrav tilpasses deres målgruppe og mandat og ved lovfesting av kompetansekrav i barneverntjenester.<sup>23</sup> For eksempel vil kravet gjelde i møte mellom barnevernsansatte og foreldre og barn i forbindelse med observasjoner og undersøkelser i en barnevernssak. Kravet til mastergrad for utførelse av visse oppgaver i barnevernet, vil suppleres av det generelle kravet til forsvarlighet her.<sup>24</sup>

Målestokken for det forsvarlige vil ikke være det som følger av ønskede situasjoner, for eksempel knyttet til ubegrensede midler og eksklusiv spisskompetanse. Tilgjengelige økonomiske og faglige ressurser må tas i betraktning og kan begrense omfanget av ulike tiltak. Det vil også være en viss plikt til sparsomhet, men uten at denne går utover det faglig forsvarlige. Hva som kan forventes ut fra faglige kvalifikasjoner, vil her som ellers i aktsomhetsnormen variere ut fra hvordan situasjonen fortonte seg. Vurdering av forsvarlighet i ettertid forutsetter dermed kjennskap til situasjonen. At dette er regulert i loven, markerer at det ikke er de ideelle handlinger konstruert i etterpåkløkskapens lys som er gjenstand for vurderinger, men slik den faktisk situasjon fortonte seg. Dette forutsetter en retrospektiv gjengivelse av de forutsetninger som var til stede i situasjonen, og innebærer at kravet må ses i sammenheng med de muligheter og rammebetingelser som er til stede i situasjonen. Personellet skal med andre ord ikke lastes for forhold vedkommende ikke har herredømme over, for eksempel fordi det skyldes en svikt i organiseringen, eller fordi handlingsalternativet er en

<sup>23</sup> Kane, Aina Aune (2018) Tidsskriftet Norges Barnevern pp 2000-2016

<sup>24</sup> Ny lov om barnevern (barnevernsloven) 10. juni 2021 nr. 173. Kravet gjelder fra 1. januar 2031.

annen «uforsvarlig unnlattelse» eller en «uforsvarlig handling». Det samme kan utledes av lovens formålsbestemmelse (jf. § 1), som er sikkerhet og kvalitet i helsetjenesten, og at dette ikke kan oppnås ved at personellet ilegges reaksjoner for forhold de ikke kunne påvirke.

Arbeidsgivers ansvar kommer for helsepersonells vedkommende til uttrykk i § 16, som både stiller krav til arbeidsgivers tilrettelegging av arbeidsplassen og kan benyttes som argument for at helsepersonell ikke kan ansvarliggjøres for feil som skyldes manglende tilrettelegging fra arbeidsgiver. Ved å gjøre helsepersonelloven gjeldende for sosionomer og barnevernspedagoger, vil hpl. § 16 også komme til anvendelse ved utøvelse av sosialfaglig virksomhet.

## 5.2 Krav til dokumentasjon

Etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-2 og helse- og omsorgstjenesteloven § 5-10 påligger det tjenestene å sørge for forsvarlige journalsystemer. I lov om sosiale tjenester i NAV er dette ikke regulert. Forvaltningsloven gjelder for dem, men de som ikke arbeider i det offentlige har ingen dokumentasjonsplikt i dag.<sup>25</sup> Dessuten er plikten til å nedtegne etter forvaltningsloven begrenset til å gjelde eventuelle nye opplysninger som fremkommer i muntlige samtaler, samt iakttagelser som gjøres ved befaring e.l. Og bare «så vidt mulig». Personvernforordningen vil eventuelt regulere adgangen til å registrere og behandle opplysninger som faller utenfor forvaltningslovens anvendelse.

I barnevernsloven er plikten til å føre journal lagt på barnevernet.

### Barnevernsloven § 12-4 lyder:

#### *12-4. Barnevernets journalplikt*

*Barnevernet skal føre en journal for hvert enkelt barn. Journalen skal inneholde alle vesentlige faktiske opplysninger og barnevernsfaglige vurderinger som barnevernet bygger sin saksbehandling på og som kan ha betydning for de beslutninger og vedtak som treffes.*

*Departementet kan gi forskrift om nærmere krav til journalplikten og innholdet i journalen.*

Formålet med dokumentasjonsplikten – eller journalføringsplikten – i helse-tjenesten er at det skal foreligge informasjon om pasienten og pasient-behandlingen. Dokumentasjon i helsetjenesten er avgjørende for å kunne følge utviklingen av helsetilstanden og i behandlingsforløpet, og for å kunne etterprøve vurderinger og behandling når helsehjelpen er gitt. Dokumentasjonsplikten skal sikre adekvat og forsvarlig utredning, diagnostisering, behandling og oppfølging av pasienter ved at det foreligger nedskrevne eller på annen måte dokumenterte opplysninger om pasienten. Plikten har ytterligere som formål at pasienten, statsforvalteren, Helsetilsynet, Statens helsepersonellnemnd, Norsk pasientskadeerstatning, påtalemyndigheten og domstolene ved innsyn i journalen kan få kunnskap om helsepersonells yrkesutøvelse.

<sup>25</sup> Forvaltningsloven 11 d. Hvis privat rettssubjekt treffer enkeltvedtak eller forskrift, gjelder loven også for private.

Mens journalføringsplikt er en individuell plikt for helsepersonell, er *systemene* som skal ivareta informasjonssikkerhet et virksomhetsansvar. På samme måte er taushetsplikten en individuell plikt for helsepersonell, mens plikt til å sørge for at systemene er sikret mot urettmessig tilgang til opplysningene er et virksomhetsansvar.<sup>26</sup>

Journalføringsplikten etter helsepersonelloven er utførlig og detaljert regulert, både med tanke på krav til innhold og med tanke på rettigheter for den det gjøres nedtegnelser om.

Sosialfaglig personell har i dag ikke en individuell lovpålagt plikt til å føre journal. Ved innføring av en slik plikt vil mange rettslige spørsmål, f.eks. når det gjelder krav til innhold, innsyn, retting og sletting av opplysninger, bli avklart. For eksempel vil bestemmelser om adgangen til retting og sletting av mangelfulle eller feilaktige opplysninger få klarere regulering. En grunnløs melding til barnevernet vil for eksempel dermed kunne kreves slettet etter helsepersonelloven (som foreslås få nytt navn til lov om helse- og sosialfaglig personell) § 43. Ved lovregulert individuell plikt til å dokumentere i journal, rettesplikten mot den enkelte utøver og ikke bare mot tjenesten. Slik tydeliggjøres dokumentasjonsplikten når det gjelder faglige vurderinger som ligger til grunn for beslutninger og til begrunnelse for tiltak som iverksettes.

Det er i forarbeidene<sup>27</sup> til barnevernsloven understreket at «(J)ournalen skal også inneholde beskrivelser av de barnevernsfaglige vurderinger og avveininger som er gjort. Dette omfatter saksrelevante drøftinger og faglige analyser, evaluering av tiltak, hvilken vekt barnets mening og hensynet til familiebånd er tillagt i vurderingene, og lignende. Det er også av betydning å dokumentere vurderinger som gjøres selv om det ikke blir gjort endringer for barnet eller familien». Det kan leses ut av dette atplikten også omfatter den individuelle plikten, selv om det i begrepet «barnevernet» er naturlig primært å innfortolke et virksomhetsansvar og ikke et individuelt ansvar. Det individuelle ansvaret vil dermed bero på delegasjon fra arbeidsgiver. Uansett vil et individuelt ansvar gjennom en eventuell felles lov for helse- og sosialfaglig personell presisere og tydeliggjøre den enkelte sosionoms og barnevernspedagogs ansvar.

Helsepersonells plikt til å dokumentere i journal, følger av dagens helsepersonellov § 39. Krav til innholdet i journal er regulert i hpl. § 40. Av hpl. § 39 fremgår at «den som yter helsehjelp, skal nedtegne eller registrere opplysninger som nevnt i § 40 i en journal for den enkelte pasient». Det fremgår videre atplikten ikke gjelder medhjelpere eller samarbeidende helsepersonell som gir hjelp etter instruksjon eller rettleiding fra annet helsepersonell. Hpl. § 40 fastslår at journalen skal føres i samsvar med god yrkesskikk og skal inneholde relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen, «samt de opplysninger som er nødvendige for å oppfylle meldeplikt eller opplysningsplikt fastsatt i lov eller i medhold av lov». Det er videre fastslått at journalen skal være lett å forstå for annet kvalifisert helsepersonell. Det skal fremgå hvem som har ført opplysningene i journalen.

<sup>26</sup> Se Bente Ohnstad Dokumentasjonsplikt i *Sentrale helserettslige emner*, Oslo 2016

<sup>27</sup> Prop. 133 L (2020–2021)

Helsepersonelloven §§ 41 til 46 inneholder bestemmelser om retting, sletting, utlevering og tilgang til journaler og journalopplysninger og om elektronisk pasientjournal. Formålet med bestemmelsene er å bidra til korrekte journaler som sikrer forsvarlig helsehjelp og beskytter vedkommendes integritet. Bestemmelsene korresponderer med pasientens rett til å kreve journalopplysninger rettet, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 5-2.

I hpl. § 47 reguleres adgangen til å bruke journalopplysninger som bevis i rettsak.

Etter hpl. § 40 siste ledd kan departementet i forskrift gi nærmere regler om pasientjournalens innhold og ansvar for journalen, herunder om oppbevaring, overdragelse og tilintetgjøring av journal. Slike regler er gitt i journalforskriften.

Forskriften inneholder bestemmelser både om virksomhetens ansvar for journalsystemer og om det individuelle ansvaret for å føre journal. Det er i § 8 gitt en nærmere oppregning av hvilke opplysninger som skal nedtegnes i journalen. Det overordnede kravet er etter hpl. § 40 at opplysningene skal være relevante og nødvendige. En journal skal blant annet inneholde opplysninger om diagnose, sykdomsforløp, behandling, informasjon som er gitt, og andre forhold som kan være av betydning for den aktuelle behandlingen, eller for en eventuell senere behandling.

Pasient- og brukerrettighetsloven inneholder i § 5-1 bestemmelse om innsyn i journal. I § 5-1 statueres en rett for pasient og bruker til innsyn i journalen med bilag, se punkt 6.5.7. Det er gitt nærmere regler for måten innsyn skal skje på, og begrensninger i retten til innsyn.

Bestemmelsene i helsepersonelloven om journalføring og behandling av journalopplysninger kan, med enkelte tilpasninger, med fordel gjøres gjeldende for sosionomer og barnevernspedagoger.

### **5.3 Krav til konfidensialitet og opplysningsplikt-/rett**

Hensynene bak taushetsplikten er å verne om tjenestemottakeres integritet, og gjennom det bidra til befolkningens tillit til tjenestene og personellet. Befolkningen skal fritt kunne oppsøke ulike velferdstjenester ved behov og føle seg trygg på å gi den informasjonen som er nødvendig for at tjenesteyter skal kunne gi forsvarlig hjelp ikke brukes til andre formål. Tjenestemottaker skal føle seg trygg på at opplysninger som gis i forbindelse med ulike hjelpetiltak ikke benyttes i andre sammenhenger og utleveres til eller tilkommer uvedkommende.

Taushetsplikten gjelder bare under utførelse av tjenesten eller virksomheten, eller når opplysninger mottas i egenskap av yrkesrollen. Taushetspliktbestemmelsene gir ikke hjemmel for å pålegge personellet taushetsplikt i andre sammenhenger. I praksis kan det oppstå spørsmål om når helse- og sosialfaglig personell opptrer som fagpersoner også når de er utenfor tjenesten. Det kan tenkes at man får henvendelser utenfor tjenestetiden, og at dette må kunne oppfattes som en klient-/pasienthenvendelse fordi vedkommende henvender seg til profesjonsutøveren nettopp på grunn av dennes profesjonsbakgrunn. Det avgjørende er om det er oppstått et klient-/pasientforhold. Skjønnsstema i slike



saker vil være de konkrete omstendigheter, herunder partenes subjektive oppfatninger av forholdet og hvordan fagpersonellet opptrer.

Hvis en tjenestemottaker mottar ytelser fra velferdstjenesten, er det forvaltningsloven og de særskilte bestemmelsene om taushetsplikt i velferdslovgivningen som gjelder. Hvis en pasient, klient eller bruker oppsøker helse- eller omsorgstjenesten for bistand, undersøkelse og behandling, gjelder den profesjonsbestemte taushetsplikt, jf. helsepersonelloven § 21. Det kan være tilfeller der ansatte i velferdstjenesten får i oppdrag å vurdere brukere/pasienter og/eller gi uttalelser til for eksempel politiet, NAV, forsikringsselskaper eller barnevernet. I dette ligger at personellet opptrer på vegne av en annen oppdragsgiver enn brukeren, og at det dermed er oppdragsgivers – og ikke brukers – interesse som først og fremst ivaretas. Det stilles imidlertid krav før informasjon kan utleveres til oppdragsgiver.

Sosionomers og barnevernspedagogers taushetsplikt er i dag, med visse tilpasninger, underlagt den forvaltningsmessige taushetsplikten, se nedenfor. Det vil si at taushetsplikten er regulert i forvaltningsloven. Forvaltningsloven regulerer *forvaltningsorganets* plikter. Taushetsplikten gjelder likevel for «*enhver som utfører tjeneste eller arbeid for et forvaltningsorgan*» og er for så vidt en individuell plikt. Men plikten er likevel begrenset for så vidt angår adgangen til intern og ekstern kommunikasjon, og det i større grad enn i helsepersonelloven. Tanken bak er at i helsetjenesten vil forholdet mellom den som yter og den som mottar hjelp i stor grad være preg av et en-til-en-forhold. Når man derimot kontakter et forvaltningsorgan, er det det ikke en bestemt person man oppsøker, men organet som sådan. Det forutsetter en større adgang til informasjonsutveksling innen organet.

Taushetsplikten reguleres for sosialfaglig personells vedkommende i lov om sosiale tjenester i NAV, NAV-loven og barnevernsloven. For helsepersonells vedkommende reguleres taushetsplikten i helsepersonelloven, og dette er en profesjonsbestemt taushetsplikt. Den profesjonsbestemte – eller yrkesmessige – taushetsplikt betegner den taushetsplikt man har som utøver av et bestemt yrke. Dette er i prinsippet den strengeste taushetsplikten siden den har færre unntak enn den forvaltningsmessige. I praksis er det ikke så stor forskjell mellom de ulike regelsettene, se nedenfor.

Taushetspliktbestemmelser i NAV-loven, folketrygdloven, spesialisthelsetjenesteloven, lov om sosiale tjenester i NAV, helse- og omsorgstjenesteloven og barnevernsloven er utformet som mellomvarianter mellom den profesjonsmessige og den forvaltningsmessige taushetsplikt; forvaltningslovens unntaksbestemmelser gjelder, men ikke fullt ut. Den profesjonsbestemte taushetsplikten som er regulert i helsepersonelloven, er også i stor grad utformet etter mønster av forvaltningsloven, men har færre unntak, f.eks. når det gjelder å gi opplysninger til eksterne organer/etater.

Hovedbestemmelsen om profesjonsbestemt taushetsplikt følger av helsepersonelloven § 21. Tillitsforholdet mellom helsepersonellet og pasienten er det primære i slike tilfeller, og hensynet til pasienten vil derfor stå i fokus når taushetsplikten innhold og rekkevidde skal fastlegges. Helsepersonell har profesjonsbestemt taushetsplikt når de utfører pasientrettet arbeid; hvis de for eksempel arbeider med saksbehandling i det offentlige, gjelder forvaltningsloven.

Sagt på en annen måte: Det er karakteren av den rolle taushetspliktsubjektet har, som bestemmer hvilket regelsett som skal anvendes. Når behandlerrollen (profesjonsrollen) er det avgjørende for tilgangen til opplysningene, gjelder den yrkesmessige taushetsplikten. På den annen side har helsepersonelloven et generelt utformet unntak i helsepersonelloven § 23 nr. 4 – tungtveiende private eller offentlige interesser – som kanskje kan gå like langt som unntakene i forvaltningsloven.

Etter forvaltningsloven § 13 f er hovedregelen at bestemmelsene om taushetsplikt i forvaltningsloven automatisk kommer til anvendelse som supplerende regler til alle bestemmelser i særlovgivningen om taushetsplikt, med mindre annet er uttrykkelig bestemt i særloven eller er hjemlet i vedkommende særlov. Denne bestemmelsen har ingen betydning for den yrkesmessige (eller profesjonsbestemte) taushetsplikten.

Helsepersonelloven inneholder en egen bestemmelse om urettmessig tilegnelse av opplysninger. Denne bestemmelsen er strengere enn det som følger av forvaltningsloven. Forbudet følger av helsepersonelloven § 21 a, gjelder alt helsepersonell og personell som yter hjelp og bistand etter helse- og omsorgstjenesteloven, og bestemmelsens unntak må være begrunnet i behovet for å kunne gi forsvarlig hjelp etter loven. Det vil kun være tillatt å tilegne seg, bruke eller besitte opplysninger underlagt taushetsplikt når det er begrunnet i helsehjelp eller annen hjelp til tjenestemottakeren, administrasjon av slik hjelp, eller det har særskilt hjemmel i lov eller forskrift. I likhet med § 21 skal § 21 a sikre ivaretagelse av den enkeltes personvern.

### 5.3.1 Opplysningsplikt og -rett

Hensynet til personvernet og integriteten kan komme i konflikt med andre hensyn, som blant annet hensynet til liv, helse og samfunnssikkerhet. For visse situasjoner finnes det derfor lovbestemte unntak fra taushetsplikten.

Det praktisk viktigste unntaket fra taushetsplikten er bestemmelsen om samtykke, jf. dagens helsepersonellov § 22. Etter bestemmelsen kan den som har krav på taushet, samtykke til at opplysningene gjøres kjent for andre. Regler om samtykke er gitt i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4. Et samtykke opphever ikke taushetsplikten generelt, men bare i den utstrekning tjenestemottakeren har ønsket det. Samtykket kan når som helst trekkes tilbake, helt eller delvis.

I helsepersonelloven § 23 er det gitt en oppregning av ulike unntak fra taushetsplikten, som stort sett samsvarer med forvaltningslovens bestemmelser.

I helsepersonelloven § 24 er det inntatt en unntaksbestemmelse for opplysninger etter en persons død, som også er spesielt for helsetjenesten.

Adgangen til å gi opplysninger til samarbeidende personell er regulert i helsepersonelloven § 25. Etter bestemmelsen kan taushetsbelagte opplysninger gis til samarbeidende personell når dette er nødvendig for å kunne gi forsvarlig helsehjelp og pasienten ikke motsetter seg det.

Mens taushetsplikten innebærer en lovbestemt begrensning i adgangen til å ytre seg eller utlevere opplysninger, innebærer opplysningsplikten en pliktmessig

tilsidesettelse av taushetsplikten i de tilfeller det er bestemt at visse opplysninger skal gis. For at det skal inntre en opplysningsplikt, må det foreligge lovhjemmel. Dette følger av legalitetsprinsippet, hvoretter hjemmel kreves for å pålegge plikter.

Opplysningsplikt brukes som et samlebegrep for opplysninger som gis av eget tiltak, og opplysninger som gis etter anmodning fra organer/personer. Førstnevnte – altså plikt til å gi opplysninger av eget tiltak – betegnes også som meldeplikt. Eksempel på meldeplikt er straffeloven § 196 hvoretter alle har en alminnelig plikt til å søke avverget nærmere bestemte forbrytelser gjennom å anmelde forholdet til vedkommende myndighet. Når opplysninger skal gis etter pålegg fra for eksempel tilsynsmyndighetene, foreligger opplysningsplikt.

Opplysningsrett – eller taushetsrett – innebærer at tjenesteyterne selv kan avgjøre om de vil gi opplysninger eller ikke. Dette vil være tilfellet der det dreier seg om opplysninger som ikke er taushetsbelagte, eller i tilfeller der det er gjort unntak fra taushetsplikten, f.eks. ved at brukeren samtykker til at opplysninger gis. Opphevelse av taushetsplikten fører altså ikke til at det automatisk inntreer en opplysningsplikt. For at det skal foreligge opplysningsplikt, må plikten være hjemlet i lov, jf. ovenfor.

Forvaltningsloven § 13 slår fast at enhver som utfører tjeneste eller arbeid for et forvaltningsorgan, plikter å hindre at andre får adgang eller kjennskap til det han får vite om noens personlige forhold. § 13 annet ledd har følgende negative avgrensning av hva som er personlige forhold: Som personlige forhold regnes ikke fødested, fødselsdato og personnummer, statsborgerforhold, sivilstand, yrke, bopel og arbeidssted, med mindre slike opplysninger røper et klientforhold eller andre forhold som må anses som personlige.

Lovendringen som kom som følge av helse- og omsorgstjenesteloven om at helsepersonelloven gjelder tilsvarende for personell som yter helse- og omsorgstjenester, vil kun gjelde det personell som yter tjenester etter denne loven, og ikke personell som faller inn under lov 18. desember 2009 nr. 131 om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen. De som fatter vedtak om tildeling av tjenestene, vil således være underlagt forvaltningsloven, men de som yter tjenestene, for eksempel ved tjenester i hjemmet, vil reguleres av helsepersonelloven. Bestemmelsen pålegger også taushetsplikt om tekniske innretninger og andre forhold som det av konkurransemessige hensyn kan være grunn til å hemmeligholde. Denne bestemmelsen har bare i begrenset utstrekning i velferdstjenestene.

Unntaket for såkalte nøytrale personopplysninger etter forvaltningsloven § 13 andre ledd gjelder ikke ved taushetsplikt etter NAV-loven eller barnevernsloven; se NAV-loven § 7, helse- og omsorgstjenesteloven § 12-1, lov om sosiale tjenester i NAV § 44 og barnevernsloven § 13-1, alle annet ledd første punktum. Bakgrunnen for dette er først og fremst at den kontekst opplysningene inngår i, vil være av en slik karakter at den opplysningen angår, ofte vil ønske å holde sin tilknytning til eller kontakt med vedkommende etat konfidensiell. Helsepersonellovens hovedregel i § 21 om taushetsplikt samsvarer i stor grad med forvaltningsloven § 13. Helsepersonelloven § 21 lyder: *Helsepersonell skal hindre at andre får adgang eller kjennskap til opplysninger om folks legems- eller sykdomsforhold eller andre personlige forhold som de får vite om i egenskap av å være helsepersonell.* Helsepersonelloven gjør imidlertid ikke unntak for nøytrale personopplysninger.

Det innebærer at slike opplysninger som hovedregel er underlagt taushetsplikt etter helsepersonelloven, og derved også vil gjelde for sosialfaglig personell, hvis forslaget i denne utredningen følges opp.

I helsepersonelloven § 27 er det fastsatt at helsepersonell i forbindelse med et sakkyndighetsoppdrag kun kan utlevere den informasjon som er innhentet i forbindelse med det konkrete oppdraget eller annen informasjon av betydning for dette. Etter vedtakelsen av helse- og omsorgstjenesteloven gjelder denne bestemmelsen også for dem som yter tjenester etter nevnte lov. Taushetsplikten vil med andre ord gjelde for den informasjon helse- eller omsorgspersonellet har mottatt i egenskap av behandler/ omsorgsperson for pasienten/brukeren. Dette følger av de alminnelige prinsipper om taushetsplikt, og vil også gjelde personell som ikke omfattes av helsepersonelloven. Hvis personellet både er sakkyndig og behandler, for eksempel hvis personellet tidligere har vært behandler, men påtar seg oppdrag som sakkyndig, kan personellet kun utlevere den informasjon som er innhentet i forbindelse med oppdraget. I situasjoner hvor for eksempel den behandelende lege benyttes som sakkyndig, er kravet om informasjon til pasienten særlig viktig. Dette følger av at pasienten uten slik informasjon normalt ikke vil ha grunn til å tro at helsepersonellet opptrer som annet enn behandler. Pasienten må også få kjennskap til formålet med sakkyndighetsoppdraget og hvilken informasjon det er relevant å utlevere. Utlevering av pasientinformasjon innhentet i forbindelse med behandlingen forutsetter samtykke fra pasienten. Det kan også tenkes situasjoner hvor den sakkyndige ikke har vært behandler for pasienten, men i forbindelse med det konkrete oppdraget kombinerer rollene. I denne situasjonen vil hovedregelen være at den alminnelige taushetsplikt gjelder for informasjon som gis til helsepersonellet som behandler. Unntak kan tenkes der det av sakkyndighetsoppdraget framgår at dette innebærer blant annet undersøkelse og behandling av pasienten/klienten.

Bestemmelsene om taushetsplikt, opplysningsrett og opplysningsplikt kan uten videre gjøres gjeldende for sosionomer og barnevernspedagoger. Bestemmelsene vil supplere forvaltningslovens bestemmelser og vil gjelde dere sosialfaglig personell har direkte kontakt med brukerne/tjenestemottakerne, f.eks. i terapeutisk virksomhet, ved hjemmebesøk i barnevernssaker og i andre tilfeller der handlingene ikke reguleres av forvaltningsloven.

Hensynene bak den profesjonsbestemte taushetsplikten tilsier også at sosionomer og barnevernspedagoger får samme taushetsplikt som helsepersonell.

## **5.4 Helsepersonellovens reguleringen av informasjonsplikten**

Plikten til å gi informasjon til pasienten er regulert i helsepersonelloven §§ 10, 10 a og 10 b. Kravet til å informere den som mottar hjelp er grunnleggende med hensyn til å kunne gi samtykke. I hpl. § 10 a som er det gitt regler om informasjon til barn som pårørende. I dagens hpl. § 10 a reguleres pasientens og eventuelle pårørendes rett til informasjon fra helsepersonell. Plikten til å gi informasjon er et grunnlag for å kunne medvirke, jf. pbrl. § 3-1 og for å kunne avgi samtykke, jf. pbrl. §§ 4-1 og 4-2. Det skal gis tilstrekkelig informasjon til at pasienten kan gi et informert samtykke til helsehjelp, for eksempel til undersøkelse og behandling, eller ivareta sine interesser på annen måte. Pasient- og brukerrettighetsloven §§ 3-2 til 3-4 angir innholdet i rettigheten og dermed plikten. Pasient- og

brukerrettighetsloven § 3-2 inneholder hovedregelen for informasjon til pasient som innebærer at pasienten og brukeren skal gis informasjon som er «nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen». Pasienten skal ha informasjon om hvilken helsehjelp som kan tilbys, og eventuelt om alternativer dersom det finnes ulike behandlingstilbud for samme diagnose. Informasjonen skal være tilstrekkelig for at pasienten kan samtykke og medvirke, eller velge å la være å samtykke.

I pbrl. § 3-3 er det en bestemmelse om informasjon til pasientens nærmeste pårørende. Dersom pasienten samtykker til det eller forholdene tilsier det, skal pasientens nærmeste pårørende ha informasjon om pasientens helsetilstand og den helsehjelp som ytes. Er pasienten over 16 år og åpenbart ikke kan ivareta sine interesser på grunn av fysiske eller psykiske forstyrrelser, senil demens eller psykisk utviklingshemming, har både pasienten og dennes nærmeste pårørende rett til informasjon etter reglene i pbrl. § 3-2. Når det gjelder barn, fremgår det at den helserettslige myndighetsalder som hovedregel er 16 år. Før 16 år skal både pasienten og pasientens foreldre (eller personer med foreldreansvar) gis informasjon med mindre det foreligger særlige grunner til noe annet (jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 3-4). Det kan være at pasienten selv ikke ønsker at foreldre gis slik informasjon, og den som yter hjelp finner å kunne respektere dette. Slike årsaker kan for eksempel være mistanke eller opplysninger om at foreldrene mishandler barnet, og ønskede samtaler i denne forbindelse, eller i andre personlige forhold som barnet ikke ønsker at foreldrene involveres i. Den som yter helsehjelp, må vurdere opplysningenes art opp mot barnets modenhet og forholdene for øvrig.

Hvis det er opplysninger som er helt sentrale for at foreldre skal kunne utøve sitt foreldreansvar, skal disse informeres før 16 år, og det kan også være grunnlag for å informere foreldre når pasienten er mellom 16 og 18 år. Vilkåret er da at informasjonen er nødvendig for å ivareta foreldreansvaret (jf. § 3-4 tredje ledd). Denne presiseringen i pasient- og brukerrettighetsloven må ses i sammenheng med bestemmelsene i barnelova som regulerer forholdet mellom foreldre og barn. Hvis informasjon ikke blir gitt den som har daglig omsorg, kan det heller ikke forventes at ungdommen mottar slik omsorg. Det kan for eksempel være opplysninger om at et barn på 17 år er lagt inn på sykehus for alkoholforgiftning, overdose eller lignende, selv om pasienten selv motsetter seg at slik informasjon gis.

I mange tilfeller bor barnet sammen med en av foreldrene, men begge har fortsatt foreldreansvaret. Hovedregelen er da at den som har det daglige ansvaret for barnet, skal ha informasjon, med muligheter for å ivareta omsorgen (jf. barnelova § 37). Dette omfatter forhold som oppstår i det daglige samvær. Ved delt foreldreansvar forutsettes det at den som har det daglige ansvaret, holder den andre orientert. For å sikre at barneverntjenesten gjøres i stand til å ivareta sitt ansvar, skal også barneverntjenesten ha informasjon når omsorgen for barnet er overtatt etter barnevernloven.

#### **5.4.1 Plikt til å bidra til å ivareta mindreårige barn som pårørende**

Etter dagens helsepersonellov § 10 a har helsepersonells plikt til å ivareta det behovet for informasjon og nødvendig oppfølging som mindreårige barn av pasient med psykisk sykdom, rusmiddelavhengighet eller alvorlig somatisk sykdom eller skade kan ha som følge av forelderens tilstand.

Bestemmelsen skal bidra til at barn får en annen og bedre oppfølging som pårørende, og at helsepersonell sammen med pasienten skal vurdere hva barnet trenger av informasjon og veiledning. Innenfor rammene av taushetsplikten skal helsepersonellet også informere andre som har omsorg for barnet. Formålet med denne presiseringen er å gi foreldrene bedre muligheter til selv å ta hånd om barnet. Av dette kan utledes at helsepersonell må være i god dialog med pasienten om hvordan barnet kan ivaretas. Enhver pårørende, også barn, har en viss rett til informasjon i henhold til § 10 a.

Plikten gjelder overfor «mindreårige barn». Med mindreårige barn menes barn og unge under 18 år, noe som fremgår av forarbeidene. Plikten inntreffer når barnets forelder er pasient med psykisk sykdom, alvorlig somatisk sykdom, skade eller rusmiddelavhengighet. Helsepersonell skal bidra til å ivareta det behovet for informasjon og nødvendig oppfølging som mindreårige barn av pasient med psykisk sykdom, rusmiddelavhengighet eller alvorlig somatisk sykdom eller skade kan ha som følge av forelderens tilstand. Ifølge forarbeidene er alvorlig psykisk utviklingshemming og nedsatt funksjonsevne inkludert i sykdomskriteriet i loven. Kriteriene for sykdom er ment å dekke situasjoner der pasientens situasjon er av en slik karakter at det har stor betydning for familiesituasjonen og for barn. Plikten påhviler helsepersonell som gir helsehjelp til pasienten, og har som konsekvens at situasjonen rundt pasienten må undersøkes, det vil si om vedkommende har barn og om disse får nødvendig oppfølging. Når pasienten er ute av stand til å kommunisere eller til å foreta seg noe med hensyn til et barn, må helsepersonell bringe klarhet i om det er berørte barn.

Plikten til oppfølging gjelder også overfor barn av pasient som er innsatt i fengsel, andre institusjoner eller i asyl.

Hva slags informasjon som skal gis, omfang og detaljeringsgrad, vil måtte baseres på en vurdering av hva som er til barnets beste og innenfor taushetsplikten. Barnet vil ha rett til informasjon om tiltak helsetjenesten har planlagt. Slik informasjon er også nødvendig for at barnet kan si sin mening, i samsvar med barnelova § 31.

#### **5.4.2 Plikt til å ivareta mindreårige barn som er etterlatte etter foreldre eller søsken**

Denne plikten er regulert i helsepersonelloven § 10 b. Mindreårige er barn under 18 år. Barn tolkes vidt og uavhengig av formalisert omsorgssituasjon. Bestemmelsen omfatter derfor både biologiske barn, adoptivbarn, stebarn og fosterbarn. Også søsken tolkes vidt, slik at det omfatter både biologiske søsken, og andre barn som lever med pasienten som søsken i en familie. Foreldre omfatter både barnets foreldre, fosterforeldre, steforeldre og eventuelle andre, så langt de fyller foreldrerollen for ett barn.

Helsepersonellens ansvar i etterkant av dødsfallet består i å prøve å avklare barnet sitt informasjons- eller oppfølgingsbehov og tilby informasjon og rettledning om aktuelle tiltak, tilsvarende som for barn som pårørende, jf. helsepersonelloven § 10 a.

Dette er et ansvar som skal bidra til å sikre at barn blir sett og ivaretatt av helsepersonell i tilknytning til dødsfallet. Det er ikke ment som et ansvar som skal strekke seg over tid. Har barnet behov for oppfølging over tid, vil det være

naturlig å innhente nødvendig samtykke og sørge for at barnet blir henvist videre i hjelpeapparatet. Helsepersonellet kan likevel ta vare på barnet ved å svare på spørsmål som barnet måtte ha i forbindelse med dødsfallet, og ved å vurdere barnet sitt eventuelle behov for videre oppfølging. Avklaringene og oppfølgingen bør så langt det er mulig, gjøres i samråd med foreldre eller andre med omsorgen for barnet. Plikten ligger først og fremst på helsepersonellet som har ansvaret for å behandle pasienten. Men når det trengs for å hjelpe til med å ta vare på barnet, skal likevel også annet helsepersonell melde fra om behovet til barnet og ved tvil prøve å finne ut om situasjonen til barnet er klarlagt. I de tilfeller der det er oppnevnt en kontaktlege, vil det være opp til helseforetaket å vurdere om plikten etter § 10 b bør ligge hos kontaktlegen.

Etter § 10 b skal «[I]nformasjonen skal gis i en form som er tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger». Det følger videre at «opplysninger om avdøde skal gis innenfor de rammer som følger av § 24». Ut fra helsepersonelloven § 24 første ledd er ikke helsepersonells taushetsplikt til hinder for at de kan gi opplysninger om en avdød person videre, dersom vektige grunner taler for dette. Når en vurderer å gi opplysninger eller ikke, skal det tas hensyn til avdødes antatte vilje (det en tror avdøde hadde ønsket), opplysningenes art og de pårørende og samfunnets interesser.

Dette er bestemmelser som med fordel kan gjøres gjeldende også for sosialfaglig personell, se forslag til endring av §§ 10 a, 10 b og 10 c i forslag til endringer i helsepersonelloven i kap. 8.

## 5.5 Medvirkning, informasjon og samtykke

Som hovedregel er det en forutsetning for å yte helse-, sosial- og omsorgstjenester at det ligger til grunn et informert samtykke til å gjennomføre hjelpen. Hvis en person motsetter seg det, kan det ikke ytes hjelp eller tjenester til vedkommende uten at det er hjemmel i lov. Dette er et utslag av legalitetsprinsippet, som innebærer at myndighetene ikke kan gjøre inngrep i rettssfæren til menneske uten hjemmel i lov. Legalitetsprinsippet er bekreftet i Grunnloven § 113, som har denne ordlyden: «Myndighetenes inngrep overfor den enkelte må ha grunnlag i lov.» I barnevernet er det hjemmel for slike inngrep ved f.eks. alvorlig omsorgssvikt. Dersom sosionomer og barnevernspedagoger gis autorisasjon etter helsepersonelloven, vil tjenestemottakeres rettigheter til medvirkning, informasjon og samtykke følge av pasient- og brukerrettighetsloven kap. 3, 4 og 5. Dette vil styrke tjenestemottakernes rett til å delta i beslutningsprosessen.

## 5.6 Krav til samarbeid mellom ulike tjenester og tjenesteytere

For å styrke oppfølgingen av utsatte barn og unge og deres familier, er det vedtatt ny lov om endringer i velferdslovgivningen.

**Målet er økt samarbeid mellom velferdstjenestene. I proposisjonen til loven<sup>28</sup> er det uttalt:**

«Det vil til enhver tid være barn og unge som har behov for et sammensatt tjenestetilbud som følge av for eksempel psykiske eller fysiske helseutfordringer, vanskelige hjemmeforhold eller andre psykososiale utfordringer. Noen vil ha slike utfordringer allerede fra fødselen av, og andre vil få vansker underveis. Noen barn er i en særlig vanskelig livssituasjon som følge av fattigdom, krigsopplevelser eller uavklart bosituasjon.

Alle barn og unge mottar velferdstjenester, for eksempel barnehage- og skoletilbud. En del barn og unge mottar også andre velferdstjenester i kortere eller lengre perioder av sin oppvekst. Noen barn og unge har et stort behov for samordnede tjenester på tvers av sektorer, mens for andre er samordningsbehovet mindre. De fleste barn og unge har gode oppvekstvilkår. Samtidig er det en økende bekymring for at barn og unge som har behov for sammensatte tjenester, ikke får et tilstrekkelig helhetlig tjenestetilbud.

Flere offentlige utredninger og tilsyn viser at de ulike velferdstjenestene i mange saker ikke samarbeider godt nok. Mange familier med barn med behov for et sammensatt tjenestetilbud har utfordringer i hverdagen. Foreldrene opplever forskjeller i tjenester og omfang basert på hvilken kommune de bor i. I tillegg til å ha store omsorgsoppgaver, opplever mange manglende koordinering, lite innflytelse over egen hverdag og et tjenestetilbud som ikke henger sammen. Mange foreldre opplever at informasjonen om tjenester og hjelpesystemet er mangelfull, tilfeldig og personavhengig, og at de selv må finne, utløse og koordinere hjelpen som gis. Barn, unge og deres foresatte formidler et tydelig ønske om at ulike aktører som tilbyr hjelp, må jobbe bedre sammen.

For at utsatte barn og unge skal få et godt og helhetlig tjenestetilbud, må de ulike sektorene samarbeide godt, og det må være tydelig hvem som har hovedansvaret for å samordne tilbudene.

Flere offentlige utvalg og utredninger har pekt på at det er behov for regelverksendringer som i større grad sikrer at barn og unge får et helhetlig tjenestetilbud. (...)

En bedre samordning av pliktene som påhviler det utøvende personell kan være et viktig virkemiddel for å oppnå målene med loven. Ved at også sosialfaglig personell omfattes av bl.a. bestemmelsene om informasjonsplikt som nevnt i det foregående, vil mange av de samordningsutfordringene som er omtalt i ovenfor imøtekommes gjennom et felles rettslig grunnlag.

<sup>28</sup> Prop. 100 L (2020–2021) Endringer i velferdstjenestelovgivningen (samarbeid, samordning og barnekoordinator)



## 5.7 Vilkår for autorisasjon

Vilkår for autorisasjon er regulert i helsepersonelloven kap. 9. I § 48 første ledd er helsepersonellgrupper oppregnet. I denne utredningen foreslås det at det tilføyes et nytt andre ledd som regulerer autorisasjon for sosialfaglig personell. Det foreslås et tillegg med følgende ordlyd:

**Autorisasjonsordningen etter denne lov omfatter følgende grupper sosialfaglig personell:**

1. barnevernspedagoger
2. sosionomer

Vilkårene følger for øvrig av lovens § 48 a. Tildeling og bortfall av autorisasjon reguleres i lovens kap. 10.

## 5.8 Reaksjoner ved pliktbrudd

Reaksjoner ved pliktbrudd er et viktig verktøy for tilsynsmyndighetene for å bidra til kvalitet på tjenestene og ved at uønsket atferd kan korrigeres. Befolkningen skal ha tillit til at det er kvalitet på de tjenestene som tilbys. Etter helsetilsynsloven § 4 skal statsforvalteren skal føre tilsyn med helse- og omsorgstjenesten og med alt helsepersonell og annet personell i fylket som yter helse- og omsorgstjenester. Statsforvalteren skal føre tilsyn med om tjenestene er i samsvar med det som er bestemt i lover og forskrifter. Selv om hovedformålet med reaksjoner er av pedagogisk art og begrunnet i behovet for kvalitet, tillit og sikkerhet, vil reaksjoner også kunne ha en viss individual- og allmennpreventiv effekt, det vil si at de kan virke avskrekkende og holdningsskapende både overfor allmennheten og for den enkelte yrkesutøver det blir reagert mot. I dag er reaksjonsmidlene advarsel og tilbakekall av autorisasjon.<sup>29</sup>

Reaksjonen advarsel i helsepersonelloven er av foreslått opphevet.<sup>30</sup> Det er begrunnet i at det er usikkert om reaksjonen har tilsiktet effekt og ressursene bør derfor brukes på andre deler av tilsynsaktiviteten. Det er i forarbeidende uttalt: «Helsepersonell kan for eksempel i større grad enn i dag følges opp av arbeidsgiver og statsforvalteren ved brudd på helselovgivningen. Videre kan det ikke utelukkes at det i noen tilfeller også vil være mer hensiktsmessig å begrense autorisasjonen. Det foreslås en ny reaksjon om faglig pålegg til helsepersonell. Reaksjonen innebærer ingen begrensning i autorisasjonen, men helsepersonellet kan pålegges å motta veiledning eller gjennomføre andre kompetansehevende tiltak. Tilsynsmyndigheten skal også kunne pålegge arbeidsgiver å legge til rette for og følge opp faglige pålegg til helsepersonell. Tilsvarende pålegg skal kunne gis til kommuner når det gjelder fastleger. Både Statens helsetilsyn og statsforvalteren vil ha myndighet til å ilegge faglig pålegg med Statens helsepersonellnemnd som klageinstans. Departementet foreslår videre endringer i helsepersonelloven om suspensjon (midlertidig tilbakekall av autorisasjon mv). Forslaget innebærer blant annet at Statens helsetilsyn kan begrense suspensjonen til kun å gjelde helsepersonells adgang til å utføre visse arbeidsoppgaver i en periode, fremfor å suspendere all rett til

<sup>29</sup> Om krav til bevisvurderingen vedrørende bruk av reaksjoner, se Ot. prp. nr. 13 (1998-99) kap. 20. I Ot. prp. nr. 14 (2000-2001) omtales også mål med og virkning av reaksjoner.

<sup>30</sup> Prop. 57 L (2021 – 2022).

å praktisere yrket. Det foreslås også endringer i helsepersonelloven som gir tilsynsmyndighetene mer effektive virkemidler i tilfeller der helsepersonell ikke etterkommer opplysningsplikten til tilsynsmyndighetene. Lovendringene skal bidra til at tilsynsmyndighetenes virksomhet og reaksjonssystemet treffer bedre for å oppnå pasientsikkerhet og tillit til helse- og omsorgstjenesten. Hensikten er å gi tilsynsmyndighetene et større handlingsrom til å prioritere saker og å innrette tilsynet best mulig. Endringene skal videre bidra til at det vil gå kortere tid fra hendelser som innebærer brudd på helselovgivningen til det reageres overfor helsepersonell eller virksomhet, slik at bruddene ikke gjentas. Samtidig vil en raskere oppfølging av lovbrudd kunne bidra til bedre tillit til helse- og omsorgstjenesten hos berørte pasienter, brukere og pårørende. Regjeringen vil også sette i gang utredningsarbeid knyttet til andre sider av tilsynsvirksomheten. Målet er et enda mer effektivt og målrettet tilsyn. Eventuelle ytterligere lovendringer som følge av dette arbeidet vil departementet komme tilbake til».

Lovendringen er i skrivende stund (mars 2022) ikke vedtatt. Ved vedtakelsen vil endringen vil få tilsvarende anvendelse på sosialfaglig personell.

## Kapittel 6. Arbeidsgiveransvaret – tjenestens ansvar

### 6.1 Individansvar – systemansvar

Profesjonsutøvere i helsetjenesten er, som foregående gjennomgang viser, pålagt en rekke plikter i forbindelse med yrkesutøvelsen. For at personellet skal bli i stand til å utøve sine oppgaver forsvarlig og i samsvar med lovens pliktbestemmelser, må virksomheten tilrettelegges slik at personellet har de nødvendige rammebetingelser for yrkesutøvelsen. Arbeidsgiveres ansvar for tilrettelegging av virksomheten må med andre ord ses i sammenheng med personellens plikter, som altså danner grunnlag for tilretteleggingsansvaret.

I helsepersonelloven § 16 er det tatt inn en bestemmelse som tydeliggjør arbeidsgivers plikter i den sammenheng. Helsepersonelloven § 16 første ledd lyder: «*Virksomhet som yter helse- og omsorgstjenester, skal organiseres slik at helsepersonellet blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter*».

Ved at sosialfaglig personell nevnes i § 16, vil arbeidsgivers ansvar for disse tjenestene tre tydeligere frem.

Ansvar for forsvarlige tjenester i helse- og omsorgstjenesten er også nedfelt i spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 og tannhelsetjenesteloven § 1-3 a. Også barnevernsloven av 2021 inneholder en bestemmelse om forsvarlighet. Etter barnevernsloven § 1-7 skal barnevernets saksbehandling, tjenester og tiltak være forsvarlige.

Dette ansvaret påhviler virksomhetseiere og virksomhetsledelser.

### 6.2 Nærmere om arbeidsgiveransvaret

Arbeidsgiver må sørge for at arbeidet er innrettet slik at pasienter, brukere og klienter gjennom arbeids- og funksjonsfordelingen – og samarbeid – blir sikret adekvat og forsvarlig virksomhet. En slik plikt gjelder også for ledere på ulike nivåer i virksomheten. Arbeidsgiver skal sørge for rett person på rett plass. En sentral begrunnelse for arbeidsgiveransvaret er at arbeidsgiver ikke skal kunne bli fri ansvaret for utførelsen av arbeidet ved å overlate arbeidsoppgaver til andre.

I helse- og omsorgstjenesten er arbeidsgivers plikter konkretisert i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. I forskriften er plikten til å planlegge regulert i § 6.<sup>31</sup>

<sup>31</sup> Også i barnevernet er det gitt regler om internkontroll. I barnevernloven av 1992 er kommunenes plikt til å ha internkontroll hjemlet i barnevernloven § 2-1 andre ledd: Kommunen skal ha internkontroll for å sikre at kommunen utfører oppgavene sine i samsvar med krav fastsatt i lov eller i medhold av lov. Kommunen må kunne gjøre rede for hvordan den oppfyller kravet til internkontroll. Departementet har ved forskrift av 14. desember 2005 om internkontroll presisert hva plikten innebærer. Kommunen er etter barnevernloven også ansvarlig for private aktører kommunen bruker for å utføre oppgaver på barnevernområdet. Private aktører omfattes imidlertid ikke av internkontrollplikten i henhold til lovens § 2-1, men kommunen må sikre at de gjennom avtaler og på annen måte har nødvendig kontroll med at virksomheten drives i samsvar med krav fastsatt i lov eller i medhold av lov. Rutiner for systematisk oppfølging av private aktører må derfor inngå som en del av kommunens internkontroll.

### § 6. Plikten til å planlegge

**Plikten til å planlegge virksomhetens aktiviteter innebærer følgende oppgaver:**

- a. ha oversikt over og beskrive virksomhetens mål, oppgaver, aktiviteter og organisering. Det skal klart fremgå hvordan ansvar, oppgaver og myndighet er fordelt og hvordan det skal arbeides systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet i virksomheten
- b. innhente tilstrekkelig informasjon og kunnskap til å kunne planlegge og gjennomføre oppgavene
- c. ha oversikt over relevant regelverk, retningslinjer og veiledere, og planlegge hvordan dette skal gjøres kjent i virksomheten
- d. ha oversikt over områder i virksomheten hvor det er risiko for svikt eller mangel på etterlevelse av myndighetskrav og områder hvor det er behov for vesentlig forbedring av kvaliteten på tjeneste og pasient- og brukersikkerheten
- e. planlegge hvordan risiko som beskrevet i § 6 d kan minimaliseres og særlig legge vekt på risikofaktorer forbundet med samhandling internt og eksternt
- f. ha oversikt over medarbeideres kompetanse og behov for opplæring
- g. ha oversikt over avvik, herunder uønskede hendelser, evalueringer, klager, brukererfaringer, statistikk, informasjon og annet som sier noe om virksomheten overholder helse- og omsorgslovgivningen, inkludert om tjenestene er faglig forsvarlige og om virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet.

Videre regulerer forskriften plikt til å gjennomføre, evaluere og korrigere. Tjenestens/virksomhetens plikter må anses også som en rettighet for profesjonsutøveren til nødvendig autonomi. Helsepersonelloven § 16 markerer for helsepersonells vedkommende sammenhengen mellom den individuelle forsvarlighetsplikten og plikten til å tilrettelegge som hviler på virksomheten. Virksomheter innenfor tjenesten kan komme i rettslig ansvar selv om den enkelte profesjonsutøver ikke kan bebreides for uforsvarlighet. Det kan være på grunnlag av uforsvarlige eller manglende rutiner og ordninger, for eksempel i tilknytning til dokumentasjon, eller på bakgrunn av uriktige vedtak om akuttvedtak i barnevernet.

For å kunne oppfylle forpliktelsen til å gi utøvende personell rammebetingelser som gjør det mulig å opptre i samsvar med helsepersonellovens krav, må øverste leder ha oversikt over personellens kompetanse og behov for opplæring. Rekruttering av personell samt fordeling av oppgaver hviler på øverste leder. Videre er det leders ansvar å sørge for systemer som sikrer at medarbeiderne har kunnskap og ferdigheter til å utføre oppgavene sine. Det forutsetter at virksomheten gjennomfører jevnlig kompetansekartlegginger, rekrutterer medarbeidere med riktig kompetanse og sørger for at de får tilstrekkelig opplæring, samt etter- og videreutdanning.

Kommuner skal, som ledd i sine plikter som arbeidsgivere, sørge for å gi instruksjoner og veiledning og å føre tilsyn. Manglende instruksjon og tilsyn kan

gi grunnlag for at arbeidsgiveren blir pålagt erstatningsansvar. Kommunene kan også bli gjort ansvarlige for manglende sikringstiltak.

Helse-, sosial- og omsorgspersonell besitter ofte sakkyndighet og ekspertise som arbeidsgivers ledersjikt selv ikke har. Kommunene ivaretar sitt overordnede ansvar gjennom ansettelse av kvalifisert personell. Ved lovfesting av individuelle plikter er pliktene definert uavhengig av ansettelsesforholdet. Dette må blant annet ha til følge at arbeidet organiseres slik at personellet får anledning til å utøve sin virksomhet i samsvar med pliktnormenes innhold, for eksempel kravet til forsvarlighet, jf. helsepersonelloven § 4.

Dersom barnevernspedagoger og sosionomer blir autorisert, vil dette legge føringer både på arbeidsfordelingen og ansvarsforholdene. Arbeidsgiver må fordele oppgaver etter oppgavens karakter og ansattes faglige kompetanse. En autorisasjon vil legge føringer på hvem som kan gjøre hva, og gi tydeligere signal til omverden om hva som kan forventes av autorisasjonsinnehaver.

## Kapittel 7. Oppsummering og vurdering

En felles lov for helse- og sosialfaglig personell vil gi et bedre rettslig grunnlag for å ivareta tjenestemottakeres rettssikkerhet. Ved at sosialfaglig personell får individuelle plikter, vil mottakere av hjelp fra disse gruppene få rettigheter som samsvarer med pliktnormenes innhold. Pasient- og brukerrettighetsloven kommer til anvendelse for tjenestemottakere, og gir dem en lovmessig beskyttelse av grunnleggende rettigheter. Det foreslås en lovendring slik at lov om helsepersonell skifter navn til **lov om helse- og sosialfaglig personell**.

En autorisasjon skaper forutsigbarhet og sikkerhet for at bruk av bestemte titler innebærer visse kvalifikasjoner. Både tjenestemottakere og annet personell som samarbeider med vedkommende yrkesgruppe kan påregne at autorisasjonsinnehaver oppfyller lovbestemte krav for yrkesutøvelsen. Arbeidsgivers plikter tydeliggjøres gjennom plikten til å organisere virksomheten slik at personellet blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter.

Når det gjelder premisset om at autorisasjonen skal gjelde uavhengig av hvilket fagområde sosionomer og barnevernspedagoger arbeider innenfor, kan bemerkes at forvaltningsloven gjelder når disse gruppene arbeider med saksbehandling. Dette gjelder tilsvarende for helsepersonell: helsepersonell som arbeider innen kommunal, fylkeskommunal eller statlig forvaltningsvirksomhet, har plikter etter forvaltningsloven. Profesjonspliktene kommer *i tillegg* til forvaltningsloven der yrkesutøvelsen er knyttet til faglig arbeid. Dermed gis mottakerne av tjenester den nødvendige forutsigbarhet for at autorisasjons-innehaver har de nødvendige faglige kvalifikasjoner for å gi forsvarlig hjelp.

I et samfunnsperspektiv er det også av betydning at allmennheten har tillit til yrkesutøverne innen velferdstjenestene, ved at befolkningen kan ha berettigede forventninger til at autorisert personell fyller de krav som offentlige myndigheter stiller til utøvelse av virksomheten. Hovedhensynet bak autorisasjonsordningen for helsepersonell er hensynet til befolkningen, at helsepersonells kompetanse skal være forutsigbar, og det skal være muligheter for å trekke en autorisasjon tilbake. Det samme hensynet er relevant for sosialfaglig personell. Kvalifikasjonskontrollen vil indirekte beskytte den som mottar sosialfaglig hjelp og gi trygghet for hjelpenes innhold. Autorisasjonen fyller også et informasjonsbehov overfor tjenestemottakere og arbeidsgiverne.

Med autorisasjon følger et selvstendig og individuelt ansvar for å utføre arbeidsoppgavene på en faglig forsvarlig måte. Den som er offentlig autorisert, har et personlig ansvar for å etterleve lovbestemte krav og å holde seg faglig oppdatert. Det er både i samfunnets og enkeltpersoners interesse at offentlige myndigheter kan iverksette tiltak for å beskytte befolkningen mot handlinger, undersøkelser, behandling, oppfølging mv. fra ukyndige utøvere. Forsvarlighetskravet er sentralt og innebærer blant annet en plikt til å avstå fra å gi hjelp på områder som en ikke behersker eller ikke er kompetent til. En tydeliggjøring av de individuelle pliktene antas best å kunne reguleres i samme lov som helsepersonell, siden pliktene for helsepersonell i stor grad også kan gjøres gjeldende for sosialfaglig personell. Pliktene skal gjenspeile rettigheter for

dem som er mottakere av tjenestene, og en felles lov vil for tjenestemottakerne gis bedre grunnlag for å skaffe seg oversikt over de rettigheter man har vis a vis ulike profesjonsutøvere. Dette kan blant annet gjøres ved at myndighetene setter faglige premisser for utdanningens innhold og avgjør hvilke personellgrupper som skal få det kvalitetsstempel en offentlig autorisasjon innebærer.

En autorisasjonsordning vil, som Statens helsetilsyn påpeker, jf. kapittel 3.3, både sikre at uegnede personer ikke kan arbeide i barnevern og sosialtjeneste, og at faget blir gjenstand for en kontinuerlig vurdering av hva som er uakseptabelt eller uforsvarlig. En autorisasjonsordning kan på denne måten ses som en naturlig forlengelse av den øvrige harmoniseringen av tilsynsfunksjonen som har skjedd de senere årene ved at Statens helsetilsyn er blitt tillagt det faglig overordnede ansvaret for tilsyn med sosiale tjenester. Når det skjer uønskede hendelser i helsetjenesten, gjør tilsynsmyndigheten en vurdering av både virksomheten og det enkelte personell. Det at samme myndighet, på faglig og juridisk grunnlag, gjør en helhetlig vurdering av en hendelse, bidrar til at uønskede hendelser vurderes i en sammenheng, og derved til at korrigeringer kan skje både i virksomhetens styring og i den enkeltes profesjonsutøvelse. Staten har dessuten ved den omlegging som RETHOS representerer, svært god kontroll med hva studiene inneholder og hva sluttkompetansen til kandidatene skal være. Et annet poeng er at sosionom- og barnevernspedagogutdanningene sammenstilles og utvikles sammen med helsefagutdanningene (bl.a. regulert gjennom forskrift om felles rammeplan). De er med andre ord allerede nært beslektet og bør ha samme rettslige reguleringsgrunnlag når det gjelder yrkesutøvelsen.

Også hensynet til samarbeid mellom velferdstjenester, ikke minst gjelder det oppvekstreformen, se kapittel 5.6, tilsier at velferdstjenestene skal være i stand til å avdekke barn og unges behov for andre tjenester så raskt som mulig. Samarbeid på tvers av profesjonsgruppene innen helse- og sosialfag kan medvirke til at kommunen får et bedre rettslig grunnlag i sitt forebyggende arbeid. En felles lov for profesjonsgrupper kan ha en sentral rolle i dette arbeidet, idet det kan gjøre dette samarbeidet enklere når gruppene har likelydende ansvar og forpliktelser. Og ikke minst at mottakerne av tjenestene har likelydende rettigheter etter pasient- og brukerrettighetsloven.

# Kapittel 8. Forslag til felles lov for helse- og sosialfaglig personell, med merknader<sup>32</sup>

## Kapittel 1

### § 1. Lovens formål

Lovens formål er å bidra til sikkerhet og kvalitet i helse- sosial- og omsorgstjenesten samt tillit til helse- og sosialfaglig personell og helse- sosial- og omsorgstjenesten.

**Merknad:** Hensynet til sikkerhet, kvalitet og tillit er like sentrale i sosialfaglig arbeid som i helsetjenesten. Mottakerne av tjenestene skal gjennom loven sikres et minimum av kvalitet på tjenestene og ha tillit til at det er rettslige rammer rundt yrkesutøvelsen, slik at beslutninger som berører mottakernes sikkerhet er regulert i lov. Bestemmelsen pålegger ikke fagpersonellet særskilte rettigheter eller plikter, men gir veiledning om hvilke hensyn og momenter som er relevante ved tolkning og utfylling av de øvrige bestemmelsene i loven.

### § 2. Lovens virkeområde

Loven gjelder helse- og sosialfaglig personell og virksomheter som yter helse- og sosialfaglig hjelp i riket.

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

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

**Merknad:** Lovens virkeområde endres til også å omfattes sosialfaglig personell. Det vises for øvrig til merknadene denne paragrafen i rundskriv til helsepersonelloven rundskriv, sist faglig oppdatert 28. juni 2018.

### § 3. Definisjoner

Med helsepersonell menes i denne lov:

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

<sup>32</sup> Merknadene er i stor grad basert på Helsedirektorats rundskriv med kommentarer, lovens forarbeider (Ot. Prp. nr. 13 (1998-99) og senere forarbeider til lovendringer, listet opp i offentlige dokumenter i kapittel 9, litteratur og registre m.v. Disse dokumentene er også grunnlaget for Helsedirektorates rundskriv. Videre er boka *Helsepersonelloven kommentarutgave 2019* av Anne Kjersti Befring og Bente Ohnstad er viktig kilde for kommentarene.



Med sosialfaglig personell menes i denne lov sosionomer og barneverns-  
pedagoger.

Departementet kan i forskrift bestemme at loven eller enkelte bestemmelser i loven skal gjelde for nærmere angitt personell som ikke omfattes av første ledd og andre, herunder personell som Norge etter folkerettslige regler er forpliktet til å gi rett til å utøve yrke som helsepersonell eller sosialfaglig personell midlertidig i Norge uten norsk autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning.

Med helsehjelp menes enhver handling som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål. Med sosialfaglig hjelp menes enhver handling som har som mål å forebygge, redusere, løse og mestre sosiale og helsemessige problemer, og gi rett hjelp til rett tid til barn, unge og familier i utsatte livssituasjoner.

Med helseinstitusjon menes institusjon som hører under spesialisthelsetjenesteloven og helse- og omsorgstjenesteloven. Departementet kan i forskrift fastsette nærmere bestemmelser om hvilke institusjoner som skal omfattes.

**Merknad:** Sosionomer og barnevernspedagoger vil allerede etter dagens lov kunne være helsepersonell når de utfører pasientrettet, klinisk arbeid innenfor helse- og omsorgstjenesten. Det gjelder også annet personell som ufaglært personell eller andre som med spesiell kompetanse eller etter opplæring yter helsehjelp.

Ved å tilføye sosialfaglig personell i andre ledd, og definere denne gruppen som sosionomer og barnevernspedagoger, tydeliggjøres hvem som innen sosialtjenesten, og ikke bare helsetjenesten, er pliktsubjekt etter loven. Motsatsen til sosialfaglig kunne kanskje vært helsefaglig personell. Eller sosialfaglig kunne defineres som sosialpersonell. Sosialpersonell er imidlertid definert videre enn sosionomer og barnevernspedagoger, blant annet av Statistisk sentralbyrå. Sosialfagutdanning brukes i forskrift om felles rammeplan for helse- og sosialfagutdanninger se kapittel 3.1. Helsepersonell er innarbeidet og definert bl.a. i helsepersonelloven, helsefagarbeider brukes på grupper som tidligere ble titulert hjelpepleier. Det foreslå derfor å bruke betegnelsen sosialfaglig personell som fellesnevner for sosionom og barnevernspedagoger. Ved å tilføye sosialfaglige hjelp i tredje ledd og definere dette til handlinger som har som formål å forebygge, redusere løse og mestre sosiale og helsemessige problemer, samt gi rett hjelp til rett tid til barn, unge og familier i utsatte livssituasjoner, vil hele helse- omsorgs og sosialtjenesten falle inn under loven, noe som også harmonerer med hensynene bak loven og Statens helsetilsyns oppgaver. Dette er i samsvar med definisjoner i formålsbestemmelsene i forskrift av 15. mars 2019 nr. 409 om nasjonal retningslinje for sosionomutdanning, og forskrift 15. mars 2019 nr. 398 og nasjonal retningslinje for barnevernspedagogutdanningen.

Hvis forslaget til lovendring følges opp, foreslås at definisjonen av helsehjelp endres, slik at «og som utføres av helsepersonell» sløyfes. Dette er i dag en sirkeldefinisjon siden helsepersonell er definert som personell som yter helsehjelp.

## Kapittel 2. Krav til helse- og sosialfaglig personells yrkesutøvelse

### § 4. Forsvarlighet

Helse- og sosialfaglig personell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra deres kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig.

Helse- og sosialfaglig personell skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, og skal innhente bistand eller henvise pasienter og tjenestemottakere videre der dette er nødvendig og mulig. Dersom pasientens og tjenestemottakerens behov tilsier det, skal yrkesutøvelsen skje ved samarbeid og samhandling med annet kvalifisert personell. Helse- og sosialfaglig personell har plikt til å delta i arbeid med individuell plan når en pasient eller tjenestemottaker har rett til slik plan etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-5.

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

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

**Merknad:** Forsvarlighetskravet innebærer i utgangspunktet en plikt til å opptre i samsvar med de til enhver tid gjeldende faglige normer og lovbestemte krav til yrkesutøvelsen. I dette ligger blant annet forventning om at nasjonale veiledere og retningslinjer følges.

Begrepets innhold varierer derfor med faglig utvikling, verdioppfatninger og lignende. Det er ikke et absolutt krav om at en skal gjøre alt som er mulig å gjøre for den enkelte tjenestemottaker, for eksempel ved å ta alle tilgjengelige ressurser i bruk.

Hva som skal til for at fagpersonellet anses å handle faglig forsvarlig, skal bedømmes ut fra det en kan forvente på bakgrunn av den enkeltes kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig.

Med kvalifikasjoner siktes det til både formelle og reelle kvalifikasjoner, dvs. helse- og sosialfaglig utdanning, tilleggsutdanning og erfaring. Fag- og yrkesorganisasjoners normer og yrkesetiske regler vil også være veiledende for hvilke forventninger man kan ha til kvalifikasjoner hos de respektive fagpersonellgrupper. Videre må forventninger knyttes til innholdet i den enkelte helsepersonellgruppes utdanning og til kravene til autorisasjon mv. Autorisasjon stiller visse krav til utdanning mv., og bidrar til å sikre at grupper av fagpersonell har særskilt kyndighet for yrkesutøvelse innen sine områder, men er ikke nødvendigvis tilstrekkelig til at det enkelte autoriserte helsepersonell er kvalifisert til å utføre en bestemt oppgave i enhver sammenheng. Hva den enkelte er kvalifisert til, er en objektiv vurdering, men forsvarlighetskravet tilsier at det enkelte fagpersonell vurderer om det har tilstrekkelige kvalifikasjoner eller om tjenestemottakeren bør videre-henvises, eventuelt spesialistkompetanse innhentes.

Bestemmelsen har absolutt relevans i sosialfaglig arbeid, og foreslås utvidet til å gjelde sosialfaglig personell. Se for øvrig kapittel 5 i utredningen.

## § 5. Bruk av medhjelpere

**Helse- og sosialfaglig personell** kan i sin virksomhet overlate bestemte oppgaver til annet personell hvis det er forsvarlig ut fra oppgavens art, personellets kvalifikasjoner og den oppfølging som gis. Medhjelpere er underlagt kontroll og tilsyn fra **helse- og sosialfaglig personell**.

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

**Merknad:** Adgangen til å benytte medhjelpere følger av den handlefrihet man som profesjonsutøver har til å utøve virksomhet innen eget fagområde. Bestemmelsen kan gjøres gjeldende for sosialfaglige personell. Paragraf 5 stiller som vilkår for å overlate oppgaver til andre, at dette er forsvarlig ut fra oppgavens art, fagpersonellets kvalifikasjoner og den oppfølging som gis. Bestemmelsen plasserer ansvaret for kontroll og tilsyn med medhjelperen hos den som har overlatt oppgaven til vedkommende.

Bestemmelsen har først og fremst betydning når det er behov for å overlate oppgaver til annet personell utenfor rammen av vedkommendes stillingsbeskrivelse eller den ordinære arbeidsfordelingen i virksomheten..

Adgangen til å benytte medhjelper gjelder uavhengig av organisatoriske grenser.

## § 6. Ressursbruk

Helse- og **sosialfaglig personell** skal sørge for at **hjelpen** ikke påfører pasient, **tjenestemottaker, institusjoner**, trygden eller andre unødvendig tidstap eller utgift.

**Merknad:** plikten til hensiktsmessig ressursbruk gjelder i dag for helsepersonell, men kan være like aktuell for sosialfaglig personell.

Plikten til å unngå unødig ressursbruk, omfatter ikke bare penger, men også tid. Det innebærer at arbeidstiden skal brukes effektivt, og at tjenestemottakerne ikke må påføres unødig venting eller utsettes for å tidsspile som følge av mer intensiv eller langvarige behandling enn nødvendig. For eksempel må det innen barnevernet vurderes om en melding gir grunnlag for å iverksette undersøkelser, og eventuelle undersøkelser må ikke ta lenger tid enn det formålet tilsier.

Hva som er unødvendig ressursbruk beror til en viss grad av skjønn, men hensynet til å begrense ressursbruken må vike for kravet til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp der det måtte oppstå konflikt mellom disse to hensynene.

## § 7. Øyeblikkelig hjelp

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

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

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

**Merknad:** Denne bestemmelsen er først og fremst relevant for helsepersonell. Derfor foreslås ikke at sosialfaglig personell omfattes av denne plikten. I barnevernet er det bestemmelser om akuttvedtak som motsvares av denne plikten.

### § 8. Pliktmessig avhold

Helse- og sosialfaglig personell skal ikke innta eller være påvirket av alkohol eller andre rusmidler i arbeidstiden.

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

Departementet kan i forskrift gi bestemmelser om:

1. at helse- og sosialfaglig personell skal kunne pålegges å avgi utåndingsprøve, blodprøve eller lignende prøve ved mistanke om overtredelse av første ledd,
2. forbud mot inntak av rusmidler i et nærmere bestemt tidsrom før tjenestetiden begynner, og
3. at helse- og sosialfaglig personell skal kunne bli fremstilt for prøvetaking med bistand fra politiet i de tilfellene helse- og sosialfaglig personell nekter, eller på annen måte unndrar seg, å avgi prøve.

**Merknad:** Bestemmelsen i dagens lov forbyr helsepersonell å innta eller være påvirket av alkohol eller andre rusmidler i arbeidstiden. Denne bestemmelsen kan utvides til også å gjelde sosialfaglig personell.

Formålet er å unngå uforsvarlig yrkesutøvelse og svekket tillit til helse- og omsorgstjenesten. Tillit er også viktig i sosialtjenestene, og forbudet er derfor aktuelt for sosialfaglig personell.

Med rusmidler menes alle stoffer som gir rus på grunn av sin virkning på hjernen. Disse omfatter alkohol, illegale stoffer (cannabis, amfetamin, heroin, osv.), løsemidler og visse legale legemidler (sovemidler, beroligende midler). Felles for alle er at rusen vil være kjennetegnet av oppstemthet, konsentrasjonssvekkelse, hukommelses- og innlæringssvikt, kritikkløshet, sløvhhet eller endret stemningsleie.

Forbudet gjelder både det å innta og det å være påvirket av rusmidler. Det er altså likegyldig om rusmiddelet er inntatt *før* eller *i* arbeidstiden, dersom fagpersonellet er påvirket i arbeidstiden.

Nødvendige legemidler i forbindelse med sykdomsbehandling, ikke skal anses som rusmidler. Fagpersonellet skal imidlertid snarest varsle arbeidsgiver om slik bruk. Varslingen bør om mulig skje før vedkommende gir hjelp.

### § 9. Forbud mot gaver m.v. i tjenesten

Helse- og sosialfaglig personell må verken på egne eller andres vegne motta gave, provisjon, tjeneste eller annen ytelse som er egnet til å påvirke deres tjenstlige handlinger på en utilbørlig måte.

**Helse- og sosialfaglig personell** må heller ikke motta fra pasient eller bruker gave, provisjon, tjeneste eller annen ytelse som har mer enn en ubetydelig verdi.

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

**Merknad:** Bestemmelsen slik den lyder i dag forbyr helsepersonell å motta gaver mv. som kan påvirke tjenstlige handlinger. Formålet er å sikre at helsepersonell opptrer i tråd med pasientens eller brukerens interesser, og ikke handler ut fra hensynet til egen vinning eller andre utenforliggende hensyn.

Bestemmelsen omfatter alt helsepersonell og alle deler av helse- og omsorgstjenesten. Bestemmelsen antas også å kunne gjøres gjeldende for sosialfaglig personell. Om bestemmelsen nærmere innhold, vises til Helsedirektoratets rundskriv med kommentarer til denne bestemmelsen, sist faglig oppdatert 28. juni 2018.

### § 10. Informasjon til pasienter og **tjenestemottakere** m.v.

Den som yter helse- **sosial**- og omsorgstjenester, skal gi informasjon til den som har krav på det etter reglene i pasient- og brukerrettighetsloven §§ 3-2 til 3-4. I helseinstitusjoner skal informasjon etter første punktum gis av den som helseinstitusjonen utpeker.

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

#### § 10 a.

**Helse- og sosialfaglig personells** plikt til å bidra til å ivareta mindreårige barn som er pårørende til foreldre eller søsken

**Helse- og sosialfaglig personell** skal bidra til å ivareta det behovet for informasjon og nødvendig oppfølging som mindreårige barn kan ha som følge av at barnets forelder eller søsken er pasient med psykisk sykdom, rusmiddelavhengighet eller alvorlig somatisk sykdom eller skade.

**Helse- og sosialfaglig personell** som yter **hjelp** til pasient som nevnt i første ledd, skal søke å avklare om pasienten har mindreårige barn eller mindreårige søsken og vedkommendes informasjons- eller oppfølgingsbehov.

Når det er nødvendig for å ivareta behovet til pasientens mindreårige barn, skal helse- og sosialfaglig personell blant annet

- a. samtale med pasienten om barnets informasjons- eller oppfølgingsbehov og tilby informasjon og veiledning om aktuelle tiltak. Innenfor rammene av taushetsplikten skal **den som yter helse- eller sosialfaglig hjelp** også tilby barnet og andre som har omsorg for barnet, å ta del i en slik samtale
- b. innhente samtykke til å foreta **den oppfølging som anses** hensiktsmessig
- c. bidra til at barnet og personer som har omsorg for barnet, i overensstemmelse med reglene om taushetsplikt, gis informasjon om pasientens sykdomstilstand,

behandling og mulighet for samvær. Informasjonen skal gis i en form som er tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger.

Når det er nødvendig for å ivareta behovet til pasientens mindreårige søsken, skal **den som yter helse- eller sosialfaglig** hjelp blant annet tilby informasjon og veiledning om aktuelle tiltak. Så langt det er mulig, skal det gjøres i samråd med foreldre eller andre som har omsorgen for søskenet. Tredje ledd bokstav b og c gjelder tilsvarende.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om innholdet i **plikter** etter denne bestemmelsen.

### **§ 10 b.**

**Helse- og sosialfaglig** personells plikt til å bidra til å ivareta mindreårige barn som er etterlatte etter foreldre eller søsken

**Helse- og sosialfaglig** personell skal bidra til å ivareta det behovet for informasjon og nødvendig oppfølging som mindreårige barn kan ha som følge av at en forelder eller et søsken dør.

**Helse- og sosialfaglig** personell skal, så langt det er mulig, i samråd med foreldre eller andre med omsorgen for barnet, søke å avklare barnets informasjons- eller oppfølgingsbehov og tilby informasjon og veiledning om aktuelle tiltak. Når det er nødvendig for å ivareta barnets behov, skal **fagpersonellet** innhente samtykke til å foreta oppfølging **som anses** som hensiktsmessig.

Informasjonen skal gis i en form som er tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger, og opplysninger om avdøde skal gis innenfor rammene som følger av [§ 24](#).

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om innholdet i **fagpersonell**s plikter etter denne bestemmelsen.

| **Merknad til §§ 10, 10 a og b** : Se utredningen kapittel 5.4.

### **§ 11. Rekvirering av reseptbelagte legemidler**

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

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

| **Merknad**: Denne bestemmelsen gjelder kun for leger og tannleger.

### **§ 12. Undersøkelser i forbindelse med straffbare forhold**

Lege, sykepleier, helsesekretær eller bioingeniør skal etter anmodning fra politiet ta blodprøve eller foreta lignende undersøkelse av personer som er mistenkt

for straffbart forhold under påvirkning av alkohol eller annet berusende eller bedøvende middel når dette er hjemlet i lov og kan skje uten fare.

Lege skal etter anmodning fra påtalemyndigheten foreta kroppslig undersøkelse av mistenkte i straffesak når slik undersøkelse er besluttet etter straffeprosessloven §§ 157 eller 157 a. Videre skal lege etter anmodning fra kriminalomsorgen foreta kroppslig undersøkelse av en innsatt i fengselsanstalt når slik undersøkelse er besluttet etter reglene i straffegjennomføringsloven § 29.

Ved anmodning om rusprøve fra politiet, ved vilkår for påtaleunntatelse, fra kriminalomsorgen, ved vilkår for betinget dom, og fra ungdomsordinator, ved gjennomføring av ungdomsstraff og ungdomsoppfølging, skal lege, sykepleier, helsesekretær og bioingeniør ta blodprøve eller lignende rusprøve av personer som var under 18 år på handlingstidspunktet. Plikten inntreer når personen møter opp til prøvetaking

**Lege, sykepleier, helsesekretær eller bioingeniør har ingen plikt til å foreta undersøkelser etter første til tredje ledd av:**

1. ektefelle, samboer, registrert partner, forlovede eller av slektninger i rett opp- eller nedstigende linje, søsken eller like nær besvogrede. Likt med slektskap regnes adoptiv- og fosterforhold.
2. person som helsepersonellet har til behandling. Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om plikten til å foreta undersøkelser etter denne paragrafen, og herunder fastsette bestemmelser om begrensninger i plikten og om fritak.

**Merknad:** Denne bestemmelsen har kun relevans for nærmere definerte grupper helsepersonell.

### § 12 a.

Undersøkelser mv. etter pålegg fra Statens undersøkelseskommissjon for helse- og omsorgstjenesten

Helse- og **sosialfaglig** personell skal medvirke til eller underkaste seg utåndingsprøve, blodprøve og klinisk legeundersøkelse som pålegges av undersøkelseskommissjonen etter lov om Statens undersøkelseskommissjon for helse- og omsorgstjenesten § 9 andre ledd.

**Merknad:** Bestemmelsen er vedtatt ved lov 16. juni 2017 nr. 56, men har ikke trådt i kraft. Formålet er å bedre pasient- og brukersikkerheten i helse- og omsorgstjenesten gjennom undersøkelser av alvorlige hendelser og andre alvorlige forhold. Helsepersonell får plikt til å medvirke eller underkaste seg undersøkelser etter pålegg fra undersøkelseskommissjonen. Bestemmelsen antas også å kunne ha relevans i sosialfaglig virksomhet, spesielt innen barnevernet.

### § 13. Markedsføring

Markedsføring av helse- **sosial-** og omsorgstjenester skal være forsvarlig, nøktern og saklig.

Ved markedsføring av virksomhet som yter helse- og omsorgstjenester, gjelder første ledd tilsvarende.

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

**Merknad:** Bestemmelsen stiller krav til hvordan markedsføring av helse- og omsorgstjenester og virksomheter som utfører helse- og omsorgstjenester skal skje. Bestemmelsen er en særregulering til markedsføringslovens bestemmelser.

Formålet med bestemmelsen er å sikre at pasientene får nøktern og saklig informasjon om helse- og omsorgstjenester. Det gjelder særlig tjenester som ikke tilbys ut fra en vurdering av pasientens helsetilstand eller som ikke vil innebære en endring av pasientens helse. Bestemmelsen antas også å være relevant der sosialfaglig personell tilby private tjenester, og foreslås derfor utvidet til også å omfatte sosialfaglig personell. Om det nærmere innholdet i plikten, vises til rundskriv til helsepersonelloven av 28. juni 2018, faglig oppdatert 16. mars 2022.

#### § 14. Beordring av helsepersonell til vaktordninger

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

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

**Merknad:** Bestemmelsen antas ikke ha relevans for sosialfaglig personell.

#### § 15. Krav til attester, erklæringer o.l.

Den som utsteder attest, erklæring o.l. skal være varsom, nøyaktig og objektiv. Attest, erklæring o.l. skal være korrekt og bare inneholde opplysninger som er nødvendige for formålet. Attest, erklæring o.l. skal inneholde alle opplysninger som **fagpersonellet** bør forstå er av betydning for mottageren og for formålet med attesten, erklæringen o.l. Helse- eller **det sosialfaglige personellet** skal gjøre det klart dersom attesten, erklæringen o.l. bare bygger på en begrenset del av de relevante opplysningene **fagpersonellet** har. **Den** som er inhabil etter forvaltningsloven § 6, skal ikke utstede attest, erklæring o.l.

Når **fagpersonellet** forstår at det kan ha særlig betydning hvordan spesielt sensitive faktiske forhold beskrives i en attest, erklæring o.l. til et forsikringsselskap, skal han eller hun ta dette opp med pasienten.

Når det skal utleveres helseopplysninger til et forsikringsselskap, og selskapet kan forstå disse opplysningene som uttrykk for en alvorlig sykdom, skal pasienten orienteres om dette først, dersom det må antas at han eller hun er ukjent med forholdet.

Departementet kan i forskrift fastsette nærmere bestemmelser om utforming av og innhold i attester, erklæringer o.l.



**Merknad:** Bestemmelsen stiller krav til utforming av og innhold i attester, erklæringer o.l. som utstedes av helsepersonell. Den antas også å være relevant for sosialfaglig personell og foreslås derfor utvidet til å omfatte denne gruppen.

Formålet med bestemmelsen er å bidra til å sikre god kvalitet og høy legitimitet på attester og erklæringer som utstedes. Bestemmelsen skal også bidra til at personopplysninger ikke misbrukes av fagpersonellet eller av andre.

Med attester, erklæringer o.l. menes som utgangspunktet enhver skriftlig bevitnelse, bekreftelse, vurdering e.l. som fagpersonellet utsteder. Bestemmelsen omfatter også utstedelse av attest, erklæring o.l. vedrørende en person som ikke er vedkommendes pasient/klient. Eksempel på dette kan være sakkyndige erklæringer.

Ordinær kommunikasjon med samarbeidende personell eller pårørende, arbeids-notater og dokumentasjon i journal omfattes ikke av begrepet attester, erklæringer o.l. Arbeidsnotater utarbeidet i forbindelse med organisasjonsintern utredning og hvor helse- eller sosialfaglige vurderinger inngår, vil derfor ikke være omfattet. Eksempel på dette kan være at personell i Nav eller Norsk Pasientskadeerstatning NPE utarbeider helse- eller sosialfaglige vurderinger som skal inngå i sakens beslutningsgrunnlag.

Bestemmelsen gjelder uavhengig av om attest, erklæring o.l. bestilles fra tjenestemottakeren selv eller en tredjeperson.

Bestemmelsen sier ikke noe om fagpersonellet i enkelte situasjoner skal eller bør utarbeide attester og erklæringer.

Det stilles strenge krav til hva en attest skal inneholde. Kravene er de samme om konsultasjonen foregår på nettet eller ved et fysisk møte.

Det er den enkelte profesjonsutøver som må gjøre en konkret vurdering med tanke på hvilket vurderingsgrunnlag han eller hun behøver for å kunne utferdige en erklæring i tråd med § 15. Forsvarlighetskravet i lovens § 4 stiller krav om at fagpersonellet skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra vedkommendes kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig. Det er opp til den enkeltes faglige skjønn om det skrives ut erklæring uten fysisk oppmøte av tjenestemottakeren. Flere faktorer vil i denne sammenheng være avgjørende, for eksempel hvor godt kjennskap man har til tjenestemottakeren.

## Kapittel 3. Krav til organisering av virksomhet

**§ 16. Organisering av virksomhet som yter helse-, sosial- og omsorgstjenester**  
Virksomhet som yter **helse-, sosial- og omsorgstjenester**, skal organiseres slik at **helse- og sosialfaglig personell** blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter.

Departementet kan i forskrift fastsette nærmere bestemmelser om ordinerer av legemidler gjennom virksomhetens prosedyrer som skal kunne erstatte leges eller tannleges individuelle ordinerer til enkeltpasienter.

**Merknad:** Formålet med bestemmelsen er å sikre personellens arbeidsforhold som gjør at de kan gi faglig forsvarlig helsehjelp. Det vises for øvrig til utredningen kapittel 6.

### § 17. Opplysninger om forhold som kan medføre fare for pasienter, brukere eller tjenestemottakere

Helse- og sosialfaglig personell skal av eget tiltak gi tilsynsmyndighetene informasjon om forhold som kan medføre fare for sikkerheten for pasienter, brukere og tjenestemottakere. Det skal ikke gis informasjon om taushetsbelagte opplysninger.

**Merknad:** Helsepersonell skal etter dagens lov på eget initiativ gi tilsynsmyndighetene opplysninger om forhold som kan sette pasienters- og brukeres helse og liv i fare. Plikten gjelder alt helsepersonell. Bestemmelsen gjelder helse- og omsorgstjenester generelt, ikke bare helsehjelp. Det er derfor naturlig å utvide anvendelsesområdet til sosialfaglig hjelp siden Statens helsetilsyn også fører tilsyn med disse tjenestene.

Det vises for øvrig til Helsedirektoratets rundskriv med kommentar til denne bestemmelsen, sist faglig oppdatert 28. juni 2018

## Kapittel 4. Særskilte regler i tilknytning til autorisasjon, krav om politiattest m.v.

### § 18. Melding om helse- og sosialfaglig personells virksomhet

Helse- og sosialfaglig personell med autorisasjon eller lisens i privat virksomhet skal gi melding til kommune eller regionalt helseforetak når de åpner, overtar eller trer inn i virksomhet som er omfattet av loven. Melding skal også gis ved virksomhetens opphør.

Dersom helse- og sosialfaglig personell skal yte tjenester til barn eller personer med utviklingshemning, skal politiattest som nevnt i § 20 a vedlegges meldingen. Inneholder meldingen en politiattest med merknader, skal den straks oversendes statsforvalteren.

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

**Merknad:** Formålet med første ledd er å gi myndighetene oversikt over helsepersonelldekningen, og dermed ha mulighet til å iverksette styringstiltak ved behov. Den kan også ha aktualitet for sosialfaglig personell, spesielt for dem som arbeider innen private institusjoner på anbud fra NAV eller barnevernet. Andre ledd skal gi tilsynsmyndigheten mulighet til å vurdere oppfølging gjennom tilsyn.

Andre ledd første punktum er en pliktbestemmelse for personellet. Det følger av bestemmelsen at helse- og sosialpersonell som åpner, overtar eller trer inn i virksomhet som skal yte hjelp til barn eller personer med utviklingshemning, skal fremlegge politiattest for kommune eller regionalt helseforetak. Plikten til å fremlegge politiattest følger av dagens helsepersonellov § 20 a. Andre punktum er en pliktbestemmelse for kommune og regionale helseforetak. Bestemmelsen pålegger kommunen eller helseforetaket straks å sende en politiattest med anmerkninger videre til statsforvalteren.

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

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

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

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

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

**Merknad:** Bestemmelsen i dagens lov pålegger helsepersonell å informere hovedarbeidsgiver om bierverv, engasjement, eierinteresser mv. som kan komme i konflikt med hovedarbeidsgivers interesser. Bestemmelsens anvendelsesområde foreslå utvidet til også omfatte sosialfaglig personell.

Formålet med bestemmelsen er å avdekke lojalitetskonflikter, inhabilitet og forhold som hindrer faglig forsvarlig yrkesutøvelse. Det er viktig for tilliten til de offentlige helse-omsorgs og sosialfaglige tjenestene at det ikke oppstår tvil om at avgjørelser tas av hensyn til tjenestemottaker og en fornuftig forvaltning av offentlige interesser, og ikke av hensyn til fagpersonellets egne interesser.

Likeledes kan en arbeidsgiver i privat virksomhet begrense en ansatts bierverv for eksempel for å sikre at den totale arbeidsbelastningen ikke går ut over hovedstillingen.

Bestemmelsen må ses i sammenheng med arbeidsgivers styringsrett. Arbeidsgiver vil i kraft av alminnelige arbeidsrettslige prinsipper ha adgang til å hindre helsepersonell i å ha engasjement/bierverv som innebærer en konflikt med hovedarbeidet.

Bestemmelsen begrenser i seg selv ikke personells adgang til å inneha bierverv mv.; slike begrensninger kan imidlertid følge av for eksempel arbeidsavtale. Arbeidsgiver kan i kraft av sin styringsrett ha adgang til å nekte ansatte å ha bierverv mv. som kommer i konflikt med arbeidet.

Det vises for øvrig til Helsedirektoratets rundskriv med kommentarer til denne bestemmelsen, sist faglig oppdatert: 28. juni 2018.

### § 20. Plikter etter pasientskadeloven

Den som utenfor den offentlige helse- og omsorgstjenesten yter helsehjelp som nevnt i pasientskadeloven § 1, skal melde fra og yte tilskudd til Norsk Pasientskadeerstatning etter pasientskadeloven § 8.

**Merknad:** Bestemmelsen er spesielt utformet med tanke på pasientskader og dermed på helsetjenesten og det skadepotensialet som følger av feil medisinsk behandling o.l. Den antas ikke ha relevans for sosialfaglig personell.

### § 20 a. Krav om politiattest

Den som skal yte spesialisthelsetjenester og tannhelsetjenester til barn skal fremlegge politiattest som nevnt i politiregisterloven § 39 første ledd ved tilbud om stilling, ved inngåelse av avtale etter tannhelsetjenesteloven § 4-2 første ledd og spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a sjette ledd, samt ved melding om åpning, overtagelse og inntreden i privat virksomhet, jf. § 18.

Den som skal yte spesialisthelsetjenester og tannhelsetjenester til personer med utviklingshemming skal i tilfeller som nevnt i første ledd fremlegge politiattest som viser om vedkommende er siktet, tiltalt, har vedtatt forelegg eller er dømt for brudd på overtredelse av straffeloven 1902 §§ 192, 193, 194, 195, 196, 197, 199, 200 annet ledd, 201 første ledd bokstav c, 203 eller 204 a og straffeloven 2005 §§ 291, 293, 294, 295, 296, 299, 301, 302, 303, 304, 305, 309, 310, 311, 312 og 314. Overtredelsen skal anmerkes i samsvar med politiregisterloven § 41 nr. 1.

Plikten etter første og annet ledd omfatter ikke den som bare sporadisk yter slike tjenester og som i alminnelighet ikke vil være alene med barn eller personer med utviklingshemming.

Politiattest som nevnt i første og annet ledd skal ikke være eldre enn tre måneder.

Den som har vedtatt forelegg eller er dømt for overtredelser av straffeloven 1902 §§ 192, 193, 194, 195, 196, 197, 199, 200 annet ledd, 201 første ledd bokstav c, 203 eller 204 a eller straffeloven 2005 §§ 291, 293, 294, 295, 296, 299, 301, 302, 303, 304, 305, 309, 310, 311, 312 og 314, er utelukket fra å yte helse- og omsorgstjenester til barn eller personer med utviklingshemming.

Den som yter tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven skal fremlegge politiattest som nevnt i helse- og omsorgstjenesteloven § 5-4.

Det samme gjelder dem som yter sosialfaglige tjenester og som omfattes av denne loven.

**Merknad:** Bestemmelser om politiattest er for sosialfaglig personells vedkommende også regulert i forskrift 15. oktober 1999 nr. 1090. Det foreslås likevel regulert her siden det kan være behov for slikt lovgrunnlag for også andre virksomheter enn barnevernet.

## Kapittel 5. Taushetsplikt og opplysningsrett

### § 21. Hovedregel om taushetsplikt

**Helse- og sosialfaglig personell** skal hindre at andre får adgang eller kjennskap til opplysninger om folks legems- eller sykdomsforhold eller andre personlige forhold som de får vite om i egenskap av å være helse- og **sosialfaglig personell**.

**Merknad:** Bestemmelsen i dagens helsepersonellov er hovedregelen om helsepersonells yrkesmessige taushetsplikt og korresponderer med pasienters rett til vern mot spredning av opplysninger etter pasient- og brukerrettighetsloven § 3-6. De samme hensyn som ligger bak taushetsplikten gjelder for sosialfaglig personell, og bestemmelsen kan med fordel gjøres gjeldende også for denne gruppen.

Autorisert personell som er ansatt i offentlig forvaltning, men som ikke yter helse- omsorgs- eller sosialfaglig hjelp, er underlagt forvaltningslovens bestemmelser om taushetsplikt.

Se utredningens kapittel 5.3. og Helsedirektoratets kommentarer til denne bestemmelsen i rundskriv, sist faglig oppdatert: 28. juni 2018

### § 21 a. Forbud mot urettmessig tilegnelse av taushetsbelagte opplysninger

Det er forbudt å lese, søke etter eller på annen måte tilegne seg, bruke eller besitte opplysninger som nevnt i § 21 uten at det er begrunnet i **hjelp** til pasienten **eller tjenestemottakeren**, administrasjon av slik hjelp eller har særskilt hjemmel i lov eller forskrift.

**Merknad:** Bestemmelsen er også relevant for sosialfaglig personell, og foreslås omformulert slik at den også omfatter mottakere av sosiale tjenester. Formålet er å tydeliggjøre forbudet mot å skaffe seg adgang til opplysninger som man ikke trenger for å kunne gi helse- eller sosialfaglig hjelp.

Bestemmelsen skal styrke vernet om taushetsbelagte opplysninger. Det vil si opplysninger om folks legems- eller sykdomsforhold eller andre personlige forhold som fagpersonellet får adgang til i egenskap av å være helsepersonell- eller sosialfaglig personell, jf. lovens § 21. Behovet for et slikt forbud er blitt mer aktuelt som følge av den tekniske utviklingens muligheter og av at behandling av helse- og sosialfaglige opplysninger i stor grad skjer med elektroniske hjelpemidler.

Bestemmelsen kommer ikke til anvendelse i de tilfeller det foreligger særskilt hjemmel i lov eller forskrift for å kunne tilegne seg opplysningene. Det mest aktuelle eksemplet på lovlig tilgang til helse- eller sosialfaglige opplysninger, er når tilgangen er nødvendig for å yte hjelp, eventuelt administrasjon av slik hjelp.

Det sentrale i vurderingen av om det er rettmessig å utveksle, videreformidle eller tilegne seg taushetsbelagte helseopplysninger i en situasjon der man yter helse- eller sosialfaglig hjelp, vil være om opplysningene er nødvendige for at fagpersonellet skal kunne yte forsvarlig hjelp til mottakere av hjelpen. Dette vil være en konkret vurdering som blant annet avhenger av hjelpens karakter og arten av opplysninger. Innholdet i den konkrete hjelpen vil tilsi hvilke opplysninger og av hvilket omfang den enkelte har behov for opplysningene.

Det er ikke tillatt å lese i journalen til en person som man ikke har noe ansvar for å yte hjelp til, eventuelt administrere slik hjelp til. Bestemmelsen innebærer at personell ikke kan lese i journalen til en tidligere klient eller pasient, hvis fagpersonellet ikke lenger har noe ansvar for hjelpen til vedkommende, med mindre slik lesing er hjemlet i lov eller forskrift. Samtykke fra den opplysningene gjelder kan være eksempel på en slik hjemmel, jf. lovens § 22. Et annet eksempel kan være § 26 første ledd som åpner for at opplysninger kan brukes for internkontroll og kvalitetssikring av tjenesten. Hjemmelen i § 26 forutsetter at formålet med bruken er ledelsesforankret som en del av virksomhetens kvalitetssikring og internkontroll.

Forbudet mot å besitte opplysninger innebærer at dersom man mottar en feilforsendelse enten i elektronisk form eller i papirform, plikter man å tilbakelevere eller destruere opplysningene på betryggende måte. Ved klare feilsendinger, bør man også gjøre avsender oppmerksom på at opplysningene er blitt sendt til feil person.

Statens helsetilsyn har i sine vurderinger av brudd på bestemmelsen lagt vekt på at pliktbruddet er egnet til å påføre pasienter en betydelig belastning, svekker tilliten til fagpersonellet og helse- og sosialtjenesten, at det er misbruk av tilgangsrettigheter i elektronisk pasientjournal og et alvorlig brudd på den tillit fagpersonellet er gitt av arbeidsgiver og samfunnet. I de saker Statens helsetilsyn har konkludert med at § 21 a er brutt, har helsepersonellet fått en advarsel. Reaksjonen har blitt gitt uavhengig av omfanget av "snokingen", se blant annet [Statens helsetilsyns vedtak 4. november 2010](#).

Det følger av lovens § 67 at det kreves forsettlig eller grov uaktsom overtredelse av forbudet for å kunne straffes. Påtale finner bare sted dersom allmenne hensyn krever det eller etter begjæring fra Statens helsetilsyn. Brudd på § 21 a vil normalt være forsettlige, og uansett grovt uaktsomme, slik at skyldkravet i helsepersonelloven som regel vil være oppfylt. Se Statens helsetilsyns uttalelse i sak 2015/2105 hvor de også uttaler seg om når saken bør påtales.

## § 22. Samtykke til å gi informasjon

Taushetsplikt etter § 21 er ikke til hinder for at opplysninger gjøres kjent for den opplysningene direkte gjelder, eller for andre i den utstrekning den som har krav på taushet samtykker. Et forsikringsselskap kan likevel ikke få adgang eller kjennskap til opplysninger som den opplysningene direkte gjelder, kan nektes innsyn i etter pasient- og brukerrettighetsloven § 5-1 annet ledd.

For personer under 16 år gjelder reglene i pasient- og brukerrettighetsloven § 4-4 tilsvarende for samtykke etter første ledd.

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

**Merknad:** Taushetsplikten er gitt til vern om pasienten, klienten eller tjenestemottakeren, og vedkommende kan i kraft av sin selvbestemmelsesrett frasi seg det vernet taushetsplikten er ment å gi. Den er også høyst relevant for sosialfaglig personell.

Samtykket skal være avgitt av en person med samtykkekompetanse, og det skal være frivillig og informert. Et gyldig samtykke gir helse- og sosialfaglig personell rett til å gi opplysninger videre så langt samtykket gjelder. Helse- og sosialfaglig personell kan likevel nekte eller avstå fra å gi opplysninger videre uten nærmere begrunnelse for det.

Om pasienten eller tjenestemottakeren har samtykkekompetanse og mulighet for å avgi et gyldig samtykke, avhenger av en konkret vurdering av vedkommendes modenhet, psykiske og somatiske tilstand. Det innebærer at den opplysningene gjelder fysisk og psykisk må være i stand til både å forstå og vurdere konsekvenser av samtykket.

Hvis det åpenbart er i pasientens eller tjenestemottakerens interesse, men vedkommende av en eller annen grunn ikke er i stand til å gi samtykke, kan slikt samtykke presumeres (forutsettes). Med "åpenbart" menes utvilsomt. Det må vurderes ut fra opplysningenes

art og vedkommendes formodede (antatte) vilje. Det kan være opplysninger som er nødvendige av hensyn til etterforskning av en alvorlig forbrytelse begått mot pasienten eller tjenestemottakeren.

Videre kreves det at samtykket er informert. Det forutsettes derfor at den opplysningene gjelder har fått tilstrekkelig informasjon til å forstå rekkevidden av samtykket. Dette innebærer informasjon om hvilke opplysninger det er aktuelt å videreformidle, til hvem opplysningene skal gis, hva som er formålet med videreformidlingen og eventuelle konsekvenser av denne. Kravene til informasjon må også ses i sammenheng med de generelle kravene til informasjon og innsyn som er gitt i [pasientjournalloven § 18](#). Loven gjelder for behandling av helseopplysninger som er nødvendig for å yte, administrere eller kvalitetssikre helsehjelp til enkeltpersoner, og skal bidra til å sikre pasienters og brukeres personvern, pasientsikkerhet og informasjon og medvirkning.

Det stilles ingen formkrav til samtykket etter § 22 og det behøver ikke å være skriftlig. Også indirekte og underforstått samtykke vil kunne være tilstrekkelig i konkrete situasjoner, som for eksempel hvor den opplysningene gjelder kommer til konsultasjon sammen med sin ektefelle eller annen nær pårørende og vedkommende med sin adferd må anses å samtykke til at informasjon utveksles med ektefelle/pårørende til stede.

Det vises for øvrig til Helsedirektoratets rundskriv med kommentar til denne bestemmelsen, sist faglig oppdatert: 28. juni 2018.

### § 23. Begrensninger i taushetsplikten

Taushetsplikt etter § 21 er ikke til hinder for:

1. at opplysninger gis den som fra før er kjent med opplysningene,
2. at opplysninger gis når ingen berettiget interesse tilsier hemmelighold,
3. at opplysninger gis videre når behovet for beskyttelse må anses ivaretatt ved at individualiserende kjennetegn er utelatt,
4. at opplysninger gis videre når tungtveiende private eller offentlige interesser gjør det rettmessig å gi opplysningene videre,
5. at opplysninger gis videre når helsepersonell gjennom sin yrkesutøvelse har grunn til å tro at dyr blir utsatt for slik mishandling eller alvorlig svikt vedrørende miljø, tilsyn og stell at det anses rettmessig å gi opplysningene videre til Mattilsynet eller politiet eller
6. at opplysningene gis videre etter regler fastsatt i lov eller i medhold av lov når det er uttrykkelig fastsatt eller klart forutsatt at taushetsplikt ikke skal gjelde.

**Merknad:** Bestemmelsen regulerer unntak fra hovedregelen om taushetsplikt i [helsepersonelloven § 21](#). Den gir en oppregning av situasjoner hvor taushetsplikten ikke er til hinder for utlevering av pasientopplysninger. Disse reglene samsvarer i stor grad med forvaltningslovens bestemmelser om begrensninger i taushetsplikten, men er noe mer restriktivt utformet. Unntakene har relevans også for dem som utfører sosialfaglig arbeid.

I disse situasjonene inntreer en opplysningsrett for personellet. I noen tilfeller vil det foreligge en opplysningsplikt etter bestemmelsens punkt 6.. Opplysningsrett innebærer at fagpersonellet selv kan avgjøre om de vil gi opplysninger eller ikke. Loven gir i slike tilfeller anvisning på to handlingsalternativer; rett til å tie og rett til å tale. Hvilket alternativ man velger vil bero på en faglig og skjønnsmessig vurdering. For at det skal foreligge opplysningsplikt må plikten være hjemlet i lov, jf. for eksempel lovens §§ 30-34.

Det gis ytterligere unntak fra taushetsplikten i de følgende bestemmelsene i kapittelet, som for eksempel unntak fra taushetsplikt ved samarbeid med annet personell etter lovens § 25.

Når loven i gitte situasjoner fritar personell fra taushetsplikten, skyldes det at andre hensyn i disse tilfellene må veie tyngre enn de hensyn som begrunner taushetsplikten. Det presiseres at det, så langt det er mulig, må tas hensyn til den opplysningene angår også når taushetsplikten fravikes.

Dersom personellet utleverer opplysninger som i utgangspunktet er undergitt lovbestemt taushetsplikt, skal den opplysningene gjelder, så langt forholdene tilsier det, informeres om hvilke opplysningene som er gitt. Det følger av pasient- og brukerrettighetsloven § 3-6.

Når det gjelder utdypende fortolkning av de ulike unntakene i punkt 1-6, vises til kommentarer til denne bestemmelsen i Helsedirektoratets rundskriv, sist faglig oppdatert 16. mars 2022.

## § 24. Opplysninger etter en persons død

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

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

**Merknad:** Bestemmelsen regulerer unntak fra taushetsplikten etter en persons død. Den antas også å ha relevans innen sosialfaglig arbeid.

Hensynene som begrunner taushetsplikt, gjør seg også gjeldende etter en persons død. Avdøde personer har i utgangspunktet samme krav på personvern som de hadde mens de levde. Etter et persons død kan imidlertid andre hensyn og interesser veie vel så tungt og tilsi at opplysninger kan videreformidles. I situasjoner hvor det er behov for å gi personopplysninger videre om døde og samtykke ikke lenger er praktisk mulig, gir bestemmelsen adgang til å gi opplysninger videre dersom "vektige grunner" taler for det. Bestemmelsen nevner hvilke hensyn som skal legges til grunn i vurderingen.

Bestemmelsen åpner for at opplysninger kan gis til andre enn pårørende, som for eksempel til politi, påtalemyndighet eller domstolene.

Om nærmere fortolkning av bestemmelsen, se Helsedirektoratets rundskriv med kommentarer til unntakene, sist faglig oppdatert 28. juni 2018.



### § 25. Opplysninger til samarbeidende personell

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

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

Med mindre pasienten motsetter seg det, kan taushetsbelagte opplysninger gis til samarbeidende personell når dette er nødvendig for å ivareta behovene til pasientens mindreårige barn eller mindreårige søsken, jf. § 10 a.

Personell som nevnt i første, andre og tredje ledd har samme taushetsplikt som helse- og sosialfaglig personell.

**Merknad:** Bestemmelsen er et unntak fra taushetsplikten og åpner, slik den lyder i dag, for å gi helseopplysninger til samarbeidende helsepersonell når dette er nødvendig for å kunne gi forsvarlig helsehjelp. Adgangen til å gi opplysninger til samarbeidende personell, følger for sosial- og barneverntjenestens vedkommende av forvaltningsloven § 13 b nr. 3. Når det gjelder adgangen til å gi opplysninger når man arbeider utenfor forvaltningslovens virkeområde, er dette i dag *ikke* regulert for sosialfaglig personell. Bestemmelsen kan med fordel gjøres gjeldende for også for disse.

Formålet med bestemmelsen er å ivareta pasientens behov for oppfølging og for å bidra til forsvarlige, rasjonelle og hensiktsmessigbehandling og oppfølging av den enkelte pasient i helse- og omsorgstjenesten. Det vises for øvrig til Helsedirektoratets rundskriv med kommentar til denne bestemmelsen, sist faglig oppdatert: 28. juni 2018

### § 25 a. Opplysninger i helsefaglige arbeidsfelleskap

Helsepersonell kan dele taushetsbelagte opplysninger i helsefaglige arbeidsfelleskap. Formålet skal være å støtte helsepersonell i å treffe beslutninger om helsehjelp til en pasient, å sikre forsvarlig opplæring av helsepersonell eller å gjennomføre helsehjelp i virksomheten. Pasienten kan motsette seg slik deling av opplysninger.

Det kan ikke gjøres oppslag i journaler på grunnlag av først ledd.

**Merknad:** Denne bestemmelsen er gitt spesielt med tanke på det behovet helsetjenesten har for å dele opplysninger med tanke på forsvarlig helsehjelp. Bestemmelsen er ment som støtte for helsepersonell i å treffe beslutninger om helsehjelp til andre pasienter. FO har i høringsuttalelse til bestemmelsen uttalt at helsefaglig samarbeid bør omfatte sosialfaglig oppfølging (Prop. 112 L (2020-2021)). Departementet har på sin side fastholdt at ikke andre enn helsepersonell bør inngå i helsefaglig samarbeid og vist til at andre bestemmelser i loven kan komme til anvendelse (§§ 32 og 33), eventuelt at sosialfaglig personell er medhjelpere.

### § 25 b. Opplysninger for å yte helsehjelp til en annen pasient

Lege og tannlege virksomheten utpeker kan etter anmodning og uten hinder av taushetsplikt, tilgjengeliggjøre opplysninger om en pasient til lege eller tannlege for ytelse av helsehjelp til en annen pasient, i en konkret behandlingssituasjon. Det kan bare deles opplysninger som er relevante og nødvendige for ytelse av helsehjelp til den andre pasienten.

Virksomheten skal til enhver tid ha en oppdatert liste over utpekt personell etter første ledd.

Det skal dokumenteres i pasientens journal hvem opplysninger etter første ledd har blitt utlevert til, og hvilke opplysninger som har blitt utlevert.

Pasienten kan motsette seg deling av opplysninger etter første ledd.

**Merknad:** Denne bestemmelsen henvender seg bare til leger og tannleger og har ingen relevans for sosialfaglig personell.

### § 26. Opplysninger til virksomhetens ledelse og til administrative systemer

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

Ved samarbeid om behandlingsrettede helseregistre etter pasientjournalloven § 9 kan slike opplysninger også gis til ledelsen i samarbeidende virksomhet.

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

Reglene om taushetsplikt gjelder tilsvarende for personell i pasientadministrasjonen.

**Merknad:** Bestemmelsen er et unntak fra taushetsplikten og gir adgang til å gi helseopplysninger til virksomhetens ledelse for å kunne gi helsehjelp, for internkontroll og kvalitetssikring av tjenesten. Bestemmelsen pålegger også helsepersonell en plikt til å gi opplysninger til virksomhetens pasientadministrative systemer. Denne bestemmelsen har først og fremst relevans i helsetjenesten, men kan tenkes også å være aktuell i sosialfaglig arbeid.

Formålet med bestemmelsen er å tilrettelegge for nødvendige systemer slik at tjenesten kan planlegges og gjennomføres på en rasjonell og kvalitativt forsvarlig måte. Hensynet til personvern vil fortsatt gjøre seg gjeldende, og adgangen til å bruke taushetsbelagte opplysninger er begrenset. Bestemmelsen skal videre tilrettelegge for virksomheter i helse- og omsorgstjenesten som har behov for et betydelig administrativt apparat med behov for systematisering av pasientdata og oversikter i forbindelse med ventelister, økonomiske oppgjørsordninger, refusjonsordninger og egenandeler m.m.

Ledelsens behandling av opplysningene vil være omfattet av reglene i pasientjournalloven. Det innebærer blant annet at ledelsen vil ha samme taushetsplikt som helsepersonell som avgir opplysningene, og at pasientjournalloven §§ 22 og 23 om informasjonssikkerhet og internkontroll også gjelder for ledelsens behandling av opplysningene.

Bestemmelsen gir ikke hjemmel for å behandle eller etablere helseregistre som reguleres av helseregisterloven.

### § 27. Opplysninger som sakkyndig

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

Den som opptrer som sakkyndig, skal gjøre **den opplysningene angår** oppmerksom på oppdraget og hva dette innebærer.

**Merknad:** Denne bestemmelsen kan også være relevant for sosialfaglig personell.

Når fagpersonell opptrer som sakkyndige, foreligger det ikke et en-til-en-forhold. Oppdragsgiveren bestemmer formålet med vurderingene den sakkyndige skal gjøre og den sakkyndiges oppgaver inngår ikke i hjelperollen. De opplysningene den sakkyndige mottar omfattes derfor ikke av lovens bestemmelser om taushetsplikt, dokumentasjonsplikt og innsynsrett. Opplysninger som refererer seg til sakkyndighetsoppdraget blir undergitt oppdragsgivers rådighet, og oppdragsgiver har i kraft av dette rett til å bestemme over opplysningene. Dette innebærer blant annet at eventuelle krav fra hjelpemottakerne om innsyn i aktuelle opplysninger må fremsettes for oppdragsgiver, og avgjøres av denne.

Hvis man mottar sakkyndighetsoppdrag for noen man har som klient, pasient eller tjenestemottaker, må vedkommende være kjent med hvilken rolle fagpersonellet har, og det er viktig at man i slike tilfeller skiller mellom hvilke opplysninger som har fremkommet i rollen som hjelper og hvilke opplysninger vedkommende har mottatt som sakkyndig. Det avgjørende for adgangen til å formidle opplysninger til oppdragsgiver må i tvilstilfelle være om fagpersonellet foretar undersøkelsen eller vurderingen på initiativ fra pasient, klient eller tjenestemottaker, eller på vegne av oppdragsgiver. Det vil også være av betydning hvordan vedkommende har oppfattet relasjonen. Opplysninger som fagpersonellet blir kjent med under ytelse av helse- eller sosialfaglig hjelp, er taushetsbelagt etter reglene i lovens § 21 flg. Det er spesielt viktig at fagpersonell tydeliggjør sin rolle i situasjoner hvor grensene mellom sakkyndighetsrollen og hjelperrollen erfaringsmessig er glidende, som f.eks. hvor sosionomer får oppdrag fra en arbeidsgiver om å kartlegge og analysere arbeidsmiljøet og som ledd i dette gjennomfører personlige samtaler med de ansatte. Andre ledd pålegger den sakkyndige å informere om sakkyndighetsoppdraget og hva dette innebærer for klienten, tjenestemottageren eller pasienten. I dette ligger det en forutsetning om at vedkommende skal gjøres kjent med at fagpersonellet opptrer som sakkyndig og at opplysningene som fremkommer i sakkyndighetsoppdraget ikke er taushetsbelagt overfor oppdragsgiver.

### § 28. Opplysninger til arbeidsgiver

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

**Merknad:** Bestemmelsen gir departementet hjemmel til å fastsette forskrift som regulerer adgang til å gi opplysninger til arbeidsgiver om arbeidstakeres helseforhold.

Slik forskrift er ikke gitt og fagpersonell har ingen adgang til å gi opplysninger etter bestemmelsen.

### § 29. Dispensasjon fra taushetsplikt

Departementet kan etter søknad bestemme at opplysninger fra pasientjournaler og andre behandlingsrettede helseregistre skal tilgjengeliggjøres uten hinder av taushetsplikt etter § 21, når

- a. opplysningene skal brukes til et uttrykkelig angitt formål knyttet til statistikk, helseanalyser, forskning, utvikling og bruk av klinisk beslutningsstøtteverktøy, kvalitetsforbedring, planlegging, styring eller beredskap for å fremme helse, forebygge sykdom og skade eller gi bedre helse- og omsorgstjenester,
- b. mottakeren har gjort rede for hvilke egnede tekniske og organisatoriske tiltak som skal settes i verk for å ivareta informasjonssikkerheten, og
- c. behandlingen av opplysningene er av vesentlig interesse for samfunnet.

Det skal ikke tilgjengeliggjøres flere opplysninger enn det som er nødvendig for formålet. Opplysningene skal tilgjengeliggjøres uten navn, fødselsnummer eller andre direkte personentydige kjennetegn med mindre slike opplysninger av særlige grunner er nødvendige.

Departementet kan sette som vilkår for tilgjengeliggjøring at mottakeren setter i verk særlige tiltak for å verne den registrertes grunnleggende rettigheter og interesser.

Opplysningene kan bare tilgjengeliggjøres dersom det er ubetenkelig ut fra etiske, medisinske og helsefaglige hensyn. For tilgjengeliggjøring til medisinsk og helsefaglig forskning skal mottakeren ha fått forhåndsgodkjenning fra den regionale komiteen for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, jf. helseforskningsloven § 33.

Når noen mottar taushetsbelagte opplysninger etter denne paragrafen, gjelder taushetsplikten etter § 21 tilsvarende for mottakeren.

Myndigheten etter første ledd kan delegeres til underordnet forvaltningsorgan eller legges til den regionale komiteen for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk.

Departementet kan gi forskrift om bruk av taushetsbelagte opplysninger i forskning og om helsepersonells adgang til tilgjengeliggjøring og bruk av taushetsbelagte opplysninger til formål som ikke gjelder helsehjelp, og som pasienten samtykker til.

**Merknad:** Formålet med bestemmelsen er å fremme forsvarlig forskning på helseopplysninger. Den har dermed ikke relevans for sosialfaglig virksomhet.

### § 29 a. Opplysninger om særreaksjonsdømte utlendinger

Lovbestemt taushetsplikt er ikke til hinder for at det gis nødvendige opplysninger om særreaksjonsdømte utlendinger til utlendingsmyndighetene til bruk i en utvisningssak.

Ved utvisning av en utlending som utholder en strafferettslig særreaksjon, er lovbestemt taushetsplikt ikke til hinder for at det til helse-, sosial- og omsorgstjenesten i mottakerstaten gis opplysninger som er nødvendige for at mottakerstaten skal kunne vurdere vedkommendes behov for helsemessig oppfølging eller behov for å underlegges en behandling som kan beskytte samfunnet der mot gjentakelsesfare som nevnt i straffeloven § 62.

**Merknad:** Bestemmelsen gjelder i dag for helsepersonell, og slår fast at taushetsbelagte opplysninger kan gis videre til utlendingsmyndighetene i Norge til bruk i den aktuelle utvisningssaken. Bestemmelsen antas også å kunne gjøres gjeldende for sosialfaglig personell, og *sosialtjenesten* er derfor tilføyd i andre ledd.

Det er presisert at det ikke omfatter alle opplysninger i saken, men de som er «nødvendige». Utenfor denne bestemmelsen faller dessuten avgivelse av opplysninger til bruk i andre utlendingssaker som utlendingsmyndighetene har til vurdering. Bestemmelsen avgrenser endelig mot andre organers behov for helseopplysninger om den særreaksjonsdømte utlendingen, for eksempel NAV. Derimot dekkes politiet som utlendingsmyndighet, for eksempel slik at Politiets utlendingsenhet kan motta de opplysninger som er nødvendige for å planlegge og gjennomføre en uttransportering på en sikker måte.

Helse- og sosialfagligpersonell som er ansatt i offentlig virksomhet, vil i tillegg til denne loven også være underlagt taushetsplikt etter [forvaltningsloven § 13](#). For dem vil det derfor være viktig at et unntak fra taushetsplikten for helseopplysninger ikke forhindres av forvaltningslovens regler. Bestemmelsen henviser derfor til «lovbestemt taushetsplikt» for å understreke at unntaket gjelder taushetsplikten etter både denne loven og forvaltningsloven.

Bestemmelsens andre ledd åpner for videreformidling av taushetsbelagte opplysninger til myndighetene i den staten vedkommende skal utvises til. Adgangen er også her begrenset til «nødvendige» opplysninger. Hva som er nødvendig må vurderes ut fra behovet for å tilrettelegge for et godt behandlingstilbud i mottakerstaten. Unntaket skal også omfatte opplysninger som er nødvendige for å opprettholde samfunnssikkerheten i mottakerstaten, herunder beskytte den særreaksjonsdømte mot å begå nye lovbrudd.

Begrepet «helse- og omsorgstjenesten» i dagens lov omfatter som utgangspunkt bare tjenester som tilsvarer definisjonen i pasient- og brukerrettighetsloven § 1-3 bokstav d. Etter denne definisjonen omfatter begrepet den kommunale helse- og omsorgstjenesten, spesialisthelsetjenesten, tannhelsetjenesten og private tilbydere av helse- og omsorgstjenester. Denne bestemmelsen må eventuelt utvides til også å omfatte sosialtjenesten.

I og med at det her er tale om tjenester i utlandet, må det imidlertid i nødvendig grad tas høyde for at det vil variere fra stat til stat hvordan slike tjenester er organisert.

Det understrekes imidlertid at det må foretas en konkret vurdering ved utveksling av opplysninger slik at ikke utlendingens sikkerhet ved tilbakekomsten settes i fare.

## § 29 b. (Opphevet)

### § 29 c. Opplysninger til bruk i læringsarbeid og kvalitetssikring

Med mindre pasienten motsetter seg det, kan taushetsbelagte opplysninger gjøres tilgjengelige for helsepersonell som tidligere har ytt helsehjelp til pasienten i et konkret behandlingsforløp. Opplysningene må være nødvendige og relevante for helsepersonellens egen læring eller for kvalitetssikring av helsehjelpen. Helsepersonellet må ha autorisasjon eller lisens etter §§ 48 og 49.

Tilgjengeliggjøring etter første ledd skal dokumenteres. Den dataansvarlige skal minst dokumentere informasjon om:

- a. identitet og organisatorisk tilhørighet til den som helseopplysninger har blitt gjort tilgjengelige for
- b. at grunnlaget for tilgjengeliggjøringen er læring og kvalitetssikring knyttet til tidligere pasient
- c. tidsperioden for tilgjengeliggjøringen
- d. hvilke opplysninger som blir tilgjengeliggjort.

**Merknad:** Bestemmelsen er først og fremst knyttet til helsehjelp og helsehjelpens innhold. Bestemmelsen er begrunnet i behovet for tilgang til opplysninger for å gi pasienter riktig diagnose og medisinsk oppfølging.

Den antas ikke ha samme betydning i sosialfaglig arbeid. Derfor foreslås ingen endringer her.

### § 29 d. Opplysninger til klinisk etikkomité

Helsepersonell kan uten hinder av taushetsplikten etter § 21 gjøre opplysninger tilgjengelige for en klinisk etikkomité når opplysningene er nødvendige for at komiteen skal kunne bistå helsepersonellet med råd eller drøftelse av etiske utfordringer i et konkret tilfelle, og det ikke er praktisk mulig eller klart uhensiktsmessig å innhente samtykke fra pasienten. Tilgjengeliggjøring etter første punktum kan bare skje dersom pasienten ikke har motsatt seg slik tilgjengeliggjøring, og hensynet til pasientens integritet og velferd er ivaretatt. Det skal ikke gjøres tilgjengelig direkte personidentifiserbare opplysninger som for eksempel navn eller fødselsnummer. Det skal registreres i pasientjournalen hvorfor samtykke ikke er innhentet.

Personidentifikasjon skal ikke skje i større utstrekning enn det som er nødvendig for å ivareta det aktuelle formålet. Reglene om taushetsplikt etter denne loven gjelder tilsvarende for den som mottar opplysningene etter første ledd.

**Merknad:** De kliniske etikkomitéene er forankret i helseforskningsloven og omfatter i dag bare medisinsk og helsefaglig forskning. Bestemmelsen er derfor ikke aktuell for sosialfaglig personell.

### § 29 e. Oppslag i journal for undervisningsformål

For å finne opplysninger som egner seg i undervisning som kan sikre forsvarlig opplæring av helsepersonell eller helsefaglige studenter, kan taushetsbelagte opplysninger om en pasient eller pasienter gjøres tilgjengelige for en lege eller tannlege som arbeider ved en sykehusavdeling eller tannklinikk der pasienten er eller har vært for å få helsehjelp.

Pasienten kan motsette seg tilgjengeliggjøring av opplysninger etter første ledd. Det kan bare tilgjengeliggjøres opplysninger som er relevante og nødvendige for å oppnå formålet.

Tilgjengeliggjøring etter første ledd skal dokumenteres. Den dataansvarlige skal alltid dokumentere informasjon om:

- a. identiteten og den organisatoriske tilhørigheten til den som får helseopplysningene
- b. grunnlaget for tilgjengeliggjøringen
- c. tidsperioden for tilgjengeliggjøringen
- d. hvilke opplysninger som blir tilgjengeliggjort

**Merknad:** Bestemmelsen er begrunnet i helsetjenestens særlige behov for tilgang til journalopplysninger i forbindelse med medisin- og sykepleierutdanningen, og gjelder opplysninger til lege eller tannlege. Det antas ikke være relevant for sosialfaglig personell.

## Kapittel 6. Opplysningsplikt m.v.

### § 30. Opplysningsplikt til Statens helsetilsyn og statsforvalteren

Bestemmelsene i helsetilsynsloven § 7 om plikt til å gi tilsynsmyndigheten opplysninger og adgang til virksomheten på anmodning og adgang til å gi tilsynsmyndigheten opplysninger av eget tiltak uten hinder av taushetsplikt, gjelder **for alt helse- og sosialfaglig personell** og annet personell som yter helse- og omsorgstjenester.

**Merknad:** Bestemmelsen pålegger i dag helsepersonell å gi tilsynsmyndigheten adgang til virksomhetens lokaler, samt å gi opplysninger som anses påkrevd for utøvelse av tilsyn med helsepersonells virksomhet. Bestemmelsen fritar helsepersonell fra taushetsplikten etter § 21.

Siden Statens helsetilsyn også fører tilsyn med sosialfaglige tjenester, bør også sosialfaglig personell falle inn under tilsynet. Ikke minst er det aktuelt hvis denne loven utvides til også å omfatta sosialfaglig personell.

Formålet med bestemmelsen er å tilrettelegge for myndighetenes tilsyn med yrkesutøvelsen.

Bestemmelsen inneholder to pålegg. For det første skal helsepersonell gi statsforvalteren og Statens helsetilsyn adgang til virksomheten. Dette innebærer å gi fysisk adgang til virksomhetens lokaler ved tilsynsbesøk.

For det andre skal personellet forklare seg om fakta og utlevere opplysninger i enhver form til tilsynsmyndigheten når dette kreves. Dette omfatter alle slags opplysninger som finnes i dokumenter, pasientjournaler, røntgenbilder, lyd- og bildeopptak samt opplysninger lagret på mikrofilm, diskett, CD eller lignende. Bestemmelsen er forutsatt å skulle omfatte den tekniske utvikling med hensyn til fremtidige muligheter for å lagre opplysninger.

Tilsynsobjektene er pliktige til å gi faktaopplysninger for å avklare for eksempel et hendelsesforløp, men er ikke pliktig til å gi egne, subjektive vurderinger av et forhold.

Plikten etter bestemmelsen inntreffer først når myndigheten har henvendt seg til fagpersonellet, dvs. at denne bestemmelsen ikke gir fagpersonell en plikt eller rett til uoppfordret å gi opplysninger til tilsynsmyndighetene. Pålegg om utlevering av opplysninger etter denne bestemmelsen kan påklages etter [forvaltningsloven § 14](#). Klagen kan omfatte hvorvidt klager har plikt til eller det er lovlig adgang til å utlevere disse opplysningene. Klagen må fremsettes innen tre dager og kan også være muntlig.

I andre punktum gis et uttrykkelig unntak fra taushetsplikten. Unntaket gjelder ikke ubetinget. Det er kun opplysninger som er relevante og nødvendige for det konkrete tilsynet som det er anledning til å utlevere.

### § 30 a. Opplysninger til Statens undersøkelseskomisjon for helse- og omsorgstjenesten

Helsepersonell skal gi undersøkelseskomisjonen adgang til virksomhetens lokaler og opplysninger etter [lov om Statens undersøkelseskomisjon for helse- og omsorgstjenesten § 9](#).

Helsepersonell skal forklare seg for Statens undersøkelseskomisjon for helse- og omsorgstjenesten etter [lov om Statens undersøkelseskomisjon for helse- og omsorgstjenesten § 10](#).

**Merknad:** Formålet med lov om Statens undersøkelseskomisjon for helse- og omsorgstjenesten, som ennå ikke har trådt i kraft, er å bedre pasient- og brukersikkerheten i helse- og omsorgstjenesten gjennom undersøkelser av alvorlige hendelser og andre alvorlige forhold. Den antas ikke være relevant for sosialfaglig virksomhet.

### § 31. Opplysninger til nødetater

Helse- og **sosialfaglig** personell skal varsle politi og brannvesen dersom dette er nødvendig for å avverge alvorlig skade på person eller eiendom.

**Merknad:** Bestemmelsen pålegger i dag helsepersonell plikt til å videreformidle opplysninger til politi og brannvesen når det er nødvendig for å avverge alvorlig skade på person eller eiendom. Helsepersonell har opplysningsplikt i situasjoner hvor det er nødvendig med informasjonsformidling for å ivareta andre mer tungtveiende interesser enn taushetsplikten, som å verne om liv og helse eller å hindre store materielle skader.

I motsetning til helsepersonelloven § 23 nr. 4 som gir helsepersonell en generell *rett* til å videreformidle opplysninger uten at opplysningsretten er knyttet til konkrete situasjoner eller konkrete mottakere, pålegger denne bestemmelsen helsepersonell en *plikt* til å gi politi og brannvesen informasjon når det er nødvendig for å *avverge* alvorlig skade på person eller eiendom. Nødetater anses som avgjørende for å kunne avverge eller begrense situasjoner



hvor det er fare for alvorlig skade på person eller eiendom. Det vil i stor grad dreie seg om de samme typene skadevoldende situasjoner som det vil være aktuelt å melde fra om både etter § 23 nr. 4 og § 31. *Retten* etter § 23 nr. 4 vil imidlertid inntre noe før *plikten* til å gi opplysninger etter § 31 foreligger. Det vil stilles større krav til påregnelighet for at den skadevoldende handlingen er i ferd med å skje, før *plikten* etter § 31 inntre, selv om det heller ikke etter § 31 kan kreves visshet eller sikker kunnskap om at situasjonen kommer til å medføre alvorlig skade på liv og helse, eller få store materielle skader.

Opplysningsplikten gjelder helsepersonell generelt. Helsepersonell har opplysningsplikt i situasjoner hvor varsling er nødvendig for å avverge *alvorlig skade*. Det omfatter også å avverge en allerede inntrådt skade fra å forverre seg til en alvorlig skade dersom det ikke varsles. Dette kan være aktuelt ved behov for sikring av skadested, behov for utrykning til ulykke på trafikkert vei, eller utrykning for å hjelpe en person som er blitt utsatt for vold, uten visshet om gjerningspersonen fortsatt utøver vold.

Vilkåret om at skaden som kan avverges skal være alvorlig innebærer at bestemmelsen i hovedtrekk er en presisering av nødrett.

Om opplysningsplikt foreligger må baseres på en konkret vurdering av påregneligheten for at handlingen kommer til å skje, og alvorligheten av det potensielle skadeomfanget. Graden av usikkerhet med hensyn til om handlingen vil gjennomføres eller gjentas og graden av usikkerhet i forhold hvor stor skade handlingen vil kunne forårsake, vil være viktige momenter i vurderingen av om det foreligger plikt til å melde fra til politiet. Helsepersonellet må legge vekt på hvilken betydning de taushetsbelagte opplysninger vil ha for å kunne avverge skaden eller for å begrense skadeomfanget i den konkrete sak.

Varslingsplikten kan inntre både i og utenfor akutte situasjoner. Det vil imidlertid ofte dreie seg om akutte situasjoner hvor det er liten tid til rådighet, og hvor tiden vil være avgjørende for muligheten til å begrense skadeomfanget. Av den grunn kan det ikke alltid kreves visshet om at det foreligger en situasjon hvor det er plikt til å melde og taushetsplikten må vike. Det vil være tilstrekkelig at det ut fra situasjonen er gjort adekvate forsøk på å få klarhet i situasjonen, for eksempel ved å stille spørsmål til de som tar kontakt med helsetjenesten for å få helsehjelp eller ved at vurderingene baseres på hva som er erfaringsmessig påregnelig utvikling av risiko. Blant annet må det på bakgrunn av erfaring med pasienten (nå eller tidligere) vurderes om det er en rimelig mulighet for at vedkommende vil foreta den alvorlige handlingen det er aktuelt å søke avverget. Hvis det på denne bakgrunnen vurderes nødvendig med bistand fra brannvesen eller politi, skal disse varsles.

Bestemmelsen innebærer en handleplikt dersom vilkårene i bestemmelsen er oppfylt. Det innebærer at politi eller brannvesen skal kontaktes selv om pasienten ikke ønsker det.

Utenom akuttsituasjoner er kravet til vurdering og visshet større før *plikten* til å varsle andre nødetater inntre, dette begrunnes i at man da normalt vil ha bedre tid til å få klarhet i situasjonen.

Bestemmelsen innebærer en opplysningsplikt for helsepersonell utover det som følger av avvergingsplikten enhver borger har etter straffeloven § 196. Bestemmelsen i § 31 er rettet direkte mot helsepersonell og har et videre anvendelsesområde enn bestemmelsen i straffeloven fordi den ikke er begrenset til de forbrytelser som er oppregnet i straffeloven § 196.

Bestemmelsen er relevant også for sosialfaglig personell, selv om mange situasjoner vil fanges opp av forvaltningsloven § 13 nr. 6. Sosialfaglig personell foreslår derfor tilføyet.

### § 32. Opplysninger til den kommunale helse-, sosial- og omsorgstjenesten

Den som yter helse- eller sosialfaglig hjelp, skal i sitt arbeid være oppmerksom på forhold som bør føre til tiltak fra den kommunale helse-, sosial- og omsorgstjenesten, og skal av eget tiltak gi den kommunale helse- sosial- og omsorgstjenesten opplysninger om slike forhold etter å ha innhentet samtykke fra den opplysningene angår, eller så langt opplysningene ellers kan gis uten hinder av taushetsplikt etter § 21.

Uten hinder av taushetsplikt etter § 21 skal helsepersonell av eget tiltak gi opplysninger til den kommunale helse- og omsorgstjenesten, når det er grunn til å tro at en gravid kvinne misbruker rusmidler på en slik måte at det er overveiende sannsynlig at barnet vil bli født med skade, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 10-3. Også etter pålegg fra de organer som er ansvarlige for gjennomføringen av den kommunale helse- og omsorgstjenesteloven, skal helsepersonell gi slike opplysninger.

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

**Merknad:** Bestemmelsen fastsetter en oppmerksomhetsplikt om forhold som bør føre til tiltak fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Dersom helsepersonellet blir oppmerksomme på slike forhold, skal vedkommende på eget initiativ gi nødvendige opplysninger om pasienten til den kommunale helse- og omsorgstjenesten for at den skal kunne iverksette tiltak. Det er imidlertid et vilkår at pasienten, eller noen som kan samtykke på vegne av vedkommende, har gitt sitt samtykke til dette. Denne bestemmelsen kan også gjøres gjeldende for sosialfaglig personell, og foreslås derfor endret til å omfatte denne gruppen.

Om det nærmere innholdet i bestemmelsen, vises til Helsedirektoratets rundskriv med kommentarer til bestemmelsen, sist faglig oppdatert 28. juni 2018.

### § 33. Opplysningsplikt til barnevernet

Den som yter helse- og sosialfaglig hjelp, skal i sitt arbeid være oppmerksom på forhold som kan føre til tiltak fra barneverntjenesten.

Helse- og sosialfaglig personell skal uten hinder av taushetsplikt etter § 21 melde fra til barneverntjenesten uten ugrunnet opphold

- a. når det er grunn til å tro at et barn blir eller vil bli mishandlet, utsatt for alvorlige mangler ved den daglige omsorgen eller annen alvorlig omsorgssvikt,
- b. når det er grunn til å tro at et barn har en livstruende eller annen alvorlig sykdom eller skade og ikke kommer til undersøkelse eller behandling, eller at et barn med nedsatt funksjonsevne eller et spesielt hjelpetrengende barn ikke får dekket sitt særlige behov for behandling eller opplæring,
- c. når et barn viser alvorlige atferdsvansker i form av alvorlig eller gjentatt kriminalitet, misbruk av rusmidler eller en annen form for utpreget normløs atferd,
- d. når det er grunn til å tro at et barn blir eller vil bli utnyttet til menneskehandel. Helse- og sosialfaglig personell plikter også å gi opplysninger etter pålegg i samsvar med barnevernloven § 6-4.

I helseinstitusjoner skal det utpekes en person som skal ha ansvaret for videreformidling av opplysninger etter annet og tredje ledd. Denne personen skal uten ugrunnet opphold gi melder tilbakemelding på om melding etter annet ledd er videreformidlet. Dersom meldingen ikke er videreformidlet, skal det begrunnes. Melder har fortsatt et ansvar for å melde, dersom melder mener at vilkårene etter annet ledd er oppfylt. Personen som har ansvaret for videreformidling av opplysningene skal også påse at barneverntjenestens tilbakemeldinger etter barnevernloven § 6-7 a, uten ugrunnet opphold videreformidles til melder.

**Merknad:** Helsepersonell har plikt til å melde fra til barnevernet når det er grunn til å tro at det foreligger alvorlig omsorgssvikt eller når et barn har vist alvorlige atferdsvansker. Taushetsplikten er hovedregelen for behandling av personopplysninger i helse- omsorgs- og sosialtjenesten. Meldeplikten er et unntak fra taushetsplikten, og forutsetter at den som inngir melding har vurdert og funnet vilkårene for å melde oppfylt. Plikten i helsepersonelloven var tidligere knyttet opp mot bestemmelser i barnevernloven som åpner for å iverksette tiltak i tilfeller der barnet er eller kan bli utsatt for alvorlig omsorgssvikt eller barnet har vist alvorlige atferdsvansker. Etter endringene har plikten i stedet blitt knyttet opp mot beskrivelser av situasjoner som omfattes av disse bestemmelsene i barnevernloven. Terskelen for når helsepersonell får plikt til å melde fra til barneverntjenesten av eget tiltak er ikke endret. Helsepersonellet har fortsatt denne plikten når det er grunn til å tro at det foreligger alvorlig omsorgssvikt eller når et barn har vist alvorlige atferdsvansker. Bestemmelsen foreslå utvidet til å omfatte sosialfaglig personell. Om det nærmere innholdet i plikten, vises til Helsedirektoratets rundskriv med kommentar til denne bestemmelsen, sist oppdatert 25. mars 2022.

### **§ 34. Opplysninger i forbindelse med førerkort og sertifikat**

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

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

Endres ved [lov 18 juni 2021 nr. 116](#) (ikr. fra den tid Kongen bestemmer).

### **§ 34 a. Adgang til å gi opplysninger i forbindelse med helsesvekkelse av betydning for øvrig trafiksikkerhet**

**Merknad:** denne bestemmelsen er ikke relevant for sosialfaglig personell.

## Kapittel 7. Meldeplikt

### § 35. Melding om fødsler

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

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

Det skal gis fødselsmelding selv om barnet er dødfødt.

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

| **Merknad:** Bestemmelsen gjelder lege og jordmors plikt, og angår ikke sosialfaglig personell.

### § 36. Melding om dødsfall

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

Leger som har gitt legeerklæring om dødsfall, eller som har gitt helsehjelp til en person før vedkommende døde, skal gi nødvendige opplysninger om dødsfallet og dødsårsaken etter forskrift fastsatt av departementet.

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

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

| **Merknad:** Bestemmelsen gjelder leger og angår ikke sosialfaglig personell.

### § 37. Melding til helseregistre m.v.

Kongen kan pålegge helsepersonell med autorisasjon eller lisens å gi opplysninger til helseregistre i samsvar med forskrift gitt i medhold av helseregisterloven.

| **Merknad:** Opplysningsplikten omfatter kun helseopplysninger og er ikke aktuell for sosialfaglig personell.

### § 38 a. Melding om behov for individuell plan og koordinator

Helse- og sosialfaglig personell skal snarest mulig gi melding om pasienters og brukeres behov for individuell plan og koordinator, jf. Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-5, helse- og omsorgstjenesteloven §§ 7-1 og

7-2, samt spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 a. Helsepersonell som yter spesialisthelsetjenester, skal gi melding til koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet i spesialisthelsetjenesten. Annet helsepersonell skal gi melding til koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet i kommunen.

**Merknad:** Bestemmelsen pålegger en plikt til å gi melding om pasienters og brukeres behov for individuell plan og koordinator. Den er absolutt relevant også for sosialfaglig personell og foreslås utvidet til å omfatte denne gruppen.

Formålet med bestemmelsen er å bidra til en bedre samordning av tjenestetilbudet til pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester.

Bestemmelsen må ses i sammenheng med personellets plikt til å delta i arbeidet med individuell plan, jf. Lovens § 4 andre ledd siste punktum.

Om det nærmere innholdet i bestemmelsen, se Helsedirektoratets rundskriv med kommentarer, sist oppdatert 28. juni 2018.

## Kapittel 8. Dokumentasjonsplikt

### § 39. Plikt til å føre journal

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

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

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

**Merknad:** Formålet med journalføringsplikten i helsetjenesten er å sikre at opplysninger som er nødvendige og relevante for en forsvarlig behandling av pasienten blir nedtegnet og kan gjenfinnes. Journalføringsplikten har også til formål å gi tilsynsmyndigheter og andre relevante instanser innsyn i helsehjelpen som er gitt. Journalføringsplikten kan med fordel gjøres gjeldende for sosialfaglig personell, og bestemmelsen foreslås utvidet til også å omfatte denne gruppen.

Om det nærmere innholdet i plikten, se utredningen kapittel 5.2 og Helsedirektoratets rundskriv med kommentar til bestemmelsen, sist faglig oppdatert 28. juni 2018.

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

Journalen skal føres i samsvar med god yrkesskikk og skal inneholde relevante og nødvendige opplysninger om pasienten eller tjenestemottakeren og den hjelpen som gis, samt de opplysninger som er nødvendige for å oppfylle

meldeplikt eller opplysningsplikt fastsatt i lov eller i medhold av lov. Journalen skal være lett å forstå for annet kvalifisert **personell**.

Det skal fremgå hvem som har ført opplysningene i journalen.

Departementet kan i forskrift gi nærmere regler om **journalens** innhold og ansvar for journalen etter denne bestemmelse, herunder om oppbevaring, overdragelse, opphør, avlevering og tilintetgjøring av journal.

**Merknad:** Bestemmelsen stiller krav til innhold og form i pasientjournalene. Formålet med bestemmelsen er å sikre at journalen oppfyller sin funksjon som redskap for ytelse av forsvarlig helsehjelp, og som dokumentasjon til bruk i tilsynssaker, erstatningssaker og lignende.

Kravet til form og innhold er ytterligere presisert i forskrift 1. mars 2019 nr. 168 om pasientjournal (pasientjournalforskriften).

Bestemmelsen kan med fordel gjøres gjeldende for sosialfaglig personell, og ordlyden foreslå utvidet til også å omfatte denne gruppe.

Se nærmere om innholdet i denne plikten i utredningen kapittel 5.2 og Helsedirektorats rundskriv med kommentar til bestemmelsen, sist oppdatert 28. juni 2018.

#### § 41. Plikt til å **gi innsyn i journal**

Den som yter helse- eller **sosialfaglig** hjelp, skal gi innsyn i journalen til den som har krav på det etter reglene i pasient- og brukerrettighetsloven § 5-1.

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

**Merknad:** Formålet med innsynsretten i dagens lov er å gi pasienter muligheter til å ivareta sine interesser. Innsynsretten skal muliggjøre pasientens rett til informasjon og medvirkning i helsehjelpen, så vel som retten til å klage på rettighetsbrudd, m.v. Samme hensyn gjelder der personellet yter tjenester innen det sosialfaglige området, og bestemmelsen foreslås utvidet til også å gjelde denne gruppen. Utgangspunktet er at alle pasienter over 16 år har selvstendig innsynsrett i sin journal. Barn mellom 12 og 16 år har en viss grad av selvstendig innsynsrett. Barn under 12 år har ikke innsynsrett, men foreldre eller andre med foreldreansvaret har innsynsrett på vegne av barnet.

Se nærmere om innholdet i denne plikten i Helsedirektorats rundskriv med kommentar til bestemmelsen, sist oppdatert 28. juni 2018.

#### § 42. Retting av journal

Helsepersonell og **sosialfaglig personell** som nevnt i § 39 skal etter krav fra den opplysningen gjelder, eller av eget tiltak, rette uriktige eller ufullstendige opplysninger, jf. personvernforordningen artikkel 16. Opplysningene skal etter krav fra den opplysningen gjelder, eller av eget tiltak, også rettes dersom de er utilbørlige. Retting skal skje ved at journalen føres på nytt, eller ved at en datert rettelse tilføyes i journalen. Retting skal ikke skje ved at opplysninger eller utsagn slettes.

Dersom et krav om retting avslås, skal kravet om retting og begrunnelse for avslaget nedtegnes i journalen. Avslag på krav om retting kan påklages til statsforvalteren, som avgjør om retting kan foretas.

Departementet kan gi forskrift om fremgangsmåten ved retting.

**Merknad:** Formålet med adgangen til å kreve retting er å bidra til korrekte journaler som sikrer forsvarlig hjelp og beskytter vedkommendes integritet. Den er relevant også for sosialfaglig personell og ordlyden foreslå utvidet til også å omfatte denne gruppen.

Bestemmelsen må ses i sammenheng med neste paragraf (§ 43) om muligheten til sletting av journalopplysninger.

Bestemmelsen korresponderer med pasientens rett til å kreve journalopplysninger rettet, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 5-2.

Se utrednings kapittel 5.2 og Helsedirektorats rundskriv med kommentarer til bestemmelsen, sist oppdatert 28. juni 2018.

### § 43. Sletting av journalopplysninger

Etter krav fra den journalopplysningene gjelder, eller av eget tiltak, skal helse- og sosialfaglig personell som nevnt i § 39 slette opplysninger eller utsagn i journalen, dersom dette er ubetenkelig ut fra allmenne hensyn, ikke strider mot bestemmelsene i eller i medhold av arkivloven §§ 9 eller 18 og:

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

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

Avslag på krav om sletting kan påklages til statsforvalteren. Dersom statsforvalteren mener at sletting kan være i strid med arkivlova §§ 9 eller 18, skal det innhentes uttalelse fra Riksarkivaren.

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

**Merknad:** Formålet med bestemmelsen i dagens helsepersonellov er å bidra til korrekte journaler som sikrer pasienten forsvarlig helsehjelp og beskytter vedkommendes integritet. Det samme hensynet kan legges til grunn for sosialfaglig personells vedkommende.

Hensynet til dokumentasjon medfører at det er strengere vilkår for sletting enn retting av journal.

Se utrednings kapittel 5.2 og Helsedirektorats rundskriv med kommentar til bestemmelsen, sist oppdatert 28. juni 2018.

#### § 44. Journal på feil person

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

**Merknad:** Etter dagens bestemmelse skal helsepersonell som er ansvarlig for at det føres pasientjournal, slette journaler opprettet på feil person hvis ikke allmenne hensyn tilsier at journalen bør bevares. Sletting vil for eksempel kunne nektes hvis det er aktuelt å samle dokumentasjon for å kunne reagere overfor helsepersonell som har gjort feilen

Nektes sletting, kan avgjørelsen klages inn til statsforvalteren.

Denne bestemmelsen har også relevans for sosialfaglig personell og ordlyden foreslås utvidet til også å omfatte denne gruppen.

#### § 45. Utlevering av og tilgang til journal og journalopplysninger

Med mindre pasienten motsetter seg det, skal helsepersonell som skal yte eller yter helsehjelp til pasient etter denne lov, gis nødvendige og relevante helseopplysninger i den grad dette er nødvendig for å kunne gi helsehjelp til pasienten på forsvarlig måte. Det skal fremgå av journalen at annet helsepersonell er gitt helseopplysninger.

Helseopplysninger som nevnt i første ledd kan gis av den dataansvarlige for opplysningene eller det helsepersonellet som har dokumentert opplysningene, jf. § 39.

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

**Sosialfaglig personell skal gi opplysninger i samsvar med bestemmelsene i forvaltningsloven § 13 b.**

**Merknad:** Formålet med § 45 er å tilrettelegge for effektiv kommunikasjon mellom helsepersonell og sikre pasienten god og forsvarlig helsehjelp, samtidig som hensynet til pasientens integritet og personvern ivaretas.

Plikten til å gi helseopplysninger til annet helsepersonell gjelder både innenfor egen virksomhet og på tvers av virksomheter. Bestemmelsen åpner både for at journal og journalopplysninger kan utleveres til annet helsepersonell og for at annet helsepersonell kan gis elektronisk tilgang til journal og journalopplysninger.

Se for øvrig også § 25 som gir helsepersonells adgang til å utlevere helseopplysninger til samarbeidende personell, i motsetning til § 45 som regulerer plikten til å gi opplysninger til andre som yter helsehjelp til pasienten, dvs. utenfor samarbeidssituasjoner.

Bestemmelsen antas først og fremst å imøtekomme helsetjenestens behov for kommunikasjon i pasientbehandlingsøyemed. Når det gjelder kommunikasjon mellom sosialfaglig personell, er dette regulert i forvaltningsloven for så vidt angår opplysninger



som inngår i grunnlaget for vedtak. Det foreslås at det tas med en henvisning til forvaltningsloven når det gjelder kommunikasjon innen det sosialfaglige feltet.

#### § 45 a. Epikrise

Pasienten bør gis anledning til å opplyse hvem epikrise skal sendes til. Med mindre pasienten motsetter seg det, skal det ved utskrivning fra helseinstitusjon oversendes epikrise til innleggende eller henvisende helsepersonell, til det helsepersonellet som trenger opplysningene for å kunne gi pasienten forsvarlig oppfølging, og til pasientens faste lege. Det skal også sendes epikrise ved poliklinisk behandling eller behandling hos spesialist.

Dersom det ikke er mulig å sende epikrise samtidig med utskrivning, skal epikrise uansett sendes innen forsvarlig tid etter at helsehjelpen er avsluttet.

Med epikrise menes sammendrag av tilgjengelige journalopplysninger i tilknytning til undersøkelse eller behandling av en pasient som er nødvendige for at videre behandling eller oppfølging av pasienten innenfor helse- og omsorgstjenesten kan skje på en forsvarlig måte. Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om plikten etter første og andre ledd, herunder hvem epikrise skal sendes til, hvilke opplysninger epikrisen skal inneholde, og når epikrisen skal være sendt.

**Merknad:** Bestemmelsen regulerer utarbeidelse og oversendelse av epikrise ved utskrivning fra helseinstitusjon eller ved utført behandling hos spesialist. Bestemmelsen kan også relevans innen det sosialfaglige feltet, særlig gjelder dette innen rusfeltet.

#### § 47. Opptegnelser og journal som bevis

I rettssak eller forvaltningssak om helse- og sosialfaglig personells yrkesutøvelse, kan opptegnelser, journal og journalmateriale kreves lagt fram som bevis i original eller bekreftet fotokopi eller utskrift.

**Merknad:** Bestemmelsen gir adgang til å kreve opptegnelse, journal eller journalmateriale fremlagt som bevis i rettssak eller forvaltningssak om helsepersonells yrkesutøvelse.

Det vil være behov for å kunne anvende journalopplysninger som bevis både i saker om autorisasjon eller lisens, saker om rekvireringsrett, og tilsynssaker m.m. vedrørende helsepersonell. Dette gjelder både saker for domstolene og saker som behandles administrativt. Loven spesifiserer ikke nærmere de ulike typer av saker. Det er likevel grunn til å understreke at de opplysninger som kan kreves fremlagt, må referere seg til personellets yrkesutøvelse.

Bestemmelsen åpner ikke for å kreve fremlagt pasientopplysninger om personellet. Dersom for eksempel tilsynsmyndighetene ønsker vedkommende fagpersonells egen pasientjournal fremlagt som bevis i en sak, må det foreligge samtykke fra vedkommende. Alternativt kan sakkyndig anvendes for å få belyst vedkommendes helsetilstand, jf. blant annet helsepersonelloven § 60 om bruk av sakkyndige undersøkelser i saker om tilbakekall av autorisasjon og lisens.

Bestemmelsen antas også å være relevant for sosialfaglig personell, og ordlyden foreslå endret til også å omfatte denne gruppen.

## Kapittel 9. Vilkår for autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning

### § 48. Autorisasjon

Autorisasjonsordningen etter denne lov omfatter følgende grupper helsepersonell:

- a) Ambulansearbeider
- b) Apotektekniker
- c) Audiograf
- d) Bioingeniør
- e) Ergoterapeut
- f) Helsefagarbeider
- g) Fotterapeut
- h) Fysioterapeut
- i) Helsesekretær
- j) Hjelpepleier
- k) Jordmor
- l) Kiropraktor
- m) klinisk ernæringsfysiolog
- n) Lege
- o) Omsorgsarbeider
- p) Optiker
- q) Ortopediingeniør
- r) Ortoptist
- s) Perfusjonist
- t) Psykolog
- u) Radiograf
- v) Sykepleier
- w) Tannhelsesekretær
- x) Tannlege
- y) Tannpleier
- z) Tanntekniker
- æ) Vernepleier
- ø) Provisorfarmasøyt
- å) Reseptarfarmasøyt

Autorisasjonsordningen etter denne lov omfatter følgende grupper sosialfaglig personell:

1. barnevernspedagoger
2. sosionomer

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.

**Merknad:** Det er gjort endring i denne bestemmelsen. Dens virkeområde er utvidet til å omfatte naprapater, osteopater og paramedisinere. Denne endringen har ennå ikke (31. mars 2022) trådt i kraft.

Ved å etablere et nytt ledd som omhandler *sosialfaglig personell*, vil sosionomer og barnevernspedagoger omfattes av loven.

Offentlig godkjenning av helsepersonell omfatter autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning. For sosialfaglig personell antas ikke lisens – eller spesialistgodkjenningene på nåværende tidspunkt å ha aktualitet.,

En autorisasjon er en bekreftelse fra offentlige myndigheter på at de formelle og faglige krav til yrkestittelen er oppfylt. Offentlig autorisasjon gir rett til å benytte beskyttet tittel etter § 74 og er et styringsmiddel for helsemyndighetene, jf. § 3.

Hovedformålet med autorisasjonsordningen er å ivareta pasienters krav på kvalitet, sikkerhet og tillit. Ordningen skal sikre at helsepersonellet har nødvendige kvalifikasjoner til å inneha en bestemt yrkesrolle. Det skal også være en sikkerhet for at helsepersonell med en bestemt tittel har en bestemt type kompetanse. I tillegg skal autorisasjonsordningen ivareta søkerens behov for forutsigbarhet.

Rettsvirkning av offentlig godkjenning er i hovedsak at innehaver får en rett til tittelbeskyttelse etter § 74 og at personellet blir underlagt offentlig tilsyn, herunder at det utøver sin virksomhet i samsvar med de krav som følger av loven. I tillegg innebærer autorisasjon en rekke plikter for personellet og deres yrkesutøvelse. Tilsynsmyndighetene får adgang til å tilbakekalle eller begrense autorisasjonen som ledd i en tilsynssak etter kapittel 11. Dette 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.

Lovens krav til forsvarlig virksomhet i § 4 stiller et generelt krav til personellens yrkesutøvelse, herunder at yrket skal utøves innen rammene av den enkeltes faglige kompetanse. Forsvarlighetskravet gjelder alle som defineres som helse- og sosialfaglig personell etter forslaget til endring av lovens § 3. Kravet gjelder for helsepersonells vedkommende uansett om han eller hun har autorisasjon/offentlig godkjenning eller ikke. Dette fordi helsepersonell er definert videre enn sosialfaglig personell, i den forstand at helsepersonell også omfatter de som yter helsehjelp.

Autorisasjon er ikke et vilkår verken for å tilsettes i helse-, sosial eller omsorgstjenesten, men dette kan være regulert i særlov eller som følge av organiseringen i helse- og omsorgstjenesten, arbeidsgivers styringsrett, betalingsordninger mv.

Det vises for øvrig til utredningens kapittel 2.

## **§ 48 a. Vilkår for autorisasjon etter § 48**

**Rett til autorisasjon etter søknad har den som**

- a. har bestått eksamen i vedkommende fag ved norsk universitet, høyskole 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 jevn god 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.

**Merknad:** Bestemmelsens første regulerer vilkårene for autorisasjon. Denne bestemmelsen er også relevant for sosialfaglig personell. I bokstavene a til d fremgår alternative vilkår avhengig av om søker er utdannet i eller utenfor Norge. Søknaden skal vedlegges nødvendig dokumentasjon. Helsedirektoratet innvilger autorisasjon dersom søker kan dokumentere at vilkårene er oppfylt.

Andre ledd omhandler de tilleggsvilkår for autorisasjon som gjelder for alle søkere.

Det vises for øvrig til Helsedirektoratets rundskriv med kommentarer til denne bestemmelsen, sist faglig oppdatert 28. juni 2018.

### § 49. Lisens

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

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

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

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

**Merknad:** Denne bestemmelsen antas ikke være relevant for sosialfaglig personell.

### § 50. Grenselisens

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

**Merknad:** Denne bestemmelsen antas ikke være relevant for sosialfaglig personell.

### § 51. Spesialistutdanning

Departementet kan gi forskrifter om spesialistutdanning for autorisert helse- og sosialfaglig personell og godkjenning av spesialister. Det kan blant annet gis bestemmelser om

- a. utdanningens innhold og lengde
- b. utdanningsinstitusjonene, inkludert godkjenning av utdanningsinstitusjoner
- c. organisering av utdanningsstillinger
- d. at vilkårene skal gjelde for dem som allerede har spesialistgodkjenning ved forskriftens ikrafttredelse.

**Merknad:** Denne bestemmelsen kan også være relevant for sosialfaglig personell, jf. de kliniske godkjenningsordningene som FO administrerer på vegne av Helsetilsynet. Sosialfaglig personell foreslås derfor tilføyet.

### § 52. Internasjonale avtaler

På grunnlag av folkerettslige regler som Norge er forpliktet av kan autorisasjon, lisens, spesialistgodkjenning og rett til å utøve yrke som helse- eller sosialfaglig personell midlertidig i Norge uten norsk autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning, gis til norsk eller utenlandsk statsborger.

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

**Merknad:** Paragraf 52 omhandler rett til godkjenning om følge av internasjonale avtaler.

Bestemmelsen fastslår at internasjonale avtaler kan være et rettslig grunnlag for utstedelse av autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning og for å få rett til midlertidig tjenesteyting. Videre er bestemmelsen hjemmel for å gi forskrift som er nødvendig for å oppfylle internasjonale avtaler.

Norge har inngått to folkerettslige avtaler: Nordisk overenskomst om felles arbeidsmarked for visse yrkesgrupper innen helsevesenet og for veterinærer og direktiv 2005/36/EF om godkjenning av yrkeskvalifikasjoner (yrkeskvalifikasjonsdirektivet). Sosionomer og barnevernspedagoger omfattes ikke av disse.

## Kapittel 10. Tildeling og bortfall av autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning

### § 53. Tildeling av autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning

Helsedirektoratet eller den det bemyndiger gir autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning mot nærmere fastsatt godtgjørelse. Helsedirektoratet eller den det bemyndiger gir også rett til å utøve yrke som helse- og sosialfaglig personell midlertidig i Norge uten norsk autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning, jf. § 52 første ledd. Departementet kan i forskrift pålegge den enkelte utdanningsinstitusjon og andre med utdanningsansvar å gi autorisasjon for utdanninger der det ikke kreves praktisk tjeneste, jf. § 48 a andre ledd bokstav c og 48 a tredje ledd.

Helsedirektoratet eller den det bemyndiger kan nekte en søker autorisasjon, lisens, spesialistgodkjenning eller rett til å utøve yrke som helse- og sosialfaglig personell midlertidig i Norge uten norsk autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning, hvis det foreligger omstendigheter som ville gitt grunnlag for tilbakekall etter § 57.

Vedtak etter bestemmelsens første og andre ledd er enkeltvedtak etter forvaltningsloven.

Hvis det er grunn til å tro at tilbakekallsgrunn foreligger, kan Helsedirektoratet eller den det bemyndiger pålegge helsepersonell å underkaste seg undersøkelser som omtalt i § 60.

**Merknad:** Helsedirektoratet eller den det bemyndiger gir autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning mot nærmere fastsatt godtgjørelse. Helsedirektoratet eller den det bemyndiger gir også rett til å utøve yrke som helsepersonell midlertidig i Norge uten norsk autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning, jf. § 52 første ledd. Denne bestemmelsen antas også å ha relevans for sosialfaglig personell, og ordlyden foreslås endret med tilføyelse av denne gruppen.

Departementet kan i forskrift pålegge den enkelte utdanningsinstitusjon og andre med utdanningsansvar å gi autorisasjon for utdanninger der det ikke kreves praktisk tjeneste, jf. § 48 a andre ledd bokstav c og 48 a tredje ledd.

Helsedirektoratet eller den det bemyndiger kan nekte en søker autorisasjon, lisens, spesialistgodkjenning eller rett til å utøve yrke som helsepersonell midlertidig i Norge uten norsk autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning, hvis det foreligger omstendigheter som ville gitt grunnlag for tilbakekall etter § 57.

Vedtak etter bestemmelsens første og andre ledd er enkeltvedtak etter forvaltningsloven.

Hvis det er grunn til å tro at tilbakekallsgrunn foreligger, kan Helsedirektoratet eller den det bemyndiger pålegge helsepersonell å underkaste seg undersøkelser som omtalt i § 60.

## § 55. opphevet

### § 54. Bortfall av autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning

Autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning bortfaller når vedkommende fyller 80 år. Yrkestittelen kan likevel benyttes.

Personer over 80 år kan likevel gis lisens og spesialistgodkjenning på visse vilkår, jf. § 49 fjerde ledd og § 51.

**Merknad:** Denne bestemmelsen fastslår at autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning automatisk faller bort når innehaveren fyller 80 år. At yrkestittel fortsatt kan benyttes, er et unntak fra § 74. I andre ledd gis unntak fra hovedregelen om aldersgrense.

## Kapittel 11. Reaksjoner m.v. ved brudd på lovens bestemmelser

### § 56. Advarsel

Statens helsetilsyn kan gi advarsel til helse- og sosialfaglig personell som forsettlig eller uaktsomt overtrer plikter etter denne lov eller bestemmelser gitt i medhold av den, hvis pliktbruddet er egnet til å medføre fare for sikkerheten i helse- og omsorgstjenesten, til å påføre pasienter eller brukere en betydelig belastning eller til i vesentlig grad å svekke tilliten til helsepersonell eller helse- og omsorgstjenesten.

Statens helsetilsyn kan gi advarsel til helse- og sosialfaglig personell som har utvist en atferd som er egnet til i vesentlig grad å svekke tilliten til vedkommende yrkesgruppe.

Advarsel er enkeltvedtak etter forvaltningsloven.

| **Merknad:** Det vises til utredningens kapittel 5.8.

### § 57. Tilbakekall av autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning

Statens helsetilsyn kan kalle tilbake autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning dersom innehaveren er uegnet til å utøve sitt yrke forsvarlig på grunn av alvorlig sinnslidelse, psykisk eller fysisk svekkelse, langt fravær fra yrket, bruk av alkohol, narkotika eller midler med lignende virkning, vesentlig mangel på faglig innsikt, uforsvarlig virksomhet, vesentlige pliktbrudd etter denne lov eller bestemmelser gitt i medhold av den, eller på grunn av atferd som anses uforenlig med yrkesutøvelsen.

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

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

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

Tilbakekall er enkeltvedtak etter forvaltningsloven.

| **Merknad:** Formålet med bestemmelsen er å reagere på alvorlige overtredelser av loven, å bidra til å forhindre fremtidige pliktbrudd av samme art, og å sikre kvalitet og tillit til helsetjenesten. Statens helsetilsyn har bevisbyrden for at tilbakekallsgrunn foreligger. Som hovedregel er beviskravet alminnelig sannsynlighetsovervekt, slik at Statens helsetilsyn skal bygge på det faktum den finner mest sannsynlig.

§ 57 kommer videre til anvendelse som grunnlag for avslag på søknad om utstedelse av autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning, eller rett til å utøve yrket midlertidig, jf. § 53 andre ledd.

§ 57 er en kan-bestemmelse, dvs. at i de tilfeller der vilkårene for å tilbakekalle autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning er oppfylt, må Statens helsetilsyn foreta en skjønnsmessig vurdering av om reaksjonen skal ilegges. Grunnvilkåret er at personellet er uegnet til å utøve sitt yrke forsvarlig på grunn av alvorlig sinnslidelse, psykisk eller fysisk svekkelse, langt fravær fra yrket, bruk av alkohol, narkotika eller midler med lignende virkning, grov mangel på faglig innsikt, uforsvarlig virksomhet, grove pliktbrudd etter helsepersonelloven eller bestemmelser gitt i medhold av den, eller på grunn av atferd som anses uforenlig med yrkesutøvelsen. I tillegg til at disse forholdene kan gi grunnlag for tilbakekall, er de også vilkår for godkjenningsmyndighetene til å nekte autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning, jf. § 53.

Uegnethet vurderes på vedtakstidspunktet. Hvis vedtak om tilbakekall påklages til Statens helsepersonellnemnd, er det situasjonen på det tidspunktet nemnda fatter vedtak som er avgjørende.

Tilbakekall skal bare foretas når det er tjenlig ut fra formålet å reagere, ellers ikke. I hver sak må det derfor vurderes om tilbakekall er egnet til å fremme sikkerhet og kvalitet i helse- og sosialtjenesten og tillit til denne. I denne vurderingen kan Statens helsetilsyn legge vekt på for eksempel hvor alvorlig pliktbruddet var, om det var et enkeltstående tilfelle, om pliktbruddet ligger langt tilbake i tid, om arbeidsgiveren til personellet ikke sørget for å legge forholdene til rette for at helsepersonellet kunne oppfylle sine plikter, om personellet fulgte instruksjoner fra overordnet, om personellet har erkjent pliktbruddet, viser ny faglig innsikt og har forbedret sin virksomhet i tråd med lovkravene.

### § 58. Suspensjon av autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning

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

Suspensjon er enkeltvedtak etter forvaltningsloven.

**Merknad:** Denne bestemmelsen antas også å være relevant for sosialfaglig personell. I stedet for «helsepersonellet» foreslå «autorisasjonsinnehaver» brukt, for også å fange opp sosialfaglig personell. Suspensjonsadgangen er begrunnet i hensynet til sikkerheten til pasienter og brukere.

Det vises for øvrig til helsedirektoratets rundskriv med kommentarer til denne bestemmelsen, sist faglig oppdatert 28. juni 2018.

### § 59. Begrensning av autorisasjon

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

Slik begrensning kan fastsettes i tilfeller der helse- eller sosialfaglig personell, til tross for at vilkårene for tilbakekall er oppfylt, anses skikket til å utøve virksomhet på et begrenset felt under tilsyn og veiledning.



Statens helsetilsyn kan etter søknad oppheve begrensninger etter første ledd hvis **fagpersonellet** godtgjør at det ikke lenger er grunnlag for slike begrensninger eller at vilkårene som ble stilt er oppfylt.

Vedtak om begrensning av autorisasjon og avslag på søknad om opphevelse av fastsatte begrensninger er enkeltvedtak etter forvaltningsloven.

**Merknad:** Bestemmelsen har særlig aktualitet i helsetjenesten, og spesielt ved medisinsk virksomhet. Den *kan* kanskje være relevant også for sosialfaglig personell, der hensynet til sikkerhet for brukere og tjenestemottakere tilsier begrensning i adgangen til å utøve yrket, for eksempel innen barnevernet. Det vises til Helsedirektoratets rundskriv med kommentarer til bestemmelsen, sist faglig oppdatert 28. juni 2018.

### **§ 59 a. Begrensning av autorisasjon uten at vilkårene for tilbakekall er oppfylt**

Selv om vilkårene for tilbakekall etter § 57 ikke er oppfylt, kan Statens helsetilsyn begrense autorisasjonen til å gjelde utøvelse av bestemt virksomhet under bestemte vilkår hvis advarsel etter § 56 ikke fremstår som tilstrekkelig for å sikre lovens formål. Ved vurderingen skal det særlig legges vekt på om det er grunn til å tro at **autorisasjonsinnehaver** av grunner som nevnt i § 57 kan bli uegnet til å utøve sitt yrke forsvarlig dersom autorisasjonen ikke begrenses.

Statens helsetilsyn kan etter søknad oppheve begrensninger etter første ledd hvis helsepersonellet godtgjør at det ikke lenger er grunnlag for slike begrensninger eller at vilkårene som ble stilt er oppfylt.

Vedtak om begrensning av autorisasjon og avslag på søknad om opphevelse av fastsatte begrensninger er enkeltvedtak etter forvaltningsloven.

**Merknad:** Adgangen til å begrense helsepersonellens autorisasjon selv om vilkårene for tilbakekall av autorisasjon ikke er oppfylt, får først og fremst anvendelse i alvorlige eller spesielle saker. For eksempel i saker hvor en advarsel ikke vil være tilstrekkelig for å sikre lovens formål.

Det vises til Helsedirektoratets rundskriv med kommentarer til bestemmelsen, sist faglig oppdatert 28. juni 2018.

### **§ 60. Pålegg om sakkyndig undersøkelse**

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

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

**Merknad:** Statens helsetilsyn gis i denne bestemmelsen hjemmel til å pålegge helsepersonell å underkaste seg medisinsk eller psykologisk undersøkelse av sakkyndig i saker der det vurderes å tilbakekalle autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning. Bestemmelsen gjelder saker der det er grunnlag for tilbakekall av autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning. Det kan *ikke* gis slikt pålegg hvis det kun er snakk om å treffe vedtak om begrenset autorisasjon etter helsepersonelloven § 59 a.

Det er av stor betydning for dokumentasjonen i tilbakekallsaker at det foreligger adgang til å pålegge sakkyndig undersøkelse. I enkelte tilfeller vil det også kunne fremstå som betryggende for helsepersonell at deres helsetilstand vil bli faglig vurdert av eksterne sakkyndige forut for vurdering om tilbakekall. Pålegg om sakkyndig undersøkelse er en kanbestemmelse som bare unntaksvis benyttes.

Bestemmelsen er også relevant for sosialfaglig personell, og ordlyden foreslås utvidet til også å omfatte denne gruppe.

### § 61. Frivillig avkall på autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning

Helse- og sosialfaglig personell kan selv gi avkall på autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning ved skriftlig erklæring til statsforvalteren. Autorisasjons-, lisens- eller spesialistgodkjenningsdokumentet skal så vidt mulig innleveres samtidig.

**Merknad:** Bestemmelsen fastslår det selvfølgelig, at autorisasjonsinnehaver selv kan gi avkall på sin autorisasjon (eller godkjenning). Konsekvensen av frivillig avkall er at helsepersonellet ikke vil kunne få autorisasjonen tilbake uten å søke Statens helsetilsyn om ny autorisasjon. Helsepersonellet kan når som helst etter avkallet søke om ny autorisasjon, men må da selv dokumentere at de er skikket, jf. § 62.

### § 62. Ny autorisasjon eller lisens

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

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

**Merknad:** Statens helsetilsyn er gitt myndighet til å gi ny autorisasjon mv. enten autorisasjonen er tilbakekalt eller personellet frivillig har gitt avkall på denne. Vilkåret er at Statens helsetilsyn finner det dokumentert at personellet kan anses som skikket. I slike tilfeller er det personellet og ikke tilsynsmyndigheten som har bevisbyrden for å vise at de igjen er skikket til å utøve yrket.

Ny autorisasjon kan begrenses. Begrensningene kan være knyttet til yrkesutøvelse ved et bestemt arbeidssted, jevnlig rusmiddeltesting, tett oppfølging og kontroll fra arbeidsgiver, plikt til å motta behandling, ikke arbeide med barn, ikke ha selvstendig behandlingsansvar mv. Begrensninger i autorisasjon er nærmere beskrevet i kommentarene til § 59 og § 59 a.

Avslag på søknad om ny autorisasjon eller lisens er enkeltvedtak etter forvaltningsloven. Selv om spesialistgodkjenning ikke er eksplisitt omtalt, antas det at også avslag på søknad om slik godkjenning er å anse som enkeltvedtak. Dette innebærer at forvaltningslovens regler om saksbehandling, vedtak, klage og omgjøring ved enkeltvedtak gjelder. Av det følger at den det gjelder skal forhåndsvarsles og gis rett til å uttale seg før vedtak fattes, at saken skal være så godt opplyst som mulig før vedtak fattes, at parten har innsynsrett, at vedtaket som hovedregel skal være skriftlig og begrunnet og at vedtaket kan påklages.

Bestemmelsen antas også å være relevant for sosialfaglig personell, og ordlyden foreslås endret til også å omfatte denne gruppen.

### § 62 a. Pålegg om innlevering av pasientjournalarkiv

Statens helsetilsyn kan ved tilbakekall og suspensjon av autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning pålegge helse- og sosialfaglig personell å levere inn sitt pasientjournalarkiv til Helsedirektoratet.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om vilkår for å gi pålegg om innlevering, innsyn i og bruk av arkivene og arkivenes depotstatus.

**Merknad:** Paragraf 62 a gir hjemmel for å pålegge helsepersonell innlevering av pasientjournalarkiv i forbindelse med tilbakekall og suspensjon av autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning. Bestemmelsen antas også å være relevant for sosialfaglig personell og ordlyden foreslå endret til å omfatte denne gruppe.

Formålet med bestemmelsen er å sikre at pasienter og andre registrerte fortsatt kan få innsyn i journalen sin etter at personellets virksomhet er innstilt og å sikre forsvarlig håndtering de taushetsbelagte opplysningene i arkivet.

Fra 1. oktober 2021 etableres ny ordning for oppbevaring av journaler ved overdragelse og opphør av virksomhet, og ved suspensjon av autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning.

Helsedirektoratet tar over rollen som dataansvarlig etter Statsforvalteren, og Norsk helsearkiv (NHA) blir databehandler.

Den nasjonale ordningen skal blant annet ha følgende tjenester:

- Innsyn i journal
- Retting og/eller sletting i journal
- Flytting av journal til en annen behandler

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

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

Rett til å rekvirere legemidler i gruppe A og B gitt på grunnlag av tilsvarende godkjenning i et annet land, kan kalles tilbake av Statens helsetilsyn dersom godkjenningen i det andre landet mister sin gyldighet.

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

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

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

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

| **Merknad:** Denne bestemmelsen er kun relevant for leger og tannleger.

#### § 64. Suspensjon av rekvireringsrett

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

Vedtak om suspensjon av rekvireringsrett er enkeltvedtak etter forvaltningsloven.

| **Merknad:** Denne bestemmelsen er ikke relevant for sosialfaglig personell.

#### § 65. Forkortelse av frist for tap av rekvireringsretten

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

Avslag på slik søknad er enkeltvedtak etter forvaltningsloven.

| **Merknad:** Denne bestemmelsen er ikke relevant for sosialfaglig personell.

#### § 65 a. Reaksjoner overfor midlertidige yrkesutøvere

Statens helsetilsyn kan ilegge følgende reaksjoner til helse- og sosialfaglig personell som utøver yrket midlertidig i Norge uten norsk autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning, jf. § 52 første ledd:

- a. advarsel
- b. tilbakekall av retten til å utøve yrket midlertidig
- c. suspensjon av retten til å utøve yrket midlertidig
- d. dbegrensning av retten til å utøve yrket midlertidig
- e. hel eller delvis tilbakekall av retten til å rekvirere legemidler i gruppe A og B.
- f. suspensjon av retten til å rekvirere legemidler i gruppe A og B. Reaksjonene ilegges på samme vilkår og etter samme regler som ileggelse av tilsvarende reaksjoner i §§ 56-59 a og §§ 63-64.

| **Merknad:** Bestemmelsen er en konsekvens av gjennomføringen av yrkeskvalifikasjonsdirektivet i norsk rett når det gjelder helsepersonell, jf. EØS-forskriften kapittel 4.

Midlertidig tjenesteyting vil si at personellet som er lovlig etablert i et EU/EØS-land, fritt kan reise til et annet medlemsland og utøve yrket der midlertidig uten autorisasjon e.l. Hva som regnes som midlertidig tjenesteyting til forskjell for etablering, skal avgjøres konkret fra sak til sak ut ifra en vurdering av tjenesteytelsens varighet, hyppighet, regelmessighet og kontinuitet.

Bestemmelsen antas også å kunne ha relevans for sosialfaglig personell.

Om bestemmelsens nærmere innhold vises til Helsedirektoratets rundskriv med kommentarer, sist faglig oppdatert 28. juni 2018.

### § 66. Informasjon til arbeidsgiver og til andre land

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

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

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

**Merknad:** Arbeidsgiver har etter denne bestemmelsen opplysningsplikt ved advarsel, tilbakekall, frivillig avkall, suspensjon eller begrensning av autorisasjon, lisens, spesialistgodkjenning eller rekvireringsrett. Bestemmelsen begrunnes i arbeidsgivers behov for informasjon for å kunne organisere og drive virksomheten forsvarlig.

Bestemmelsen antas også å være relevant for sosialfaglig personell og ordlyden foreslås utvidet til også å omfatte denne gruppen.

### § 67. Straff

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

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

**Merknad:** Bestemmelsen er en generell straffehjemmel som kommer i tillegg til de administrative reaksjonene. Skyldkravet er satt til forsett eller grov uaktsomhet.

I utgangspunktet er straff og administrative reaksjoner to uavhengige systemer, med ulikt formål, skyldkrav og bevisregler.

For nærmere omtale av bestemmelsen, vises det til Statens helsetilsyns [rundskriv IK-1/2018 Retningslinjer for behandling av saker etter helsepersonelloven § 67](#).

### § 67 a. Forbud mot bruk av meldinger til Helsedirektoratet om uønskede hendelser som grunnlag for å opprette tilsynssak mv.

Melding til Helsedirektoratet etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 kan ikke i seg selv danne grunnlag for å innlede sak eller fatte vedtak om reaksjon i medhold av kapittel 11 i loven her. Det samme gjelder for politianmeldelse eller begjæring om påtale etter § 67 annet ledd.

**Merknad:** Bestemmelsen viser til spesialisthelsetjenesteloven. Sosialfaglig personell som arbeider i spesialisthelsetjenesten, omfattes dermed av spesialisthelsetjenesteloven og særskilt regulering av sosialfaglig personell anses dermed ikke nødvendig.

## Kapittel 12. Statens helsepersonellnemnd og Apotekklagenemnda

### § 68. Statens helsepersonellnemnd og Apotekklagenemnda

Det opprettes en Statens helsepersonellnemnd (HPN). I saker etter apotekloven skal nemnda kalle seg Apotekklagenemnda (AKN).

Statens helsepersonellnemnd er klageorgan for vedtak etter §§ 53, 56-59 a og 62-65 a. Apotekklagenemnda er klageorgan for vedtak som fastsatt i medhold av apotekloven § 9-1 første ledd.

**Merknad:** Statens Helsepersonellnemnd (HPN) er en uavhengig klagenemnd som behandler personells klager på vedtak fattet av Statens helsetilsyn og Helsedirektoratet. Som klageinstans sikrer nemnda at det er to forvaltningsmessige instanser ved enkeltvedtak rettet til helsepersonell. Dette bidrar til bedre rettssikkerhet for helsepersonell, og er egnet til å skape allmenn tillit til systemet. Nemnda vil naturlig også omfatte sosialfaglig personell dersom forslaget om at loven utvides til denne gruppen følges opp. Det kan kanskje diskuteres om det hadde vært naturlig å erstatte *helsepersonell* med et begrep hvor det fremgår at sosialfaglig personell inkluderes. På den andre side har Statens helsetilsyn også tilsyn også med sosialfaglig personell. Det foreslå ingen endring av nemnda navn her.

### § 69. Organisering av Statens helsepersonellnemnd

Statens helsepersonellnemnd skal være et uavhengig organ med høy **helse-, sosialfaglig** og juridisk ekspertise som oppnevnes av departementet for tre år av gangen.

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

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

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

**Merknad:** Bestemmelsen fastslår at nemnda skal være uavhengig. Det betyr at den skal være uavhengig både av Statens helsetilsyn, Helsedirektoratet og departementet. Hvis forslaget om at loven skal omfatte sosialfaglig personell følges opp, foreslå at ordlyden i bestemmelsen endres til også å omfatte sosialfaglig kompetanse i nemnda. Det vises for øvrig til Helsedirektoratets rundskriv med kommentarer til denne bestemmelsen, sist oppdatert 28. juni 2018.

## § 70. Statens helsepersonellnemnds virksomhet

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

**Merknad:** Det er gitt forskrift 21. desember 2000 nr. 1383 om Statens helsepersonellnemnd - organisering og behandling.

## § 71. Domstolskontroll

Vedtak i Statens helsepersonellnemnd etter §§ 53, 56 til 59 a og 62 til 65 a kan bringes inn for retten, som kan prøve alle sider av saken. Søksmål rettes mot staten ved Statens helsepersonellnemnd. I slike saker har staten alminnelig verneing i Bergen.

Søksmål etter første ledd må reises innen seks måneder fra det tidspunkt vedtak i Statens helsepersonellnemnd har kommet fram til den som har klaget til nemnda. Søksmål kan likevel i alle tilfelle reises når det er gått seks måneder fra klage første gang ble framsatt, og det ikke skyldes forsømmelse fra klagerens side at nemndas avgjørelse ikke foreligger.

Retten kan ved kjennelse beslutte at vedtak etter bestemmelsene i første ledd ikke skal ha virkning før det er truffet endelig vedtak i saken eller før endelig dom foreligger.

Når fristene etter andre ledd er utløpt uten at søksmål er reist, har vedtaket samme virkning som rettskraftig dom.

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

**Merknad:** Denne bestemmelsen gir domstolen en generell adgang til å prøve nemndas avgjørelser i saker etter § 53 (tildeling av autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning) §§ 56, 57, 58 og 59 (advarsel og tilbakekall, suspensjon og begrensning av autorisasjon mv.) og §§ 62, 62 a, 63, 64, 65 og 65 a (ny autorisasjon eller lisens, tap, suspensjon mv. av rekvireringsrett og reaksjoner overfor midlertidige yrkesutøvere). Domstolen har anledning til å prøve alle sider av saken, også det forvaltningsmessige skjønnet.

Etter tvisteloven § 1-5 skal søksmål om gyldigheten av forvaltningsvedtak reises mot den myndigheten som har truffet avgjørelsen i siste instans. Rett saksøkt ved søksmål om vedtak truffet av Statens helsepersonellnemnd er Staten v/Statens helsepersonellnemnd. Nemndas sekretariat vil i samråd med Regjeringsadvokaten ivareta statens interesser.

Retten kan ved kjennelse beslutte at vedtaket etter bestemmelsene i første ledd ikke skal ha virkning før det er truffet endelig vedtak i saken, eller før endelig dom foreligger.

Nemndas vedtak kan bringes inn for Stortingets ombudsmann for forvaltningen (Sivilombudsmannen). Sivilombudsmannen skal ikke behandle en sak før den er endelig avgjort i forvaltningen. Klage må settes fram innen ett år etter at nemnda har fattet endelig vedtak. Mulighet for domstolsprøving er ikke til hinder for at saken kan bringes inn for Sivilombudet.

Bestemmelsen har aktualitet også for sosialfaglig personell.

## Kapittel 13. Forskjellige bestemmelser

### § 73. Erstatning for tap ved suspensjon og tilbakekall

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

**Merknad:** Bestemmelsen synliggjør de rettigheter personellet har etter alminnelige erstatningsrettslige regler i forbindelse med et ugyldig tilbakekall. Den er også aktuell for sosialfaglig personell.

### § 74. Bruk av beskyttet tittel

Bare den som har norsk autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning etter § 53, har rett til å benytte slik yrkesbetegnelse som kjennetegner vedkommende gruppe helse- eller sosialfaglig personell. Dette gjelder også for den som hadde autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning frem til bortfall på grunn av alder, jf. § 54 første ledd.

Personell som har rett til å utøve yrke som helse- eller sosialfaglig personell midlertidig i Norge uten norsk autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning, kan benytte den yrkesbetegnelsen de benytter i det landet de er etablert, på en slik måte at tittelen ikke forveksles med tilsvarende norsk tittel. Personell som har rett til å utøve yrke som lege, legespesialist, tannlege, tannlegespesialist, sykepleier, jordmor eller provisorfarmasøyt midlertidig i Norge uten norsk autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning, kan bruke norsk yrkesbetegnelse.

Rett til å bruke norsk tittel har også annet personell som har rett til å utøve yrke som helse- eller sosialfaglig personell midlertidig i Norge uten norsk autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning, dersom norsk autorisasjonsmyndighet har kontrollert vedkommendes yrkeskvalifikasjoner.

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

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

**Merknad:** Denne bestemmelsen fastslår at autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning utløser en tittelbeskyttelse. Tittelbeskyttelse vil, dersom forslaget om inkludering av sosialfaglig personell i loven følges opp, også gjelde for sosionomer og barnevernspedagoger.

Bare personell som har norsk autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning har rett til å bruke de yrkesbetegnelsene som kjennetegner de ulike gruppene personell som er omfattet av lovens godkjenningsordning. Hvilke titler dette er, følger av opplistingen i § 48.

Lovens ordlyd forslås endret til også å omfatte sosialfaglig personell.

Det vises for øvrig til Helsedirektoratets rundskriv med kommentarer til denne bestemmelsen, sist faglig oppdatert 28. juni 2018.



**§ 75. Ikrafttredelse**

Loven trer i kraft fra den tid Kongen bestemmer.<sup>1</sup> Kongen kan bestemme at de enkelte bestemmelsene i loven skal tre i kraft til forskjellig tid.

**§ 76. Overgangsordninger**

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

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

Personer mellom 75 og 80 år som hadde autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning som bortfalt da de fylte 75 år, kan gi melding til Helsedirektoratet eller den det bemyndiger om gjennerverv frem til de fyller 80 år. Helsedirektoratet eller den det bemyndiger skal uten godtgjørelse gi slik autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning. Bestemmelsene i § 53 andre, tredje og fjerde ledd og § 68 andre ledd første punktum gjelder tilsvarende.

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

**§ 77. Opphevelse av og endringer i andre lover**

Fra den tid loven trer i kraft oppheves følgende lover:

– – –

Fra samme tid gjøres følgende endringer i andre lover: – – –

## Kapittel 9. Register

### **Lovforarbeider til helsepersonelloven av 1999**

(NOU 1993:33) Helsepersonells rettigheter og plikter. Utkast til lov med motiver  
Ot. prp. nr. 13 (1998-99) Om lov om helsepersonell (helsepersonelloven)

### **Andre offentlige dokumenter:**

[Regjeringens hjemmeside, sist oppdatert 16. september 2021.](#)

[Meld. St. Nr. 13 \(2011-2012\)](#)

[Rapport 04/2019 Bufdir.](#)

[Prop. 91 L \(2010–2011\)](#) Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) pkt 14.2.3.3,

[Prop. 100 L \(2020–2021\)](#) Endringer i velferdstjenestelovgivningen (samarbeid, samordning og barnekoordinator)

[Prop. 133 L \(2020–2021\)](#) Lov om barnevern (barnevernsloven) og lov om endringer i barnevernloven

[Prop. 100 L \(2020–2021\)](#) Endringer i velferdstjenestelovgivningen (samarbeid, samordning Meld 2016-2017 Kvalitet i høyere utdanning

[Meld 2013-2014](#)

[Notat datert 12. juni 2008, ref. 2008/790 II JK.](#) Se også udatert notat av juni 2003 og tilleggsutredning av autorisasjon av helsepersonell 1. september 2008.

[Utredning fra Sosial- og helsedirektoratet juni 2003, s. 23.](#) Høringsnotat – Kompetanse i barnevernet sendt på høring: 30.03.2020

[NOU 1990:9](#) Opphevelse av foreldede lover og [NOU 1992:32](#) Bedre struktur i lovverket. Lovstrukturutvalgets delutredning I og II.

[Innst. S nr. 120 \(1988-89\)](#) Nasjonal helseplan. Helsepolitikken mot år 2000

[Helsedirektoratets nettbaserte rundskriv med kommentarer](#)

### **Forarbeider til endringer i helsepersonelloven etter 1999:**

[Prop. 57 L \(2021 – 2022\)](#)

Endringer i helsepersonelloven, pasient- og brukerrettighetsloven mv. Endringene gjaldt administrative reaksjoner, tilsynsmyndighetenes saksbehandling av henvendelser om pliktbrudd m.m.

**Prop. 65 L (2020-2021)**

Endringen gjaldt lovfestet opprettelse av klinisk etikkomité, utvidet varslingsplikt og enkelte unntak fra taushetsplikten mv.). Endringene trådte i kraft 1. juli 2021 (lov nr. 31)

**Prop. 112 L (2020-2021)**

Endringene gjaldt enklere samarbeid og læring i helse- og omsorgstjenesten, blant annet i helsefaglige arbeidsfellesskap, i undervisningsformål, åpning for at helseopplysninger kan brukes for utvikling og bruk av klinisk beslutningsverktøy i helse- og omsorgstjenesten (ny § 25 a, ny 25 b, § 29, ny § 29 e). Endringene trådte i kraft 1. juli 2021 (lov nr. 67)

**Prop. 77 L (2020-2021)**

Endring i lovgivningen som følge av innføring av kjønnsnøytral tittel på fylkesmannen (§§ 18, 30, 42, 43, 61, 62 a, 63)  
Endringene trådte i kraft 1. juni 2021 (lov nr. 34)

**Prop. 63 L (2019-2020)**

Endringene gjaldt tilgjengeliggjøring av helsedata – dispensasjon fra taushetsplikt (§ 29, opphevelse av § 29 b)  
Endringen trådte i kraft 1. januar 2021 (lov nr. 132)

**Prop. 59 L (2019-2020)**

Endringen gjaldt forenkling av helsepersonells tilgang til opplysninger for kvalitetssikring av helsehjelp eller for egen læring (§ 29 c). Endringen trådte i kraft 1. januar 2021 (lov nr. 134)

**Prop. 150 L (2016-2017)**

Endringene gjaldt senking av terskel for bruken av autorisasjonstap, avlevering om arkiv m.m.  
Endringene i §§ 30, 40, 57, 67 a trådte i kraft 1. juli 2019. Endringen i § 62 a trådte i kraft 1. oktober 2021 (lov nr. 107)

**Prop. 30 L (2018-2019)**

Endringene gjaldt tilpasning til avvikling av meldeordningen for spesialisthelsetjenesten og legers plikt til å gi opplysninger om dødsfall og dødsårsak (oppheving av § 67 a, § 36)  
Opphevelse av § 67 a trådte i kraft 15. mai 2019, endringen i § 36 trådte i kraft 1. oktober 2019 (lov nr. 11)

**Prop. 68 L (2016-2017)**

Endringene gjaldt helsepersonells plikt til å underkaste seg prøver etter pålegg fra Statens undersøkelseskommissjon for helse- og omsorgstjenesten, gi forklaring til og adgang til lokaler for kommisjonen (ny § 12 a og ny § 30 a)  
Endringene trådte i kraft 1. mai 2019 (lov nr. 56)

**Prop. 56 LS (2017-2018)**

Endringene gjaldt tilpasning til ny personopplysningslov – tilgjengeliggjøring og bruk av opplysninger til forskning og helseanalyser m.m. (§§ 29, 29 b, 29 c, 42, 45).  
Endringene trådte i kraft 20. juli 2018 (lov nr. 38)

**Prop. 9 L (2015-2016)**

Endringen gjaldt søksmål mot staten ved Statens helsepersonellnemnd (tilpasning som følge av omorganiseringen av den sentrale helseforvaltningen) (§ 71). Endringen trådte i kraft 1. juli 2018 (lov nr. 121)

**Prop. 169 L (2016-2017)**

Endringen gjaldt tydeliggjøring og klargjøring av reglene om opplysningsplikt til barnevernet (§ 33). Endringen trådte i kraft 1. juli 2018 (lov nr. 5)

**Prop. 75 L (2016-2017)**

Endringene gjaldt styrking av barns rettsstilling ved ytelse av helse- og omsorgstjenester, opplysningsplikt til tilsynsmyndighetene, forhøyet strafferamme, avslag spesialistgodkjenning, rett til å bruke yrkestitler m.m. (§§ 6, 10 a, ny § 10 b, §§ 11, 17, 22, 25, 62, 67, 74, oppheving av § 38). Endringene i § 6, § 11 andre ledd andre punktum, § 17, § 38, § 62 andre ledd og § 74 første ledd første punktum trådte i kraft 1 juli 2017. Endringene i § 10 a, ny § 10 b, §§ 22 andre ledd og 25 tredje ledd trådte i kraft 1. januar 2018 (lov nr. 53)

**Prop. 120 L (2016-2017)**

Endringene gjaldt tilpasning til straffeprosessloven – presisering av at lege skal foreta kroppslig undersøkelse av mistenkte i straffesak ihht straffeprosessloven §§ 157 og 157 a (§ 12) Endringene trådte i kraft 1. juli 2017 (lov nr. 90)

**Prop. 94 L (2015-2016)**

Endringene gjaldt krav om framlegging av politiattest for personell som yter spesialisthelsetjenester, tannhelsetjenester og kommunale helse- og omsorgstjenester (§ 20 a)  
Endringen trådte i kraft 1. januar 2017 (lov nr. 49)

**Prop. 106 L (2015-2016)**

Endringene gjaldt tilpasning i forbindelse med opprettelse av kommunalt pasient- og brukerregister m.m. (opphør av krav om at fylkesmannen skal innhente uttalelse fra Datatilsynet før saker om retting eller sletting av pasientjournalopplysninger kan ferdigbehandles) (§§ 42 og 43). Endringene trådte i kraft 1. juli 2016 (lov nr. 47)

**Prop. 9 L (2015-2016)**

Endringene gjaldt tilpasning i forbindelse med opprettelse av Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten (§§ 67a, 71) Endringen i § 67a trådte i kraft 1. januar 2016, endringen i § 71 trådte i kraft 1. november 2016 (lov nr. 121)

**Prop. 94 L (2014-2015)**

Endringen gjaldt politiattest og hvem som er utelukket fra å yte helse- og omsorgstjeneste til barn eller personer med utviklingshemming (tilpasning til straffeloven) (§ 20a). Endringen trådte i kraft 1. januar 2016 (lov nr. 98)

**Prop. 64 L (2014-2015)**

Endringene gjaldt tilpasning til straffeloven (§§ 29a, 67)  
Endringene trådte i kraft 1. oktober 2015 (lov nr. 65)

**Prop. 99 L (2014-2015)**

Endringene gjaldt tydeliggjøring av vilkår for autorisasjon og hjemmel til å gi forskrift om praktisk tjeneste og tilleggskrav for autorisasjon (§§ 3, 48, ny 48 a, 49, 53, 57)

Endringene trådte i kraft 1. juli 2015 (lov nr. 59)

**Prop. 81 L (2014-2015)**

Endringene gjaldt vilkår for spesialistgodkjenning (§§ 12, 51, oppheving av § 46)

Endringene trådte i kraft 1. juli 2015 (lov nr. 60)

**Prop. 74 L (2014-2015)**

Endringene gjaldt endring av aldersgrensen for bortfall av helsepersonells autorisasjon mv. fra 75 til 80 år (§§ 48, 54, 74, 76). Endringene trådte i kraft 1. juli 2015

**Prop. 34 L (2014-2015)**

Endringen gjaldt endring i utlendingsloven m.m. (utvisning av særreaksjonsdømte utlendinger)

**Ot. prp. nr. 12 (2000-2001)**

Endringen gjaldt mindre endringer og justeringer i helsepersonelloven.

**Litteratur:**

Bente Ohnstad i *Kritisk Juss* nr. 2 2004, s. 188 f.

Befring & Ohnstad, *Helsepersonelloven med kommentarer*, 1. utgave, Bergen 2019.  
Kane, Aina Aune (2018) Tidsskriftet Norges Barnevern pp 2000-2016

Bente Ohnstad Dokumentasjonsplikt i *Sentrale helserettslige emner*, Oslo 2016





# Stå opp for trygghet



## **Kontakt oss**

Fellesorganisasjonen (FO)

Mariboegate 13

Pb 4693 Sofienberg

0506 OSLO

[kontor@fo.no](mailto:kontor@fo.no)

+47 919 19 916



Fellesorganisasjonen (FO) er fagforeningen og profesjonsforbundet for barnevernspedagoger, sosionomer, vernepleiere og velferdsvitere.  
[fo.no](http://fo.no)