



DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Prop. 74 L

(2014–2015)

Proposisjon til Stortinget (forslag til lovvedtak)

Endringer i helsepersonelloven mv.
(endring av aldersgrensen for bortfall
av helsepersonells autorisasjon mv.
fra 75 til 80 år)

Innhold

1	Proposisjonens hovedinnhold	5	5.1.1	Forslag i høringsnotatet	18
1.1	Styrking av seniorperspektivet i alle sektorer i samfunnet	5	5.1.2	Høringsinstansenes syn	18
1.2	Endring av aldersgrensen for bortfall av helsepersonells autorisasjon mv.	6	5.1.3	Departementets vurderinger og forslag	18
1.3	Tekniske endringer i etterkant av vedtagelse av pasientjournalloven og helseregisterloven	6	5.2	Bør aldersgrensen heves?	20
			5.2.1	Forslag i høringsnotatet	20
			5.2.2	Høringsinstansenes syn	20
			5.2.3	Departementets vurderinger og forslag	21
			5.2.3.1	Utgjør dagens aldersgrense og lisensordning en betydelig terskel for pasientrettet virksomhet etter fylte 75 år?.....	21
2	Bakgrunn for proposisjonen ...	7	5.2.3.2	Bør aldersgrensen heves fra 75 til 80 år?.....	22
2.1	Begrensningen i dagens aldersgrense og etterfølgende lisensordning	7	5.3	Overgangsordning for personer mellom 75 og 80 år	27
2.2	Høring	8	5.3.1	Forslag i høringsnotatet	27
3	Gjeldende rett og praksis	11	5.3.2	Høringsinstansenes syn	27
3.1	Den offentlige godkjenningen av helsepersonell – autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning	11	5.3.3	Departementets vurderinger og forslag	27
3.2	Ordningen med aldersgrense for bortfall av autorisasjon mv. og etterfølgende mulighet for tildeling av lisens	11	6	Økonomiske og administrative konsekvenser	29
3.3	Hvem søker om og tildeles lisens etter dagens ordning?	12	7	Tekniske endringer i etterkant av vedtagelse av pasientjournalloven og helseregisterloven	30
3.4	Andre øvre aldersgrenser for pasientrettet virksomheter på helseområdet	14	7.1	Helseregisterloven	30
3.5	Forsvarlighetskravet og administrative reaksjoner mv.	14	7.1.1	§ 4 første ledd – geografisk virkeområde	30
3.6	Forbud mot diskriminering på grunn av alder	15	7.1.2	§ 24 første ledd – rett til informasjon og innsyn	30
4	Ordninger i andre nordiske land og EU-land	17	7.2	Arkivloven	30
4.1	Norden – særlig om ordningen i Danmark	17	7.2.1	§ 9 bokstav d – kassasjon m.m.	30
4.2	Andre EU-land	17	8	Merknader til lovforslaget	31
5	Lovforslaget	18	Forslag til lov om endringer i helsepersonelloven mv. (endring av aldersgrensen for bortfall av helsepersonells autorisasjon mv. fra 75 til 80 år)		
5.1	Bør dagens ordning med en aldersgrense og adgang til å søke om etterfølgende lisens videreføres?	18			

Prop. 74 L

(2014–2015)

Proposisjon til Stortinget (forslag til lovvedtak)

Endringer i helsepersonelloven mv. (endring av aldersgrensen for bortfall av helsepersonells autorisasjon mv. fra 75 til 80 år)

*Tilråding fra Helse- og omsorgsdepartementet 27. mars 2015,
godkjent i statsråd samme dag.
(Regjeringen Solberg)*

1 Proposisjonens hovedinnhold

1.1 Styrking av seniorperspektivet i alle sektorer i samfunnet

Norge har siden midten av 1900-tallet hatt en sterk økning i levealderen. Bedret økonomi, bedre levekår, bedre utdanning og en forbedret helse- og omsorgstjeneste har bidratt til at levealderen har steget jevnt. Denne stigningen ser ut til å fortsette. Andelen eldre i befolkningen øker og de fleste lever lenge med god funksjonsevne. Både for den enkeltes livskvalitet og for samfunnets bærekraft, tilsier en utvikling med lengre liv at vi må stimulere til økt deltakelse i arbeids- og samfunnsliv for eldre mennesker.

I tråd med EUs satsing på «Active ageing and solidarity between generations», har regjeringen som mål å legge forholdene bedre til rette for å styrke eldres deltakelse i arbeids- og samfunnsliv.

Flere eldre ønsker å bidra i samfunnet og å kunne være i arbeid lengre enn tidligere. For mange vil det å være i arbeid bidra til en mer aktiv

tilværelse, bidra til kontakt med andre mennesker og gi bedre trivsel og helse. I tillegg til at deltakelse i arbeidslivet er stimulerende og meningsfylt for den enkelte, har samfunnet behov for eldres innsats i en rekke sektorer hvor det er rekrutteringsutfordringer. Lengre deltakelse i yrkeslivet fører dessuten til at samfunnet kan dra veksler på verdifulle erfaringer og kunnskap som eldre yrkesaktive har opparbeidet gjennom et langt yrkesliv. Lengre yrkesliv vil samtidig innebære økt vektlegging av livslang læring, bruk av digitale verktøy og betydningen av å holde seg faglig oppdatert.

Regjeringen ønsker at flere eldre skal kunne fortsette flere år i arbeid, og vil legge til rette for at flere skal få mulighet til å arbeide lengre. Regjeringen har tatt et viktig skritt for lengre yrkesliv gjennom forslaget om å heve aldersgrensene i arbeidsmiljøloven i Prop. 48 L (2014–2015) Endringer i arbeidsmiljøloven og allmenngjøringsloven (arbeidstid, aldersgrenser, straff mv.). I pro-

posisjonen foreslås det å heve arbeidsmiljølovens alminnelige grense for adgang til opphør av arbeidsforhold grunnet alder fra 70 til 72 år. Videre foreslås det at virksomhetenes adgang til å ha bedriftsinterne grenser for opphør som hovedregel ikke skal kunne være lavere enn 70 år. I tillegg signaliseres det at det på sikt bør vurderes tilpasninger i arbeidslivet med sikte på å ytterligere heve aldersgrensen for adgang til oppsigelse på grunn av alder. I den politiske plattformen har regjeringen videre varslet at den vil gå gjennom alle lovbestemte aldersgrenser i arbeidslivet i samråd med partene i arbeidslivet.

At vi blir flere eldre berører alle samfunnssektorer, og regjeringen vil fremme en politikk for aktive eldre og utforme en moderne eldrepolitikk. Dette er nærmere omtalt i Meld. St. 19 (2014–2015) Folkehelsemeldingen – Mestring og muligheter.

1.2 Endring av aldersgrensen for bortfall av helsepersonells autorisasjon mv.

I dag bortfaller autorisasjonen, lisensen og eventuelt tilnyttet spesialistgodkjenning når helsepersonell fyller 75 år. Personer over 75 år kan likevel på visse vilkår få lisens, herunder lisens for å drive organisert pasientrettet virksomhet.

Helse- og omsorgsdepartementet foreslår i denne proposisjonen å heve aldersgrensen for bortfall av helsepersonells autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning fra 75 til 80 år. Departementet foreslår videre at dagens ordning med

adgang til å søke om lisens, videreføres for personer over 80 år. Det foreslås også en overgangsordning for personer som er mellom 75 og 80 år når ny aldersgrense innføres. Overgangsordningen innebærer at personene må gi melding til Helsedirektoratet (Statens autorisasjonskontor for helsepersonell (SAK)) om at de ønsker gjennerverv av autorisasjon eller lisens med eventuelt tilknyttet spesialistgodkjenning, frem til de fyller 80 år.

1.3 Tekniske endringer i etterkant av vedtagelse av pasientjournalloven og helseregisterloven

I Prop. 72 L (2013–2014) Pasientjournalloven og helseregisterloven foreslo departementet å oppheve og erstatte lov 18. mai 2001 nr. 24 om helseregistre og behandling av helseopplysninger (helseregisterloven) med to nye lover: lov om behandling av helseopplysninger ved ytelse av helsehjelp (pasientjournalloven) og lov om helseregistre og behandling av helseopplysninger (helseregisterloven). Stortinget sluttet seg til departementets lovforslag, jf. Stortingets lovvedtak 75 (2013–2014) og 76 (2013–2014). Lovendringene ble satt i kraft 1. januar 2015.

I etterkant av vedtagelsen av lovene har departementet blitt kjent med enkelte inkurier av teknisk karakter i helseregisterloven og arkivloven. Forslagene i kapittel 7 retter opp inkuriene. Som følge av at dette kun er lovendringer av teknisk og begrepsmessig art, har det ikke vært gjennomført høring av forslagene.

2 Bakgrunn for proposisjonen

2.1 Begrensningen i dagens aldersgrense og etterfølgende lisensordning

Ordningen med bortfall av autorisasjon mv. når helsepersonell fyller 75 år og adgang til å søke om etterfølgende lisens, ble innført for å bidra til å ivareta de overordnede hensynene til kvalitet i helse- og omsorgstjenesten, sikkerhet for pasientene og tillit til helsepersonellet. For personer som ønsker å fortsette å utøve pasientrettet virksomhet etter fylte 75 år, har det imidlertid blitt hevdet at dagens ordning kan fremstå som en betydelig terskel. Ordningen oppfattes til dels som et signal om at helsepersonells arbeidsinnsats ønskes avsluttet senest ved fylte 75 år. Flere anser dessuten byrden forbundet med å søke om lisens som så stor at de av den grunn avstår fra å søke. I lys av dette har det fra flere hold blitt stilt spørsmål ved om dagens ordning må opprettholdes, eller om det kan foretas endringer, uten at dette fører til redusert kvalitet eller pasientsikkerhet, eller redusert tillit til helsepersonell.

Den norske legeforening er blant helsepersonellorganisasjonene som har stilt spørsmål ved dagens ordning. Foreningen har over tid vært kritisk til at leger over 75 år ved søknad om lisens må dokumentere skikkethet. Foreningen viser til at det ikke foreligger data som tilsier at leger over 75 år utgjør noen større pasientrisiko enn leger under 75 år. Den norske legeforening er videre kritisk til praktiseringen av dagens ordning med tildeling av lisens etter fylte 75 år, hvor det kreves virksomhet av et visst omfang for å få lisens med full forskrivningsrett. Forskrivningsrett er rett til å rekvirere legemidler ved resept. Mange leger oppfyller ikke kravet til stor nok pasientrettet virksomhet til å få full eller delvis forskrivningsrett, og lisens uten forskrivningsrett kan oppfattes som lite nyttig.

Dagens ordning har tidligere vært til behandling i Stortinget. Det vises til Dokument 8:115 (2001–2002) hvor representanter fra Fremskrittspartiet foreslo endring i dagjeldende forskrift om

lisens til medisinske studenter og til helsepersonell over 75 år. Forslaget gikk ut på at eldre leger som kan utføre sitt yrke på forsvarlig vis skulle innvilges lisens uavhengig av det omfang eller den art deres virksomhet har eller skal ha. Forslaget ble forkastet, men førte likevel til visse endringer i forskriften i 2004. Det vises videre til Dokument 8:27 S (2010–2011) hvor representanter fra Fremskrittspartiet foreslo å fjerne aldersbegrensningen. I ulike mindretallsforslag foreslo Høyre og Fremskrittspartiet dels å utrede grunnlaget for å opprettholde ordningen med en sær-aldersgrense og dels å endre aldersgrensen fra 75 til 80 år. Forslagene ble forkastet, men av helse- og omsorgskomiteens merknader i Innst. 209 S (2010–2011) fremgår blant andre følgende:

«Komiteen viser til at den yrkesaktive alderen i befolkningen har økt siden grensen på 75 år ble innført.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Sosialistisk Venstreparti, Senterpartiet og Kristelig Folkeparti, mener det på den bakgrunn er aktuelt å vurdere å øke aldersgrensen noe. Flertallet legger til grunn at departementet vurderer dette fortløpende.»

I debatten uttalte daværende helse- og omsorgsminister Anne-Grete Strøm-Erichsen at Helsedirektoratet ville bli bedt om å vurdere behovet for endringer i aldersbestemmelsen.

Helsedirektoratet foretok i brev til Helse- og omsorgsdepartementet av 30. mars 2012 en vurdering av dagens ordning. Direktoratet anbefalte på daværende tidspunkt å erstatte dagens faste aldersgrense med en ordning hvor det ble innført aktivitets-/kvalifiseringstiltak som skulle sikre ivaretagelse av pasientsikkerheten. Det ble anbefalt at den nye ordningen skulle sees i sammenheng med spesialistgodkjenningsordningen for leger.

I forbindelse med sin vurdering innhentet direktoratet synspunkter fra Statens helsetilsyn og Statens helsepersonellnemnd. Disse ønsket imidlertid ikke å oppheve aldersgrensen på 75 år.

2.2 Høring

Høringsnotat om endring av aldersgrensen for bortfall av helsepersonells autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning fra 75 til 80 år ble sendt på høring 26. mai 2014 med høringsfrist 1. oktober 2014. Det ble foreslått å heve aldersgrensen for bortfall av helsepersonells autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning fra 75 til 80 år. Det ble videre foreslått at dagens ordning med adgang til å søke om lisens for personer over 75 år skulle videreføres for personer over 80 år som ønsker å fortsette å drive pasientrettet virksomhet. For personer som er mellom 75 og 80 år når ny aldersgrense innføres, ble det foreslått en overgangsordning som gir adgang til gjenerverv av autorisasjon, lisens med eventuelt tilknyttet spesialistgodkjenning frem til de fyller 80 år.

Høringsnotatet ble lagt ut på departementets nettside og sendt på høring til følgende instanser:

Departementene

Arbeids- og velferdsdirektoratet
Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet
Barne-, ungdoms- og familieetaten
Barneombudet
Bioteknologinemnda
Datatilsynet
Den nasjonale forskningsetiske komité for medisins (NEM)
Den nasjonale forskningsetiske komité for naturvitenskap og teknologi (NENT)
Den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora (NESH)
Forbrukerombudet
Forbrukerrådet
Helsedirektoratet
Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin
Institutt for samfunnsforskning
JURK
Juss-Buss
Jussformidlingen
Jusshjelpa
Kreftregisteret
Landets fylkesmenn
Landets helseforetak
Landets høyskoler (m/helsefaglig utdannelse)
Landets pasient- og brukerombud
Landets regionale helseforetak
Landets universiteter
Likestillings- og diskrimineringsombudet
Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse
Nasjonalt folkehelseinstitutt

Nasjonalt kompetansesenter for prehospital akuttmedisin – NAKOS
Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
Norges forskningsråd
Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA)
Norsk Pasientskadeerstatning
Pasientskadenemnda
Personvernemnda
Politidirektoratet
Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, Midt-Norge
Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, Nord-Norge
Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, Sør-Øst Norge
Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, Vest-Norge
Regjeringsadvokaten
Riksadvokaten
Riksrevisjonen
Sametinget
Senter for medisinsk etikk
Senter for sjeldne sykdommer og diagnosegrupper
SINTEF Helse
Statens autorisasjonskontor for helsepersonell
Statens helsepersonellnemnd
Statens helsetilsyn
Statens legemiddelverk
Statens råd for likestilling av funksjonshemmede
Statens seniorråd
Statens strålevern
Statistisk sentralbyrå
Statsadvokatembetene
Stortingets ombudsmann for forvaltningen
Sysselmannen på Svalbard
Teknologirådet

De fylkeskommunale eldreråd
Fylkesrådet for funksjonshemmede
Landets fylkeskommuner

Landets kommuner

Akademikerne
Akupunkturforeningen
Aleris Helse
Ambulansepersonellets Yrkesorganisasjon (AMPY)
Apotekforeningen
Arbeidsgiverforeningen SPEKTER
Bioingeniørfaglig institutt (BFI), NITO
DELTA
Den Norske Advokatforening
Den Norske Dommerforening

Den Norske Jordmorforening
 Den norske legeforening
 Den norske tannlegeforening
 Det Norske Diakonforbund
 Diabetesforbundet
 Eldre legers forening
 Fagforbundet
 Farmasi Forbundet
 Fellesorganisasjonen FO
 Finans Norge
 Forskerforbundet
 Forskningsstiftelsen FAFO
 Forum for Bioteknologi
 Frivillighet Norge
 Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon (FFO)
 Fürst medisinske laboratorium AS
 Helsetjenestens Lederforbund
 Helseøkonomiforvaltningen (HELFO)
 Hovedorganisasjonen Virke
 Human-Etisk Forbund
 Hørselshemmedes Landsforbund
 Innovasjon Norge
 Kirkens Bymisjon
 Kliniske ernæringsfysiologers forening
 Kreftforeningen
 KS
 Landsforeningen for hjerte- og lungesyke
 Landsforeningen for Trafikkskadde
 Landslaget for offentlige pensjonister
 Landsorganisasjonen i Norge (LO)
 Legeforeningens forskningsinstitutt
 Legemiddelindustriforeningen
 Likestillingssenteret
 Mental Helse Norge
 MS-forbundet
 Nasjonalforeningen for folkehelsen
 Norges Astma- og allergiforbund
 Norges Blindeforbund
 Norges Døveforbund
 Norges Farmaceutiske Forening
 Norges Handikapforbund
 Norges Juristforbund
 Norges Optikerforbund
 Norges Røde Kors
 Norges Tannteknikerforbund
 Norsk Audiografforbund
 Norsk Ergoterapeutforbund
 Norsk Forbund for Utviklingshemmede
 Norsk Fysioterapeutforbund
 Norsk Helse- og velferdsforum
 Norsk Helsesekretærforbund
 Norsk Kiropraktorforening
 Norsk Manuellterapeutforening
 Norsk Pasientforening
 Norsk Psykologforening

Norsk Radiografforbund
 Norsk Revmatikerforbund
 Norsk senter for menneskerettigheter
 Norsk Sykehus- og helsetjenesteforening (NHS)
 Norsk Sykepleierforbund
 Norsk Tannpleierforening
 Norsk Tjenestemannslag (NTL)
 Norske Homeopaters Landsforbund
 Norske Kvinners Sanitetsforening
 Norske Ortopisters forening
 Næringslivets Hovedorganisasjon (NHO)
 PARAT
 PARAT Helse
 Pensjonistforbundet
 Politiets Fellesforbund
 Redd Barna
 Rokkansenteret
 Røntgeninstituttens forening
 Rådet for psykisk helse
 Seniornett
 Seniorsaken
 Senter for seniorpolitikk
 Statstjenestemannsforbundet
 Stiftelsen Organdonasjon
 UNIO
 Utdanningsforbundet
 Volvat Medisinske Senter
 Yngre legers forening
 Yrkesorganisasjonenes sentralforbund (YS)

Følgende instanser har hatt kommentarer til høringen:

Landbruksdepartementet

Diakonhjemmet sykehus
 Fylkesmannen i Buskerud
 Helsedirektoratet
 Helsetilsynet
 Høgskolen i Sør-Trøndelag
 Likestillings- og diskrimineringsombudet
 Nordlandssykehuset HF
 Statens autorisasjonskontor for helsepersonell
 Statens helsepersonellnemnd
 Statens seniorråd
 Statistisk sentralbyrå
 Sørlandet sykehus
 Universitetssykehuset Nord-Norge

Akershus eldreråd
 Troms fylkeskommune

Bærum kommune
 Det sentrale eldreråd i Oslo
 Fredrikstad kommune

Haugesund Kommune
Kristiansand kommune
KS
Oslo kommune
Porsgrunn kommune
Trondheim kommune
Tydal kommune

Akupunkturforeningen
Arbeidsgiverforeningen Spekter
Den norske legeforening
Den norske tannlegeforening
Eldre legers forening
Norges Farmaceutiske Forening
Norges Ingeniør- og Teknologi-
organisasjon (NITO)
Norsk Kiropraktorforening
Norsk Manuellterapeutforening
Norsk Psykologforening
Norsk Radiografforbund
Norsk sykepleierforbund
Pensjonistforbundet

39 høringsinstanser har avgitt uttalelser med merknader. 20 instanser støtter forslaget om å heve aldersgrensen fra 75 til 80 år mens 15 instanser går i mot forslaget. 8 instanser har ingen merknader til forslaget.

Helsedirektoratet, Statens seniorråd, Likestillings- og diskrimineringsombudet og Arbeidsgiverforeningen Spekter er blant instansene som gir sin støtte til forslaget, mens Statens helsetilsyn, KS og Pensjonistforbundet er blant instansene som går i mot.

Den norske legeforening er den av helsepersonellorganisasjonene som i særlig grad har stilt spørsmål ved dagens ordning. Yrkesorganisasjoner som støtter forslaget er Den norske legeforening, Eldre legers forening, Norsk Psykologforening, Norsk Kiropraktorforening og Norges Ingeniør- og Teknologiorganisasjon. Samtidig går Den norske tannlegeforening, Norsk sykepleierforbund, Norsk Radiografforbund og Norges Farmaceutiske Forening i mot forslaget.

3 Gjeldende rett og praksis

3.1 Den offentlige godkjenningen av helsepersonell – autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning

Autorisasjon og lisens utgjør sammen med spesialistgodkjenning den offentlige godkjenningen av helsepersonell. Lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven) kapittel 9 regulerer vilkårene for autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning, mens kapittel 10 regulerer tildeling og bortfall.

Helsepersonelloven § 48 lister opp 29 helsepersonellgrupper som har rett til autorisasjon dersom de oppfyller visse vilkår. I utgangspunktet gir autorisasjon rett til å utøve yrket uten andre begrensninger enn de som følger av lov og forskrifter, stillingsinstruks og arbeidsgivers styringsrett. Man kan imidlertid også være helsepersonell etter helsepersonelloven uten å ha autorisasjon, jf. helsepersonelloven § 3.

Spesialistgodkjenning tildeles autorisert helsepersonell som kan dokumentere å ha gjennomført nærmere regulert spesialistutdanning. Det gis spesialistgodkjenning innenfor profesjonene lege og tannlege. Ordningen med spesialistgodkjenning av optikere opphørte 1. januar 2015, men med en overgangsordning frem til 31. desember 2016.

Det følger av helsepersonelloven § 51 at «Departementet kan gi forskrifter om vilkår for godkjenning av autorisert helsepersonell som spesialister innen en avgrenset del av det helsefaglige området,...» Den nærmere reguleringen av ordningen med spesialistgodkjenning følger av forskrift om spesialistgodkjenning av helsepersonell og turnusstillinger for leger (FOR 2000-12-21 nr. 1384).

Lisens tildeles enkelte grupper helsepersonell som ikke har rett til autorisasjon, jf. helsepersonelloven § 49. Lisens gir rett til yrkesutøvelse, med de begrensninger som følger av lisensen. Lisensen kan begrenses i tid, til en bestemt stilling, til visse typer helsehjelp eller på annen måte. Begrensningene kan være knyttet til gjennomføringen av et kvalifiseringsløp frem til autorisasjon (studentlisens for leger og farmasøyter, turnusli-

sens for fysioterapeuter og kiropraktorer), mangler ved yrkeskvalifikasjoner for helsepersonell utdannet utenfor Norge (teoretisk og/eller praktisk) eller, det som er aktuelt i denne sammenhengen, alder (over 75 år). Lisensordningen er nærmere regulert i forskrift om lisens til helsepersonell (FOR 2000-12-21 nr. 1379). Forskriften regulerer lisens til medisinske studenter (studentlisens), jf. kapittel 1, lisens til medisinske kandidater med utenlandsk eksamen (turnuslisens), jf. kapittel 1a, lisens til farmasiststudenter (studentlisens), jf. kapittel 1 b og lisens til helsepersonell over 75 år, jf. kapittel 2.

3.2 Ordningen med aldersgrense for bortfall av autorisasjon mv. og etterfølgende mulighet for tildeling av lisens

Autorisasjon eller lisens, eventuelt tilknyttet spesialistgodkjenning, bortfaller når helsepersonell fyller 75 år, jf. helsepersonelloven § 54 første ledd. Med dette er det i utgangspunktet fastsatt en øvre aldersgrense for helsepersonells yrkesutøvelse. Personer over 75 år kan likevel gis lisens, eventuelt tilknyttet spesialistgodkjenning, på visse vilkår, jf. § 54 andre ledd. Aldersgrensen i § 54 ble innført med helsepersonelloven av 1999, men det materielle innholdet i bestemmelsen er i hovedsak en videreføring av aldersgrensen på 75 år i tidligere legelov og tannlegelov. Ved innføring av bestemmelsen i helsepersonelloven ble aldersgrensen gjort gjeldende for alle grupper autorisert helsepersonell, samtidig som det ble innført en rett til å benytte yrkestittelen også etter fylte 75 år.

Kapittel 2 i forskrift om lisens til helsepersonell regulerer lisensordningen for personer over 75 år, herunder betingelsene for å få lisens og vilkårene som kan knyttes til den.

Lisensperioden er inntil to år før fylte 80 år og inntil ett år etter fylte 80 år, jf. forskriftens § 6 andre ledd. Lisensen kan videre begrenses ytterligere i tid, til en begrenset stilling, til visse typer helsehjelp eller på annen måte, jf. forskriftens § 6 tredje ledd.

Forskriften oppstiller krav til hva søker om lisens skal gi opplysninger om, jf. § 7 første ledd. Søker skal gi opplysninger om art og omfang av den virksomhet det søkes om lisens for. Dersom det søkes om lisens for å drive pasientrettet virksomhet skal det også opplyses om organisering av virksomheten. Det skal videre gis opplysninger om art og omfang av tidligere virksomhet, særlig de siste 5 årene, om det ønskes forskrivningsrett samt tidsrommet det søkes om lisens for.

Av forskriften fremgår det videre at søknaden skal vedlegges legeattest som bekrefter at søkeren er psykisk og fysisk i stand til å ivareta slik virksomhet som det søkes om lisens for, jf. § 7 andre ledd. Kravet innebærer at legen som skal utstede legeattest både må vurdere søkerens helse og om søkeren er fysisk og psykisk i stand til å ivareta den type virksomhet som det søkes om lisens for.

Forskriften gir videre føringer for hva som skal vurderes når det søkes om lisens, jf. § 8 første ledd. Søkerens egnethet skal vurderes i forhold til art og omfang av den virksomheten det er søkt om lisens for, og det skal legges stor vekt på hvordan søkeren holder seg faglig oppdatert. Ved vurderingen av den enkelte søknad om lisens vil en henvendelse til fylkesmannen i enkelte tilfeller kunne være hensiktsmessig for å sjekke ut om tilsynsmyndigheten har kunnskap som kan få betydning for utstedelse av lisensen.

Det kan gis alt fra lisens med full forskrivningsrett til lisens uten forskrivningsrett, jf. forskriftens § 8 andre ledd. Lisens for å drive organisert pasientrettet virksomhet av et visst omfang kan gis med full forskrivningsrett. Lisens for å drive pasientrettet virksomhet som ikke ansees å være av et visst omfang, kan gis uten forskrivningsrett for A og B-preparater. Lisens for å drive pasientrettet virksomhet som kun omfatter familie, venner og andre nærstående, samt lisens som ikke skal benyttes til pasientrettet virksomhet, skal gis uten forskrivningsrett. Det følger av merknaden til bestemmelsen, at det ikke er fastsatt eksakte grenser for i hvilke tilfeller det skal gis den ene eller den andre typen lisens. Det følger videre at det vil være opp til utstedende myndighets skjønn å vurdere om, og i tilfelle i hvilket omfang, det skal gis lisens med full/delvis forskrivningsrett. Bestemmelsen er utpreget skjønnsmessig i sin utforming, og utstedende myndighet skal legge vekt på art og omfang av tidligere virksomhet, hvilken virksomhet søker har til hensikt å utøve nå, hvordan søker har holdt og vil holde seg faglig oppdatert, samt andre forhold som kan ha betydning for lisensutstedelsen. Det

følger videre av merknaden at kun leger med lisens med full forskrivningsrett kan forskrive medisiner på blåresept.

Helsedirektoratet har gitt Statens autorisasjonskontor for helsepersonell (SAK) i oppgave å behandle søknader om autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning. Klager på vedtak fra SAK behandles av Statens helsepersonellnemnd.

Ovenfor omtales ordningen med tildeling av lisens til personer over 75 år. I tillegg kan det også tildeles spesialistgodkjenning til personer over 75 år. Slik tildeling av spesialistgodkjenning forutsetter at det er tildelt lisens.

Hovedregelen for tildeling av spesialistgodkjenning er at søkeren har autorisasjon. Det følger imidlertid av § 2 i forskrift om spesialistgodkjenning av helsepersonell og turnusstillinger for leger, at Helsedirektoratet i særlige tilfeller kan samtykke til at lege, tannlege eller optiker med norsk lisens begrenset til et spesialområde, gis adgang til å bli godkjent som spesialist innen det angjeldende område. Det følger videre av merknaden til § 2 at denne bestemmelsen kan benyttes til å tildele spesialistgodkjenning når personer over aldersgrensen får lisens og ønsker å fortsette sitt arbeid som spesialist. Det er Helsedirektoratet som har ansvaret for offentlige spesialistgodkjenninger.

3.3 Hvem søker om og tildeles lisens etter dagens ordning?

Dagens aldersgrense for bortfall av autorisasjon mv. er satt høyere enn grensen på 67 år for uttak av alderspensjon uten vilkår om pensjonsopptjening i lov 28. februar 1997 nr. 19 om folketrygd (folketrygdloven) og dagens aldersgrense for oppsigelse på 70 år i lov 17. juni 2005 nr. 62 om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv. (arbeidsmiljøloven). Alderen er i seg selv en grunn til at mange avslutter pasientrettet virksomhet før de fyller 75 år. I tillegg er dagens vanlige pensjonsalder og de øvre aldersgrensene for mange former for pasientrettet virksomhet på helseområdet (se nærmere omtale av dette under kapittel 3.4) medvirkende årsaker til at det store flertallet av helsepersonell avslutter sin pasientrettede virksomhet før de fyller 75 år.

Personer over 75 år kan dessuten ta oppdrag som sakkyndige, samt drive undervisning med mer, uten at de av den grunn må ha en offentlig godkjenning i form av autorisasjon eller lisens.

Legene er den gruppen helsepersonell som i klart størst omfang søker om lisens etter fylte 75

Tabell 3.1 Antall lisenser gitt til personer over 75 år etter profesjon per år 2010 – 2014:

Profesjon	2010	2011	2012	2013	2014
Bioingeniør	0	1	1	0	0
Farmasøyt ¹	3	2	2	0	1
Fysioterapeut	5	1	4	2	3
Helsefagarbeider	0	0	0	1	5
Hjelpepleier	3	4	1	3	0
Jordmor	0	1	0	1	0
Lege	63	82	73	124	161
Optiker	0	0	2	1	0
Ortopedingeniør	1	0	0	0	0
Psykolog	4	1	8	7	20
Sykepleier	4	10	13	11	20
Tannlege	12	17	16	35	32
Sum	95	119	120	185	242

¹ Omfatter både provisorfarmasøyt og reseptarfarmasøyt.

år. I tillegg søker også noen tannleger, psykologer og sykepleiere, samt i svært begrenset grad også noe helsepersonell fra andre grupper, se tabell 3.1. Søkerne kan for eksempel være privatpraktiserende helsepersonell som ønsker å videreføre oppfølgingen av pasienter som de har fulgt opp over lengre tid. Det kan være leger som ved behov ønsker å kunne bistå eller avlaste andre privatpraktiserende leger, for eksempel i perioder med stor pågang eller med jevne mellomrom. Videre kan det være leger og annet helsepersonell som ved behov ønsker å kunne tilby sine tjenester til sykehus, sykehjem eller omsorgsinstitusjoner. I tillegg er det en del av legene som søker om lisens som kun ønsker å videreføre pasientrettet virksomhet overfor familie og venner.

Tabell 3.1 viser antall lisenser gitt til personer over 75 år etter profesjon per år 2010–2014. Av dette antallet er det igjen et begrenset antall som blir gitt til personer som har fylt 80 år. I 2014 ble 53 av de 242 lisensene gitt til personer som var fylt eller fylte 80 år i løpet av året.

Som det fremgår av kapittel 3.2 kan det tildeles alt fra lisens med full forskrivningsrett til lisens uten forskrivningsrett. Lisens for å drive pasientrettet virksomhet av et visst omfang kan gis med full forskrivningsrett. Lisens for å drive pasientrettet virksomhet som ikke ansees å være av et visst omfang, kan gis uten forskrivningsrett for

legemidler i gruppe A og B. Lisens for å drive pasientrettet virksomhet som kun omfatter familie, venner og andre nærstående, samt lisens som ikke skal benyttes til pasientrettet virksomhet, gis uten forskrivningsrett. Det er Statens autorisasjonskontor for helsepersonell (SAK) som tildeler lisens etter søknad.

Av dem som søker om lisens er det i dag et svært lite antall som får fullt avslag. I perioden 2010-2013 fikk alle som søkte om det innvilget lisens, med unntak av to som ikke fremskaffet etterspurt dokumentasjon. Av dem som søker om lisens med full forskrivningsrett er det imidlertid noen som ikke får rett til å forskrive legemidler i gruppe A og/eller B og noen som får lisens uten forskrivningsrett. Enkelte av disse klager over tildelingen fra SAK og får dermed spørsmålet om tildeling av forskrivningsrett vurdert på nytt av klageinstansen som er Statens helsepersonellnemnd.

I 2013 behandlet Statens helsepersonellnemnd fem saker som gjaldt avslag på søknad om lisens med forskrivningsrett. I alle disse sakene var lisens innvilget. Spørsmålet for nemnda var knyttet til hvorvidt forskrivningsrett skulle gis. Alle sakene gjaldt leger. SAKs vedtak om lisens uten forskrivningsrett ble stadfestet i fire av sakene. Begrunnelsen for dette var at omfanget av planlagt pasientrettet virksomhet var for lite til å

begrunne forskrivningsrett. Det var kun søkt om forskrivningsrett begrunnet i et ønske om å kunne forskrive til seg selv, familie eller nærstående. I den femte saken ble SAKs vedtak omgjort. Etter en helhetsvurdering ble klageren ansett å drive en tilstrekkelig organisert pasientrettet virksomhet av et visst omfang, i tråd med forskriftens krav. Nemnda kom dermed til at det var grunnlag for å gi klageren lisens med forskrivningsrett for legemidler i gruppe A og B.

3.4 Andre øvre aldersgrenser for pasientrettet virksomheter på helseområdet

I tillegg til den øvre aldersgrensen for helsepersonells yrkesutøvelse fastsatt i helsepersonelloven § 54, er det også fastsatt øvre aldersgrenser for forskjellige former for pasientrettet virksomhet på helseområdet. De fleste av dem er avtalefestede aldersgrenser som er fremforhandlet mellom partene i arbeidslivet.

På helseområdet er det for avtalespesialister (legespesialister og spesialister i klinisk psykologi), fysioterapeuter og fastleger, som i all hovedsak er selvstendig næringsdrivende, avtalefestet (og for fastleger forskriftsregulert) øvre aldersgrenser for klinisk virksomhet.

For legespesialister er det fastsatt 70 års grense i rammeavtale mellom de regionale helseforetakene og Den norske legeforening. For spesialister i klinisk psykologi er det fastsatt 70 års grense, som etter avtale kan forlenges til 75 år, i rammeavtale mellom de regionale helseforetakene og Norsk Psykologforening. For fastleger følger 70 års grensen av fastlegeforskriften. Denne kan etter avtale forlenges til 75 år. For fysioterapeuter er det fastsatt 70 års grense, som etter avtale med kommunen kan forlenges til 75 år, i rammeavtale inngått mellom KS og Norsk Fysioterapiforbund.

Det følger videre av lov 22. juni 1962 nr. 12 om pensjonsordning for sykepleiere (sykepleierpensjonsloven) § 6 at hovedregelen er at pensjonsaldersgrensen er 70 år for overordnede sykepleiere, sykepleiere i administrative stillinger og undervisningsstillinger, og 65 år for underordnede sykepleiere.

For helsepersonell som er medlem av Statens pensjonskasse følger øvre aldersgrense av lov 21. desember 1956 nr. 1 om aldersgrenser for offentlige tjenestemenn m.fl. Den alminnelige aldersgrense er 70 år og det er fastsatt lavere aldersgrenser på henholdsvis 60, 63 og 65 år for enkelte

stillinger. De lavere aldersgrensene danner grunnlag for aldersgrenser for tilsvarende stillinger i fylkeskommunal og kommunal sektor. For stillinger som helsepersonell som omfattes av dette er aldersgrensene primært 70 år (for eksempel for legestillinger, tannlegestillinger og psykolog stillinger) eller fastsatt til 65 år (for eksempel for sykepleiere med unntak av oversykepleiere, hjelpepleiere og fysioterapeuter, med unntak av spesialfysioterapeuter).

3.5 Forsvarlighetskravet og administrative reaksjoner mv.

Det stilles et generelt og overordnet krav om forsvarlig yrkesutøvelse for alt helsepersonell. 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, jf. helsepersonelloven § 4 første ledd.

Ved brudd på helsepersonellovens bestemmelser foreligger det flere varianter av administrative reaksjonsmuligheter, jf. helsepersonelloven kapittel 11. Statens helsetilsyn kan blant annet gi advarsel til helsepersonell som forsettelig eller uaktsomt overtrer plikter etter helsepersonelloven, 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 også gi advarsel til helsepersonell som har utvist en atferd som er egnet til i vesentlig grad å svekke tilliten til vedkommende yrkesgruppe, jf. helsepersonelloven § 56 første og andre ledd.

Statens helsetilsyn kan videre kalle tilbake autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning dersom innehaveren er uegnet til å utøve sitt yrke forsvarlig. Innehaveren kan være uegnet 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 loven, eller på grunn av atferd som anses uforenlig med yrkesutøvelsen, jf. helsepersonelloven § 57 første ledd. En mindre inngripende reaksjon enn å kalle tilbake autorisasjonen er å begrense autorisasjonen til å gjelde utøvelse av bestemt virksomhet på bestemte vilkår, jf. helsepersonelloven § 59 første ledd.

Helsepersonell kan for øvrig selv gi avkall på autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning. Dette skjer ved skriftlig erklæring til fylkesmannen, jf. helsepersonelloven § 61.

3.6 Forbud mot diskriminering på grunn av alder

Det følger av det alminnelige diskrimineringsforbudet i menneskerettighetene, blant annet artikkel 26 i FNs konvensjon om sivile og politiske rettigheter fra 1966 (SP), at alle er like for loven, og at lovgivningen skal forby enhver form for forskjellsbehandling. Bestemmelsen forbyr diskriminering på et generelt grunnlag. Vernet gjelder forskjellsbehandling på grunn av rase, hudfarge, kjønn, språk, religion, politisk eller annen oppfatning, nasjonal eller sosial opprinnelse, eiendom, fødsel eller stilling for øvrig.

Alder er ikke nevnt som eget diskrimineringsgrunnlag i menneskerettskonvensjonene, men innfortolkes blant annet i begrepet «stilling forøvrig» i SP artikkel 26. SP er en av menneskerettskonvensjonene som er gjort til del av norsk rett gjennom lov 21. mai 1999 nr. 30 om styrking av menneskerettighetenes stilling i norsk rett (menneskerettsloven).

EUs direktiv 2000/78/EF om generelle rammebetingelser om likebehandling i arbeidsforhold (rammedirektivet) omfatter diskriminering på grunn av alder på arbeidslivets område. Direktivet fortolkes slik at det gjennomfører et forbud mot diskriminering på grunn av alder. Artikkel 3 definerer virkeområdet for diskrimineringsforbudet til å være arbeidslivet i vid forstand. Direktivet er ikke del av EØS-avtalen. Norge har likevel valgt å gjennomføre rammedirektivet i norsk rett basert på en hensiktsmessighetsvurdering. Rammedirektivet er gjennomført i norsk rett gjennom arbeidsmiljøloven kapittel 13.

I Norge er regulering av det rettslige vernet mot diskriminering på grunn av alder begrenset til arbeidslivets område og nedfelt i arbeidsmiljøloven.

Arbeidsmiljøloven § 13-1 inneholder et generelt og overordnet forbud mot diskriminering i arbeidsforhold på grunn av alder. Forskjellsbehandling som er nødvendig for å oppnå et saklig formål og som ikke er uforholdsmessig inngripende overfor den eller de som forskjellsbehandles er likevel ikke i strid med forbudet mot diskriminering på grunn av alder, jf. arbeidsmiljøloven § 13-3 andre ledd. Utgangspunktet er derfor at forskjellsbehandling på grunn av innførte alders-

grenser må oppfylle disse vilkårene for ikke å rammes av diskrimineringsforbudet: være nødvendig, ha et saklig formål og ikke være uforholdsmessig inngripende.

Det følger videre av 70-årsregelen i arbeidsmiljøloven § 15-13a at arbeidsforhold kan bringes til opphør når en arbeidstaker fyller 70 år og at lavere aldersgrense kan følge av andre grunnlag når grensen er saklig begrunnet og ikke uforholdsmessig inngripende¹. Det er dermed en viss adgang til å ha bestemmelser om lavere aldersgrenser fastsatt i medhold av andre gyldige rettsgrunnlag som lov, arbeidsavtale, tariffavtale, arbeidsreglement eller bedriftspensjonsordning. Arbeids- og sosialdepartementet har vurdert dette å være i tråd med gjeldende rett og innenfor rammen av diskrimineringsreglene i arbeidsmiljøloven kapittel 13, jf. Ot.prp. nr. 54 (2008–2009) pkt. 8.4 og pkt. 8.8.

Ordningen med en aldersgrense på 75 år for bortfall av autorisasjon eller lisens, eventuelt tilknyttet spesialistgodkjenning, aktualiserer på generelt grunnlag spørsmålet om berettigelsen av lovbestemte aldersgrenser for yrkesutøvelse som innebærer forskjellsbehandling på grunn av alder. Både aldersgrensen i seg selv og nivået på aldersgrensen må vurderes opp mot de ovenfor nevnte vilkårene om nødvendighet, saklighet og forholdsmessighet. Samtidig er det slik at jo høyere aldersgrensen settes, jo mindre sannsynlig er det at den vil rammes av diskrimineringsforbudet.

Diskrimineringslovutvalget, eller «Graver utvalget», fikk i 2007 i oppdrag å utrede en samlet lov mot diskriminering, grunnlovsværn mot diskriminering og ratifisering av tilleggsprotokoll 12 til Den europeiske menneskerettskonvensjon. Når det gjelder spørsmålet om berettigelsen av aldersgrenser uttalte utvalget under punkt 13.6.3 i NOU 2009:14 Et helhetlig diskrimineringsvern, blant andre følgende:

«Utvalget vil bemerke at aldersgrenser, alder som kriterium for å skille mellom personer eller inndeling i grupper osv. er vanlig i ulike sammenhenger på mange samfunnsområder, også utenfor arbeidslivet. Vi har for eksempel en rekke aldersgrenser i lovverket knyttet til pensjonsalder, myndighetsalder, kjøp av alko-

¹ I Prop. 48 L (2014–2015) Endringer i arbeidsmiljøloven og allmenngjøringsloven (arbeidstid, aldersgrenser, straff mv.) har Arbeids- og sosialdepartementet foreslått å heve arbeidsmiljølovens alminnelige grense for adgang til opphør av arbeidsforhold grunnet alder fra 70 til 72 år, samt at virksomhetenes adgang til å ha bedriftsinterne grenser for opphør som hovedregel ikke kan være lavere enn 70 år.

hol, førerkort osv. Andre eksempler er ordninger som honnørbilletter eller aldersgrenser på utesteder. Slik forskjellsbehandling må i utgangspunktet betraktes som saklig og dermed legitim.»

Det har de siste årene blitt avsagt dommer fra Høyesterett som gjelder spørsmålet om det utgjør diskriminering at arbeidsforholdet opphører ved en bestemt aldersgrense under 70 år. Her nevnes Rt 2011 s. 964 (Gjensidige-dommen) og Rt 2012 s. 219 (Helikopterpilot-dommen). I Gjensidige-dommen kom Høyesterett til at en bedriftsintern aldersgrense på 67 år ikke var i strid med forbudet mot diskriminering på grunn av alder i arbeidsforhold. Høyesterett la vekt på at aldersgrensen var basert på hensynet til arbeidsdeling mellom generasjonene, at mange vil ønske å gå av med pensjon ved fylte 67 år og arbeidsgivers ønske om forutberegnelighet. Fordi aldersgrensen var relativt høy i europeisk sammenheng, samt at de som gikk av mottok en god tjenstepensjon, var aldersgrensen i samsvar med unntaksbestemmelsen i Rådskonklusjon 2000/78/EF artikkel 6 nr. 1 og dermed også med arbeidsmiljøloven § 13-3 andre ledd. I Heli-

kopterpilot-dommen kom Høyesterett til at den tariffestede aldersgrensen på 60 år for helikopterpiloter var i strid med forbudet mot diskriminering på grunn av alder i arbeidsforhold. Høyesterett viste til at arbeidsmiljølovens regler skal tolkes slik at de er forenlige med EU-direktiv 2000/78/EF og EU-domstolens praksis. EU-domstolen hadde i en avgjørelse (Prigge-dommen) kommet til at en egen aldersgrense for flygere ikke kunne begrunnes med sikkerhetshensyn eller helse, all den tid sertifikatreglene tillater flyging inntil flygeren fyller 65 år. Også i Norge bestemmer sertifikatreglene at ervervsmessig flyging kan finne sted inntil flygeren fyller 65 år, på nærmere fastsatte vilkår. Slik Høyesterett så det, fulgte det da direkte av Prigge-dommen at sikkerhetshensyn eller helsemessige forhold ikke kunne begrunne 60-årsgrensen for helikopterflygerne. Heller ikke øvrige hensyn som var trukket frem, så som hensynet til en verdig avgang, hensynet til raskere avansement for yngre flygere og hensynet til ivaretagelse av en god pensjonsordning, gjorde forskjellsbehandlingen nødvendig og forholdsmessig.

4 Ordninger i andre nordiske land og EU-land

4.1 Norden – særlig om ordningen i Danmark

Finland og Sverige har ingen aldersgrense for bortfall av autorisasjon. Dermed er autorisasjonen i disse landene livslang.

Danmark har heller ikke noen aldersgrense for bortfall av autorisasjon. I stedet har Danmark en aldersgrense på 75 år for bortfall av «den autoriserede sundhedsperson» sin rett til å utøve «selvstændig faglig virksomhed».

I Danmark må leger, tannleger og kiropraktorer som vil utøve selvstendig faglig virksomhet ha «Tilladelse til selvstændig virke» i tillegg til autorisasjon. Bestemmelsen i den danske Autorisationsloven § 14 medfører at tillatelsen til selvstendig faglig virksomhet bortfaller ved fylte 75 år. Retten til å benytte profesjonsbetegnelsen (lege, tannlege osv.) bevares. Det samme gjør retten til å betegne seg som spesialist, for eksempel spesiallege eller spesialtannlege.

Leger og tannleger vil likevel etter tillatelsens bortfall kunne fortsette med å forskrive medisiner til seg selv og nærmeste pårørende, hvis det ikke skjer i ervervsmessig øyemed. Leger kan dessuten fortsette med å «virke i underordnet stilling på sykehus eller som amanuensis hos eller midlertidig stedfortræder for en alment praktiserende læge» etter at retten til å utøve selvstendig faglig virksomhet har bortfalt på grunn av alder.

Videre kan Sundhedsstyrelsen etter søknad gi tillatelse til at autorisert helsepersonell kan fortsette sin selvstendige faglige virksomhet helt eller

delvis etter fylte 75 år. Søknad vedlagt helseerklæring sendes da til den regionale embedslægeinstitution. Søker blir deretter innkalt til en samtale. Ved behov, kan embedslægeinstitutionen videre be om en vurdering av søker fra en spesialist. Ved vurdering av søknad blir det blant andre lagt vekt på søkers helsetilstand, faglige oppdatering og tilknytning til arbeidsmarkedet. Der kan gis tillatelse til selvstendig faglig virksomhet som avgrenses i tid eller til visse helseytelser.

4.2 Andre EU-land

I en del EU land benytter man seg av ordninger med resertifisering av autorisasjon for helsepersonell i stedet for ordninger med aldersgrense for bortfall av autorisasjonen.

Storbritannia har en ordning med resertifisering hvert annet år. Her må helsepersonell gjennomgå akkrediterte kurs som er relevante for den enkeltes spesialisering eller fagområde.

Både Ungarn og Østerrike har en ordning med resertifisering hvert femte år. I Østerrike må helsepersonellet gjennom et akkreditert fagprogram på 40 akademiske kontakttimer.

Videre har både Italia, Spania, Portugal, Polen, Kypros, Romania og Slovakia ordninger der helsepersonell må gjennomføre akkrediterte kurs for å beholde autorisasjonen.

I tillegg har også Tyskland, Frankrike, Estland, Latvia og Litauen resertifiseringsordninger.

5 Lovforslaget

5.1 Bør dagens ordning med en aldersgrense og adgang til å søke om etterfølgende lisens videreføres?

5.1.1 Forslag i høringsnotatet

Ordningen med offentlig godkjenning i form av autorisasjon eller lisens skal sikre at innehaverne har et kunnskapsnivå og personlige kvalifikasjoner som ivaretar pasientsikkerheten og som gjør at de har helsemyndighetenes og samfunnets tilitt. I høringsnotatet foreslo departementet at dagens ordningen med en aldersgrense for bortfall av autorisasjon mv., kombinert med en mulighet for å søke om lisens ved ønske om å praktisere etter dette tidspunktet, videreføres. Ordningen gjør det mulig for myndighetene å foreta en overordnet vurdering av om personer som har kommet opp i en særlig høy alder fortsatt innehar det nødvendige kunnskapsnivået og de nødvendige personlige kvalifikasjonene.

5.1.2 Høringsinstansenes syn

Flere av instansene som støtter forslaget mener prinsipielt at aldersgrensen aller helst burde vært fjernet og erstattet av en ordning som vurderer den enkeltes kompetanse.

Den norske legeforening mener primært at:

«...aldersgrensen bør fjernes, og erstattes med mer hensiktsmessige tiltak for å øke pasientsikkerheten og kvaliteten i helsetjenesten. På bakgrunn av stor individuell variasjon i personlighet og ferdigheter blant leger er det neppe mulig på vitenskapelig grunnlag å definere en «sikker aldersgrense» for profesjonsutøvelsen. Det enkelte helsepersonells skikkethet må vurderes på individuelt grunnlag basert på helse-tilstand, faglig kompetanse og kvalitet. Aldersgrense er mindre egnet som virkemiddel for å beskytte pasienter mot dårlig fungerende eldre leger, enten funksjonssvikten skyldes aldersvekkelse, sykdom eller manglende faglighet i yrkesutøvelsen. Det bør arbeides for å utvikle systemer som på en mer effektiv måte enn i

dag avdekker uforsvarlig legevirksomhet slik at tiltak kan iverksettes.»

Eldre legers forening uttaler følgende:

«Som det fremgår av vår argumentasjon, våre vedtekter og av vedtak i Den norske legeforenings landsstyre er Den norske legeforenings mål å få aldersgrensen fjernet og erstattet av mer treffsikre tiltak for å øke pasientsikkerheten og kvaliteten på helsetjenestene.»

Statens Seniorråd mener at en ordning med resertifisering ville være en bedre løsning enn en vilkårlig satt aldersgrense. En resertifisering knyttes direkte til yrkesutøverens kunnskapsnivå og praksiserfaring og styrker dermed pasientsikkerheten. Seniorrådet erkjenner imidlertid at sertifiseringsordninger er lite utbredt blant helsepersonell i Norge og derfor ikke gjennomførbart som alternativ til aldersgrenser per i dag.

Etter Oslo kommunes vurdering er det sentrale spørsmålet hvorfor Norge skal ha en aldersgrense i det hele tatt. Oslo kommune uttaler blant annet:

«Problemet med en aldersgrense er at noen helsepersonell vil være faglig oppdaterte og fortsatt kompetente etter passert aldersgrense, mens andre vil ha mistet sine faglige ferdigheter før de oppnår grensen. Det avgjørende er ikke alder, men kompetanse. De fleste europeiske land synes å ha tatt konsekvensen av dette ved å innføre resertifiseringsordninger som er uavhengige av alderen. Mangelen på resertifiseringsordninger i Norge brukes som et argument for å beholde en aldersgrense. Oslo kommune etterlyser heller en drøfting av hvorfor Norge hittil ikke har innført resertifiseringsordninger og hvordan det kunne gjøres i fremtiden.»

5.1.3 Departementets vurderinger og forslag

En grunnleggende forutsetning for å kunne utøve virksomhet i helse- og omsorgstjenesten er at all-

mennheten har den nødvendige tillit til dem som utøver virksomheten og til helse- og omsorgstjenesten som sådan. Helsepersonell utfører ofte selvstendige arbeidsoppgaver av særlig betydning for pasienters liv og helse. Det er derfor av avgjørende betydning at de er i besittelse av kompetanse og kvalifikasjoner som setter dem i stand til å yte faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp.

Ordningen med en offentlig godkjenning i form av en autorisasjon eller lisens bidrar til å sikre at helsepersonell innehar et visst kunnskapsnivå og visse personlige kvalifikasjoner. Dette bidrar igjen til at helsepersonell har helsemyndighetenes og samfunnets tillit. I etterkant av at helsepersonell har fått utstedt autorisasjonen eller lisensen foretas det imidlertid i svært begrenset grad formell kontroll med at den enkelte beholder sine faglige ferdigheter og holder seg faglig oppdatert.

Det er i dag bare leger som er spesialister i allmennmedisin som har krav om resertifisering. Allmennleger som ønsker å forbli spesialister må gjennom en strukturert etterutdanning hvert femte år. Ved manglende resertifisering tapes retten til å kalle seg spesialist i allmennmedisin.

Det er 29 helsepersonellgrupper i Norge som må ha autorisasjon eller lisens for å kunne utøve sitt yrke i Norge. En eventuell generell resertifiseringsordning vil totalt sett innebære et stort antall resertifiseringer dersom det innføres krav om resertifisering av alle gruppene, eksempelvis hvert femte år, slik det er for spesialister i allmennmedisin. Spørsmål om å innføre en generell ordning med resertifisering for alt helsepersonell har i liten grad vært utredet for andre helsepersonellgrupper enn legene.

Resertifisering for flere helsepersonellgrupper vil, foruten innføring av et omfattende regelverk, innebære innføring av byråkratiserende ordninger, herunder innføring av systemer for gjennomføring, vurdering og godkjenning av den enkeltes resertifisering. Det vil også måtte bygges opp systemer for løpende vurderinger av eventuelle behov for endring av resertifiseringskravene knyttet til fag- og metodeutviklingen i de ulike fagene. En generell resertifiseringsordning vil derfor være svært krevende og kostbar.

I denne sammenhengen er det viktig å fremheve at ved all utførelse av arbeid må helsepersonell oppfylle det overordnede og grunnleggende kravet om forsvarlighet nedfelt i helsepersonelloven § 4. Dette innebærer at den enkelte har en plikt til løpende å foreta en egen vurdering av forsvarligheten og ikke kan påta seg oppgaver som hun eller han ikke er kunnskapsmessig, ferdighetsmessig eller hensiktsmessig kvalifisert for.

Denne plikten innebærer at helsepersonell må ha god innsikt i egen kompetanse. Den enkelte må for eksempel kunne vurdere hvorvidt en kronisk sykdom, redusert syn eller hørsel eller perioder med fravær fra klinisk virksomhet medfører at hun eller han ikke lenger er egnet til å videreføre aktuelt helserettett arbeid.

Når helsepersonell er ansatt i en virksomhet, for eksempel i en kommune eller et foretak, vil også virksomheten ha ansvar for å vurdere forsvarligheten. Det er likevel slik at den enkelte uansett alltid selv har en plikt til å opptre faglig forsvarlig i sin yrkesaktivitet. Dette gjelder uansett om vedkommende er ansatt i en kommune, et foretak eller driver selvstendig, slik store grupper helsepersonell (for eksempel psykologer, tannleger og leger) i ganske stort omfang gjør.

Svekkelse av kognitive og fysiske egenskaper, samt manglende kontinuitet i, eller redusert omfang av, klinisk virksomhet, er forhold som i særlig grad kan påvirke evnen til å holde seg faglig oppdatert og beholde sine faglige ferdigheter. Dette er forhold som vil kunne oppstå av forskjellige årsaker på forskjellige tidspunkt i løpet av alle år helsepersonell er i arbeid.

Departementet tar utgangspunkt i at fra tildelingen av helsepersonells autorisasjon mv. og frem til helsepersonell fyller 75 år, foretas det i dag (bortsett fra for spesialister i allmennmedisin) i svært begrenset grad formell kontroll med at helsepersonell, beholder sine faglige ferdigheter og holder seg faglig oppdatert. Spørsmålet blir om vi ut i fra dette fortsatt har behov for, og dermed bør videreføre, en ordning med at myndighetene kommer inn og foretar en slik kontroll når personer overstiger en viss alder.

Prinsipielt kan det hevdes at det er uheldig med lovgivning som «datostempler» folk ut av arbeidslivet. Enkelt personer bør behandles individuelt, og ikke generelt på bakgrunn av alder. Samtidig er det ingen tvil om at høy alder, om enn i svært varierende grad både med hensyn til når og i hvilket omfang, svekker kognitive og fysiske egenskaper. Videre er det dessuten slik at den pasientrettede virksomheten vanligvis trappes ned etter hvert som alderen stiger. Ikke minst vil det, ved en kombinasjon av svekkede kognitive og fysiske egenskaper og manglende kontinuitet i, eller redusert omfang av klinisk virksomhet, kunne oppstå en økt fare for redusert kvalitet og pasientsikkerhet.

En aldersgrense fastsetter i utgangspunktet en øvre grense for autorisert helsepersonells yrkesutøvelse. En slik aldersgrense bør derfor bare benyttes dersom den er nødvendig for å oppnå et

saklig formål og ikke er uforholdsmessig inngripende overfor dem som rammes av den, jf. kapittel 3.6 ovenfor. Ut i fra det overordnede behovet for å sikre kvaliteten og pasientsikkerheten, opprettholder departementet sitt syn på at ordningen med en aldersgrense og en mulighet for å søke om lisens, kan være berettiget.

Departementet mener at en ordning med en aldersgrense satt på riktig nivå, kombinert med en mulighet for å søke om lisens, som ivaretar hensynet til at det er store individuelle forskjeller mellom oss også når vi når høy alder, er en ordning som er nødvendig for å oppnå et saklig formål. Samtidig er det en ordning som ikke er uforholdsmessig inngripende overfor dem som omfattes av den.

Departementet foreslår derfor at dagens ordningen med en aldersgrense for bortfall av autorisasjon mv. og etterfølgende mulighet for tildeling av lisens videreføres.

5.2 Bør aldersgrensen heves?

5.2.1 Forslag i høringsnotatet

Departementet foreslo at aldersgrensen for bortfall av helsepersonells autorisasjon mv. skulle heves fra 75 til 80 år. Grensen på 80 år ble begrunnet med at når personer når en så vidt høy alder er det økt sannsynlighet for at helsen er i ferd med å bli redusert. Samtidig er det sannsynlig at den pasientrettede virksomheten allerede er trappet ned eller er i ferd med å bli trappet ned. Videre ble det foreslått at dagens ordning med adgang til å søke om lisens for inntil ett år av gangen skulle videreføres for personer over 80 år.

5.2.2 Høringsinstansenes syn

Norsk Psykologforening støtter forslaget og uttaler følgende:

«Det er ingen indikasjoner på at psykologer over 75 år fører til en større risiko for pasientsikkerheten enn de yngre psykologene. Det er derimot grunn til å tro at samfunnet vil ha god nytte av å dra veksler på den verdifulle erfaring og kunnskap som eldre i arbeidslivet har opparbeidet.

Videre innebærer dagens ordning og søknadsprosess en betydelig terskel for å fortsette i arbeidslivet for dagens 75-åring, og det medfører et uheldig signal om at når du er 75 så er ikke din arbeidsinnsats lenger ønsket. Det er heller ikke i tråd med samfunnsutviklingen

med høyere levealder, bedre helse og ønsket om å styrke eldres deltagelse i arbeidslivet.

Ved å heve aldersgrensen vil det bidra til den politiske målsetningen om at flere skal stå lenger i arbeid i tråd med pensjonsreformen.»

Legeforeningen uttaler:

«Dersom ordningen skal opprettholdes, støtter Legeforeningen at aldersgrensen heves fra 75 til 80 år. Dette er i samsvar med regjeringens mål om å legge forholdende bedre til rette for et aldersvennlig samfunn og styrke eldres deltagelse i arbeids- og samfunnsliv, og vi mener en heving av aldersgrensen vil bidra til å stimulere til at leger og annet helsepersonell arbeider lenger enn de gjør i dag.»

Statens Seniorråd mener at en økning av aldersgrensen vil være et signal om at det er ønskelig at leger står lenger i arbeid enn i dag. Samtidig mener de at dagens ordning med en mulighet til å søke lisens etter fylte 80 år bør videreføres.

Likestillings- og diskrimineringsombudet slutter seg også til forslaget om å heve aldersgrensen. Samtidig er de enige i at ordningen med bortfall av autorisasjon ved særlig høy alder videreføres fra 80 år. Ombudet bemerker at kjernen i diskrimineringsvernet er at enkeltindivider bør behandles individuelt, og ikke generelt på bakgrunn av objektive kjennetegn, som for eksempel alder. Ombudet forutsetter derfor at utstedende myndigheter foretar individuelle vurderinger basert på faglige og saklige hensyn når de mottar søknader fra personer som har fylt 80 år og som ønsker å fortsette å stå i arbeid.

Helsedirektoratet bemerker blant annet at:

«...en større gruppe helsepersonell har søkt om lisens de siste årene og antallet øker. Dette tilsier at det nå og i fremtiden vil være en stadig større gruppe eldre helsepersonell som ønsker å fortsette med pasientrettet arbeid. Høyere levealder og bedre helse hos eldre har ført til at stadig flere eldre er yrkesaktive, dette gjelder også helsepersonell.»

Direktoratet opplyser at de i 2014 har mottatt flere henvendelser vedrørende forlengelse av spesialistgodkjenning fra leger og tannleger som er rundt 75 år. De ønsker å fortsette i pasientrettet virke og er svært opptatt av at spesialistgodkjenning ikke skal bortfalle, ikke bare for sin egen del, men også for pasientenes del. De er opptatt av både behovet for å beholde forskrivningsmulighe-

ten for A-preparater og behovet for å kunne fortsette behandling og å kunne avslutte langvarige behandlingsløp.

Kristiansand kommune uttaler:

«Departementet tar her tak i en utfordring som kan vise seg å bli av betydning for kommunens behov for å ha tilstrekkelig kvalifisert arbeidskraft i framtiden.

Kristiansand kommune vil kommentere at eldre helsepersonell er en stor ressurs. Sett i lys av de betydelige utfordringer kommunen kan få med å rekruttere nok kvalifisert arbeidskraft, vil det være av stor betydning for kommunen at eldre helsepersonell kan fortsette i pasientrettet virksomhet. Spesielt vil det være behov for å bruke slik arbeidskraft i perioder. Det vil være forenelig med eldre arbeidstakere ønske om fortsatt jobb, men kanskje kun i perioder eller i mindre stilling.

Eldre arbeidstakere innehar erfaring og kompetanse fra et langt yrkesliv. Dette vil kunne komme både pasienter og yngre arbeidstakere til del. Det vil kunne være med å styrke kvaliteten på tjenestetilbudet som ytes.»

Statens helsetilsyn støtter imidlertid ikke forslaget. Etter Helsetilsynets vurdering fungerer vilkårene i gjeldende forskrift om lisens etter 75 år tilfredsstillende, og ivaretar helsepersonellovens formål på en god måte. Leger som ønsker å beholde sin lisens for å fortsette sitt arbeid har mulighet til dette etter søknad, og pasientsikkerheten synes tilsvarende godt ivaretatt gjennom denne ordningen.

Statens helsepersonellnemnd viser blant annet til tidligere uttalelse av 23. mars 2012 til Helsedirektoratet om dette spørsmålet. Der ga nemnda uttrykk for at:

«Dagens regelverk og praktiseringen av den anses ...å bidra til å sikre helsepersonellovens hovedformål om sikkerhet for pasienter og tillit til helsepersonell og helsetjeneste, ved at helsepersonell som ikke har en tilstrekkelig nærhet til klinisk virksomhet enten nektes, eller bare i begrenset grad gis, lisens/rekvireringsrett.»

Fylkesmannen i Buskerud viser til at den alminnelige aldersgrensen for arbeidstakere i Norge er 70 år og at lisens etter 75 år allerede i dag er en ordning som gir mulighet for yrkesdeltakelse for de som er egnet til det. Å heve aldersgrensen i for-

hold til dagens ordning finner fylkesmannen ikke forsvarlig.

Norsk Sykepleierforbund fremhever at allmennhetens tillit til helsepersonell er en avgjørende forutsetning i helsevesenet. Autorisasjon og lisensordningen fungerer som en garanti for at helsepersonell har den nødvendige kompetanse og egnethet til å inneha sitt yrke. Dette må etter Norsk sykepleierforbund sitt syn ikke minst gjelde når personer etter 75 år fortsatt ønsker å drive pasientrettet arbeid.

Norges Farmaceutiske Forening støtter heller ikke forslaget og uttaler følgende:

«Inntil det blir en offentlig resertifisering av helsepersonell mener vi det er viktig å opprettholde at helsepersonells bortfall av autorisasjon skjer ved 75 år, og at det videreføres at det etter dette må søkes om lisens for å fortsette med pasientrettet virksomhet. Dokumentasjonen som må legges ved en søknad om lisens er viktig for pasientsikkerheten. Fortsatt opprettholdelse av et krav om å måtte søke om lisens etter 75 år er etter vår mening ikke et hinder for å ivareta intensjoner om å legge til rette for at eldre arbeidstakere skal kunne fortsett lenger i arbeidslivet. De besitter mye kunnskap og erfaring som Farmaceutene mener det vil være synd om ikke blir brukt, når det enkelte helsepersonell har mulighet og ønske om dette selv, men hensyn til pasientsikkerhet må komme i første rekke.»

KS uttaler følgende:

«KS finner at dagens ordning, hvor det kan søkes om lisens etter fylte 75 år, ivaretar helsepersonells behov for å kunne fortsette med pasientrettet arbeid også etter fylte 75 år. Ved en slik søknad kreves dokumentasjon av blant annet omfang og art av den virksomhet det søkes om lisens for, samt legeattest. Kravene om dokumentasjon som skal følge søknaden fremstår ikke som urimelige i forhold til den myndighet og det ansvar som følger av offentlig godkjenning i form av lisens.»

5.2.3 Departementets vurderinger og forslag

5.2.3.1 Utgjør dagens aldersgrense og lisensordning en betydelig terskel for pasientrettet virksomhet etter fylte 75 år?

Departementet la i høringsnotatet til grunn at dagens aldersgrense og etterfølgende mulighet

for å søke om lisen kan fremstå som en ikke ubetydelig terskel for de som ønsker å videreføre pasientrettet virksomhet etter fylte 75 år. Dette var etter departementets syn et argument for at aldersgrensen burde heves.

Det er blant høringsinstansene delte meninger om hvorvidt og i hvilken grad dagens aldersgrense og etterfølgende mulighet for å søke om lisens oppleves som en betydelig terskel for å videreføre pasientrettet virksomhet. Selv om dagens aldersgrense fører til at autorisasjon mv. automatisk bortfaller når helsepersonell fyller 75 år, kan man sende inn en relativt enkel søknad og i stedet få en lisens. Så nær som alle som søker om det får i dag lisens. Som det fremgår av kapittel 3.2 ovenfor kan lisensen imidlertid gis med full forskrivningsrett, men også kun med delvis eller ingen forskrivningsrett.

Om dette uttaler Den norske legeforening følgende:

«Selv om adgangen til å søke om lisens etter fylte 75 år gjør at muligheten til å være yrkesaktiv som lege etter fylte 75 år ikke er avskåret, oppleves aldersgrensen som et signal om at yrkesaktivitet etter fylte 75 ikke er ønskelig. Videre oppfattes søknadsprosessen som en belastning så stor at mange av den grunn velger å ikke arbeide.»

Eldre legers forening tilføyer:

«Bestemmelsen oppfattes som et signal fra Storting og Regjering om at eldre legers yrkesaktivitet er uønsket av samfunnet. Utallige henvendelser har kommet fra medlemmer som har opplevd å bli hindret i å bruke sin kompetanse og arbeidskapasitet. Noen har resignert, andre har kjempet med saklige argumenter, mange med et sterkt engasjement. Søknadsprosessen har av flere blitt opplevd som en ydmykende terskel. Flere har fortalt at de har avstått fra å søke. Lisens uten forskrivningsrett oppleves som meningsløs (kfr. høringsnotatet). Sannsynligheten for å få innvilget lisens uten forskrivningsrett har gjort at mange ikke søker. Uten lisens opphører ansvarsforsikringen og pasienterstatningsordningene gjelder ikke.»

Norsk Psykologforening uttaler:

«Videre innebærer dagens ordning og søknadsprosess en betydelig terskel for å fortsette i arbeidslivet for dagens 75-åring, og det med-

fører et uheldig signal om at når du er 75 så er ikke din arbeidsinnsats lenger ønsket.»

Norsk Sykepleierforbund uttaler derimot:

«NSF erfarer ikke noe sterkt ønske fra medlemmene om å heve grensen for autorisasjon fra 75 til 80 år. De senere år har vi fått en håndfull henvendelser der medlemmer ønsker autorisasjon ut over 75 år. Ordningen med å søke lisens for å beholde autorisasjonen ut over 75 år erfares å være tilfredsstillende.»

Den norske tannlegeforening mener at dagens ordning ikke utgjør en urimelig terskel for å fortsette med pasientrettet virksomhet etter fylte 75 år. Foreningen mener tvert i mot at det fremstår som et velbegrunnet vilkår at de som ønsker å fortsette med pasientrettet virksomhet etter fylte 75 år dokumenterer skikkethet.

Fylkesmannen i Buskerud uttaler:

«Den lisensordningen som er innført for helsepersonell som passerer 75 år ivaretar etter vår oppfatning på en utmerket måte de som både fortsatt tilfredsstiller de ovennevnte kriterier og ønsker å drive klinisk praksis av et visst omfang, samt samfunnets behov for deres innsats. Pasientrettet virksomhet er av så krevende art, at det bør være et minimum at de som ønsker å drive slik virksomhet er i stand til å forsere det hinder det måtte oppleves å være, å søke om lisens.»

På tross av delte meninger, legger departementet fortsatt til grunn at dagens aldersgrense og etterfølgende mulighet for å søke om lisen oppleves som en betydelig terskel blant enkelte grupper eldre helsepersonell. Selve aldersgrensen kan fremstå som et signal til helsepersonell som nærmer seg 75 år om at deres arbeidsinnsats ikke lenger er ønsket. Dette kan i seg selv føre til at de avslutter en pasientrettet virksomhet de i utgangspunktet kunne hatt et ønske om å videreføre. Videre kan kravet om søknad føre til at enkelte, som i utgangspunktet hadde et ønske om å videreføre en begrenset pasientrettet virksomhet, avstår fra å søke. På samme måte kan også usikkerhet knyttet til om man vil få en lisens med full forskrivningsrett, føre til at enkelte avstår fra å søke.

5.2.3.2 Bør aldersgrensen heves fra 75 til 80 år?

Det forhold at dagens aldersgrense og etterfølgende mulighet for å søke om lisen oppleves som

en betydelig terskel blant enkelte grupper eldre helsepersonell, jf. punkt 5.2.3.1 ovenfor, kan etter departementets syn tilsi at aldersgrensen bør heves.

Videre mener departementet at bedre helse og høyere levealder i seg selv er argumenter for at det ikke nødvendigvis er samme særlige behov for en aldersgrense på 75 år i dag som det var da den ble innført i 1980. Norge, så vel som Europa for øvrig, opplever en demografisk utvikling. Vi blir flere eldre og lever lengre. Levealderen har økt jevnt siden aldersgrensen på 75 år ble innført med legeloven av 1980 og eldre holder seg lengre funksjonsfriske. Statistikk fra SSB viser at en 75-åring i 1980 levde ytterligere 9,8 år i gjennomsnitt, mens en 75-åring i 2013 levde ytterligere 12,27 år i gjennomsnitt. I dag kan videre en person i Norge på 65 år forvente 15-16 funksjonsfriske år. (OECD Health at a Glance 2013).

Dersom man følger med på den teknologiske utviklingen, så er det dessuten antakelig enklere for eldre helsepersonell å holde seg faglig oppdatert og følge opp pasienter i dag enn det var da aldersgrensen ble innført i 1980. I dag har helsepersonell gjennom nettsystemene helt andre muligheter til å tilegne seg oppdatert informasjon og helt andre muligheter for enkelt å kommunisere med andre og formidle nødvendig informasjon.

Samtidig må hensynene for å heve aldersgrensen avveies mot det overordnede hensynet til å sikre kvalitet, pasientsikkerhet, tillit og forsvarlighet innenfor helse- og omsorgstjenesten. Etter departementets syn bør derfor aldersgrensen heves såfremt hensynet til kvaliteten, pasientsikkerheten, tilliten og forsvarligheten i sin helhet ikke er til hinder for det.

Flere av høringsinstansene mener at kravene til kvalitet og pasientsikkerhet og en forsvarlig helse- og omsorgstjenestene tilsier at aldersgrensen ikke bør heves.

Norsk Sykepleierforbund uttaler blant annet følgende:

«Et stadig mer komplekst helsevesen innebærer at kravene til årvåkenhet, nøyaktighet samt evnen til å ta raske og komplekse vurderinger er stor. Kravene til kvalitet og pasientsikkerhet er skjerpet. Mange beslutninger kan ha konsekvenser for pasienters liv og død. I en interesseavveining mellom pasienters krav på kompetent og forsvarlig bistand sett opp mot helsepersonells byrde ved å måtte søke lisens, mener vi pasientens interesse må gå foran. Det er etter NSF's syn ikke uforholdsmessig å måtte søke om lisens etter 75 år.»

Fylkesmannen i Buskerud har videre følgende syn på dette:

«Ordningen med en aldersgrense og en mulighet for å søke om lisens har betydning for forsvarlighetskravet, og bør avgjort videreføres for at myndighetene skal kunne foreta en overordnet vurdering av om helsepersonell som har kommet opp i en særlig høy alder fortsatt har en helse og en tilstrekkelig nærhet til pasientrettet virksomhet til å videreføre sin praksis.»

....

«Det er en kjensgjerning at eldre mennesker generelt sett er friskere nå enn tidligere. Fylkesmannen er av den oppfatning at eldre, der det er forsvarlig, mulig og ønskelig, bør kunne få arbeide lenger enn dagens aldersgrenser legger opp til. Dette er imidlertid ikke noe argument for at helsepersonell skal få drive virksomhet etter fylte 75 år, helt frem til de fyller 80, uten kontroll og fornying av sin autorisasjon. Til dette er den arena helsepersonell arbeider på et for stor risikoområde, der oppdatering m.v. er påkrevd.»

KS fremhever:

«Kvalitet i helse- og omsorgstjenesten, sikkerhet for pasienten, samt tillit til helsepersonell og tjenesten, er sentrale hensyn i dagens helsevesen. Opprettholdelse av kompetanse innen fagområder i rask utvikling både teknologisk og medisinsk er krevende. Aktiv deltakelse i fagmiljøet, samt klinisk erfaring av et visst omfang er nødvendig for å holde seg oppdatert.

KS finner at dagens ordning, hvor det kan søkes om lisens etter fylte 75 år, ivaretar helsepersonells behov for å kunne fortsette med pasientrettet arbeid også etter fylte 75 år. Ved en slik søknad kreves dokumentasjon av blant annet omfang og art av den virksomhet det søkes om lisens for, samt legeattest. Kravene om dokumentasjon som skal følge søknaden fremstår ikke som urimelige i forhold til den myndighet og det ansvar som følger av offentlig godkjenning i form av lisens.»

Til dette vil departementet bemerke at for helsepersonell under 75 år bidrar kombinasjonen av forskjellige virkemidler til å sørge for at de grunnleggende hensynene til kvalitet, pasientsikkerhet, tillit og forsvarlighet innenfor helse- og omsorgstjenesten blir ivaretatt. Disse virkemidlene er først og fremst helsepersonellens egen forsvarlighets-

vurdering i tråd med plikten i helsepersonelloven § 4 (se nærmere omtale under punkt 5.1.3 ovenfor). Videre er det tilsynsmyndighetenes mulighet til å føre kontroll med helsepersonells forskrivningsrett og muligheten til å begrense eller kalle tilbake autorisasjonen eller lisensen. Spørsmålet er om disse virkemidlene også er tilstrekkelige til å ivareta de grunnleggende hensynene når personer over 75 år vil videreføre pasientrettet virksomhet.

Flere av høringsinstansene som er imot forslaget mener at kombinasjonen av disse virkemidlene ikke lenger er tilstrekkelige når personer over 75 år vil utføre pasientrettet virksomhet.

Fylkesmannen i Buskerud mener at det er et viktig poeng at personer med økende alder ikke selv alltid er de som er best egnet til å vurdere gradvis oppståtte endringer i egne psykiske og kompetansemessige forutsetninger. Fylkesmannen i Buskerud kan ikke se at departementet har fremlagt noen overbevisende dokumentasjon for at dette ikke lenger er tilfelle og at aldersgrensen, uten problemer for pasientsikkerheten, dermed kan heves til 80 år.

Norsk sykepleierforbund mener at myndighetene ikke kan stole på at det enkelte helsepersonell selv i alle tilfelle er i stand til å vurdere sin egen evne og kompetanse når de kommer opp i høy alder, selv om et slikt forsvarlighetskrav følger av lov om helsepersonell § 4. Dette står etter deres syn ikke i motstrid til at eldre helsepersonell med sin erfaring og kunnskap også utgjør en stor ressurs.

Tannlegeforeningen fremhever på sin side at odontologi ikke bare er et akademisk fag, men også et håndverk. Ettersom det stilles betydelige krav både til syn og motorikk/taktilitet er dette lite forenelig med en generell heving av aldersgrensen. Det er få som søker, og for dem som virkelig er skikket og ønsker dette, kan en legeattest godtgjøre forsvarlig virke som tannlege.

Til dette vil departementet bemerke at det er betydelig individuell variasjon i aldringsforløpet, og at svekkelse av kognitive og fysiske egenskaper vil kunne oppstå av forskjellige årsaker og på forskjellige tidspunkt i løpet av alle år helsepersonell er i arbeid. Sjansene for svekkelse øker imidlertid jo eldre man blir. Med de senere års utvikling med hensyn til bedre helse og høyere levealder, samt den forbedrede muligheten til å holde seg oppdatert, mener departementet likevel at det må kunne legges til grunn at virkemidlene som sørger for at de grunnleggende hensynene til kvalitet, pasientsikkerhet, tillit og forsvarlighet blir ivarettat når helsepersonell er under 75 år, også vil kunne

sørge for at dette blir ivarettat når personer over 75 år vil videreføre pasientrettet virksomhet.

Det vises også til at Helsedirektoratet i sin vurdering fra 2012 ikke fant holdepunkter for at helsepersonell over 75 år i større grad enn andre påtar seg oppgaver de ikke burde ha påtatt seg. Departementet har også innhentet informasjon fra Statens helsetilsyn om tilsyn med eldre helsepersonell. Basert på hendelser/mistanker om pliktbrudd oppretter fylkesmennene årlig en rekke tilsynssaker der hendelsen/mistanken om pliktbrudd blir gjenstand for nærmere undersøkelse og eventuell videre behandling. I perioden 2009–2013 avsluttet fylkesmennene tilsynssak mot 5237 leger. I 581 av disse sakene var legens alder ikke registrert. I 70 av disse sakene var legens alder registrert til å være mellom 70 og 75 år, mens i 19 av disse sakene var legens alder registrert til å være over 75 år. Dette indikerer at antallet tilsynssaker fylkesmennene oppretter som gjelder leger mellom 70 og 75 år og leger over 75 år ikke er spesielt høyt. I samme periode er et fåtall reaksjoner fra Statens helsetilsyn registrert å gjelde leger over 70 år. For leger mellom 70 og 75 år ble det registrert at det ble gitt 5 advarsler (av totalt 267 advarsler), 3 tilbakekall av autorisasjon (av totalt 120 tilbakekall av autorisasjon) og 2 tilbakekall av forskrivningsrett for legemidler i gruppe A/B (av totalt 32 slike tilbakekall). I tillegg har 5 leger frivillig gitt avkall på forskrivningsrett. For leger som er 75 år og eldre er det gitt 1 advarsel og 1 tilbakekall av lisens.

At antallet tilsynssaker mot helsepersonell over 70 år er lavt, kan likevel ikke tillegges for stor vekt. Grunnen til det er at antall yrkesutøvere i denne gruppen i utgangspunktet er lavt, samtidig som helsepersonell over 75 år har fått lisens ut i fra dagens ordning med søknad og vurdering.

Tannlegeforeningen mener på sin side at dagens ordning underbygger forsvarlighetsprinsippet i helsepersonelloven, ved at det bidrar til at personer i aldersgruppen 75 til 80 år blir bevisstgjort sin plikt til selv å vurdere egen skikkethet. Tannlegeforeningen deler dessuten ikke departementets oppfatning av at det vil være tilstrekkelig at Helsetilsynet ivaretar tilsynsfunksjonen overfor tannleger mellom 75 og 80 år, i tillegg til tannlegenes egne forsvarlighetsvurderinger.

Departementet vil understreke at plikten til å foreta egen vurdering av forsvarlighet etter helsepersonelloven § 4 er en løpende plikt som helsepersonell alltid må være seg bevisst. Departementet mener dessuten at helsepersonell både over og under 75 år er svært bevisst på denne plikten og det særlige ansvaret de har som helsepersonell.

Departementet mener derfor at argumentet om at ordningen med en aldersgrense og søknad om lisens bidrar til at helsepersonell i aldersgruppen 75 til 80 år «blir bevisstgjort» ikke kan tillegges for stor vekt.

I lys av de senere års utvikling av bedre helse og høyere levealder, samt den teknologiske utviklingen som gjør det enklere for eldre helsepersonell å holde seg faglig oppdatert og følge opp pasienter, finner departementet at hensynet til kvaliteten, pasientsikkerheten, tilliten til og forsvarligheten innenfor helse- og omsorgstjenesten i sin helhet ikke er til hinder for at aldersgrensen kan heves.

Departementet mener likevel at det fortsatt er et særlig behov for at myndighetene foretar en overordnet vurdering og innfører eventuelle begrensninger dersom personer ønsker å fortsette pasientrettet virksomhet etter fylte 80 år. Når personer når en så vidt høy alder er det økt sannsynlighet for at helsen er i ferd med å bli redusert. Samtidig er det sannsynlig at den pasientrettede virksomheten allerede er trappet ned eller er i ferd med å bli trappet ned. Det er ut i fra dette fortsatt ønskelig at myndighetene skal kunne foreta en overordnet vurdering av om personer over 80 år fremdeles har god nok helse og tilstrekkelig nærhet til pasientrettet virksomhet til å videreføre den.

Enkelte av høringsinstansene mener for øvrig at forslaget til ny aldersgrense bør vurderes i lys av andre lavere øvre aldersgrenser innenfor arbeidslivet, samt forslagene om endringer i arbeidsmiljølovens regler om aldersgrenser. KS og enkelte andre instanser påpeker dessuten at det er uheldig dersom høringsforslaget får overslagseffekt på aldersgrensen for fastleger som i dag er 70 år. KS påpeker videre at dersom en fastlege ønsker å fortsette i arbeid til fylte 80 år, vil legen ha rett til fritak fra legevakt i 20 år. I små kommuner kan det vanskelig gjøre en forsvarlig legevakt.

Departementet viser til omtalen av andre øvre aldersgrenser for pasientrettet virksomhet på helseområdet under kapittel 3.4. Aldersgrensen for bortfall av helsepersonells autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning har også tidligere vært høy i forhold til disse aldersgrensene, som i utgangspunktet er på 70 år samt 65 år for underordnede sykepleiere. Departementet viser videre til Prop. 48 L (2014-2015) Endringer i arbeidsmiljøloven og allmenngjøringsloven (arbeidstid, aldersgrenser, straff mv.) der Arbeids- og sosialdepartementet foreslår endringer i arbeidsmiljølovens regler om opphør av arbeidsforhold grunnet alder. Departementet foreslår her å heve lovens alminnelige

grense for adgang til opphør av arbeidsforhold grunnet alder fra 70 til 72 år, samt at virksomhetenes adgang til å ha bedriftsinterne grenser for opphør som hovedregel ikke kan være lavere enn 70 år. I tillegg signaliseres det at det på sikt bør vurderes tilpasninger i arbeidslivet med sikte på å ytterligere heve aldersgrensen for adgang til oppsigelse på grunn av alder². I den politiske plattformen har regjeringen videre varslet at den vil gå gjennom alle lovbestemte aldersgrenser i arbeidslivet i samråd med partene i arbeidslivet.

Når rammeverket for aldersregulering endrer seg, vil Helse- og omsorgsdepartementet måtte vurdere nærmere hvilke konsekvenser dette bør få innenfor helse- og omsorgstjenesten, herunder for aldersgrensene for private tjenesteytere i kommunen (fastleger og fysioterapeuter) og for aldersgrensen for fritak fra legevaktordningen. Argumentene for å heve aldersgrensen for bortfall av autorisasjon mv. vil gjelde tilsvarende for særskilte aldersgrenser innen disse områdene.

Departementet viser imidlertid til følgende uttalelse fra Statens seniorråd:

«Regjeringens forslag om å heve aldersgrensen fra 75 år til 80 år vil i første rekke få betydning for helsepersonell som driver selvstendig virksomhet. Helsepersonell i arbeidsforhold vil fortsatt være bundet av aldersgrensebestemmelsene i Arbeidsmiljøloven og Lov om aldersgrenser for Statens tjenestemenn, som også følges av fylkeskommuner og kommuner...

Dette medfører imidlertid at helsepersonell som er ansatt i offentlig eller privat virksomhet, er avhengig av arbeidsgivers velvilje for å fortsette sin yrkesaktivitet utover 70-årsgrensen, mens de ved å gå over i selvstendig virksomhet kan arbeide i ytterligere ti år. Dette vil nok kunne oppfattes som urimelig fra helsepersonellens side, samtidig som det kan bidra til å tappe det offentlige helsevesen for nødvendig arbeidskraft. Statens Seniorråd ber derfor departementet følge denne utviklingen og oppfordre kommuner og helseforetak å legge til rette for at helsepersonell som ønsker det kan få arbeide utover den nåværende aldersgrense på 70 år.»

² Forslagene berører ikke de særlige aldersgrensene i statlig og kommunal sektor. I staten har man som hovedregel en øvre aldersgrense på 70 år, jf. Lov om aldersgrenser for offentlige tjenestemenn m.fl. av 21. desember 1956 (aldersgrenseloven). Enkelte statlige stillinger har imidlertid lavere aldersgrenser, og det gjelder også i kommunal sektor. I kommunal/fylkeskommunal sektor er det en rekke stillinger som har «særaldersgrenser», også med en forankring i tariffavtaler.

Statens helsepersonellnemnd har bemerket at en heving av aldersgrense for rett til lisens, dersom denne samtidig gis med full forskrivningsrett for vanedannende legemidler, kan gi den utilsiktede virkningen at forskrivningsrett beholdes for helsepersonell som tidligere ble antatt å ikke oppfylle kravene i forskriften om lisens, ikke utelukkende knyttet til helsepersonellens alder.

Departementet er enig i at dette kan bli en virkning av en heving av aldersgrensen. Dette medfører imidlertid ikke annet enn at man risikerer dette med hensyn til et svært begrenset antall helsepersonell mellom 75 og 80 år, på lik linje med at man allerede i dag risikerer dette for et svært begrenset antall helsepersonell under 75 år.

Norsk sykepleierforbund påpeker at det er et faktum at en generell alderssvekkelse og aldersbetingede sykdommer tross alt med større sannsynlighet inntreffer etter 75 år. Risikoen for at en viss andel personer i dette aldersspennet på grunn av sykdom eller alderssvekkelse ikke bør inneha autorisasjon, er stor. Høringsnotatet burde etter Norsk sykepleierforbund sitt syn inneholdt en faktabeskrivelse om hva man vet om aldersbetingede sykdommer og alderssvekkelse generelt.

Det er ingen tvil om at høy alder svekker kognitive og fysiske egenskaper. Man vet imidlertid ikke med sikkerhet når, og i hvilket omfang, slik svekkelse inntreffer og det er i alle fall svært varierende. Departementet kan derfor ikke se at en nærmere faktabeskrivelse av dette ville tilført avgjørende informasjon med hensyn til spørsmålet om dagens aldersgrense bør heves.

Norsk sykepleierforbund mener videre at aldersgrensen i helsepersonelloven primært må utledes av helsetjenestens behov. I Danmark kan leger fortsette å forskrive medisiner til seg selv og nærmeste pårørende etter 75 år, selv om tillatelsen til selvstendig faglig virksomhet bortfaller ved 75 år. Dette kan etter Norsk sykepleierforbund sitt syn være et alternativ også i Norge fremfor å heve aldersgrensen for alt helsepersonell til 80 år.

Forslaget i dette høringsnotatet tar utgangspunkt i helsepersonells ønske om å fortsette med selvstendig pasientrettet virksomhet som sådan etter fylte 75 år. Et forslag i tråd med den danske ordningen ville kun gi adgang for leger og tannleger til å yte selvstendig pasientrettet hjelp til seg selv og de nærmeste pårørende etter fylte 75 år. I tillegg ville det gitt leger rett til å fortsette å «virke i underordnet stilling på sykehus eller som amanuensis hos eller midlertidig stedfortræder for en alment praktiserende læge». Dersom en dansk lege ønsker å fortsette med selvstendig pasientrettet virksomhet som sådan etter fylte 75 år, må

denne legen, på samme måte som en norsk lege etter dagens ordning, sende inn søknad vedlagt en «helseerklæring». Departementet mener derfor at et forslag i tråd med den danske ordningen ikke ville være tilstrekkelig til å ivareta adgang til å yte selvstendig pasientrettet helsehjelp.

Av Norsk sykepleierforbund sin uttalelse fremgår videre følgende:

«Etter 75 år må alle førerkortinnehavere i Norge bevise at de fortsatt er kompetent til å kjøre bil. Dette må gjøres gjennom helseattest. Kravet var tidligere 70 år men ble hevet til 75 år i 2013. Kravet om helseattest er begrunnet bl.a. i krav til syn, reaksjonsevne og hukommelse. Eldre førere er involvert i trafikkuulykker i større grad enn 40 åringer viser analyser fra Vegvesenet.»

«Det er ikke sannsynlig at kravene til å inneha førerkort er mindre enn de helsemessige krav som må stilles til helsepersonell. Dette tilsier at aldersgrensen for helsepersonell ikke bør heves. Det vises i denne sammenheng også til aldersgrenser i luftfarten på 65 år, en aldersgrense som er satt av sikkerhetsmessige grunner.»

Departementet viser til at vi har en rekke aldersgrenser i samfunnet av sikkerhetsmessige grunner. Blant disse er aldersgrensen på 75 år for krav om helseattest for å kunne fortsette å kjøre bil. Av hensyn til sikkerheten på veiene våre stilles det spesifikke krav til for eksempel synsstyrke, synsfelt og førerlighet. Departementet kan ikke se at aldersgrensen på 75 år for krav om helseattest for å kunne fortsette å kjøre bil, nødvendigvis er et argument for en tilsvarende aldersgrense for bortfall av helsepersonells autorisasjon mv. Derimot mener departementet at det faktum at aldersgrensen for krav om helseattest ble hevet fra 70 til 75 år i januar 2013, viser at øvre aldersgrenser også heves på andre områder i samfunnet. Hovedbegrunnelsen for hevingen var i følge Statens Vegvesen at eldres helse generelt er blitt bedre slik at en heving av aldersgrensen ble ansett forsvarlig.

Dagens aldersgrenser i arbeidslivet, de fastsatte øvre aldersgrenser for forskjellige former for pasientrettet virksomhet på helseområdet (se kapittel 3.4) samt eget ønske om å avslutte yrkesaktivitet ved en viss alder, er medvirkende årsaker til at et stort flertall av dagens helsepersonell avslutter pasientrettet virksomhet før de fyller 75 år.

Likevel bidrar samfunnsutviklingen, forbedret helse i befolkningen og lengre levealder, til at

flere eldre, herunder eldre helsepersonell, har et ønske om å fortsette lengre i arbeid enn tidligere. For mange vil det å bidra i samfunnet og å være i arbeid gi en mer aktiv tilværelse, gi kontakt med andre mennesker og gi bedre trivsel og helse. Samtidig som det gir livskvalitet for den enkelte, har samfunnet behov for eldres innsats i en rekke sektorer hvor det er rekrutteringsutfordringer, og lengre deltakelse i yrkeslivet gjør at samfunnet kan dra veksler på verdifulle erfaringer og kunnskap som eldre yrkesaktive har opparbeidet gjennom et langt yrkesliv.

Eldre helsepersonell utgjør en betydelig ressurs, med omfattende og solid helsefaglig kompetanse og erfaring. Denne ressursen bør utnyttes bedre når eldre helsepersonell har mulighet og ønske om dette.

Det foreslås på denne bakgrunn at aldersgrensen for bortfall av helsepersonells autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning heves fra 75 til 80 år. Samtidig foreslås det at dagens ordning med adgang til å søke om lisens, eventuelt tilknyttet spesialistgodkjenning, for inntil ett år av gangen videreføres for personer over 80 år. Dette vil følge av forskrift om lisens for helsepersonell. Se utkast til endring i helsepersonelloven § 54 første og andre ledd og endring i helsepersonelloven § 48 andre ledd bokstav c).

I tillegg til dette foreslås det en presiserende tilføyelse for å klargjøre det som allerede følger av helsepersonelloven § 54 første ledd, at yrkestittel også kan benyttes etter bortfall av autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning på grunn av alder. Se utkast til endring i helsepersonelloven § 74 første ledd.

5.3 Overgangsordning for personer mellom 75 og 80 år

5.3.1 Forslag i høringsnotatet

Ved innføring av ny aldersgrense, vil helsepersonell som fyller 75 år etter at ny aldersgrense trer i kraft beholde sin autorisasjon eller lisens, eventuelt tilnyttet spesialistgodkjenning, frem til de fyller 80 år. Samtidig vil de som på dette tidspunktet er mellom 75 og 80 år, på grunn av dagens aldersgrense, ha mistet sin opprinnelige autorisasjon eller lisens, eventuelt tilnyttet spesialistgodkjenning.

I høringsnotatet foreslo departementet at det innføres en overgangsordning for de mellom 75 og 80 år, som hadde autorisasjon eller lisens, eventuelt tilnyttet spesialistgodkjenning, som bortfalt da de fylte 75 år. Begrunnelsen for forslaget var at departementet ikke kunne se at det er rettmessige

og gode grunner til at de som fyller 75 år før ny aldersgrense trer i kraft, skal stilles annerledes enn helsepersonell som fyller 75 år etter ikrafttreddelsen.

5.3.2 Høringsinstansenes syn

Eldre legers forening gir uttrykk for følgende:

«Den overgangsordning departementet skisserer i høringsnotatet (...) kan Eldre legers forening slutte seg til. Mange leger som nå nærmer seg 75 år eller som allerede har fylt 75 år og er uten lisens mv. vil verdsette å få en ny mulighet til å bruke sin kompetanse på en god måte.»

Helsedirektoratet, Norsk Psykologforening og Norges Ingeniør- og Teknologiorganisasjon støtter også eksplisitt overgangsordningen.

5.3.3 Departementets vurderinger og forslag

Det foreslås at de som er mellom 75 og 80 år når ny aldersgrense trer i kraft gebyrfritt kan gi melding om gjenerverv av autorisasjonen eller lisensen, samt eventuelt tilknyttet spesialistgodkjenning frem til de fyller 80 år. Meldingen skal sendes til Helsedirektoratet eller den det bemyndiger, jf. ordningen etter helsepersonelloven § 53. På samme måte som Helsedirektoratet har gitt Statens autorisasjonskontor for helsepersonell (SAK) i oppgave å behandle søknader om autorisasjon mv. kan Helsedirektoratet gi SAK i oppgave å motta og behandle meldingene om gjenerverv. SAK sørger deretter for at det blir registrert i Helsepersonellregisteret at den offentlige godkjenningen gjenerverves frem til melderens fylte 80 år.

Departementet ser at denne ordningen åpner for at personer som i en periode ikke har hatt offentlig godkjenning, og dermed ikke har hatt mulighet til å utføre pasientrettet virksomhet, får mulighet til å gjenoppta slik virksomhet ved kun å sende inn en enkel melding. Det ligger imidlertid i dagens autorisasjonsordning at helsepersonell under 75 år beholder sin autorisasjon uavhengig av om de er borte fra yrket i lengre perioder. Departementet legger til grunn at alle, uavhengig av alder, som vil gjenoppta pasientrettet virksomhet etter perioder med opphold, er forpliktet etter helsepersonelloven § 4 til å foreta en forsvarlighetsvurdering av egen kompetanse. Det vil bl.a. være relevant å vurdere konsekvensene av manglende kontinuitet med hensyn til pasientrettet virksomhet, behov for faglig oppdatering etc.

I unntakstilfeller antar departementet at SAK vil kunne sitte på informasjon som tilsier at melder ikke bør få gjenervervet sin offentlige godkjenning. For å sikre en forsvarlig håndtering dersom slikt unntakstilfelle skulle oppstå, foreslår departementet at helsepersonelloven § 53 andre, tredje og fjerde ledd skal gjelde tilsvarende. Dette medfører at dersom det foreligger omstendigheter som ville gi grunnlag for tilbakekall etter helsepersonelloven § 57, så kan SAK nekte melder gjenervert, jf. § 53 andre ledd. Likeledes kan SAK pålegge melder å underkaste seg undersø-

kelse etter helsepersonelloven § 60 hvis det er grunn til å tro at tilbakekallsgrunn foreligger, jf. § 53 fjerde ledd.

Vedtak om gjenervert og å nekte gjenervert vil være enkeltvedtak etter forvaltningsloven, jf. § 53 tredje ledd, som skal gjelde tilsvarende. Statens helsepersonellnemnd vil være klageorgan for et slikt vedtak, jf. § 68 andre ledd første punktum som også skal gjelde tilsvarende.

Se utkast til nytt tredje ledd i helsepersonelloven § 76.

6 Økonomiske og administrative konsekvenser

Forslaget medfører ikke økonomiske eller administrative konsekvenser av betydning.

Behandling av søknad om lisens forutsetter innbetaling av et behandlingsgebyr som dekker kostnadene ved å behandle søknadene. Behandlingsgebyret er fra 1. januar 2015 på kr 1665,-. Forslaget om flytting av aldersgrensen medfører således i seg selv ingen økonomiske konsekvenser for Statens autorisasjonskontor for helsepersonell (SAK).

Administrativt medfører forslaget at SAK ikke lenger må behandle søknader om lisens for personer mellom 75 og 80 år, samt at Statens helsepersonellnemnd ikke lenger må behandle klager på lisenser fra denne gruppen. SAK ga i årene 2010–2014 i snitt 152 lisenser til personer over 75 år, mens Statens helsepersonellnemnd de samme fem årene behandlet 24 klager på tildelt lisens fra denne gruppen (særlig klager på begrensninger av forskrivningsretten).

Den foreslåtte overgangsordningen for de som er mellom 75 og 80 år når ny aldersgrense innføres, se kapittel 5.3, vil imidlertid medføre at SAK i en periode gebyrfritt vil måtte ta i mot og behandle meldinger om ønske om gjennerverv av offentlige godkjenninger som bortfalt ved fylte 75 år. Det er vanskelig å forutsi hvor mange som vil sende inn en slik melding. Det antas imidlertid at den største andelen av meldingene vil bli sendt inn i den første perioden etter at endringen i alder er innført. Det antas videre at arbeidet, både med å forberede administreringen av ordningen og å behandle den enkelte melding og sørge for registrering i Helsepersonellregisteret, vil være begrenset. De økonomiske og administrative konsekvensene av dette antas derfor å bli svært begrensede.

7 Tekniske endringer i etterkant av vedtagelse av pasientjournalloven og helseregisterloven

I Prop. 72 L (2013–2014) Pasientjournalloven og helseregisterloven foreslo departementet å oppheve og erstatte lov 18. mai 2001 nr. 24 om helseregistre og behandling av helseopplysninger (helseregisterloven) med to nye lover: lov om behandling av helseopplysninger ved ytelse av helsehjelp (pasientjournalloven) og lov om helseregistre og behandling av helseopplysninger (helseregisterloven). Stortinget sluttet seg til departementets lovforslag, jf. Stortingets lovvedtak 75 (2013–2014) og 76 (2013–2014). Lovendringene ble satt i kraft 1. januar 2015.

I etterkant av vedtagelsen av lovene har departementet blitt kjent med enkelte inkurier av teknisk karakter i helseregisterloven og arkivloven. Forslagene i dette kapitlet retter opp inkuriene. Som følge av at dette kun er lovendringer av teknisk og begrepsmessig art, har det ikke vært gjennomført høring av forslagene.

7.1 Helseregisterloven

7.1.1 § 4 første ledd – geografisk virkeområde

Helseregisterloven gjelder for databehandlingsansvarlige som er etablert i Norge. Kongen kan i forskrift bestemme at loven helt eller delvis skal gjelde for Svalbard og Jan Mayen, og kan fastsette særlige regler om behandling av helseopplysninger *i forbindelse med helsehjelp* for disse områdene, jf. helseregisterloven § 4 første ledd. Det er en inkurie at denne formuleringen kom inn i helseregisterloven. Helseregisterloven gjelder ikke helsehjelp og bestemmelsen bør derfor omformuleres.

7.1.2 § 24 første ledd – rett til informasjon og innsyn

I helseregisterloven § 24 første ledd er det tatt inn en henvisning til personopplysningsloven §§ 18 flg. om rett til informasjon og innsyn. Meningen var å videreføre gjeldende rett. Personopplysningsloven § 18 fjerde ledd gjør unntak fra innsynsretten for personopplysninger som behandles for historiske, statistiske eller vitenskapelige formål. Etter helseregisterloven av 2001 var det innsynsrett også for slike registre. Departementet foreslår derfor at denne innsynsretten videreføres i helseregisterloven § 24 første ledd.

7.2 Arkivloven

7.2.1 § 9 bokstav d – kassasjon m.m.

Arkivloven § 9 har regler som forbyr sletting av registre eller deler av registre i offentlige virksomheter. Bestemmelsen sier at reglene om sletting etter nærmere fastsatte bestemmelser i helseregisterloven og personopplysningsloven skal gå foran arkivlovens regler.

Arkivloven § 9 bokstav c ble endret ved vedtagelsen av pasientjournalloven og helseregisterloven i 2014 ved at henvisningene til helseregisterloven av 2001 ble erstattet med henvisninger til de tilsvarende bestemmelsene i den nye helseregisterloven. Henvisningen til helseregisterloven fra 2001 i § 9 bokstav d ble imidlertid ikke endret på samme måte. Dette var en inkurie. Departementet foreslår at dette rettes ved at det i arkivloven § 9 bokstav d henvises til de tilsvarende bestemmelsene i den nye helseregisterloven.

8 Merknader til lovforslaget

Til helsepersonelloven § 74 første ledd annet punktum

Tilføyselen i annet punktum er kun ment å klargjøre og presisere det som allerede følger av helsepersonelloven § 54 første ledd, at yrkestittel også kan benyttes etter bortfall av autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning på grunn av alder.

Til helsepersonelloven § 76 nytt tredje ledd

Når aldersgrensen for bortfall av autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning heves fra 75 til 80 år, vil helsepersonell som fyller 75 år etter dette tidspunktet beholde sin autorisasjon, lisens, eller spesialistgodkjenning frem til de fyller 80 år. Samtidig vil de som på dette tidspunktet er mellom 75 og 80 år, på grunn av den tidligere aldersgrensen allerede ha mistet sin opprinnelige autorisasjon eller lisens, eventuelt tilnyttet spesialistgodkjenning.

§ 76 nytt tredje ledd er en overgangsordning for de som er mellom 75 og 80 år når ny aldersgrense trer i kraft.

Denne gruppen kan frem til de fyller 80 år gebyrfritt gi melding om gjennerverv av autorisasjonen eller lisensen, samt eventuelt tilknyttet spesialistgodkjenning.

Meldingen skal sendes til Helsedirektoratet eller den det bemyndiger, jf. ordningen etter helsepersonelloven § 53. Helsedirektoratet eller den det bemyndiger sørger deretter for at det blir

registrert i Helsepersonellregisteret at den offentlige godkjenningen gjennerverves frem til melderen fyller 80 år.

Dersom det i unntakstilfeller skulle foreligge omstendigheter som ville gi grunnlag for tilbakekall etter helsepersonelloven § 57, så kan Helsedirektoratet eller den det bemyndiger nekte melder gjennerverv, jf. § 53 andre ledd, som skal gjelde tilsvarende. Likeledes kan Helsedirektoratet eller den det bemyndiger pålegge melder å underkaste seg undersøkelse etter helsepersonelloven § 60, hvis det er grunn til å tro at tilbakekallsgrunn foreligger, jf. § 53 fjerde ledd, som skal gjelde tilsvarende.

Vedtak om gjennerverv og å nekte gjennerverv vil være enkeltvedtak etter forvaltningsloven, jf. § 53 tredje ledd, som skal gjelde tilsvarende. Statens helsepersonellnemnd vil være klageorgan for et slikt vedtak, jf. § 68 andre ledd første punktum som også skal gjelde tilsvarende.

Helse- og omsorgsdepartementet

t i l r å r :

At Deres Majestet godkjenner og skriver under et framlagt forslag til proposisjon til Stortinget om endringer i helsepersonelloven mv. (endring av aldersgrensen for bortfall av helsepersonells autorisasjon mv. fra 75 til 80 år).

Vi HARALD, Norges Konge,

s t a d f e s t e r :

Stortinget blir bedt om å gjøre vedtak til lov om endringer i helsepersonelloven mv. (endring av aldersgrensen for bortfall av helsepersonells autorisasjon mv. fra 75 til 80 år) i samsvar med et vedlagt forslag.

Forslag

til lov om endringer i helsepersonelloven mv. (endring av aldersgrensen for bortfall av helsepersonells autorisasjon mv. fra 75 til 80 år)

I

I lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell m.v. gjøres følgende endringer:

§ 48 andre ledd bokstav c skal lyde:
c) er under 80 år og

§ 54 skal lyde:

§ 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.

§ 74 første ledd skal lyde:

Bare den som har autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning har rett til å benytte slik yrkesbetegnelse som kjennetegner vedkommende gruppe helsepersonell. *Dette gjelder også for den som hadde autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning frem til bortfall på grunn av alder, jf. § 54 første ledd.*

§ 76 nytt tredje ledd skal lyde:

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 gjenerverv 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.

Nåværende tredje ledd blir fjerde ledd.

II

I lov 20. juni 2014 nr. 43 om helseregistre og behandling av helseopplysninger gjøres følgende endringer:

§ 4 første ledd andre punktum skal lyde:

Kongen kan i forskrift bestemme at loven helt eller delvis skal gjelde for Svalbard og Jan Mayen, og kan fastsette særlige regler om behandling av *helseopplysninger* for disse områdene.

§ 24 første ledd nytt andre punktum skal lyde:

Innsynsretten gjelder også der helseopplysningene behandles for historiske, statistiske eller vitenskapelige formål og behandlingen ikke får noen direkte betydning for den registrerte.

III

I lov 4. desember 1992 nr. 126 om arkiv skal § 9 bokstav d lyde:

d. rettast på ein slik måte at tidlegare urette eller ufullstendige opplysningar vert sletta, dersom desse har hatt noko å seia for saksførebuinga, vedtak eller anna som etter føremålet med denne lova bør kunna dokumenterast. Førsegner om sletting gjevne i medhald av § 27 tredje og femte leden og § 28 fjerde leden i personopplysningslova og §§ 8 til 11 og § 25 andre leden i helseregisterlova, gjeld likevel uinnskrenka.

IV

Loven gjelder fra den tid Kongen bestemmer.