

Sosial- og helsedirektoratet  
Postboks 7000 St. Olavs plass  
0130 OSLO

Narvik, 14. september 2007

Deres ref.: 07/2456-

### **Vedrørende utredning av helsepersonellovens autorisasjonsordning**

Det vises til Helse- og omsorgsdepartementets oppdragsdokument av 25.4.2007 og til Sosial- og helsedirektoratets brev av 17.7.2007 vedrørende utredning av helsepersonellovens autorisasjonsordning.

Norsk Manuellterapeutforening (NMF) takker for anledningen til å presentere sine synspunkter. Våre kommentarer er i hovedsak knyttet til overordnede kriterier for tildeling av autorisasjon – og dernest til fortsatt bruk av dobbelt-autorisasjon der dette ut fra lovens målsetting er et riktig virkemiddel.

#### **Sammendrag**

Alle manuellterapeuter har autorisasjon som fysioterapeut, men manuellterapeutenes nye yrkesrolle er vesensforskjellig fra fysioterapeutenes.

NMF mener kriteriene som nevnes i helsepersonelloven og dens forarbeider er relevante og tilstrekkelige for å ivareta lovens formål om pasientsikkerhet. Det er først og fremst praktiseringen av autorisasjonsordningen som må legges om.

Når det gjelder spørsmålet om et yrke som følge av tilleggsutdanning skal lede fram til en særskilt (dobbel) autorisasjon, må det legges særlig vekt på hvorvidt denne leder fram til et yrke som er vesensforskjellig fra den autorisasjongivende grunnutdanningen. Med yrkesrolle menes først og fremst plassering og funksjon i helsevesenet.

I lys av norske manuellterapeuters yrkesutøvelse og deres plassering i norsk helsevesen er en særskilt autorisasjon av manuellterapeuter den adekvate godkjenningsform for å ivareta pasientenes sikkerhet. Dette kan uten videre forankres i de overordnede mål med autorisasjon er beskrevet i helsepersonellovens forarbeider, jf. Ot prp 13 (1998-99) pkt. 14.2.

Spesialistgodkjenning (fysioterapeut, spesialist i manuellterapi) gir en misvisende beskrivelse av manuellterapeuters virksomhet overfor publikum fordi forskjellen i yrkesutøvelse mellom fysioterapeuter og manuellterapeuter er for stor.

## 1. Bakgrunn

### 1.1 Manuellterapeutenes nye yrkesrolle

Stortinget vedtok høsten 2005 en pasientrettighetsreform<sup>1</sup> som trådte i kraft 1.1.2006. Reformen endret yrkesrollen til manuellterapeutene grunnleggende ved at de nå er en av i alt tre grupper i norsk helsevesen (leger, manuellterapeuter og kiropraktorer) som er primærkontakter med refusjonsrett for pasienter. Disse tre gruppene er også pasientenes innfallsporter til det offentlige helse- og trygdesystemet.

Det fins ingen offentlig godkjenningsordning for manuellterapeuter, men manuellterapeut er definert slik gjennom forskrift<sup>2</sup>:

*Med manuellterapeut menes fysioterapeut som*

- 1 a) *har bestått eksamen i klinisk masterstudium i manuellterapi for fysioterapeuter ved norsk universitet eller tilsvarende utdanning **eller***
- b) *har godkjenning for bruk av takst A8 Manuellterapi i denne forskriften og har bestått eksamen i differensialdiagnostikk, laboratorieanalyser og utdanning i radiologi tilsvarende norsk masterutdanning, **og i tillegg***
- 2 *har gjennomgått opplæring i trygdefaglige emner.*

Autorisasjonsmyndighetene har således de beste forutsetninger for å vurdere om vilkårene for autorisasjon er til stede for utøverne innen denne gruppen, jf. oppdragsdokumentet side 3, 5. avsnitt, 1. underpunkt.

Stortingets vedtak førte til at manuellterapeuter fra 1.1.2006 har anledning til å:

- Utføre undersøkelse og behandling med refusjon fra folketrygden uten henvisning fra lege.
- Henvise pasienter videre til spesialisthelsetjenesten og bildediagnostikk.
- Henvise pasienter videre til fysioterapeut.
- Sykmelde pasienter.

Reformen innebærer større valgfrihet for, og raskere behandling av, pasienter med muskel- og skjelettplager. Pasientene kan nå oppsøke manuellterapeuter direkte uten å gå via fastlege. Når pasientene således kommer raskere til behandling hos den relevante behandler, fører dette til reduserte lidelser, redusert sykefravær m.v.

Manuellterapeutene representerer dermed noe nytt som nåværende autoriserte grupper ikke kan tilby/ivareta, jf. oppdragsdokumentet side 4, 3. avsnitt, 1. underpunkt.

---

<sup>1</sup> Ot. prp. 28 (2005-2006) Om lov om endringer i folketrygdloven og pasientrettighetsloven (regulering av behandling hos kiropraktor og manuellterapeut)

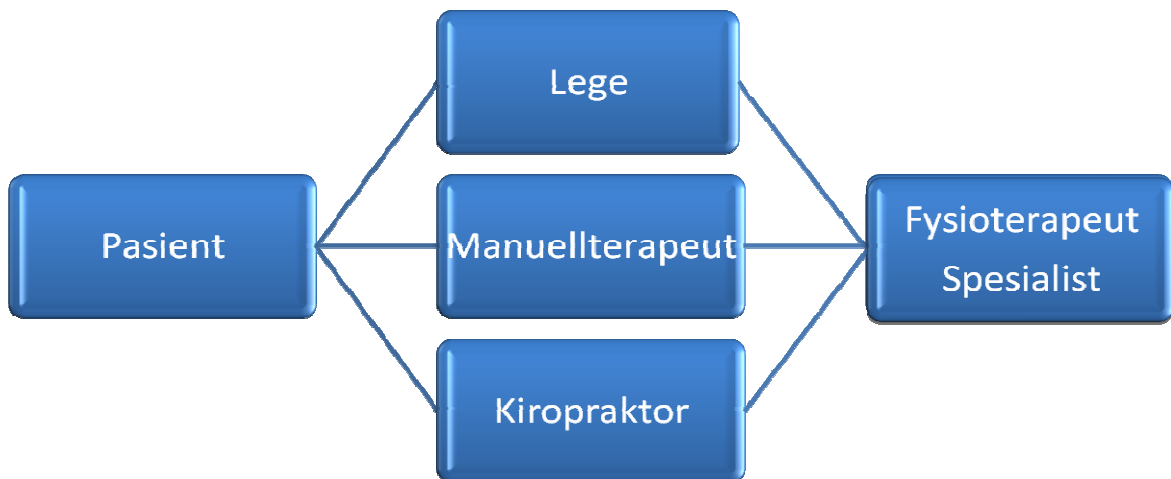
<sup>2</sup> Forskrift om stønad til dekning av utgifter til fysioterapi, § 1, 2. ledd.

Pasientrettighetsreformen medførte en endret yrkesrolle, nytt ansvar og nye oppgaver for manuellterapeuter sammenlignet med tidligere. Dette kan illustreres slik:

Før 1.1.2006



Etter 1.1.2006



Den gamle ordningen forutsatte at:

- Legene henviste pasientene særskilt til manuellterapi. Det vil si at alle manuellterapi-pasienter ble vurdert av lege før de ble sendt til behandling. Det var legen som tok stilling til om pasienten hadde behov for manuellterapi.
- Bare legene kunne henvise til sykehus/spesialist og radiologi.
- Bare legene kunne henvise til fysioterapeut.
- Bare leger kunne sykmelde pasienter.

Den nye pasientrettighetsreformen innebærer at:

- Pasientene kan gå rett til manuellterapeut.
- Manuellterapeuten må selv skille mellom muskel- og skjelettsykdom og andre sykdommer.
- Manuellterapeuter på lik linje med leger henviser til sykehus/spesialist og radiologi.
- Manuellterapeuter på lik linje med leger henviser til fysioterapeut.
- Manuellterapeuter kan sykmelde.

Reformen ble innført som oppfølging av en prøveordning i tre fylker i 2001-2005. Manuellterapeuter erfarte tidlig i prøveperioden at publikum hadde vansker med å identifisere de manuellterapeutene som deltok i ordningen, fordi publikum ikke uten videre klarte å skille mellom deltakere i ordningen (manuellterapeuter) og øvrige fysioterapeuter. Dette var foranledningen til at manuellterapeutene gjennom Faggruppen for manuellterapi i 2003 tok opp spørsmålet om særskilt autorisasjon med departementet<sup>3</sup> og med Sosialkomiteen på Stortinget. Manuellterapeutene påpekte at reformen blant annet ville få bedre effekt dersom publikum gjennom informasjonstiltak ble satt bedre i stand til å identifisere de nye primærkontaktene på en enkel og sikker måte.

Også pasientorganisasjonene har uttrykt bekymring for manglende særskilt autorisasjon av manuellterapeuter i forbindelse innføringen av rettighetsreformen. Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon<sup>4</sup> og Landsforeningen for kvinner med Bekkenløsningsplager (Norsk Handikapforbund)<sup>5</sup> ba i den forbindelse om at det ble innført en autorisasjonsordning for manuellterapeuter. Ryggforeningen påpekte viktigheten av at

*pasientene på en enkel måte kan vite at det er samsvar mellom behandlerens tittel og utdanningsnivå.<sup>6</sup>*

Det er av stor betydning for pasientene at de har trygghet og sikkerhet for, og kunnskap om, at en behandlende manuellterapeut er «manuellterapeut» i reformens forstand. Sentralt er de rettighetene pasientene nyter godt av etter rettighetsreformen; refusjon, henvisning og sykmelding. Videre er det viktig for pasientene at manuellterapeuter er utdannet for å kunne skille mellom muskel-/skjelettsykdom og andre sykdommer, og gjennom rettighetsreformen har mulighet til å henvise pasientene til relevant utredning og behandling. Noen av de behandlingsmetodene manuellterapeuter benytter, er dessuten forbundet med økt risiko for skade av pasienter dersom de utøves av ukyndige.

Ettertiden har vist at ønsket om særskilt autorisasjon er vel begrunnet. Fremdeles har mange pasienter vansker med å skille manuellterapeuter fra fysioterapeuter og andre grupper. Selv andre helsepersonellgrupper strever med å få klarhet i skillet mellom fysioterapeuter og manuellterapeuter som følger av reformen. Denne usikkerheten gir unødig forsinkelse i implementeringen av pasientrettighetsreformen. Særskilt autorisasjon av manuellterapeuter vil være et velegnet virkemiddel for å redusere usikkerheten blant brukerne og dermed effektivt kunne bidra til å utnytte reformens potensial fullt ut.

## **1.2 Tidligere vurderinger**

Det vises til departementets oppdragsdokument av 25.4.07, side 2, nest siste avsnitt, hvor direktoratets utredning av 8. mars 2005 om manuelle terapiformer refereres.

---

<sup>3</sup> Brev av 11.4.2003 fra Faggruppen for manuellterapi til Helse- og omsorgsdepartementet

<sup>4</sup> Høringssvar, 14.10.2005

<sup>5</sup> Høringssvar, 12.10.2005

<sup>6</sup> Høringssvar, 14.10.2005

Manuellterapi var en av terapiformene som departementet ba om å bli vurdert med sikte på autorisasjon<sup>7</sup>.

Arbeidsgruppen som laget utredningen vurderte imidlertid **ikke** manuellterapeuters yrkesutøvelse i forhold til kriteriene for autorisasjon. I kapittel 7.3 heter det bl.a.:

*I arbeidsgruppens mandat åpnes det for å foreta en konkret drøfting av hvorvidt de aktuelle profesjonene fyller kriteriene for autorisasjon. Dette kan gjøres på en eksplisitt og skjematisk måte. Arbeidsgruppen har diskutert behovet for en slik eksplisitt drøfting der pro- og contra-argumenter for autorisasjon av de aktuelle profesjonene belyses.*

*Arbeidsgruppens flertall vurderer en slik skjematisk drøfting som lite hensiktsmessig. (...)*

Manuellterapeuter ble etter dette utelukkende vurdert i forhold til spesialistgodkjenning som fysioterapeuter.

Arbeidsgruppens mindretall (representanten for Faggruppen for manuellterapi) pekte på at rapporten ikke inneholdt de drøftelser og vurderinger som Stortinget hadde bedt om, og ønsket en vurdering av manuellterapeutenes yrkesutøvelse. Mindretallet gikk etter en helhetsvurdering inn for særskilt autorisasjon av manuellterapeuter da autorisasjon er den adekvate godkjenningsform for å ivareta pasientenes sikkerhet, slik det overordnede mål med autorisasjon er beskrevet i helsepersonellovens forarbeider.

Spesialistgodkjenning (fysioterapeut, spesialist i manuellterapi) kan ikke ivareta de samme hensyn fordi forskjellen yrkesutøvelse mellom fysioterapeuter og manuellterapeuter er for stor.

## **2. Autorisasjon og spesialistgodkjenning**

### **2.1 Helsepersonellovens forarbeider**

Helsepersonellovens begrunnelse for autorisasjonsordningen og autorisasjonsbegrepets innhold er redegjort for i lovens forarbeider. I Ot prp 13 (1998-99) pkt. 14.2 (side 127) fremgår:

*Hovedformålet med autorisasjonsordningen er å ivareta pasienters sikkerhet. Autorisasjonsordningen skal sikre at helsepersonellet har **nødvendige kvalifikasjoner** til å inneha **en bestemt yrkesrolle** (vår uth.). Under yrkesutøvelsen skal autorisasjonen være en sikkerhet for at helsepersonell med en bestemt tittel har en bestemt type kompetanse.*

---

<sup>7</sup> «Utredning av osteopati, naprapati og manuellterapi med sikte på vurdering av autorisasjon», arbeidsgruppe nedsatt av Sosial- og helsedirektoratet, 8.3.2005

I samme dokument, kommentarene til § 51, omtales vilkårene for spesialistgodkjenning nærmere:

*Departementet finner at det bør være et **grunnleggende prinsipp** (vår uth.) at det gis spesialistgodkjenning hvor en utdanning bygger på en helsefagutdanning som gir autorisasjon, og at det ikke innføres ny autorisasjon for den kompetanse videreutdanningen leder til. De hensyn autorisasjonsordningen skal ivareta, er ivaretatt ved at grunnutdanningen gir autorisasjon.*

Departementets oppfatning av hva som bør være et grunnleggende prinsipp vil i noen tilfeller komme i direkte konflikt med lovens hovedformål. Det er innlysende at «prinsippet» ikke kan praktiseres i konflikttilfellene og at autorisasjon således skal anvendes når dette er den egnede måte å oppfylle lovens hovedmålsetting på.

### **2.1.1. Direktoratets praksis er i strid med helsepersonellovens forarbeider**

Departementets kommentarer til § 51 har utelukkende betydning dersom det er snakk om en videreutdanning som **ikke vesentlig endrer en helsepersonellgruppes yrkesrolle.**

Dersom det dreier seg om en tilleggsutdanning som faktisk endrer yrkesrollen, fremgår konklusjonen direkte av proposisjonens pkt 14.2. som sier at «*autorisasjonsordningen skal sikre at helsepersonellet har nødvendige kvalifikasjoner til å inneha en bestemt yrkesrolle.*»

Det er klart at autorisasjon som fysioterapeut *ikke* sikrer at utøveren har kvalifikasjoner som manuellterapeut. Dermed er slik autorisasjon heller ikke egnet til å ivareta pasientsikkerheten i forholdet manuellterapeut/pasient slik som beskrevet ovenfor. Igjen må det poengteres at manuellterapeuters faktiske yrkesutøvelse atskiller seg vesentlig fra fysioterapeuters.

Autorisasjon som fysioterapeut gir ikke pasienten noe som helst sikkerhet for at man står overfor en person med kvalifikasjoner til å utøve tjenester som manuellterapeut med en nærmere definert rolle i primærhelsetjenesten i Norge. Autorisasjonen som fysioterapeut sier heller ikke noe presist om en manuellterapeuts kompetanse og yrkesutøvelse i praksis. I dette tilfellet befinner vi oss utenfor det området som proposisjonen med begrepet «videreutdanning» rimeligvis sikter til. Anvendelse av spesialistbetegnelse blir villedende i dette tilfellet. Den faktiske rollefunksjonen i norsk helsevesen er svært ulik for fysioterapeuter og manuellterapeuter, jf. vesensforskjell mellom autorisasjonsgivende «grunnutdanning» og faktisk yrkesutøvelse. De overordnede hensyn som begrunner bruk av autorisasjon taler i dette tilfelle nettopp for at særskilt autorisasjon benyttes.

## 2.2 Nærmere om kriteriene for særskilt autorisasjon når en helsepersonellgruppe har autorisasjon fra før

I forarbeidene til helsepersonelloven gjennomgås kriteriene for autorisasjon. Når det gjelder dobbel autorisasjon heter det i Ot prp nr 13, pkt. 14.4.2.1 innledningsvis at:

*Om yrket bygger på spesiell grunnutdanning eller om yrket har sin bakgrunn gjennom en tilleggsutdanning, nærmest en spesialisering, kan ha betydning ved avgjørelsen om personellgruppen skal omfattes av egen autorisasjon.*

Videre heter det:

*Dersom det finnes en autorisasjonsgivende grunnutdanning i «bunnen», kan det være mindre relevant å karakterisere tilleggsutdanningen som autorisasjonsgivende.*

Det fremgår ikke av forarbeidene i proposisjonen hvilke eventuelle helsefaglige- eller pasientrelaterte begrunnelser som foranlediger kommentaren om ny autorisasjon når man allerede har en autorisasjon som følge av «grunnutdanningen».

Videre heter det i proposisjonen:

*Ved vurderingen må det sees på **hvor lang og selvstendig tilleggsutdanningen er**, og om denne leder fram til **et yrke som er vesensforskjellig fra den autorisasjonsgivende grunnutdanningen** (vår uth.).*

Det er dette avsluttende avsnittet som beskriver hvilken vurdering som er av helsemessig og pasientsikkerhetsmessig betydning. Stor selvstendighet og en yrkesutøvelse som er vesensforskjellig fra den autorisasjonsgivende grunnutdanningen bør føre til særskilt autorisasjon. Direktoratets praksis av i dag er ikke i overensstemmelse forarbeidene.

Stortinget har ved flere anledninger gitt slik tilleggsautorisasjon. Stortingets avgjørelse er tatt helt ut fra hensiktsmessighetsvurderinger, og er således helt i tråd med de synspunkter vi har fremført ovenfor.

Når en helsepersonellgruppe allerede har autorisasjon, legger altså kriteriene vekt på

- 1) Tilleggsutdanningens lengde og selvstendighet
- 2) Innholdet i yrkesrollen som tilleggsutdanningen leder til.

Til 1) Utdanningens lengde og selvstendighet.

Om utdanning er det generelt kommentert i Ot. prp. 13., pkt 14.4.2.1 at det ikke bør stilles opp en formell grense for hvilket akademisk nivå en utdanning skal ligge på. Det bør imidlertid vektlegges at «utdanningen i hovedsak er forskningsbasert» for at den skal lede fram til autorisasjon. Ut over dette er tilleggsutdanning ikke nærmere kommentert i forarbeidene.

Om utdanning på universitet (og høyskoler) heter det i universitets- og høyskolelovens § 1-5 at:

*(1) Universiteter eller høyskoler kan ikke gis pålegg eller instruksjoner om*

*a) læreinnholdet i undervisningen og innholdet i forskningen eller i det kunstneriske og faglige utviklingsarbeidet.*

*b) individuelle ansettelses eller utnevnelser.*

*(2) Institusjoner under denne lov har rett til å utforme sitt eget faglige og verdimeslige grunnlag innenfor de rammer som er fastsatt i eller i medhold av lov.*

Universitetsutdanninger må etter dette kunne sies å være frie og selvstendige.

Til 2) Yrkesrollens innhold.

Dette er kommentert i Ot prp nr 13, pkt. 14.4.2.2:

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

I Ot prp nr 13 gjennomfører departementet en vurdering av ulike yrker aktuelle for autorisasjon (kap. 15.4.1 og 15.4.2). Innledningsvis heter det at:

*Utgangspunktet for vurderingen er hensynet til pasienters sikkerhet, og om helsepersonell i sin yrkesutøvelse tar beslutninger eller utfører handlinger som kan innvirke på pasientsikkerheten. Det legges videre vekt på om utdanningen leder til arbeid innenfor helsevesenet og om yrkesrollen innebærer en viss selvstendig pasientkontakt. Departementet finner ikke at alle kriteriene må innfris. Ved vurderingen av om en yrkesgruppe skal gis autorisasjon, må de ulike kriterier vektlegges forskjellig **alt etter hvilke oppgaver yrkesgruppen skal utføre** (vår uth.).*

### **2.2.1 Kommentarer**

Forarbeidene er klare på at autorisasjon ikke knyttes direkte til utdanningens lengde eller akademiske nivå. Autorisasjonsreglene har, som departementet skriver, et annet formål, nemlig å bidra til å sikre kvaliteten på yrkesgrupper innen helsevesenet av hensyn til pasientsikkerheten. Det er likevel et relevant poeng at manuellterapiutdanning (to år) er



en forholdsvis lang utdanning sammenlignet med fysioterapiutdanningen (tre år). Manuellterapiutdanningen foregår også på universitet som har en lovfestet fri og selvstendig posisjon, og løsrevet fra utdanningene i fysioterapi som foregår ved høyskoler.

Forarbeidene gjør det også klart at med yrkesrolle menes først og fremst plassering og funksjon i helsevesenet. Videre legges det vekt på om yrkesgruppen opptrer selvstendig når det gjelder diagnostisering og valg av behandlingsmetoder, hvilke trygde- og henvisningsrettigheter gruppen har for sine pasienter, hvilke egenbetalingsordninger som gjelder osv. NMF er enige i at «yrkesrolle» må omfatte alle disse forholdene, da de er avgjørende for pasientenes valg av behandler. Manuellterapeuter har til forskjell fra fysioterapeuter en slik selvstendig rolle.

Vi vil også tillegge at manuellterapeuter i motsetning til fysioterapeuter, benytter undersøkelses- og behandlingsteknikker som dersom de utøves av ukyndige, medfører betydelig pasientrisiko.

For at pasientene skal få offentlig refusjon hos spesialist er det et krav om at det må foreligge henvisning fra lege, manuellterapeut eller kiropraktor. Spesialister arbeider i hovedsak i 2. eller 3. linjetjeneste. NMF mener at autorisasjon åpenbart er mer egnet til å indikere en yrkesrolle som primærkontakt og henviser i 1.linjetjenesten, enn en spesialistgodkjenning som i pasientenes bevissthet hører hjemme i 2. eller 3. linjetjenesten.

### **3. Autorisasjonstittelens informative funksjon overfor pasienter og annet helsepersonell**

9. juni 2006 fremmet departementet en proposisjon der tittelen farmasøyt ble foreslått erstattet med to ulike titler basert på utdanningsnivå. Departementet foreslo at femårig universitetsutdanning i farmasi skal kvalifisere til autorisasjonstittelen provisorfarmasøyt, og at autorisasjonstittelen blir reseptarfarmasøyt for treårig høyskoleutdanning. Begrunnelsen for forslaget fremkommer tydelig i pressemelding fra departementet 29. mars 2007 der det heter:

*Endringane i autorisasjonstittelen for farmasøytar er gjeve for å synleggjere skilnaden på kompetansen som dei to utdanningane fører til.*

Departementet har i ovennevnte sak på en god måte beskrevet betydningen av autorisasjon som informasjonsvirkemiddel overfor publikum og helsepersonell – og derigjennom bruk av autorisasjon for å ivareta pasientsikkerhet.

Erfaringene i etterkant av pasientrettighetsreformen viser klart at muskel- og skjelettpasientene trenger ytterligere informasjon om forholdet mellom fysioterapeuter og manuellterapeuter. Også annet helsepersonell trenger informasjon, ved at spesialisthelsetjenesten må være sikre på hvem som er manuellterapeut i reformens forstand. Rettighetsreformen er et prinsipielt brudd med legenes tidligere monopolstilling

på viktige områder. En slik reform vil trenge tid på å bli alminnelig kjent blant publikum og blant helsepersonell. Den vil alltid være tjent med å bli fulgt opp av en entydig offentlig informasjon.

Den usikkerhet blant pasienter som manuellterapeutene erfarte tidlig i prøveprosjektet er tiltagende etter innføringen av pasientrettighetsreformen. Publikum har vanskeligheter med å skille mellom en fysioterapeut og en manuellterapeut – særlig når sistnevnte bare er autorisert som fysioterapeut. Noen tror at også fysioterapeuter kan sykmelde mens andre tror de trenger henvisning til manuellterapeut fordi manuellterapeuten er «fysioterapeut». Samtidig er det dessverre usikkerhet også blant helsepersonell, noe som har ført til at henvisninger fra manuellterapeuter ikke anerkjennes av spesialisthelsetjenesten. Samme usikkerhet fins i NAV sentralt og lokalt. Det fins eksempler på at sykmeldinger fra manuellterapeuter blir returnert fra NAV fordi manuellterapeuten er registrert som «fysioterapeut».

### **3.1 Kommentar**

Det er vår oppfatning at en særskilt autorisasjon er et egnet og effektivt virkemiddel for å klargjøre helsepersonellgruppers kompetanseområder både overfor pasientene og overfor annet helsepersonell.

## **4. Internasjonale forhold**

Ifølge helsepersonellovens forarbeider kan internasjonale forhold tillegges betydning ved vurdering av autorisasjon.

Manuellterapeuters utdanning og rolle i helsevesenet i Norge er vesentlig forskjellig fra manuellterapeuter i andre land. Manuellterapeututtittelen er ubeskyttet i Norge. Av pasientsikkerhetsgrunner er det ikke forsvarlig at utenlandske tjenesteytere utøver manuellterapi i Norge uten forutgående offentlig godkjenning. Dette taler for at det innføres en særskilt autorisasjon av manuellterapeuter.

## **5. Til direktoratets spørsmål**

Med bakgrunn i egne erfaringer med pasientrettighetsreformen og tidligere utredninger, jf. ovenstående, vil NMF bemerke følgende til direktoratets problemstillinger:

*- Hvorvidt dagens autorisasjonsordning er egnet til å ivareta lovens formål*

NMF mener dagens autorisasjonsordning er egnet til å ivareta lovens formål. Det er først og fremst praksis som må legges om, jfr våre kommentarer ovenfor under 2.1.1.

Dersom direktoratet ikke er enig i at eksisterende forarbeider klart åpner for at en yrkesgruppe som manuellterapeuter tildeles særskilt autorisasjon, **er det behov for en regelendring som uttrykkelig åpner for dette.**

NMF mener kriteriene som nevnes i helsepersonelloven og dens forarbeider er relevante og tilstrekkelige for å ivareta lovens formål om pasientsikkerhet.

Når det gjelder spørsmålet om et yrke med bakgrunn i en tilleggsutdanning skal lede fram til en særskilt (dobbel) autorisasjon, er det avgjørende om denne leder fram til et yrke som er vesensforskjellig fra den autorisasjonsgivende grunnutdanningen. Med yrkesrolle menes først og fremst plassering og funksjon i helsevesenet.

*- Hvilke kriterier for autorisasjon vil best oppfylle lovformålet, jf. helsepersonellovens virkeområde i hpl. §2*

Hvilken yrkesrolle (plassering og funksjon i helsevesenet) en yrkesgruppe har, er etter vår oppfatning viktigste kriterium.

NMF støtter dessuten kommentaren i gjeldende forarbeider der det heter at dersom selve yrkesutøvelsen innebærer risiko for pasienter, **bør dette tillegges betydelig vekt**. Dette gjelder bl.a. der yrkesrollen innebærer selvstendig og direkte ansvar for **utredning, diagnostikk, behandling, pleie og/eller oppfølging av pasienter**.

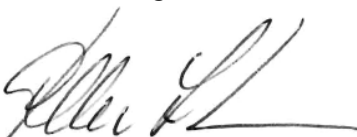
NMF vil i denne sammenheng igjen fremheve gjeldende forarbeider der det heter at

*i vurderingen av om en yrkesgruppe skal gis autorisasjon, må de ulike kriterier vektlegges forskjellig alt etter hvilke oppgaver yrkesgruppen skal utføre.*

*- Hvilke personellgrupper oppfyller slike kriterier at autorisering er nødvendig for pasientsikkerheten og lovens formål ellers.*

Helsepersonellgrupper som befinner seg i helsetjenestens førstelinje og som har et selvstendig ansvar for utredning/diagnostisering, behandling, pleie og/eller oppfølging av pasienter, slik som manuellterapeuter, bør autoriseres i henhold til sin faktiske yrkesrolle. Dette er yrkesgrupper som er pasientenes innfallsporter til det offentlige helse- og trygdevesenet. Pasientene, øvrig helsevesen og trygdemyndighetene må ikke være i tvil om hvilke oppgaver yrkesgruppen kan eller skal utføre.

Med vennlig hilsen



Peter Chr. Lehne

Leder

Telefon 90 91 49 77