Ny behörighetsreglering på hälso- och sjukvårdens område m.m.

Ur KB:s samlingar
Digitaliserad år 2015

KUNGL. BIBLIOTEKET
National Library of Sweden

SOU 1996:138

Ny behörighetsreglering på hälso- och sjukvårdens område m.m.

Betänkande av
1994 års behörighetskommité

SOU 1996:138

A: Ref KB
Occ SOU
82

Statens offentliga utredningar
1996:138
Socialdepartementet

Ny behörighetsreglering på hälso- och sjukvårdens område m.m.

Betänkande av 1994 års behörighetskommitté
Stockholm 1996

SOU och Ds kan köpas från Fritzes kundtjänst. För remissutsändningar av SOU och Ds svarar Fritzes, Offentliga Publikationer, på uppdrag av Regeringskansliets förvaltningskontor.

Beställningsadress: Fritzes kundtjänst
106 47 Stockholm
Fax: 08-20 50 21
Telefon: 08-690 91 90

Svara på remiss. Hur och Varför. Statsrådsberedningen, 1993.
- En liten broschyr som underlättar arbetet för den som skall svara på remiss.

Broschyren kan beställas hos:
Regeringskansliets förvaltningskontor
Distributionscentralen
103 33 Stockholm
Fax: 08–405 10 10
Telefon: 08–405 10 25

Graphic Systems AB, Malmö 1996

ISBN 91-38-20380-4
ISSN 0375-250X

Till statsrådet och chefen för Socialdepartementet

Regeringen beslutade den 13 januari 1994 att tillsätta en parlamentarisk kommitté med uppgift att göra en samlad översyn av principerna för legitimation och behörighet och mot bakgrund av översynen lämna förslag bl.a. i frågor om legitimation och behörighetsföreskrifter för olika yrkesgrupper inom hälso- och sjukvården och närliggande områden.

Till ordförande i kommittén förordnades fr.o.m. den 1 juni 1994 regeringsrådet Ulla Wadell. Till ledamöter i kommittén förordnades fr.o.m. den 1 augusti 1994 riksdagsledamoten Ingrid Andersson (s), riksdagsledamoten Maud Ekendahl (m), leg. sjuksköterskan Anna Kokk (kd), landstingsrådet Johnny Nilsson (s), f.d. riksdagsledamoten Ulla Orring (fp) och numera landstingsrådet Britt Pagard (c). Till ledamöter förordnades också den 21 april 1995 riksdagsledamoten Carina Moberg (s) och den 9 maj 1995 kuratorn Birgitta Andersson (v).

Att som sakkunniga delta i kommitténs arbete förordnades fr.o.m. den 1 augusti 1994 departementssekreteraren i Utbildningsdepartementet Karin Odencrants och departementsrådet i Socialdepartementet Helena Starup.

Att som experter biträda kommittén förordnades den 23 juni 1994 enhetschefen Marianne Boivie (Landstingsförbundet), ombudsmannen Monica Bäckman (LO), docenten Bo Hjern (SACO), utredaren Carin Lyckéus (TCO), förbundssekreteraren Alwa Nilsson (Svenska kommunförbundet), medicinalrådet Lennart Rinder (Socialstyrelsen) och generaldirektören Anita Werner (Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd).

Till sekreterare i kommittén förordnades fr.o.m den 1 juni 1994 numera rådmännen Leif Persson och Eva Wendel.

Kommittén har antagit namnet 1994 års behörighetskommitté.

Vi får härmed överlämna vårt betänkande Ny behörighetsreglering på hälso- och sjukvårdens område m.m. (SOU 1996:138).

Kommitténs arbete är härmed slutfört.

Stockholm i september 1996

Ulla Wadell

Birgitta Andersson *Ingrid Andersson* *Maud Ekendahl*

Anna Kokk *Carina Moberg* *Johnny Nilsson*

Ulla Orring *Britt Pagard*

/Leif Persson

Eva Wendel

Innehåll

Sammanfattning 13

Summary 29

Författningsförslag 45

I *Bakgrund*

1 *Inledning* 63
1.1 Kommitténs uppdrag 63
1.2 Arbetets uppläggning 63
1.3 Betänkandets disposition 65

2 *Nuvarande lagstiftning* 67
2.1 Inledning 67
2.2 Allmänt om hälso- och sjukvårdslagstiftningen 68
2.2.1 Inledning 68
2.2.2 Hälso- och sjukvårdens mål 68
2.2.3 Allmänt om kraven på den offentliga hälso- och sjukvårdens verksamhet 69
2.2.4 Allmänt om kraven på den enskilda hälso- och sjukvårdens verksamhet 70
2.2.5 Allmänt om kraven på hälso- och sjukvårdspersonalen 71
2.2.6 Offentlig tillsyn 72
2.3 1984 års behörighetslag 74
2.3.1 Inledning 74
2.3.2 De enskilda bestämmelserna 75
2.4 Åliggandelagen 78
2.4.1 Bakgrund 78
2.4.2 Begreppet hälso- och sjukvårdspersonal 79
2.4.3 Allmänna åligganden 81
2.4.4 Tystnadsplikt m.m. 82
2.4.5 Tillsyn m.m. 83

2.5 Disciplinpåföljdslagen 84
2.5.1 Bakgrund 84
2.5.2 Disciplinpåföljd 84
2.5.3 Återkallelse av legitimation m.m. 85
2.5.4 Inskränkningar i förskrivningsrätten 86
2.5.5 Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd 87
2.5.6 Överklagande m.m. 87
2.6 Kvacksalverilagen 89
2.7 Socialstyrelsens tillsyn samt handläggning av legitimationsärenden 92
2.7.1 Inledning 92
2.7.2 Handläggning av legitimationsärenden 92
2.7.3 Gemensamt för alla legitimationsgrupper 93
2.7.4 Yrkesgrupper med särskilda legitimationskrav . . 93
2.7.5 Handläggning av ärenden rörande personal med utländsk utbildning 95
2.7.6 Handläggning av ärenden om specialistkompetens 97
2.7.7 Förordnande av icke legitimerade läkare 99
2.7.8 Förordnande av icke legitimerade tandläkare . . 100
2.7.9 Förordnande av icke legitimerade sjuksköterskor 100
2.7.10 Förskrivningsrätt för barnmorskor och distriktssköterskor 101
2.7.11 Intyg om behörighet med anledning av EES-avtalet m.m. 101
2.8 Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnds verksamhet . . . 102
2.8.1 Inledning 102
2.8.2 Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnds tillkomst och uppgifter 102
2.9 Statistiska uppgifter 107

3 *Regleringar i andra länder* 109
3.1 Inledning 109
3.2 Finland 110
3.2.1 Lag om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården 110
3.2.2 Annan finsk lagstiftning om yrkesutövningen inom hälso- och sjukvården m.m. 115
3.3 Norge 117
3.3.1 Allmänt om behörighets- och legitimationslagstiftning 117
3.3.2 Närmare om lagstiftningen om utövning av olika yrken 120

3.3.3 Annan norsk lagstiftning om yrkesutövningen inom hälso- och sjukvården m.m. 121
3.3.4 Förslag till ny lov om helsepersonell 122
3.4 Övriga nordiska länder 123
3.4.1 Danmark 123
3.4.2 Island 124
3.5 Regleringar rörande hälso- och sjukvårdspersonal inom vissa EU-länder 124
3.5.1 Nederländerna 124
3.5.2 Storbritannien 127
3.5.3 Tyskland 128

4 *Internationella överenskommelser* 129
4.1 Den nordiska överenskommelsen om en gemensam arbetsmarknad för viss hälso- och sjukvårdspersonal . . 129
4.1.1 Inledning 129
4.1.2 Bakgrund 129
4.1.3 1993 års nordiska överenskommelse 130
4.2 Den europeiska unionen (EU) 133
4.2.1 Inledning 133
4.2.2 Den gemensamma arbetsmarknaden 133
4.3 EG-direktiv 135
4.3.1 Inledning 135
4.3.2 De speciella direktiven (sektorsdirektiven) . . . 135
4.3.3 Det generella direktiven om ömsesidigt godkännande av kompetensbevis 142
4.3.4 Införlivandet av EG-direktiven m.m. i svensk rätt 150

5 *Redovisning av olika yrkesgruppers framställningar till kommittén m.m.* 155
5.1 Inledning 155
5.2 Redovisning av olika yrkesgrupper m.m. 158

II *Kommitténs överväganden och förslag*

6 *Utbildningsfrågor m.m.* 205
Sammanfattning 205
6.1 Inledning 206
6.2 Avregleringen av högskolan 207
6.2.1 Tidigare högskolereformer. En kort bakgrund . 207
6.2.2 1993 års högskolereform 208
6.3 De medellånga vårdutbildningarna 210

6.2.2 1993 års högskolereform ... 208
6.3 De medellånga vårdutbildningarna ... 210
6.3.1 Utbildningen vid vårdhögskolorna ... 210
6.3.2 Uttalanden och utredningar om de medellånga vårdutbildningarna ... 211
6.4 Kommitténs överväganden ... 214
6.4.1 Ingen förlängning av utbildningarna ... 214
6.4.2 Reglering av utbildningar ... 216
6.5 Sjuksköterskeutbildningen ... 219
6.5.1 Inledning ... 219
6.5.2 Tidigare sjuksköterske- och barnmorskeutbildningar ... 220
6.5.3 Nuvarande sjuksköterske- och barnmorskeutbildningar ... 221
6.5.4 Reglering av kompetenskrav m.m. ... 224
6.5.5 Tidigare uttalanden om en reglering av sjuksköterskornas vidareutbildningar/specialistkompetens ... 229
6.5.6 Framställningar till kommittén ... 231
6.5.7 Kommitténs överväganden ... 231
6.5.8 Särskilt om röntgensjuksköterskorna ... 237
6.6 Prövning av lämplighet för yrken inom hälso- och sjukvården ... 240
6.6.1 Inledning ... 240
6.6.2 Prövning i samband med ansökan om legitimation ... 240
6.6.3 Prövning av hälso- och sjukvårdspersonal ... 242
6.6.4 Prövning i samband med studier ... 243
6.6.5 Tidigare förslag ... 244
6.6.6 Kommitténs överväganden ... 247

7 *Grundlagsskydd av närings- och yrkesfriheten* ... 249
Sammanfattning ... 249
7.1 Bakgrund ... 250
7.2 Allmänt om normgivningsmakten ... 250
7.2.1 Inledning ... 250
7.2.2 De grundläggande fri- och rättigheterna ... 252
7.2.3 Närmare om fördelningen av normgivningsmakten ... 253
7.2.4 Giltigheten av äldre författninar ... 254
7.3 Det nya grundlagsskyddet av närings- och yrkesfriheten ... 256
7.4 Kommitténs slutsatser ... 258
7.5 Europakonventionens införlivande med svensk rätt ... 260

8 *Utgångspunkter för behörighetsregleringen inom hälso- och sjukvården* 265
Sammanfattning 265
8.1 Mål och medel för hälso- och sjukvårdens verksamhet 266
8.2 Grundläggande principer för behörighetsregleringen . . 269
8.3 Närmare om nuvarande behörighetsreglering 273
8.3.1 Översiktligt om legitimationsreglerna m.m. . . . 273
8.3.2 Ensamrätt till yrket 278
8.3.3 Ensamrätt till yrkestiteln och yrkesbeteckningen 281
8.3.4 Något om gränsdragningen mellan åliggandelagen och kvacksalverilagen 287

9 *Principer för den framtida behörighetsregleringen inom hälso- och sjukvården* 291
Sammanfattning 291
9.1 Inledning 292
9.2 Legitimationens huvudfunktioner i dag och i framtiden 293
9.3 Legitimationsgrundande kriterier 296
9.4 Skydd av yrkestitlar 301
9.5 Kompletterande regleringar 304
9.5.1 Inledning 304
9.5.2 Utvidgning av begreppet hälso- och sjukvårdspersonal 305
9.5.3 Krav på särskild behörighet för anställning inom offentlig hälso- och sjukvård 309
9.5.4 Certifiering 310
9.5.5 Reglering av alternativmedicinsk verksamhet . . 315
9.5.6 Diskussion kring nya kompletterande regleringar 317
9.5.7 Kommitténs förslag om skyddade yrkestitlar . . 320
9.5.8 Egenkontroll och självreglering 324
9.6 Behovet av en fast övre åldersgräns 325

10 *Behörighetsreglering för vissa yrkesgrupper m.m.* 333
Sammanfattning 333
10.1 Inledning 333
10.2 Förslag om legitimation 334
10.2.1 Arbetsterapeuter 334
10.2.2 Farmaceuter (apotekare och receptarier) 335
10.2.3 Sjukhusfysiker 336
10.3 Förslag om skyddad yrkestitel 346

10.3.1 Audionomer 346
10.3.2 Biomedicinska analytiker 347
10.3.3 Dietister 348
10.3.4 Ortopedingenjörer 349
10.4 Diskussioner kring några andra yrkesgrupper 350
10.4.1 Medicintekniska ingenjörer och perfusionister 350
10.4.2 Sjukhuskuratorer 351
10.4.3 Undersköterskor 352
10.4.4 Medicinsk fotvård 352

11 *Manuella behandlingsmetoder - kiropraktorer, naprapater och osteopater* 357
Sammanfattning 357
11.1 Inledning 357
11.2 Kiropraktorer 358
11.3 Naprapater 369
11.4 Osteopater 376
11.5 Kommitténs överväganden 378

12 *Psykologer och psykoterapeuter* 385
Sammanfattning 385
12.1 Inledning 385
12.2 Psykologer 386
12.2.1 Inledning 386
12.2.2 Utbildning och reglering av yrket 386
12.2.3 Framställningar till kommittén 388
12.2.4 Kommitténs ställningstaganden 390
12.3 Psykoterapeuter 393
12.3.1 Inledning 393
12.3.2 Utbildning 394
12.3.3 Reglering av yrket 395
12.3.4 Framställningar till kommittén 398
12.3.5 Kommitténs ställningataganden 400

13 *Begränsningar i rätten att vidta vissa hälso- och sjukvårdande åtgärder* 403
Sammanfattning 403
13.1 Inledning 403
13.2 Alternativmedicinkommitténs förslag till lag om alternativmedicinsk verksamhet 404
13.3 Kritiken mot Alternativmedicinkommitténs förslag . . . 408
13.4 Vårt förslag 409
13.4.1 Inledning 409

13.4.2 Behovet av lagstiftning som skydd för patienterna ... 411
13.4.3 Lagform ... 412
13.4.4 Precisering av det förbjudna området ... 412
13.4.5 Undantagna behandlingsmetoder och sjukdomar ... 414
13.4.6 Behandling av barn ... 420
13.4.7 Straffbestämmelser ... 427
13.4.8 Förbud och vitesföreläggande ... 427

14 *Förslag till ny lag om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område* ... 431
Sammanfattning ... 431
14.1 Utgångspunkter ... 431
14.2 Bakgrunden till åliggandelagens och disciplinpåföljdslagens tillkomst ... 434
14.3 Kommitténs förslag ... 437
14.3.1 Principiella överväganden ... 437
14.3.2 Lagstiftningens närmare utformning ... 439

15 *Behörighetsfrågor inom socialtjänsten* ... 441
Sammanfattning ... 441
15.1 Inledning ... 441
15.2 Allmänna regleringar inom socialtjänsten ... 442
15.3 Socialtjänstkommittén ... 444
15.4 Verksamhetsområden inom socialtjänsten ... 445
15.4.1 Individ- och familjeomsorg ... 445
15.4.2 Åtgärder mot missbruk ... 446
15.4.3 Äldre- och handikappomsorg ... 447
15.5 Yrkeskategorier verksamma inom socialtjänsten ... 447
15.6 Finland ... 449
15.7 Framställningar till kommittén ... 450
15.8 Kommitténs överväganden ... 451

16 *Mervärdesskatt på sjukvård, tandvård och social omsorg* ... 455
Sammanfattning ... 455
16.1 Inledning ... 456
16.2 Regler om mervärdesskatt på sjukvård m.m. ... 458
16.2.1 Bakgrund ... 458
16.2.2 Nuvarande reglering ... 460
16.2.3 Sjätte mervärdesskattedirektivet ... 467
16.3 Mervärdesskatt på alternativa behandlingsformer, kiropraktik m.m. ... 469

16.3.1 Alternativa behandlingsformer 469
16.3.2 Medicinsk betingad fotvård 471
16.3.3 Kiropratorer och naprapater 472
16.4 Kommitténs ställningstaganden 472
16.4.1 Bakgrund 472
16.4.2 Allmänna förutsättningar för undantag från skatteplikt för sjukvård 473
16.4.3 Övervägande och förslag 474

17 *Ekonomiska konsekvenser av kommitténs förslag* 487
17.1 Inledning 487
17.2 Genomgång av kommitténs förslag 487

18 *Generella kommittédirektiv* 491
18.1 Inledning 491
18.2 De olika direktiven 491

19 *Författningskommentar* 497
19.1 Förslag till lag (1997:000) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område 497
19.2 Förslag till lag (1997:000) om ändring i Mervärdesskattelagen (1994:200) 515

Reservation och särskilda yttranden 517

Bilaga

Kommitténs direktiv 525

Sammanfattning

Kommitténs uppdrag

Kommitténs främsta uppgift har varit att göra en samlad översyn av principerna för legitimation och behörighet och mot bakgrund av översynen lämna förslag bl.a. i fråga om legitimation och behörighetsföreskrifter för olika yrkesgrupper inom hälso- och sjukvården och närliggande områden. Översynen har även omfattat den s.k. kvacksalverilagen.

Enligt direktiven som fogas till betänkandet som bilaga har det också varit kommitténs uppgift att under utredningsarbetet fästa särskild vikt vid konsekvenserna av dels Sveriges närmande till EU, dels den avreglering av vissa vårdutbildningar som skett genom högskolereformen och dels de ökade möjligheterna till privat verksamhet, som öppnar sig för olika yrkesgrupper inom hälso- och sjukvården.

Kommittén har därutöver haft i uppgift att studera flera andra frågor med anknytning till främst behörighetsregleringen. Dessa frågor kommenteras nedan under särskilda rubriker.

Nuvarande regleringar

De grundläggande målen för hälso- och sjukvården i Sverige finns i *hälso- och sjukvårdslagen*. Där anges bl.a. att hälso- och sjukvården skall bedrivas så att den uppfyller kraven på en god vård. Med god vård menas bl.a att vården skall vara av god kvalitet och tillgodose patientens behov av trygghet i vården och behandlingen.

För att uppnå målet om en god vård ställer samhället olika krav på hälso- och sjukvården. Det gäller såväl krav på hälso- och sjukvårdens organisation och utformning - dess verksamhet - som på hälso- och sjukvårdspersonalens kompetens. För detta ändamål använder samhället flera styrmedel.

En grundläggande förutsättning för att den offentliga hälso- och sjukvården skall kunna erbjuda en god vård är givetvis att den har en tillräcklig *ekonomisk ram* att arbeta inom. Huvuddelen av hälso- och sjukvården i Sverige sker i dag i offentlig regi och finansieras av det

allmänna, främst genom den landstingskommunala beskattningen. Utöver dessa direkta ekonomiska styrmedel ger samhället emellertid också ekonomiskt stöd på andra sätt för att uppnå målen. Det gäller t.ex. genom finansiering av *utbildning* av hälso- och sjukvårdspersonal, *forskning* och olika former av *myndighetsverksamhet*.

Lagstiftning är ett annat viktigt styrmedel. Lagstiftningen används på flera sätt. Målen för hälso- och sjukvården anges som nyss nämnts i hälso- och sjukvårdslagen. Såväl utbildningen av personal inom hälso- och sjukvården som rätten att utöva olika yrken som har anknytning till vården regleras på olika sätt genom lagstiftning.

Med god vård menas som nyss angavs bl.a. att vården skall vara av god kvalitet och tillgodose patientens behov av trygghet i vården och behandlingen. Med det menas att vården skall hålla en god personell och materiell standard, med andra ord, bedrivas av en personal med adekvat utbildning och med behövlig teknisk utrustning i ändamålsenliga lokaler. För att uppnå detta mål ställer samhället bl.a. vissa krav på hälso- och sjukvårdspersonalens utbildning. Samhället anger således de övergripande målen för utbildningarna i bl.a. *högskolelagen*. Samhället anger därutöver också förutsättningarna för anställning inom vissa yrken inom den offentliga hälso- och sjukvården. Även detta styrmedel regleras i författningsform.

Utöver dessa krav på själva utbildningen och förutsättningarna för anställning inom den offentliga vården har samhället i lagstiftning angett vilka åligganden som åvilar personalen samt vilka disciplinpåföljder som kan meddelas om personalen bryter mot sina åligganden, Detta sker i *åliggandelagen* och *disciplinpåföljdslagen*. Kontroll av personalens kompetens och arbete sker självfallet också i stor utsträckning genom arbetsgivarnas försorg.

Från den 1 januari 1997 gäller en ny tillsynslag (1996:786) med enhetliga bestämmelser för tillsynen över såväl offentlig som enskild hälso- och sjukvård. Tillsynen över verksamheten sker främst genom Socialstyrelsen.

Etableringsrätten inom privat verksamhet är i viss mån begränsad genom olika regleringar. Det gäller i första hand för läkare, tandläkare och sjukgymnaster.

I syfte att garantera en viss kunskapsnivå och sådana personliga egenskaper hos yrkesutövaren att denne är förtjänt av allmänhetens och myndigheternas förtroende har samhället, utöver nyss angiven lagstiftning, särskilt reglerat behörigheten att utöva yrken inom hälso- och sjukvården. Denna reglering sker främst i *behörighetslagen*.

Det viktigaste kompetensbeviset inom hälso- och sjukvården är *legitimationen*. Det förhållandet att legitimationen vid behov kan dras in har i detta sammanhang en central betydelse. Dessutom fyller legitimationen ett väsentligt informationsbehov dels gentemot

allmänheten, som behöver en lättfattlig "varudeklaration" av olika yrkesutövares kvalifikationer, dels gentemot statliga och kommunala myndigheter som måste kunna lita på yrkesutövarna t.ex. i fråga om recept och intyg och dels gentemot sjukvårdshuvudmännen för att undvika att personer anställs som visar sig vara olämpliga för yrket.

Legitimation förbehålls i dag sådana grupper av yrkesutövare som har en yrkesfunktion med kvalificerade arbetsuppgifter och ett särskilt ansvar för patienternas säkerhet i vården. Det förhållandet att en yrkesgrupp i inte oväsentlig utsträckning vänder sig direkt till allmänheten t.ex. i egenskap av fria yrkesutövare, tillmäts särskild betydelse. Hittills har också restriktivitet iakttagits att meddela legitimation för yrkesgrupper där flertalet yrkesutövare är anställda av de offentliga vårdgivarna.

Utöver legitimationen har vissa legitimerade yrkesgrupper *ensamrätt till yrket* och i vissa fall ett särskilt *skydd för yrkestitlar*. En förutsättning för att en yrkesutövare skall stå under samhällets tillsyn och kunna åläggas disciplinpåföljder är att han eller hon är *hälso- och sjukvårdspersonal*. Legitimerade yrkesutövare, de som biträder dessa yrkesutövare samt personal inom den offentliga hälso- och sjukvården omfattas främst av detta begrepp.

För yrkesutövare som inte omfattas av begreppet hälso- och sjukvårdspersonal men som ändå mot ersättning utövar hälso- och sjukvårdande verksamhet finns bl.a. förbud mot att behandla vissa sjukdomar och att använda vissa behandlingsmetoder i *kvacksalverilagen*.

Utbildningsfrågor

En modern hälso- och sjukvård kan inte fungera utan en välutbildad och i övrigt kompetent personal som utför sina arbetsuppgifter sakkunnigt och omsorgsfullt. Utbildningsfrågorna har därför stor betydelse vid utformningen av behörighetsregler för hälso- och sjukvården och andra närliggande områden. Om den fria arbetsmarknaden inom EU skall bli en realitet för svenska yrkesutövare måste också svenska utbildningar vara konkurrenskraftiga och uppfylla de krav som ställs i bl.a. EG-direktiv.

En genomgång av de yrkesgrupper inom hälso- och sjukvården som regleras i EG:s sektorsdirektiv har visat att de aktuella utbildningarna numera har den längd som föreskrivs i direktiven.

I kommitténs uppdrag har ingått att beakta vissa frågor angående de s.k. medellånga vårdutbildningarna. Kommittén har kunnat konstatera att dessa utbildningar numera förlängts, i huvudsak till tre år. Kommittén föreslår inga ytterligare förlängningar av dessa utbildningar.

Den högskolereform som genomfördes den 1 juli 1993 innebär bl.a. att utbildningsanstalterna numera bestämmer innehållet i många utbildningar som tidigare reglerades centralt. Till kommittén har framförts att avsaknaden av en samlad reglering av utbildningen i en del fall haft vissa negativa konsekvenser. Genom att det inte finns någon central reglering med minimikrav eller riktlinjer för hur en utbildning skall se ut kan utbildningslängd och -standard ibland komma att variera på ett otillfredsställande sätt. Det finns inte heller någon garanti för att en utbildning över huvud taget kommer att finnas kvar. Både arbetsgivare och patienter får svårigheter att avgöra vilken kompetens en yrkesutövare besitter.

Samtidigt kan variationer inom utbildningsväsendet vara av godo. Den snabba och ständigt pågående utvecklingen inom sjukvården skapar behov av nya utbildningar och förändringar i befintliga utbildningar. Utbildningsanstalterna måste i viss mån kunna anpassa sig till efterfrågan. Detta hindrar inte att det i många sammanhang bl.a. med hänsyn till patientsäkerheten ter sig angeläget med en viss samordning av de mål eller minimikrav som bör gälla för en utbildning.

När en yrkesgrupp kommit att omfattas av legitimationsbestämmelserna har detta, med undantag för naprapater och kiropraktorer, föranlett en reglering av utbildningen. Om det stora problemet ur kompetens- och behörighetssynpunkt inom ett yrkesområde är avsaknaden av en reglerad utbildning är det enligt kommitténs uppfattning inte rimligt att gå omvägen om en legitimation för att komma till rätta med problemet. I stället ter det sig naturligt att i första hand överväga en reglering av den ifrågavarande utbildningen.

Kommittén föreslår att utbildningarna för audionomer, biomedicinska analytiker, dietister, ortopedingenjörer och sjukhusfysiker regleras genom införandet av nya yrkesexamina i högskoleförordningen.

Utöver goda kunskaper inom relevanta ämnesområden är det också av stor betydelse att yrkesutövare inom hälso- och sjukvården besitter sådana egenskaper att de kan anses lämpliga för sitt yrke. Kommittén lämnar inga förslag till förändringar beträffande prövningen av den personliga lämpligheten, men betonar starkt vikten av att en sådan prövning kommer till stånd i ett så tidigt skede som möjligt.

Särskilt om sjuksköterskeutbildningen

Den tidigare sjuksköterskeutbildningen innebar att de studerande valde en särskild inriktning/specialitet redan under grundutbildningen. Dessutom fanns vidareutbildningar som var centralt reglerade. År 1993 infördes en ny sjuksköterskeutbildning som innebar en harmonisering med de direktiv för sjuksköterskor som finns inom EU. Den

nya utbildningen är en treårig generalistutbildning i allmän hälso- och sjukvård. Någon specialisering sker således inte längre under grundutbildningen. De vidareutbildningar som finns saknar, med undantag av barnmorskeutbildningen, central reglering. Varje utbildningsanstalt bestämmer därmed själv vidareutbildningarnas längd och innehåll.

En mycket stor andel av antalet sjuksköterskeetjänster i landet upprätthålls av vidareutbildade sjuksköterskor. Specialiserat kunnande är en nödvändighet i hälso- och sjukvårdsarbetet och en förutsättning för fortsatt höjning av vårdkvalitén. Det är således angeläget att sjuksköterskorna får tillgång till erforderliga vidareutbildningar och att dessa är av god kvalitet.

Socialstyrelsen har utfärdat nya allmänna råd med kompetenskrav för tjänstgöring som sjuksköterska och barnmorska. Inom sjukvården finns enligt vad kommittén erfarit en stor oro för att de nya generalistsjuksköterskorna inte skall ha erforderlig kompetens för tjänstgöring inom särskilda specialiteter inom sjukvården. Kommittén har också uppfattningen att det erfordras en fastare reglering än allmänna råd från Socialstyrelsen för att garantera en hög kompetens hos framtidens sjuksköterskor.

Kommittén anser att den nya förlängda grundutbildningen bör innehålla en grund inom samtliga centrala specialistområden. För att garantera att det i framtiden kommer att finnas vidareutbildningar av erforderlig kvalitet och längd inom centrala områden bör enligt kommitténs uppfattning vissa vidareutbildningar för sjuksköterskor regleras. Kommittén föreslår att nio olika vidareutbildningar/specialiteter skall regleras. De sjuksköterskor som genomgått en reglerad vidareutbildning bör ges rätt att göra ett tillägg till sin yrkesbeteckning. Även tillägget bör, liksom yrkesbeteckningen legitimerad sjuksköterska, vara skyddat.

Barnmorskorna bör även fortsättningsvis kunna erhålla särskild legitimation som barnmorska.

För röntgensjuksköterskorna föreslås en treårig direktutbildning som leder till legitimation som röntgensjuksköterska.

Grundlagsskydd av närings- och yrkesfriheten

I kommitténs direktiv anges att konsekvenserna av den nya grundlagsregeln till skydd för närings- och yrkesfriheten samt inkorporeringen av Europakonventionen för de mänskliga rättigheterna i svensk lagstiftning bör genomlysas närmare för behörigheten inom hälso- och sjukvården m.m.

Kommittén konstaterar att behörighetsregleringar inom hälso- och sjukvården medför begränsningar i möjligheterna att utöva vissa yrken

och därigenom utgör begränsningar i närings- och yrkesfriheten. Enligt den nya grundlagsbestämmelsen får inskränkningar göras i närings- och yrkesfriheten endast för att tillgodose angelägna allmänna intressen och aldrig i syfte enbart att ekonomiskt gynna vissa personer eller företag.

Motivet för att införa begränsningar i närings- och yrkesfriheten inom hälso- och sjukvården har främst varit att skydda patienternas säkerhet i vården. Detta skydd har hittills ansetts vara ett angeläget allmänt intresse. Införandet av den nya grundlagsregeln är inte tänkt att ändra det förhållandet och regeln hindrar inte införandet av sådana begränsningar.

Kommittén konstaterar vidare att gällande normgivningsregler skall tillämpas även på den nya grundlagsregeln. Till följd härav skall begränsningar i närings- och yrkesfriheten som huvudregel meddelas genom lag men såväl regering som förvaltningsmyndighet har möjlighet att meddela föreskrifter på området i den omfattning som riksdagen anger i lag.

Inkorporeringen av Europakonventionen i svensk lagstiftning berör bl.a. frågor om rätten till domstolsprövning. Kommittén konstaterar att enligt svensk lagstiftning finns möjlighet till domstolsprövning såväl när det gäller fråga om att erhålla legitimation eller annan behörighet som vid återkallelse av sådan behörighet.

Framtida behörighetsreglering

Den nuvarande behörighetsregleringen används främst för att uppnå de samhälleliga målen om att hälso- och sjukvården skall vara av god kvalitet och tillgodose patientens behov av trygghet i vården och behandlingen dvs. för att upprätthålla en hög patientsäkerhet.

Kommittén konstaterar att det inte finns några sakliga skäl att frångå de principer som dagens behörighetsreglering bygger på. Det innebär att de nuvarande bedömningsgrunderna i huvudsak bör finnas kvar. Kommittén anser dessutom att eftersom omsorgen om patientens säkerhet i vården utgör det grundläggande skälet för en behörighetsreglering måste varje förändring eller utvidgning av bestämmelserna ha patientens berättigade krav på säkerhet som ledstjärna. Samtidigt understryker kommittén att behörighetsreglering endast är ett styrmedel eller instrument som staten förfogar över för att kontrollera att yrkesutövare inom hälso- och sjukvården har den nödvändiga kompetens som behövs för att upprätthålla en hög patientsäkerhet. Kompetenskontroll under utbildningen och återkommande kontroller och kvalitetssäkring av arbetsgivaren är exempel på andra viktiga instrument.

Kommittén konstaterar också att det under senare år har skett flera viktiga förändringar som berör hälso- och sjukvården. Det gäller avregleringen av vissa vårdutbildningar inom högskolan, nya organisationsformer inom den offentliga vården, en ökad etablering av yrkesgrupper inom den privata vården samt Sveriges medlemskap i EU. Härtill kommer införandet av en ny mer samlad tillsynslagstiftning. De nya omständigheterna ökar behovet av en tydlig och utvecklad behörighetsreglering och har dessutom gjort att skälen för att i behörighetsregleringen i något väsentligt avseende skilja på offentlig och privat anställd vårdpersonal har minskat i betydelse.

Med detta som utgångspunkt har kommittén försökt precisera och utveckla vad som bör krävas för att ett yrke skall få omfattas av en särskild legitimation. De kriterier som bör väga tyngst vid bedömningen har kommittén delat in i tre kategorier; yrkesrollens innehåll, utbildningsnivå och internationella förhållanden. Frågan om yrkesrollens innehåll gäller bl.a. bredden och självständigheten i yrkesrollen, det direkta patientansvaret och risknivån vid felbehandling.

Kommittén föreslår att fyra nya yrkeskategorier skall omfattas av bestämmelserna om *legitimation*: Apotekare och receptarier (farmaceuter) samt arbetsterapeuter och sjukhusfysiker. Apotekare och receptarier föreslås erhålla ensamrätt till yrket genom legitimationen i stället för som i dag genom examensbeviset. Härutöver föreslår kommittén, som tidigare angetts, att röntgensjuksköterskor kan erhålla en särskild legitimation.

Som ett komplement till legitimationen föreslår kommittén att de yrkesgrupper som i dag kan erhålla legitimation också i samband därmed som huvudregel får ett *skydd för yrkestiteln*. Kommittén anser att skyddet för yrkestiteln inte som för närvarande skall förbehållas de fem yrkesgrupperna barnmorskor, läkare, psykologer, psykoterapeuter och tandläkare. Den nuvarande ordningen medför att det är möjligt att kalla sig t.ex. sjuksköterska eller sjukgymnast utan att ha utbildning eller legitimation för yrket bara man inte kombinerar denna yrkestitel med uttrycket legitimerad. Man kan med fog påstå att allmänheten/-patienterna utgår från att den som har yrkestiteln sjukgymnast eller sjuksköterska också har legitimation för yrket. Att så i verkligheten inte med nödvändighet behöver vara fallet torde kunna uppfattas som en brist i lagstiftningen.

Enligt kommitténs uppfattning bör således de yrkesgrupper som omfattas av legitimationsreglerna också som huvudregel ha ensamrätt till yrkestiteln och inte enbart skydd för beteckningen legitimerad i kombination med yrkestiteln. En sådan reglering skulle generellt sett stärka patientsäkerheten och göra behörighetsregleringen enhetligare och tydligare.

Kommittén anser att legitimerade kiropraktorer, naprapater och optiker tills vidare bör undantas från detta titelskydd. På sikt bör dock samtliga yrken som är legitimationsgrundande också ha skyddad yrkestitel.

Bland de yrken som enligt kommitténs förslag inte kommer att omfattas av legitimationsbestämmelserna finns yrkesverksamheter som i och för sig innebär risker från patientsynpunkt och där yrkesutövaren har en mer eller mindre självständig yrkesroll. I många fall verkar yrkesutövarna också utanför den offentliga hälso- och sjukvården.

Kommittén har med anledning härav diskuterat tre system som komplement till bestämmelserna om legitimation och därvid valt att föreslå en reglering i form av särskilt skyddade yrkestitlar.

Rätten till en sådan *skyddad yrkestitel* knyts inte till legitimationen utan till ett visst examens- eller kompetensbevis. Regleringen innebär inte någon exklusiv rätt att utöva yrket. Yrkesutövare med skyddad yrkestitel räknas som hälso- och sjukvårdspersonal när de i sin verksamhet inom hälso- och sjukvården använder den skyddade yrkestiteln och står därmed under samhällets tillsyn.

Kommittén föreslår att audionomer, biomedicinska analytiker, dietister och ortopedingenjörer skall omfattas av denna reglering med skyddade yrkestitlar. Även specialistsjuksköterskor föreslås, genom en särskild bestämmelse, få skyddad yrkestitel. Detta skydd av yrkestitlar bör, på samma sätt som gäller för de i dag skyddade yrkestitlarna, endast gälla på hälso- och sjukvårdens område. Det torde enligt kommitténs mening föra för långt att införa ett förbud för icke behöriga att använda skyddade yrkestitlar även på andra samhällsområden.

Kommittén föreslår härutöver en utvidgning av *begreppet hälso- och sjukvårdspersonal* på så sätt att även yrkesutövare med fastställd vårdutbildning som i annat fall bedriver vård, behandling eller undersökning av patienter skall omfattas av detta begrepp. Härigenom torde samtliga skolmedicinska yrkesutövare som på något avgörande sätt kan påverka patientsäkerheten komma att omfattas av begreppet hälso- och sjukvårdspersonal och därigenom ställas under samhällets tillsyn.

Kommittén ser den verksamhet med *ackreditering* och *certifiering* som håller på att växa fram som ett viktigt komplement till statens tillsyn. Det finns också skäl att utreda frågan om ett obligatoriskt certifieringsförfarande för vissa personalkategorier inom hälso- och sjukvården. Därvid måste bl.a. rättssäkerhetsaspekterna analyseras. Vidare bör klarläggas hur systemet med ackreditering och certifiering fungerar i större skala. Kommittén anser att det är angeläget att dessa frågor snarast får en allsidig belysning så att systemet kan utvecklas och få en större spridning.

Kommittén anser att det, bl.a. med tanke på de nya reglerna om att läkarvårdsersättning som huvudregel inte lämnas till en läkare som vid vårdtillfället har fyllt 65 år och förslaget om receptregister, f.n. inte finns något uttalat behov av att införa bestämmelser om *en fast övre åldersgräns* för legitimerade yrkesutövare eller andra restriktioner av äldre legitimerade personers verksamhet inom hälso- och sjukvården.

Manuella behandlingsmetoder - kiropraktorer, naprapater och osteopater

Sedan 1989 har kiropraktorer med särskild utbildning kunnat erhålla legitimation i Sverige. Ingen svensk utbildning har hittills godkänts för legitimation, utan de som erhållit legitimation har utbildats utomlands. Kiropraktorer utbildade vid Skandinaviska Kiropraktorhögskolan i Stockholm har framställt önskemål om legitimation. Regeringen uppdrog i maj 1996 åt Socialstyrelsen att jämföra hur kiropraktorutbildningen vid Skandinaviska Kiropraktorhögskolan beträffande längd och innehåll förhåller till den kiropraktorutbildning som anordnas vid Odense universitet i Danmark. Frågan om legitimation för svenskutbildade kiropraktorer bör, enligt kommitténs uppfattning, anstå till dess Socialstyrelsens jämförande utvärdering av Skandinaviska Kiropraktorhögskolan är avslutad.

Manipulation är en behandlingsform som används inom den manuella medicinen. Enligt vad som framkommit kan vissa former av manipulationsbehandling innebära allvarliga risker om den utförs av personer som inte besitter erforderliga kunskaper. Dessa risker talar enligt kommittén för att manipulationsbehandling bör kringgärdas med ytterligare restriktioner.

Omfattningen och betydelsen av kiropraktorernas och naprapaternas verksamhet talar för att man bör överväga en mera enhetlig reglering av de manuella behandlingsmetoderna. Kommittén föreslår därför att en särskild utredning om de manuella behandlingsmetoderna inleds snarast.

Naprapaterna fick år 1994 möjlighet att erhålla legitimation. Kommittén anser att det inte finns anledning att i avvaktan på en närmare utredning av de manuella behandlingsmetoderna göra några ändringar i behörighetsregleringen för naprapater.

Osteopaterna omfattas inte av någon särskild behörighetsreglering. Kommittén lämnar inga förslag som berör osteopaterna.

Psykologer och psykoterapeuter

Psykologer

Kommittén har tagit del av ett flertal skrivelser och förslag som rör psykologers utbildning, kompetens och rättsliga behörighet. Det gäller bl.a. önskemål om ensamrätt för psykologer att utöva yrket.

Kommittén anser att psykologisk och psykoterapeutisk verksamhet som bedrivs av personer utan erforderlig kompetens kan innebära risker för patienterna. Det kan därför finnas skäl att förbehålla hälso- och sjukvårdspersonal rätten att behandla allvarliga psykotiska störningar. Utformningen av en sådan bestämmelse kräver emellertid ytterligare utredning, bl.a. för att avgränsa förbudsområdet på ett rimligt sätt. Någon sådan ytterligare utredning har det inte funnits utrymme för inom ramen för kommitténs arbete. Av denna anledning lämnar kommittén inte något förslag som inskränker rätten att bedriva psykologisk eller psykoterapeutisk verksamhet. Dock kan i detta sammanhang erinras om kommitténs förslag om förbud för yrkesutövare som inte är hälso- och sjukvårdspersonal att behandla barn under 15 år.

Till kommittén har också framförts önskemål om en rättslig reglering av psykologernas specialistkompetens. En sådan reglering kan ha den fördelen att patienterna får en bättre upplysning om yrkesutövarens utbildning/kompetens och den kan därmed underlätta för den enskilde att finna den specialitet som söks. Kommittén anser emellertid att det f.n. inte finns något uttalat behov från statens sida att även reglera vidareutbildningar av psykologer. Redan den nuvarande utbildningen som ligger till grund för legitimationen är omfattande och av hög kvalitet. För patienternas del torde det vara tillräckligt att samhället ger en garanti för den kompetens som erhålls genom grundutbildning jämte praktisk tjänstgöring.

När det gäller frågan om legitimerade psykologers verksamhet utanför den egentliga hälso- och sjukvårdens organisation anser kommittén att rättsläget bör tolkas på så sätt att legitimerade psykologer alltid räknas som hälso- och sjukvårdspersonal och står under samhällets tillsyn i den mån deras yrkesutövning innebär att de undersöker, vårdar eller behandlar andra människor. Detta oberoende av hur verksamheten är organiserad.

Psykoterapeuter

Legitimation som psykoterapeut får meddelas den som avlagt den i högskoleförordningen reglerade psykoterapeutexamen eller den som visar att han på annat sätt förvärvat motsvarande kompetens. När det

gäller utbildningar som inte leder till psykoterapeutexamen är det i dag i praktiken Socialstyrelsen som tar ställning till vilka inriktningar inom psykoterapin som kan ligga till grund för legitimation.

Representanter för två olika inriktningar inom psykoterapin som inte godkänts för legitimation har framfört kritik mot Socialstyrelsens handläggning av frågor om legitimering av psykoterapeuter. Det gäller inriktningarna transaktionsanalys och gestaltterapi.

Kommittén har inte haft någon möjlighet att genomföra en sådan utredning som krävs för att kunna bedöma om inriktningarna transaktionsanalys och gestaltterapi bör kunna ligga till grund för legitimation som psykoterapeut. Förhållandena har emellertid visat att det finns ett behov av att skärpa reglerna för vilka utbildningar/inriktningar som skall bedömas motsvara den statliga psykoterapeutexamen.

Kommittén anser att när det gäller svenska psykoterapeututbildningar bör endast högskoleutbildningar och utbildningar som godkänts med stöd av lagen om tillstånd att utfärda vissa examina kunna leda till legitimation som psykoterapeut.

Begränsningar i rätten att vidta vissa hälso- och sjukvårdande åtgärder

Kommitténs uppdrag innefattar enligt direktiven en översyn av bestämmelserna i kvacksalverilagen. Alternativmedicinkommittén lämnade i sitt betänkande (SOU 1989:60) Huvudbetänkande från alternativmedicinkommittén ett förslag till lag om alternativmedicinsk verksamhet m.m. Lagen var tänkt att ersätta den gällande kvacksalverilagen. Förslaget har remissbehandlats och kommittén har tagit fasta på en del av kritiken mot förslaget.

Som tidigare anförts är patientsäkerheten den grundläggande utgångspunkten för kommitténs ställningstaganden. En annan väsentlig utgångspunkt i detta sammanhang är den enskildes frihet att välja behandlingsform och behandlingsmetod. Denna frihet måste vägas mot intresset att upprätthålla ett gott skydd för den enskildes säkerhet i vården.

Attityden till många s.k. alternativa behandlingsformer och metoder har förändrats under de senaste decennierna. Flera av de yrkesgrupper och behandlingsmetoder som tidigare räknades som kvacksalveri faller numera inom behörighetslagstiftningens ram.

Uttrycket kvacksalveri har kommit att användas som en sammanfattande benämning på verksamheter som omfattas av kvacksalverilagen. Samtidigt har begreppet kvacksalveri kommit att få en oklar och något tvetydig innebörd. Beträffande vissa yrkesgrupper gäller att de

i några sammanhang, exempelvis när de är verksamma vid ett sjukhus, är att beteckna som hälso- och sjukvårdspersonal, medan den verksamhet som de bedriver i privat regi utanför sjukhuset räknas som kvacksalveri såvida de inte biträder legitimerad personal. I detta sammanhang bör därför nämnas att kommittén ovan under rubriken Framtida behörighetsreglering föreslår att omfattningen av begreppet hälso- och sjukvårdspersonal utvidgas. Genom förslaget torde huvuddelen av dessa yrkesgrupper bli hälso- och sjukvårdspersonal även när de är verksamma i privat regi.

Enligt kommitténs uppfattning skulle samtidigt det vara en klar fördel om man i lagstiftningen kunde åstadkomma en mera enhetlig syn på yrkesgrupper och behandlingsmetoder. Man måste också hålla i minnet att kvacksalverilagen är mer än 35 år gammal och speglar femtiotalets synsätt. Sammanfattningsvis anser kommittén att kvacksalverilagen i sin nuvarande utformning har spelat ut sin roll. Istället bör de begränsningar i utövandet av hälso- och sjukvårdande yrkesverksamhet i vid mening som är nödvändiga för patientsäkerheten kunna rymmas i en reformerad behörighetslagstiftning.

Kommitténs förslag innebär i huvudsak följande förändringar:

* Gränsen för behandling av barn höjs från 8 år till 15 år.
* Förbudet mot att lämna skriftliga råd utan föregående personlig undersökning tas bort.
* Ett förbud mot att tillhandahålla optiska synhjälpmedel till barn under åtta år utan föregående anvisning av läkare införs.

Ny lag om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område

I kommitténs uppdrag har främst ingått att se över behörighetslagen och kvacksalverilagen. Vårt arbete har även berört åliggandelagen och disciplinpåföljdslagen.

Enligt kommitténs mening talar flera omständigheter för att en bättre samordning av dessa fyra lagar bör ske. Det är således en brist att det i fyra olika lagar regleras vilka åligganden som åvilar hälso- och sjukvårdspersonal, vem som får eller inte får utföra vissa hälso- och sjukvårdande åtgärder, vem som har rätt till viss behörighet eller legitimation och vilka disciplinpåföljder eller andra åtgärder som kan tillgripas mot olika yrkesutövare inom hälso- och sjukvården.

Såväl patienterna, de enskilda yrkesutövarna, arbetsgivare som myndigheter torde enligt kommitténs mening ha intresse av att lagstiftningen är klar och överskådlig. Kommittén anser därför att det skulle befrämja överblickbarheten inom detta rättsområde om regler

som direkt berör yrkesverksamheten på hälso- och sjukvårdens område samlades i en lag.

Kommittén föreslår därför att de nu nämnda lagarna sammanförs i en *lag om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område*.

Kommittén pekar också på möjligheten att sammanföra denna nya lag samt hälso- och sjukvårdslagen, tandvårdslagen, den nya tillsynslagen och övrig lagstiftning som direkt berör hälso- och sjukvården i en särskild hälso- och sjukvårdsbalk.

Behörighetsfrågor inom socialtjänsten

Av kommitténs direktiv framgår att legitimation hittills inte har förekommit inom socialtjänsten. Förslag har emellertid framförts om detta för bl.a kuratorer och socionomer. Syftet har varit att tillförsäkra allmänheten en god och professionell handläggning inom socialtjänsten. Övervägandena beträffande behovet av en rättslig reglering för dessa och närliggande yrken bör enligt uttalanden i våra direktiv utgå från samma principer som föreslås gälla för en reglering av yrken inom hälso- och sjukvården. Kommittén har därför haft till uppgift att även se på dessa hälso- och sjukvården närliggande områden.

Det finns enligt kommitténs uppfattning goda skäl att ställa höga krav beträffande utbildning och lämplighet hos de personer som deltar i beslutsprocesser och handläggning av ärenden inom socialtjänsten. Personal inom socialtjänsten är emellertid på ett annat sätt än inom hälso- och sjukvården beroende av vad som beslutats av politiskt tillsatta nämndledamöter. Någon motsvarighet till hälso- och sjukvårdspersonalens särskilda ansvar för medicinska åtgärder finns inte inom socialtjänsten. Kommitténs uppfattning är därför att man inte bör skapa ett legitimationsförfarande för yrken inom socialtjänsten. Däremot kan det finnas skäl att överväga en behörighetsreglering eller kompetensreglering knuten till vissa tjänster. Kommittén anser dock att man bör avvakta den vidare behandlingen av Socialtjänstkommitténs förslag till ny socialtjänstlag och de förslag som lämnats beträffande socionom- och sociala omsorgsutbildningarna innan man överväger att införa en ny reglering för yrken inom socialtjänsten.

Mervärdesskatt på sjukvård, tandvård och social omsorg

Sjukvård, tandvård och social omsorg har i Sverige varit undantagna från skatteplikt för mervärdesskatt så länge den skatteformen tillämpats här. Detsamma gäller i övriga nordiska länder sedan 1960-talet, då mervärdesskatten infördes i dessa länder liksom i Sverige.

Kommitténs uppdrag i fråga om mervärdesskatten har främst varit att överväga om konsekvensändringar bör göras i denna till följd av de ändringar av behörighetslagstiftningen som kommittén föreslår. Vidare har i direktiven till kommittén framhållits att en del problem uppkommer genom att sjukvårdstjänster som tillhandahålls på sjukhus och liknande är skattefria men att samma tjänster i annan verksamhet inom sjukvårdens område är skattefria bara om de ges av legitimerad personal.

De ändringar av behörighetslagstiftningen m.m. som kommittén föreslår avser inte tandvården och den sociala omsorgen. Övervägandena i fråga om mervärdesskatten avser därför endast sjukvården.

Kommittén har i fråga om behörighetsreglerna inom sjukvården föreslagit att utövare av ytterligare fyra yrken inom sjukvården - apotekare, receptarier, arbetsterapeuter och sjukhusfysiker - skall kunna få legitimation för yrket. Vidare har kommittén föreslagit att bl.a. audionomer, biomedicinska analytiker, dietister och ortopedingenjörer skall få sin yrkestitel skyddad i deras yrkesutövning.

Kommittén har funnit att sjukvård som ges av dessa yrkesutövare fyller de allmänna kraven för undantag från skatteplikt till mervärdesskatt och att skattebortfallet vid ett sådant undantag kan uppskattningsvis beräknas till omkring 6-7 milj. kr. Undantag från skatteplikt föreslås för sjukvård, som tillhandahålls av dessa yrkesgrupper. Sjukvårdstjänster som utförs på apotek av legitimerade apotekare och receptarier blir dock enligt kommitténs mening inte skattefria, då apoteksverksamheten bedrivs av Apoteksbolaget AB vilket inte enligt reglerna om mervärdesskatt kan tillhandahålla skattefri sjukvård. Om denna bedömning inte godtas, föreslår kommittén att en bestämmelse införs i mervärdesskattelagen om att sjukvård som tillhandahålls av legitimerade apotekare och receptarier hos Apoteksbolaget AB inte undantas från skatteplikt. Vidare bör en uppföljning göras av verkningarna av de ändrade skattepliktsreglerna bl.a. avseende frågor om gränsdragningen mellan skattefria och skattepliktiga sjukvårdstjänster.

Frågan om skatteplikt för vård som ges av svenskutbildade kiropraktorer bör enligt kommitténs mening tas upp i samband med att regeringen behandlar utbildning och behörighet för dem efter en pågående särskild utredning. För alternativa behandlingsformer föreslår kommittén i övrigt inte några ändringar av mervärdesbeskattningen.

Ekonomiska konsekvenser av kommitténs förslag

Kommittén föreslår att antalet yrkesgrupper som kan erhålla legitimation utvidgas och att en ny behörighetsreglering med skyddad yrkestitel införs. Uppgiften att godkänna legitimation för olika yrkesgrupper åvilar Socialstyrelsen som genom kommitténs förslag får ytterligare fyra yrkesgrupper att handlägga. Det arbetet torde kunna rymmas inom gällande budgetramar. Rätten till skyddad yrkestitel uppkommer efter att vissa yrkesgrupper genomgått angiven utbildning. Något särskilt myndighetsgodkännande krävs inte.

Kommittén föreslår vissa ändringar i det kapitel som reglerar begränsningar i rätten att vidta vissa hälso- och sjukvårdande åtgärder (nuvarande kvacksalverilagen). Ändringarna medför bl.a. viss utvidgning av det straffbara området vilket kan föranleda nya arbetsuppgifter för Socialstyrelsen. Kostnaderna härför torde dock bli marginella.

En väsentlig konsekvens av att ett yrke blir legitimationsgrundande är att yrkesutövaren blir befriad från skyldighet att erlägga mervärdesskatt. Kommittén har därutöver föreslagit att ett utvidgat system med skyddade yrkestitlar införs, fristående från legitimationsreglerna. Kommittén har uppskattningsvis beräknat att skattebortfallet på grund av kommitténs förslag kommer att uppgå till omkring 6-7 milj. kr. Skälen för att kommittén vill legitimera ytterligare yrkesgrupper är hänsynen till patientsäkerheten. Vad gäller dessa yrkesgrupper är skattebefrielsen endast en konsekvens av gällande skattesystem. Enligt kommitténs mening torde det därför inte ankomma på oss att föreslå utgiftsminskningar som motsvarar skattebortfallet.

Även kommitténs förslag med skyddade yrkestitlar har patientsäkerheten som grund. Kommittén anser det rimligt att även audionomer, biomedicinska analytiker, dietister och ortopedingenjörer som kan erhålla en sådan skyddad yrkestitel blir befriade från skyldighet att erlägga mervärdesskatt. Deras verksamhet är samhällsnyttig i den mening som anges i motiven till bestämmelsen om undantag från skatteplikt för mervärdesskatt. Inte heller vad gäller dessa yrkesgrupper anser kommittén därför att det ankommer på kommittén att föreslå någon särskild finansiering motsvarande skattebortfallet.

Summary

The remit

The main task of the Committee has been to undertake a comprehensive review of the principles of authorisation and competence and, in the light of this review, to put forward proposals concerning, for example, rules of authorisation and competence for various professional categories in medical care (i.e. health care and medical services) and allied areas. The review has also included the "Quackery Act".

It has also been the task of the Committee, according to the terms of reference appended to this report, to pay special attention, in the course of its investigations, to the consequences of Sweden's rapprochement with the EU, the deregulation, through the reform of higher education, of certain training and study programmes for caring professions, and the wider opportunities for private practice which are becoming available to various professional categories in the medical sector.

In addition, the Committee has had the task of studying several other questions relating above all to the regulation of competence. These matters are commented on below under separate headings.

Current regulations

The basic objectives of medical care in Sweden are stated in the *Health and Medical Services Act*, which among other things lays down that medical care shall be provided so as to meet the requirements of good care. "Good care" means, for example, that the care must be of good quality and must satisfy the patient's need of security in care and treatment.

In order to achieve this aim of good care, society makes various demands on the medical sector. Those demands concern both the

organisation and design of the medical sector - its activities - and the competence of its personnel. To this end, society employs a number of steering instruments.

One fundamental precondition of the ability of the public medical sector to offer good care is of course that it should have an adequate *funding frame* to work in. Most medical care in Sweden today is provided under public auspices and publicly funded, mainly through county council taxation. In addition to these direct economic steering instruments, however, society also provides financial support in other ways for the achievement of the objectives, e.g. financial support for the *training* of medical personnel, for *research* and for various forms of *official activity*.

Legislation is another important steering instrument, with a multiplicity of uses. As has already been mentioned, the objectives of medical care are stated in the Health and Medical Services Act. Both the training of medical personnel and the right of practising various professions connected with care are variously regulated through legislation.

"Good care" as stated above, means among other things that care must be of good quality and must cater to the patient's need of security in care and treatment. This means that care must conform to a good standard of personnel and material, in other words that it must be provided by adequately trained personnel with the necessary technical equipment and appropriate facilities. To achieve this aim society, for example, defines certain requirements for the training of medical personnel. Thus the overriding aims of training programmes are set out, for example, in the *Higher Education Act*. In addition, society also defines the conditions on which public medical personnel may be hired in various professional capacities. This instrument too is regulated by statute.

In addition to these requirements concerning training and conditions for hiring in public care, society has passed legislation defining the duties incumbent on personnel and the disciplinary consequences of default in this respect. This is done through the *Caring Services Personnel (Duties) Act* and the *Disciplinary Sanctions Act*. Needless to say, the competence and work performance of personnel are also extensively supervised by their employers.

A new Medical Care (Supervision) Act (1996:786), containing uniform provisions on the supervision of both public and private medical care, comes into force on 1st January 1997. Supervision is mainly exercised by the National Board of Health and Welfare.

The right of establishment in private practice is to some extent restricted by various regulations, above all in the case of doctors, dentists and physiotherapists.

In addition to the above mentioned legislation, society has specifically regulated competence to practise the medical profession, mainly through the *Competence Act*, in order to guarantee a certain level of skill and personal qualities on the practitioner's part of such a kind as to merit the competence of the general public and authorities.

Authorisation is the principal evidence of competence in medical care. The fact of authorisation being revokable if necessary is of vital importance in this connection. Added to this, authorisation meets a vital information need on the part of the general public, who need a readily intelligible "declaration of contents" concerning the qualifications of various practitioners, on the part of national and municipal authorities, which must be able to rely on practitioners, e.g. in matters of prescription and certification, and on the part of medical authorities, to prevent the recruitment of persons who are unsuitable for their profession.

Authorisation today is reserved for professional categories whose professional function involves qualified duties and special responsibility for the safety of patients in care. Special importance is attached to the fact of a professional category to no small extent addressing itself to the general public direct, e.g. in a freelance capacity, and up till now a restrictive line has been taken on the authorisation of professional categories whose members are mostly employed by public care providers.

In addition to authorisation, certain authorised professions have *sole right to their profession* and, in certain cases, special *protection of professional titles*. One condition for a professional practitioner coming under public supervision and being a possible target of disciplinary sanctions is that he or she must belong to a category of *medical personnel*. These controls apply to authorised practitioners and, above all, to personnel in public medical services.

Practitioners not coming within the definition of medical personnel but nevertheless engaging in medical activity in return for payment are, for example, forbidden, in the *Quackery Act*, to treat certain illnesses and to use certain methods of treatment.

Training questions

A modern medical sector cannot be maintained without well-trained and otherwise competent personnel discharging their duties in an expert and conscientious manner. Training questions therefore have a very important bearing on the framing of rules of authorisation for medical care and allied areas. If the free labour market within the EU is to be a reality for Swedish professionals, Swedish training program-

mes must also be competitive and must meet the requirements laid down, for example, in EEC Directives.

A review of the professional categories in the medical sector regulated by the EEC sectoral directives has shown the training programmes in question to be of the duration which the directives require.

The Committee's task has included the consideration of certain questions concerning what are known as medium-length training programmes for caring services. The Committee has found that these training programmes have now for the most part been extended to three years. The Committee does not propose any further extensions of these programmes.

One of the consequences of the higher education reform introduced on 1st July 1993 is that educational establishments now decide the content of many training and study programmes which used to be centrally regulated. The viewpoint has been expressed to the Committee that the absence of a coherent regulation of studies has had certain negative consequences in a number of cases. In the absence of a central regulation defining minimum requirements or guidelines on the structure and content of a training programme, the length and standard of training can sometimes be unacceptably variable. Nor is there any guarantee of a training programme being retained in the first place. Both employers and patients have difficulty in deciding the competence of a professional practitioner.

At the same time, variations within the education system can be a good thing. The rapid, continuous developments in medical care are generating a need for new training programmes and for changes to existing ones. The educational establishments must to some extent be able to adapt to demand. Even so, in many connections, partly out of consideration for patients' security, there is an urgent need for some co-ordination of the goals or minimum requirements which should apply to a training or study programme.

Once a professional category has been made subject to the authorisation provisions, this, with the exception of naturopaths and chiropractors, has occasioned a regulation of their training programme. If the great problem from the viewpoint of competence and authorisation in a professional field is the lack of regulated training, then, in this Committee's opinion, it is not reasonable that the problem should be solved by the round about route of authorisation. Instead the natural course seems to be to consider, in the first instance, regulation of the training in question.

The Committee proposes that the training programmes for audiologists, biomedical analysts, dietists, orthopaedic engineers and hospital

physicists be regulated through the introduction of new professional degrees in the Higher Education Ordinance.

In addition to a good knowledge of relevant subject fields, it is also highly important that medical practitioners should possess personal qualities of such a kind that they can be deemed suitable for their profession. The Committee does not propose any changes in the assessment of personal suitability, but it strongly emphasises the importance of such assessment taking place at the earliest possible stage.

Special remarks on nursing education

Under the former scheme of nursing education, students already opted for a particular emphasis or speciality during their basic training. In addition there were further training programmes which were centrally regulated. A new system of nursing education was introduced in 1993, to harmonise with the nursing directives of the EU. The new training is a three-year general nursing programme. Accordingly, there is no longer any specialisation in the course of basic training. None of the existing further training programmes, midwifery excepted, is centrally regulated, and so each training establishment decides for itself the duration and content of its further training programmes.

A very large proportion of nursing appointments in this country are held by nurses who have undergone further training. Specialised knowledge is a necessity in medical work and a precondition for its ongoing qualitative improvement. This makes it essential for nurses to have access to the requisite further training programmes and for those programmes to be of good quality.

The National Board of Health and Welfare has issued new general recommendations setting out competence requirements for service as a nurse and midwife. The Committee has been given to understand that there is widespread fear in the medical sector that the new generalist-trained nurses will not have the requisite competence for service in particular medical specialities. The Committee is also of the opinion that firmer regulations than those represented by general recommendations from the National Board of Health and Welfare are needed in order to guarantee a high level of competence among nurses in future.

In the Committee's opinion, the new, prolonged basic training should include the basics of all central specialist fields. To guarantee the future existence of further training programmes of the requisite quality and duration in central fields, certain further training programmes for nurses ought, in the Committee's opinion, to be regulated. The Committee proposes regulating nine different programmes at

further training/specialities. Nurses who have completed a regulated programme of further training should be entitled to make an addition to their professional title. The addition, like the professional title of Authorised (State-registered) Nurse should be protected.

Midwives should also be able in future to obtain special midwifery authorisation.

A three-year direct training programme is proposed for radiography nurses, leading to authorisation as a radiography nurse.

Constitutional protection of economic and professional liberty

The Committee's terms of reference state that the consequences of the new constitutional rule for the protection of economic and professional liberty and the incorporation in Swedish law of the European Convention on Human Rights should be illuminated more closely as regards implications for competence in medical services etc.

The Committee notes that rules of competence in the medical sector entail restrictions on the practice of certain professions and, accordingly, constitute restrictions of economic and professional liberty. Under the new constitutional provision, restrictions may be imposed on economic and professional liberty only in order to provide for vital public interests and never for the sole purpose of economically favouring certain persons or undertakings.

The principal motive for imposing restrictions on economic and professional liberty in the medical sector has been the protection of patients' security in care. That protection has hitherto been regarded as a vital public interest. The introduction of the new constitutional rule is not intended to alter this state of affairs, and the rule does not preclude the introduction of such restrictions.

The Committee further notes that current rules on standards are also to be applied to the new constitutional rule. Accordingly, restrictions of economic and professional liberty shall as a general rule be introduced by a statute, but both the Government and an administrative authority can issue regulations in this field to the extent indicated by Act of the Riksdag (parliament).

The incorporation of the European Convention in Swedish law affects, for example, questions concerning legal remedy. The Committee notes that, under Swedish law, judicial proceedings can be filed with regard both to obtaining authorisation or other competence and in connection with the withdrawal of such competence.

Future regulations of competence

The present competence regulations are used mainly in order to achieve the societal aims of medical care being of good quality and catering to the patient's need of security in care and treatment, i.e. maintaining a high standard of security for patients.

The Committee notes that there are no objective reasons for departing from the principles underlying the present regulation of competence. This means that the existing grounds of assessment should for the most part be retained. In addition, the Committee finds that, concern for the patient's security in care being the fundamental reason for a regulation of competence, every change or enlargement of the provisions must be guided by the patient's justifiable demands for security. At the same time, the Committee underlines that competence regulation is only an instrument at the disposal of the State for verifying that practitioners in the medical sector have the necessary competence for maintaining a high level of security for patients. Competence control during training and recurrent controls and quality assurance by the employer are examples of other important instruments.

The Committee also notes that several important changes affecting medical care have taken place in recent years. They include the deregulation of certain post-secondary training and study programmes for caring services, new organisational structures in public care, increased establishment of professional categories in private care and Sweden's membership of the EU. To this is added the introduction of new and more coherent supervisory legislation. These new circumstances augment the need for a distinct and advanced regulation of competence and, moreover, have diminished the importance of the reasons for distinguishing between publicly and privately employed caring personnel in any essential respect in the regulation of competence.

From this point of departure, the Committee has tried to define and develop the criteria which should be satisfied in order for a profession to come under special authorisation. The criteria which ought to carry most weight in this assessment have been divided by the Committee into three categories: the content of the professional role, the level of training and international conditions. The question of the content of the professional role concerns, for example, the scope and independence of the professional role, direct responsibility for the patient and the level of risk entailed by errors of treatment.

The Committee proposes that the provisions on *authorisation* be made to apply to four more professional categories: pharmacists and

dispensers (pharmacists), occupational therapists and hospital physicists. It is proposed that pharmacists and dispensers should have sole title to their profession through authorisation and not, as at present, through their degree certificate.

As an adjunct to authorisation, the Committee proposes that the professional categories which can obtain authorisation today should also, in that connection, obtain *protection of professional title*. The Committee feels that protection of professional title should not, as at present, be reserved for the five professional categories of midwife, doctor, psychologist, psychotherapist and dentist. As things now stand it is possible, for example, to style oneself nurse of physiotherapist without being trained or authorised for the profession, so long as the professional title is not combined with the term "authorised". It is fair to say that the general public/patients assume that a person with the professional title of physiotherapist or nurse is also authorised for that profession. The fact of this not necessarily being the case is surely a lacuna in the law.

In the Committee's view, then, the professional categories to which the rules of authorisation apply should also, as a principal rule, have sole right to the professional title and not only protection of the epithet "authorised" in combination with the professional title. Regulation of this kind would have the general effect of strengthening the security of patients and of making the rules of competence more uniform and distinct.

The Committee is of the opinion that authorised chiropractors, naturopaths and opticians should for the present be excluded from this protection of titles. Eventually, however, all professions which carry authorisation should also have protective professional titles.

The professions which, according to the Committee's proposals, will not come under the authorisation provisions include professional activities which, *per se*, entail risks from the patient's point of view and in which the practitioner has a more or less independent professional role. In many cases the practitioners practise outside the public medical sector.

This being so, the Committee have discussed three systems as an adjunct to the authorisation provisions and have decided in favour of regulation in the form of specially protected professional titles.

The right to a *protected professional title* of this kind is not linked to authorisation but to a particular degree or course matriculation certificate. Regulation does not imply any exclusive right or practising the profession. Professional practitioners with a protected professional title count as medical personnel when, in the course of their activities in the medical sector, they employ the protective professional title and, consequently, come under public supervision.

The Committee proposes that audiologists, biomedical analysts, dietists and orthopaedic engineers come within the scope of this system of protected professional titles.

In addition, the Committee proposes an enlargement of *the concept of medical personnel* so as also to include professional practitioners with a regular training for medical or caring service who in other cases are engaged in the care, treatment or examination of patients. In this way, all school medical practitioners who can influence the security of patients in any decisive manner will probably be included in the concept of medical personnel and in this way be placed under public supervision.

The Committee regards the *accreditation* and *certification* activities which are now emerging as an important adjunct to governmental supervision. There is also reason to investigate the question of an obligatory certification procedure for certain personnel categories in the medical sector. This will have to include an analysis of legal safeguard aspects. Furthermore, the workings of the system of accreditation and certification on a larger scale should be made clear. The Committee sees an urgent need for examining these matters in a comprehensive light, so that the system can be developed and more widely implemented.

The Committee does not see any pronounced need at present for introducing provisions on *a fixed upper age limit* for authorised or other professional practitioners, nor for other restrictions on the activity of older authorised persons in the medical sector.

Manual treatment methods - chiropractors, naturopaths and osteopaths

Specially trained chiropractors have since 1989 been able to obtain authorisation in Sweden. No Swedish training has yet been approved for authorisation. Instead, the persons obtaining authorisation have been trained abroad. Chiropractors trained at the Scandinavian College of Chiropractic in Stockholm have expressed a desire for authorisation. In May 1996 the Government commissioned the National Board of Health and Welfare to compare chiropractor training at the Scandinavian College of Chiropractic, in terms of duration and content, with the chiropractor training provided at Odense University in Denmark. In the Committee's opinion, the question of authorisation for Swedish-trained chiropractors should be deferred until the Board's comparative evaluation of the Scandinavian College of Chiropractic is completed.

Manipulation is a form of treatment used in manual medicine. According to the information received, certain forms of manipulation treatment entail serious risks if administered by persons who do not have the requisite knowledge. These risks, in the Committee's opinion, argue in favour of surrounding manipulation treatment with further restriction.

The extent and importance of the activities of chiropractors and naturopaths suggests that a more uniform regulation of the manual methods of treatment should be considered. The Committee therefore proposes that a special Commission on the manual methods of treatment be appointed without delay.

Authorisation became available to naturopaths in 1994. The Committee sees no reason, pending closer investigation of the manual treatment methods, for any amendments to the rules of authorisation for naturopaths.

There are no special regulations of competence for osteopaths, and the Committee does not have any proposals to make where this category is concerned.

Psychologists and psychotherapists

Psychologists

The Committee has studied several writings and proposals relating to the training, competence and statutory qualifications of psychologists, including, for example, a desire for psychologists to have the sole right of practising their profession.

In the Committee's view, psychological and psychotherapeutic activity conducted by persons not having the requisite competence can entail risks to the patients. Therefore, it would be reasonable to keep the right to treat grave psychotic defects among medical personnel. This ,however, requires further investigation, partly in order to arrive at a reasonable delineation of the prohibited field. No scope has been found within the Committee's remit for any such further enquiry. For this reason the Committee refrains from putting forward any proposal circumscribing the right of practising psychology or psychotherapy, but reference can be made in this connection to the Committee's proposal that professional practitioners who are not medical personnel should be forbidden to treat children under the age of 15.

Desires have also been expressed to the Committee for statutory regulation of the specialist competence of psychologists. Regulation of this kind can have the advantage of patients being better informed about the training/competence of the practitioner, which can make it easier for the individual to find the speciality required. At present,

however, the Committee sees no pronounced need for further training of psychologists also to be regulated by the State. The training already forming the basis of authorisation is in itself comprehensive and of high quality. From the viewpoint of the patient, it would seem sufficient for the State to guarantee the competence obtained through the combination of basic training and practical service.

As regards the activities of chartered (authorised) psychologists outside the organisation of the traditional health care sector, the Committee finds the legal situation to be that chartered psychologists are always regarded as medical personnel and are subject to public supervision insofar as their professional practice involves examining, caring for or treating other persons. This applies regardless of how the activity is organised.

Psychotherapists

Authorisation as a psychotherapist may be granted to a person who has taken the University Diploma in Psychotherapy governed by the Higher Education Ordinance or a person who has shown himself to have otherwise acquired the corresponding competence. In the case of study programmes not leading to a University Diploma in Psychotherapy, in practice it is now the National Board of Health and Welfare which decides the psychotherapy specialities on which authorisation can be founded.

Representatives of two different branches of psychotherapy which have not been approved for authorisation have criticised the handling by the National Board of Health and Welfare of matters relating to the authorisation of psychotherapists. The branches concerned are transactional analysis and gestalt therapy.

It has not been possible for the Committee to carry out the kind of investigation needed in order to judge whether the specialities of the transactional analysis and gestalt therapy should form a basis for authorisation as a psychotherapist. Conditions have, however, shown the necessity of tightening up the rules indicating which training programmes/specialities are to be equated with the national University Diploma in Psychotherapy.

In the Committee's opinion, as regards the swedish study programmes leading to an University Diploma in Psychotherapy, only study programmes that are approved by the Act on the right to issue certain diplomas should lead to authorisation as a psychotherapist.

Restrictions of the right to take certain medical measures

The Committee's task as defined in its terms of reference includes a review of the provisions of the Quackery Act. In its report (SOU 1989:60), Main Report of the Committee on Alternative Medicine, the Committee of that name presented draft legislation on alternative medical activity etc. This was intended to supersede the current Quackery Act. The draft has been circulated for comment. That report, together for example with the comments received on it, has formed the basis of our own standpoints.

As stated earlier, the security of the patient is the essential point of departure for the Committee's standpoints. Another important point of departure in this connection is the liberty to the individual to choose the form and method of treatment. This liberty has to be balanced against concern with maintaining good protection for the individual person's security in care.

Attitudes to many "alternative" forms and methods of treatment have changed in recent decades. Several of the professional categories and methods of treatment previously regarded as quackery now come within the scope of the Competence Act. Meanwhile the significance of the term "quackery" has become unclear and somewhat ambiguous. There are certain professional categories who, in a number of connections, e.g. when practising at a hospital, are to be termed medical personnel, whereas the activity which they carry on privately outside the hospital ranks as quackery unless they are assisting authorised personnel.

In the Committee's opinion, it would be an obvious advantage if a more uniform view of professional categories and methods of treatment could be achieved in the legislation. It also has to be borne in mind that the Quackery Act is more than 35 years old and reflects the viewpoints of the 1950s. In short, the Committee feels that the Quackery Act as it now stands has had its day. Instead it should be possible for the restrictions on professional medical practice in the broad sense which are necessary for the security of the patient to be accommodated in reformed competence legislation.

The Committee's proposal mainly involves the following changes:

- The age limit for children treated is raised from eight to 15 years.
- The prohibition of written advice without previous personal examination is removed.
- The provision of optical aids for children under the age of eight years without previous referral by a physician is prohibited.

New law on professional activity in the health care sector

The Committee's remit has above all been concerned with reviewing the Competence Act and the Quackery Act. Our work has also touched on the Caring Services Personnel (Duties) Act and the Disciplinary Sanctions Act.

In the Committee's opinion, several circumstances argue in favour of better co-ordination of the four enactments. Thus it is unsatisfactory that four different laws should regulate the duties incumbent on medical personnel, which persons may or may not take certain medical actions, who is entitled to a certain competence or authorisation and what disciplinary sanctions or other measures can be resorted to against various professional practitioners in the health care sector.

Patients, individual professional practitioners, employers and authorities are all likely, in the Committee's opinion, the benefit from the legislation being clear and straightforward. The Committee therefore believes that this branch of the law would be made more straightforward if rules directly governing professional activity in the medical sector could be gathered in a single enactment.

The Committee therefore propose that the above mentioned enactments be amalgamated to form a single *Medical Care (Professional Practice) Act*.

The Committee also points to the possibility of amalgamating this new Act, the Health and Medical Services Act, the Dental Care Act, the new Supervision Act and other legislation directly concerning the medical sector in a separate Health and Medical Services Code.

Questions of competence in social services

The Committee's terms of reference make clear that authorisation has not hitherto occurred in social services, but its introduction has been proposed for welfare officers and social workers among others, the aim being to assure the general public of good, professional treatment by social services. Deliberations concerning the need for statutory regulation of these and allied professions ought, according to statements in our terms of reference, to be based on the same principles as are proposed for the regulation on professions in the medical sector. The Committee has therefore also been given the task of considering these fields, which are closely related to the medical sector.

In the Committee's opinion there is good reason for insisting on a high standard of training and suitability for persons taking part in

decision-making processes and the handling of transactions in social services. Social service personnel, however, are dependent, in a different way from the medical sector, on decisions made by politically appointed committee members. Social services do not have any counterpart to the special responsibility of medical personnel for medical actions. Therefore, in the Committee's opinion, an authorisation procedure ought not to be created for professions in social services. On the other hand there may be cause to consider competence regulations relating to certain appointments. The Committee mainly prefers, however, to await further consideration of the proposals from the Social Services Committee for a new Social Services Act and the proposals which have been made concerning the training programmes for social workers and social care professions before considering the introduction of new regulations for professions in the social services.

Value added tax on medical care, dental care and social care

Medical care, dental care and social care in Sweden have been exempt from value added tax for as long as that form of taxation has existed here. The same has applied in the other Nordic countries since the 1960s, when they, like Sweden, first introduced value added tax.

The Committee's main task in the matter of value added tax has been to consider whether changes should be made to it in consequence of the amendments proposed by the Committee to competence legislation. Furthermore, the Committee's terms of reference state that a number of problems arise due to medical services provided in hospitals and such like being tax exempt while the same services in other activities in the medical sector are tax exempt only if provided by authorised personnel.

The amendments to competence legislation etc. proposed by the Committee do not refer to dental care and social care. Accordingly, our deliberations in the matter of value added tax refer to medical care only.

Concerning the rules of competence in medical care, the Committee has proposed that practitioners of another four professions in the medical sector - pharmacists, dispensers, occupational therapists and hospital physicists - be enabled to obtain authorisation for professional practice. The Committee has further proposed that audiologists, biomedical analysts, dietists and orthopaedic engineers should obtain protection for their professional titles in the practice of their professions.

The Committee has found that medical care provided by these professional practitioners satisfies the general requirements of exemption from liability for value added tax and that the loss of taxation revenue entailed by such exemption can be estimated at roughly MSEK 6 or 7. Tax exemptions are proposed for medical care provided by these professional categories.

In the Committee's opinion, the question of tax liability for care provided by Swedish-trained chiropractors should be raised in consideration with the Government's consideration of their training and competence, following a special enquiry which is now in progress. The Committee does not otherwise propose any changes to value added taxation where alternative forms of treatment are concerned.

Economic consequences of the Committee's proposal

The Committee proposes that the number of professional categories eligible for authorisation be increased and that new competence regulations be introduced, with protection for professional titles. The task of approving authorisation for various professional categories devolves on the National Board of Health and Welfare which, as a result of the Committee's proposals, will have four more professional categories to deal with. It should be possible for this work to be accommodated within current budgeting frames. The right to a protected professional title occurs after certain professional categories have completed the training indicated. No special official approval is needed. The Committee proposes certain amendments to the chapter on restrictions of the right to take certain medical actions (formerly the Quackery Act). Among other things, the amendments entail a certain enlargement of the punishable area and, consequently, probably new tasks for the supervisory authority, i.e. the National Board of Health and Welfare. The expense which this involves, however, is probably marginal.

One important consequence of a profession qualifying for authorisation is that the practitioner is exempted from liability for value added tax. In addition, the Committee has proposed the introduction of an expanded system of protected professional titles, separate from the rules of authorisation. The Committee has estimated the loss of taxation revenue resulting from its proposals at approximately MSEK 6 or 7. The Committee's desire to authorise additional professional categories is prompted by concern for the security of patients. Where these professional categories are concerned, tax exemption is only a

consequence of the taxation system now in force. The Committee, therefore, does not feel called upon propose spending cuts for offsetting the loss of taxation revenue.

The Committee's proposal of protective professional titles is also prompted by considerations of patients' security. The Committee finds it reasonable that the professional categories which can obtain a protected professional title of this kind shall also be exempted from liability for value added tax. Their activity is beneficial to the community in the sense of the reasons given for the VAT exemption provision. Accordingly, where these professional categories are concerned, the Committee does not feel bound to propose spending cuts corresponding to the loss of taxation revenue.

Författningsförslag

1 Förslag till Lag (1997:000) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område

Härigenom föreskrivs följande

1 kap. Inledande bestämmelser

1 § I denna lag ges bestämmelser om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område såvitt avser
- åligganden för hälso- och sjukvårdspersonal (2 kap.),
- legitimation, ensamrätt till yrke, skyddad yrkestitel, kompetens som Europaläkare och specialist (3 kap.),
- begränsningar i rätten att vidta vissa hälso- och sjukvårdande åtgärder m.m. (4 kap.),
- disciplinpåföljd och återkallelse av legitimation m.m. för hälso- och sjukvårdspersonal (5 kap.),
- Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (6 kap.),
- Socialstyrelsens tillsyn enligt denna lag (7 kap.),
- ansvarsbestämmelser, överklagande m.m. (8 kap.).

2 § Med hälso- och sjukvård enligt denna lag avses sådan verksamhet som omfattas av hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), tandvårdslagen (1985:125) samt verksamhet inom detaljhandel med läkemedel.

3 § Med hälso- och sjukvårdspersonal enligt denna lag avses

1. den som har legitimation eller med stöd av 3 kap. 5 § tredje stycket använder en skyddad yrkestitel för yrke inom hälso- och sjukvården,

2. personal verksam vid sjukhus och andra vårdinrättningar som medverkar i vård, behandling eller undersökning av patienter,

3. den som i annat fall vid vård, behandling eller undersökning biträder en legitimerad yrkesutövare,

4. övrig personal inom sådan detaljhandel med läkemedel för vilken det gäller särskilda föreskrifter och personal inom den särskilda giftinformationsverksamheten som bedrivs av Apoteksbolaget Aktiebolag och som tillverkar eller expedierar läkemedel eller lämnar råd och upplysningar,

5. personal vid larmcentral som förmedlar hjälp eller lämnar råd och upplysningar till vårdsökande,

6. övriga yrkesutövare med fastställd vårdutbildning som i annat fall bedriver vård, behandling eller undersökning av patienter,

7. andra grupper av yrkesutövare inom hälso- och sjukvården som skall omfattas av lagen enligt föreskrifter som meddelas av regeringen,

8. den som i annat fall enligt föreskrifter som har utfärdats med stöd av denna lag tillhandahåller tjänster inom yrket under ett tillfälligt besök i Sverige utan att ha svensk legitimation för yrket.

Vid tillämpningen av första stycket 1 och 3 jämställs med legitimerad yrkesutövare den som enligt särskilda föreskrifter har motsvarande behörighet.

2 kap. Åligganden för hälso- och sjukvårdspersonal

Allmänna åligganden

1 § Den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen skall utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. En patient skall ges sakkunnig och omsorgsfull vård som uppfyller dessa krav. Vården skall så långt möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Patienten skall visas omtanke och respekt.

2 § Den som har ansvaret för vården skall se till att patienten får upplysningar om sitt hälsotillstånd och om de behandlingsmetoder som finns. Om upplysningar inte kan lämnas till patienten, skall de i stället lämnas till en närstående till patienten. Upplysningar skall dock inte lämnas till patienten eller någon närstående i den utsträckning det finns hinder för detta i 7 kap. 3 eller 6 § sekretesslagen (1980:100) eller i 7 § andra stycket eller 8 § i detta kapitel.

3 § Om en patient har avlidit skall den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen fullgöra sina uppgifter med respekt för den avlidne. De efterlevande skall visas hänsyn och omtanke.

4 § Den som i sin yrkesverksamhet inom hälso- och sjukvården utfärdar ett intyg om någons hälsotillstånd eller vård skall utforma det med noggrannhet och omsorg.

5 § Den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen bär själv ansvaret för hur han eller hon fullgör sina arbetsuppgifter.

6 § Den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen får överlåta en arbetsuppgift till någon annan endast när detta är förenligt med en god och säker vård.

Den som överlåter en arbetsuppgift för vilken det krävs formell kompetens till någon som saknar sådan kompetens svarar för att den som fått uppgiften har förutsättningar att fullgöra denna.

Tystnadsplikt m. m.

7 § Den som tillhör eller har tillhört hälso- och sjukvårdspersonalen inom den enskilda hälso- och sjukvården får inte obehörigen röja vad han eller hon i sin verksamhet har fått veta om en enskilds hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden. Som obehörigt röjande anses inte att någon fullgör uppgiftsskyldighet som följer av lag eller förordning.

Tystnadsplikt för uppgift om en patients hälsotillstånd gäller även i förhållande till patienten själv, om det med hänsyn till ändamålet med vården eller behandlingen är av synnerlig vikt att uppgiften inte lämnas till patienten.

För det allmännas verksamhet gäller bestämmelserna i sekretesslagen (1980:100).

8 § Den som tillhör eller har tillhört hälso- och sjukvårdspersonalen inom den enskilda hälso- och sjukvården får inte röja en uppgift från en enskild om någon annan persons hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden, om det kan antas att fara uppkommer för att den som lämnat uppgiften eller någon närstående till uppgiftslämnaren utsätts för våld eller annat allvarligt men om uppgiften röjs.

För det allmännas verksamhet gäller bestämmelserna i sekretesslagen (1980:100).

9 § Den som tillhör eller har tillhört hälso- och sjukvårdspersonalen inom den enskilda hälso- och sjukvården får inte obehörigen röja eller utnyttja sådana uppgifter om en viss varas tillverkning eller innehåll, som han eller hon har fått kännedom om i verksamheten och som har lämnats dit för att användas som upplysning om eller underlag för behandling eller annan liknande åtgärd.

För det allmännas verksamhet gäller bestämmelserna i sekretesslagen (1980:100).

10 § Utöver vad som annars följer av lag eller förordning är hälso- och sjukvårdspersonalen skyldig att lämna ut

1. uppgift om huruvida någon vistas på en sjukvårdsinrättning om uppgiften i ett särskilt fall begärs av en domstol, åklagarmyndighet, polismyndighet, kronofogdemyndighet eller skattemyndighet,
2. uppgift som behövs för en rättsmedicinsk undersökning,
3. uppgift som Socialstyrelsens råd för vissa rättsliga, sociala och medicinska frågor behöver för sin verksamhet,
4. uppgift som behövs för prövning av ett ärende om att avskilja en studerande från högskoleutbildning,
5. uppgift som Vägverket behöver för prövning av någons lämplighet att ha körkort eller traktorkort.

3 kap. Behörighets- och legitimationsregler

1 § I detta kapitel ges bestämmelser för yrkesverksamhet inom hälso- och sjukvården vad gäller
-- legitimation
-- ensamrätt till yrke
-- skyddad yrkestitel
-- kompetens som Europaläkare och
-- specialistkompetens.

Legitimation

2 § Utövare av yrke, som anges i nedanstående tabell, skall efter ansökan få legitimation för yrket efter att ha gått igenom den utbildning och praktiktjänstgöring som anges i tabellen.

Legitimation får inte meddelas om förhållandena är sådana att legitimationen skulle ha återkallats enligt bestämmelserna i 5 kap. om sökanden varit legitimerad.

Regeringen skall i de fall som anges i tabellen besluta om närmare föreskrifter angående vilken utbildning och praktisk tjänstgöring som skall krävas för att erhålla legitimation.

Yrke/Yrkestitel	Utbildning	Praktisk tjänstgöring
1 Apotekare	Apotekarexamen	
2 Arbetsterapeut	Arbetsterapeutexamen	
3 Barnmorska	Barnmorskeexamen	
4 Kiropraktor	F	F
5 Logoped	Logopedexamen	
6 Läkare	Läkarexamen	F
7 Naprapat	F	F
8 Optiker	Optikerexamen	
9 Psykolog	Psykologexamen	F
10 Psykoterapeut	Psykoterapeutexamen	
11 Receptarie	Receptarieexamen	
12 Röntgensjuksköterska	Röntgensjuksköterskeexamen	
13 Sjukgymnast	Sjukgymnastexamen	
14 Sjukhusfysiker	Sjukhusfysikerexamen	
15 Sjuksköterska	Sjuksköterskeexamen	
16 Tandhygienist	Tandhygienistexamen	
17 Tandläkare	Tandläkarexamen	

F= Enligt föreskrifter av regeringen (eller myndighet som regeringen bestämmer).

En legitimerad psykoterapeut skall i sin yrkesverksamhet ange sin grundutbildning.

3 § Beteckningen legitimerad får användas endast av yrkesutövare som erhållit legitimation enligt 2 §.

Ensamrätt till yrke

4 § Behörig att utöva yrke som apotekare, barnmorska, läkare, receptarie och tandläkare är endast den som har legitimation för yrket eller som särskilt förordnats att utöva yrket. Dock får endast den som har legitimation som läkare yrkesmässigt bedriva enskild läkarverksamhet.

Skyddad yrkestitel

5 § Utövare av yrke som anges i 2 § får genom legitimationen rätt att använda i tabellen angiven yrkestitel (skyddad yrkestitel).

Bestämmelsen i första stycket om skyddad yrkestitel gäller inte yrkena
- kiropraktor
- naparapat
- optiker.

Utövare av följande yrken får efter att ha gått igenom den utbildning som regeringen föreskriver rätt att använda av regeringen angiven yrkestitel (skyddad yrkestitel),
- audionom
- biomedicinsk analytiker
- dietist
- ortopedingenjör.

Sjuksköterska med sådan examen som specialistsjuksköterska som anges i högskoleförordningen (1993:100) bilaga 3 (examensordningen) har rätt att använda av regeringen angiven yrkestitel (skyddad yrkestitel).

6 § En skyddad yrkestitel får användas endast av yrkesutövare som har rätt till en yrkestitel enligt 5 §.

7 § Om någon, som saknar behörighet att använda skyddad yrkestitel, använder en titel som kan förväxlas med en skyddad yrkestitel, skall titeln i yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område anges så att den tydligt skiljer sig från en skyddad yrkestitel.

Kompetens som Europaläkare

8 § En legitimerad läkare som har genomgått av regeringen föreskriven praktisk utbildning skall på ansökan få kompetens som allmänpraktiserande läkare (Europaläkare).

En läkare får ange att han eller hon har kompetens som allmänpraktiserande läkare endast om han har sådan kompetens (skyddad beteckning för Europaläkare).

Specialistkompetens

9 § En legitimerad läkare eller tandläkare, som genomgått av regeringen föreskriven vidareutbildning, skall på ansökan få specialistkompetens.

En läkare eller tandläkare får ange att han eller hon har specialistkompetens inom specialitet i sitt yrke endast om han har sådan specialistkompetens (skyddad specialistbeteckning).

Bestämmelser om förfarandet

10 § Frågor om meddelande av legitimation, kompetens som Europaläkare och som specialist prövas av Socialstyrelsen.

Visar yrkesutövare att han eller hon på annat sätt än genom utbildning eller praktisk tjänstgöring, som sägs i 2 §, förvärvat motsvarande kompetens får Socialstyrelsen meddela honom legitimation.

4 kap. Begränsningar i rätten att vidta vissa hälso- och sjukvårdande åtgärder

1 § Bestämmelserna i detta kapitel gäller den som yrkesmässigt undersöker annans hälsotillstånd eller behandlar annan för sjukdom eller därmed jämförligt tillstånd genom att vidta eller föreskriva åtgärd i förebyggande, botande eller lindrande syfte. Bestämmelserna gäller dock inte den som enligt 1 kap. 3 § är hälso- och sjukvårdspersonal.

2 § Under utövning av verksamhet som avses i 1 § får ingen

1) behandla sådana smittsamma sjukdomar som enligt smittskyddslagen (1988:1472) är anmälningspliktiga sjukdomar,

2) behandla cancer och andra elakartade svulster, diabetes, epilepsi eller sjukliga tillstånd i samband med havandeskap eller förlossning,

3) undersöka eller behandla annan under allmän bedövning eller under lokal bedövning genom injektion av bedövningsmedel eller under hypnos,

4) behandla annan med användande av radiologiska metoder, eller

5) utprova eller tillhandahålla kontaktlinser.

3 § Under utövning av verksamhet som avses i 1 § får inte någon undersöka eller behandla barn under femton år. Utan föregående anvisning av läkare får dock inte någon tillhandahålla optiska synhjälpmedel till barn under åtta år.

5 kap. Regler om disciplinpåföljd och återkallelse av legitimation m.m.

Inledande bestämmelser

1 § Detta kap. gäller hälso- och sjukvårdspersonal i deras yrkesutövning på hälso- och sjukvårdens område. I kap. ges bestämmelser om

1. disciplinpåföljd,
2. återkallelse av legitimation, återkallelse av annan behörighet att utöva yrke inom hälso- och sjukvården, begränsning av behörighet att förskriva narkotiska och alkoholhaltiga läkemedel samt teknisk sprit.

2 § Bestämmelserna i 3 - 5 §§ gäller endast yrkesutövning som har samband med undersökning, vård och behandling av patienter eller klinisk forskning på människor.

Disciplinpåföljd

3 § Om den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen uppsåtligen eller av oaktsamhet inte fullgör vad som åvilar honom eller henne enligt 2 kap. 1, 2, 4, 6, 7,och 8 §§ eller enligt någon annan föreskrift som är av direkt betydelse för säkerheten i vården, får disciplinpåföljd åläggas. Om felet är ringa eller om det framstår som ursäktligt får disciplinpåföljd underlåtas.

Disciplinpåföljd är erinran eller varning.

Disciplinpåföljd får, om det finns särskilda skäl till det, åläggas även den som har tillhört hälso- och sjukvårdspersonalen men inte längre gör det.

Disciplinpåföljd får inte åläggas en arbetstagare därför att han eller hon deltagit i strejk eller någon därmed jämförlig stridsåtgärd.

4 § Om någon som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen har anmälts till åtal, får disciplinärt förfarande enligt detta kapitel inte inledas eller fortsättas i fråga om den förseelse som avses med åtgärden. Underrättelse om anmälan enligt 6 kap. 13 § får dock ske.

Om en gärning har prövats i straffrättslig ordning, får ett disciplinärt förfarande inledas eller fortsättas bara om gärningen, av någon annan orsak än bristande bevisning, inte har ansetts vara något brott.

Anmälan till åtal skall ske, om den mot vilken disciplinpåföljd ifrågasatts är skäligen misstänkt för att i yrkesutövningen ha begått brott, för vilket fängelse är föreskrivet. Särskilda regler gäller för åtal för brott enligt 6 § lagen (1991:115) om åtgärder i forsknings- eller behandlingssyfte med befruktade ägg från människa.

Anmälan till åtal skall göras av Socialstyrelsen om annat inte följer av 6 kap. 21 §.

5 § Disciplinpåföljd får inte åläggas någon, om han eller hon inte inom två år efter förseelsen har underrättats om anmälan enligt 6 kap. 13 § eller enligt 21 § tredje stycket lagen (1986:765) med instruktion för Riksdagens ombudsmän eller 5 § förordningen (1975:1345) med instruktion för Justitiekanslern.

Disciplinpåföljd får inte åläggas senare än fem år efter förseelsen.

Återkallelse av legitimation m. m.

6 § Legitimation att utöva yrke inom hälso- och sjukvården skall återkallas om den legitimerade

1. varit grovt oskicklig vid utövning av sitt yrke eller på annat sätt visat sig uppenbart olämplig att utöva yrket,
2. på grund av sjukdom eller någon liknande omständighet inte kan utöva yrket tillfredsställande,
3. begär att legitimationen skall återkallas och det inte finns hinder mot återkallelse från allmän synpunkt.

Har någon på grund av auktorisation i ett annat land inom Europeiska ekonomiska samarbetsområdet (EES) fått legitimation inom hälso- och sjukvården och återkallas den auktorisationen, skall även legitimationen återkallas.

7 § Om det finns grundad anledning att anta att legitimationen bör återkallas enligt 6 § första stycket 2, får den legitimerade föreläggas att låta sig undersökas av läkare som anvisas honom eller henne.

Om ett föreläggande om läkarundersökning har beslutats, får legitimationen återkallas för tiden till dess frågan om återkallelse av legitimationen har prövats slutligt.

Har den legitimerade inte följt ett föreläggande om läkarundersökning inom ett år från det att han eller hon fick del av detta, får legitimationen återkallas.

8 § Om en läkare eller tandläkare missbrukar sin behörighet att förskriva narkotiska eller alkoholhaltiga läkemedel eller teknisk sprit, får denna behörighet dras in eller begränsas. Behörigheten får också dras in eller begränsas om läkaren eller tandläkaren själv begär det.

9 § Om det finns sannolika skäl för misstanke om sådant missbruk som avses i 8 §, får den aktuella behörigheten dras in eller begränsas till dess frågan om indragningen eller begränsningen av behörigheten har prövats slutligt.

Beslut enligt första stycket gäller i högst sex månader. Om det finns särskilda skäl får beslutets giltighet förlängas med ytterligare högst sex månader.

10 § Har en legitimation återkallats eller har en behörighet att förskriva narkotiska eller alkoholhaltiga läkemedel eller teknisk sprit dragits in eller begränsats, skall en ny legitimation respektive behörighet meddelas när förhållandena medger det.

Återkallelse av annan behörighet

11 § Annan behörighet att utöva yrke inom hälso- och sjukvården än legitimation som meddelats enligt 3 kap. får återkallas om den som fått behörigheten

1. varit oskicklig vid utövningen av yrket eller på annat sätt visat sig olämplig att utöva yrket,
2. på grund av sjukdom eller någon liknande omständighet inte kan utöva yrket tillfredsställande.

Om det finns grundad anledning att anta att behörigheten bör återkallas, får den återkallas för tiden till dess frågan om återkallelse har prövats slutligt.

6 kap. Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnds verksamhet

Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd

1 § Frågor om disciplinpåföljd enligt denna lag prövas av Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd.

Nämnden prövar även frågor som avses i 5 kap. 6--11 §§.

2 § Ansvarsnämnden består av ordförande och åtta andra ledamöter. De utses av regeringen för tre år. Ordföranden skall ha varit ordinarie domare. Övriga ledamöter skall ha särskild insikt i hälso- och sjukvård.

För ordföranden skall för samma tid utses en eller flera ställföreträdare. En sådan ställföreträdare skall vara eller ha varit ordinarie domare. För varje annan ledamot skall det finnas ett tillräckligt antal ersättare som skall utses för samma tid som ledamoten.

3 § Ansvarsnämnden är beslutför med ordförande och sex andra ledamöter. Till sammanträde med nämnden skall samtliga ledamöter kallas. Om en ledamot anmäler förhinder, skall en ersättare kallas.

4 § Ordföranden får ensam fatta beslut

1. som inte innefattar slutligt avgörande i sak, dock inte beslut om föreläggande att genomgå läkarundersökning enligt 5 kap. 7 § första stycket eller om tillfällig återkallelse enligt 5 kap. 7 § andra stycket, 9 § eller 11 § andra stycket eller om utdömande av vite enligt 11 § i detta kapitel,

2. som innebär att ett ärende om disciplinpåföljd avgörs i sak, om beslutet inte gäller en fråga av principiell beskaffenhet och det finns grundad anledning att anta att ärendet inte kan leda till någon disciplinpåföljd,

3. om återkallelse av legitimation eller behörighet på egen begäran i fall när hinder mot återkallelse inte kan antas föreligga, eller

4. om återkallelse av legitimation enligt 5 kap. 7 § tredje stycket då den legitimerade inte följt föreläggande om läkarundersökning.

Ärenden som har avgjorts enligt första stycket skall anmälas vid nästa sammanträde med nämnden.

5 § I fråga om jäv mot den som handlägger ärenden i ansvarsnämnden skall bestämmelserna i 4 kap. rättegångsbalken om jäv mot domare tillämpas.

6 § I fråga om omröstning i ansvarsnämnden skall bestämmelserna i 29 kap. rättegångsbalken om omröstning i domstol med endast lagfarna ledamöter tillämpas. Ordföranden säger sin mening först.

Handläggning i ansvarsnämnden

7 § Frågor om disciplinpåföljd skall tas upp på anmälan av Socialstyrelsen eller av den patient som saken gäller eller, om patienten inte själv kan anmäla saken, en närstående till patienten.

Frågor som avses i 5 kap. 6 - 11 §§ tas upp på anmälan av Socialstyrelsen eller på ansökan av den som saken gäller.

Bestämmelser om rätt för Riksdagens ombudsmän och för Justitiekanslern att göra anmälan i ärende som avses i första eller andra stycket finns i 6 § tredje stycket lagen (1986:765) med instruktion för Riksdagens ombudsmän och i 6 § första stycket lagen (1975:1339) om Justitiekanslerns tillsyn.

8 § Anmälan eller ansökan till ansvarsnämnden skall göras skriftligen.

9 § Anmälan eller ansökningshandling skall innehålla uppgift om

1. den enskilde anmälarens eller sökandens namn, födelsetid och postadress,

2. namn och adress för ställföreträdare eller ombud om talan förs av sådan,

3. vem anmälan eller ansökan avser och, om uppgift kan lämnas utan särskild utredning, dennes yrke, adress och arbetsplats,

4. vilken anmärkning som riktas mot en anmäld,

5. de omständigheter som åberopas till stöd för anmälan eller ansökan.

Anmälan eller ansökan av enskild skall vara egenhändigt undertecknad.

Om part företräds av ombud skall fullmakt ges in.

10 § Är anmälan eller ansökan så ofullständig att den inte kan läggas till grund för prövning i sak, skall ansvarsnämnden förelägga anmälaren eller sökanden att inom en viss tid inkomma med kompletterande uppgifter vid påföljd att ärendet annars inte tas upp till prövning.

11 § Ansvarsnämnden skall se till att varje ärende blir tillräckligt utrett. Överflödig utredning skall avvisas.

Nämnden får förelägga den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen att ge in patientjournaler eller andra handlingar som behövs för utredningen. I föreläggandet får vite sättas ut. Vitet döms ut av nämnden.

12 § Förfarandet är skriftligt. Muntlig förhandling får dock förekomma, när det kan antas vara till fördel för utredningen.

13 § Anmälan eller ansökan enligt 7 § och det som hör till handlingen skall snarast överlämnas till den som anmälan eller ansökan avser. Mottagaren skall föreläggas att svara inom en viss tid.

En sådan underrättelse behövs inte om det är uppenbart att anmälan eller ansökan inte kan bifallas eller att underrättelsen är onödig.

14 § Den som förelagts att svara skall göra det skriftligen, om inte ansvarsnämnden bestämmer att svaret får lämnas vid en muntlig förhandling.

Av svaret skall framgå om den svarande godtar eller motsätter sig den åtgärd som sätts i fråga. I det senare fallet bör svaranden ange skälen för sin inställning och de omständigheter som åberopas.

15 § Kräver en fråga särskild sakkunskap, får ansvarsnämnden inhämta yttrande från myndigheter, tjänstemän eller andra som är skyldiga att lämna yttrande i ämnet. Nämnden får också anlita andra sakkunniga i frågan.

I fråga om sådana sakkunniga som avses i första stycket tillämpas 40 kap. 2--7 och 12 §§ rättegångsbalken i tillämpliga delar.

Ersättning för utlåtande av myndigheter, tjänstemän eller andra som är skyldiga att lämna yttrande lämnas endast om det är särskilt föreskrivet.

Andra sakkunniga har rätt till ersättning av allmänna medel för sitt uppdrag. Nämnden får bevilja förskott på sådan ersättning.

16 § Om ansvarsnämnden finner att ett vittne eller en sakkunnig behöver höras vid domstol eller att någon behöver föreläggas att tillhandahålla en skriftlig handling eller ett föremål som bevis, skall nämnden begära detta hos den tingsrätt inom vars område den person vistas som skall höras eller på annat sätt berörs av åtgärden.

Om det inte finns laga hinder mot det skall rätten hålla förhör eller meddela föreläggande. I fråga om sådana åtgärder skall i tillämpliga delar gälla vad som föreskrivs om bevisupptagning i rättegång utom huvudförhandling.

17 § Till muntlig förhandling skall parterna kallas. En enskild får föreläggas att inställa sig personligen vid påföljd att om han eller hon uteblir det inte utgör hinder för ärendets vidare handläggning och avgörande.

En enskild part som har inställt sig till en muntlig förhandling får av ansvarsnämnden beviljas skälig ersättning av allmänna medel för kostnader för resa och uppehälle. Nämnden får bevilja förskott på ersättningen. Närmare bestämmelser om ersättning och förskott meddelas av regeringen.

18 § Bestämmelserna i 20 och 21 §§ förvaltningslagen (1986:223) skall tillämpas även på beslut enligt 5 kap. 7 § första och andra styckena, 5 kap. 9 § första stycket och 5 kap. 11 § andra stycket.

Överlämnande av vissa ärenden

19 § En anmälan beträffande arbetstagare får helt eller delvis överlämnas av ansvarsnämnden till arbetsgivaren för den åtgärd som kan ankomma på arbetsgivaren, om det är uppenbart att ärendets behandling i nämnden inte är påkallad från allmän synpunkt eller för att tillvarata patientens rätt.

20 § Innehåller en anmälan till ansvarsnämnden klagomål över brister i kontakten mellan en patient och hälso- och sjukvårdspersonalen hos ett landsting eller en kommun eller över något annat liknande förhållande och finns det grundad anledning att anta att anmälan inte

kan föranleda disciplinpåföljd enligt denna lag, får nämnden överlämna anmälan i den delen till landstinget eller kommunen för åtgärd.

21 § Finner ansvarsnämnden i ett ärende att de i 5 kap. 4 § tredje stycket angivna förutsättningarna för anmälan till åtal föreligger, skall nämnden göra sådan anmälan.

22 § Bestämmelser om handläggning av sådana ärenden om disciplinpåföljd eller om återkallelse eller begränsning av behörighet som prövas efter anmälan av Riksdagens ombudsmän eller Justitiekanslern finns i 6 § femte stycket lagen (1986:765) med instruktion för Riksdagens ombudsmän och i 6 § tredje stycket lagen (1975:1339) om Justitiekanslerns tillsyn.

7 kap. Socialstyrelsens tillsyn

1 § Hälso- och sjukvårdspersonalen står i sin yrkesutövning under tillsyn av Socialstyrelsen. Detta innebär ingen inskränkning i den tillsyn som en annan myndighet kan ansvara för enligt särskilda föreskrifter.

2 § Den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen är skyldig att på Socialstyrelsens begäran lämna handlingar, prover och annat material som rör verksamheten samt ge styrelsen de upplysningar om denna som styrelsen behöver för sin tillsyn. Socialstyrelsen får förelägga sådan personal att lämna vad som begärs. I föreläggandet får vite sättas ut.

3 § Socialstyrelsen eller den som styrelsen förordnar har rätt att inspektera hälso- och sjukvårdspersonalens verksamhet. Den som utför inspektion har rätt att få tillträde till lokaler där verksamheten bedrivs och rätt att tillfälligt omhänderta handlingar, prover och annat material som rör verksamheten. Den vars verksamhet inspekteras är skyldig att lämna det biträde som behövs vid inspektionen.

4 § Vid inspektion som avses i 3 § har den som utför inspektionen rätt att av polismyndighet få det biträde som behövs för att inspektionen skall kunna genomföras.

5 § Om Socialstyrelsen finner att det finns skäl att ifrågasätta disciplinpåföljd, återkallelse av legitimation eller begränsning av förskrivningsrätt enligt 5 kap. skall styrelsen göra anmälan om detta hos Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd.

8 kap. Ansvarsbestämmelser m.m.

Ansvarsbestämmelser

1 § Utövar läkare, vars legitimation har återkallats eller vars behörighet eljest har upphört, eller läkare, som har begränsad behörighet, obehörigen och mot ersättning läkaryrket, döms han eller hon till böter eller fängelse i högst sex månader.

2 § Den som obehörigen och mot ersättning utövar tandläkaryrket döms till böter eller fängelse i högst sex månader.

Som obehörig utövning av tandläkaryrket anses inte den yrkesverksamhet som utövas av den som har legitimation som tandhygienist eller som har föreskriven kompetens som tandhygienist eller tandsköterska.

3 § Den som bryter mot bestämmelserna i 3 kap. 3, 6 - 9 §§ döms till böter.

4 § Den som bryter mot någon av bestämmelserna i 4 kap. eller under utövning av verksamhet, som sägs i 4 kap., uppsåtligen eller av oaktsamhet tillfogar den undersökte eller behandlade skada, som inte är ringa, eller framkallar fara för sådan skada, vare sig skadan eller faran orsakats av olämplig behandling eller genom avbrott i eller dröjsmål med läkarvård, döms, om gärningen inte är belagd med straff enligt 1 - 3 §§ i detta kapitel till böter eller fängelse i högst ett år.

Den omständigheten att gärningsmannen på grund av brist i utbildning och erfarenhet inte kunnat inse sjukdomens natur eller förutse skadan eller faran befriar honom eller henne inte från ansvar.

Vitesföreläggande m.m.

5 § Om det föreligger sannolika skäl att misstänka att någon i sin verksamhet bryter mot bestämmelserna i 3 kap. 3, 6 eller 7 §§, 4 kap. 2 eller 3 §§, får Socialstyrelsen förelägga denne att för viss tid upphöra med sin verksamhet. Ett sådant föreläggande får förenas med vite.

Den som överträtt ett vitesföreläggande enligt första stycket får inte dömas till straff för sådan verksamhet som omfattas av vitesföreläggandet.

6 § Har någon genom dom, som vunnit laga kraft, övertygats om brott som anges i 4 §, äger socialstyrelsen meddela förbud för honom eller

henne att under viss tid eller för alltid utöva verksamhet som avses i 4 kap. Ett sådant förbud får förenas med vite.

Den som överträtt ett vitesförbud enligt första stycket får inte dömas till straff för sådan verksamhet som omfattas av vitesförbudet.

7 § Den som bryter mot förbud som meddelats jämlikt 6 § straffas såsom för brott som anges i 4 §.

Överklagande av beslut

8 § Ansvarsnämndens beslut enligt denna lag får överklagas hos allmän förvaltningsdomstol.

Prövningstillstånd krävs vid överklagande till kammarrätten.

9 § Ansvarsnämndens slutliga beslut får överklagas av

1. Socialstyrelsen för att tillvarata allmänna intressen,
2. enskild, som enligt 6 kap. 7 § första stycket har anmält en fråga om disciplinpåföljd, om beslutet har gått den enskilde emot,
3. någon annan som beslutet angår, om det har gått honom eller henne emot.

Överklagande av Socialstyrelsen skall ske inom tre veckor från det att beslutet har meddelats.

Bestämmelser om rätt för Riksdagens ombudsmän och för Justitiekanslern att överklaga beslut om disciplinpåföljd eller i behörighetsfråga med anledning av fel i yrkesutövning finns i 7 § lagen (1986:765) med instruktion för Riksdagens ombudsmän och i 7 § lagen (1975:1339) om Justitiekanslerns tillsyn. Sådant överklagande skall ske inom tre veckor från det att beslutet har meddelats.

10 § Andra beslut av ansvarsnämnden än som avses i 9 § i får överklagas av den som beslutet angår, om det har gått honom eller henne emot.

11 § Beslut av ansvarsnämnden som inte innebär att ett ärende avgörs, får överklagas endast i samband med överklagande av det slutliga beslutet i ärendet.

Ett beslut som inte är slutligt får dock överklagas särskilt när nämnden

1. ogillat en invändning om jäv mot ledamot av nämnden eller en invändning om att det finns hinder mot prövningen,
2. avvisat ombud eller biträde,
3. förordnat om saken i avvaktan på att ärendet avgörs,
4. förelagt någon att genomgå läkarundersökning enligt 5 kap. 7 § första stycket,

5. förelagt någon vid vite enligt 6 kap. 11 § andra stycket att inkomma med patientjournaler eller andra handlingar,
6. utdömt vite eller
7. förordnat om ersättning för någons medverkan i ärendet.

12 § Beslut i frågor som avses i 5 kap. 6 - 11 §§ gäller omedelbart om inte annat anges i beslutet.

13 § Om inte något annat föreskrivits, är Socialstyrelsen motpart till den yrkesutövare som överklagat ansvarsnämndens eller domstols slutliga beslut enligt denna lag. Om en enskild har anmält disciplinärendet är också han eller hon yrkesutövarens motpart.

Överklagande av Socialstyrelsens beslut

14 § Socialstyrelsens beslut enligt denna lag överklagas hos allmän förvaltningsdomstol.

Beslut som Socialstyrelsen eller allmän förvaltningsdomstol meddelar enligt denna lag skall gälla omedelbart om inte annat förordnas.

Prövningstillstånd krävs vid överklagande till kammarrätten.

Ytterligare föreskrifter

15 § Regeringen bemyndigas att meddela ytterligare föreskrifter i de frågor som avses i denna lag. Regeringen får överlåta åt Socialstyrelsen att meddela sådana föreskrifter.

16 § Regeringen får meddela sådana föreskrifter om åligganden för hälso- och sjukvårdspersonalen som behövs till skydd för enskilda eller hälso- och sjukvårdens bedrivande i övrigt.

Regeringen får överlåta åt Socialstyrelsen att meddela föreskrifter som avses i första stycket.

2 Förslag till Lag (1997:00) om ändring i Mervärdesskattelagen (1994:200)

Härmed föreskrivs att 3 kap. 5 § mervärdesskattelagen (1994:200) skall ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
Med sjukvård förstås åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda eller behandla sjukdomar, kroppsfel och skador samt vård vid barnsbörd,	
- om åtgärderna vidtas vid sjukhus eller någon annan inrättning som drivs av det allmänna eller vid inrättningar som avses i 1 § (1970:88) om enskilda vårdhem m.m., eller	
- åtgärderna annars vidtas av någon med särskild legitimation att utöva yrke inom sjukvården.	- åtgärderna annars vidtas av någon med särskild legitimation att utöva yrke inom sjukvården *eller av audionomer, biomedicinska analytiker, dietister eller ortopedingenjörer med skyddad yrkestitel.*

Med sjukvård förstås även sjuktransporter som utförs med transportmedel som är särskilt inrättade för sådana transporter.

Med sjukvård jämställs medicinskt betingad fotvård.

I Bakgrund

1 Inledning

1.1 Kommitténs uppdrag

Enligt direktiven vilka fogas till betänkandet som bilaga har kommitténs främsta uppgift varit att göra en samlad översyn av principerna för legitimation och behörighet och mot bakgrund av översynen lämna förslag bl.a. i fråga om legitimation och behörighetsföreskrifter för olika yrkesgrupper inom hälso- och sjukvården och närliggande områden.

Regeringen har i tilläggsdirektiv till kommittén beslutat att den i riksdagens skrivelse 1993/94:410 behandlade frågan om skolpsykologers rättsliga ställning (1993/94:SoU26, mom 3) skall övervägas av kommittén.

Regeringen (Miljödepartementet) har till kommittén överlämnat delar av en skrivelse från Statens strålskyddsinstitut med förslag till åtgärder för att förbättra strålskyddskompetensen i svensk sjukvård.

Socialdepartementet har till kommittén överlämnat den del av departementspromemorian (Ds 1995:35) Förstärkt tillsyn över hälso- och sjukvården (avsnitt 8.2) som berör kvacksalverilagen.

Regeringen har till kommittén även överlämnat ett flertal skivelser från olika yrkesgrupper och enskilda med synpunkter på de frågor som kommittén haft i uppdrag att utreda. Kommittén har därutöver mottagit skrivelser från ett stort antal yrkesgrupper, organisationer och enskilda. De skrivelser och de synpunkter som kommittén mottagit får anses besvarade genom detta betänkande.

1.2 Arbetets uppläggning

Kommitténs tillsattes under sommaren 1994 och påbörjade arbetet strax därefter. Kommittén har haft ett tjugotal protokollförda sammanträden inkluderande två internat.

Den översyn som ingått i kommitténs uppgift att göra har berört många yrkesgrupper. För att kunna diskutera olika frågor med dessa

har kommittén genomfört flera s.k. hearingar. Vid dessa möten har kommittén träffat och haft diskussioner med representanter för ett stort antal yrkesgrupper och intresseorganisationer. Dessa och ytterligare yrkesgruppers verksamhet m.m. redovisar kommittén i avsnitt 5.

För att få en inblick i det praktiska arbetet med legitimationsfrågor har kommittén gjort studiebesök på Socialstyrelsens enhet för legitimations- och behörighetsfrågor. Kommitténs ordförande och sekretariat har också varit närvarande vid ett sammanträde i Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd.

Kommittén har i sitt arbete haft kontakt med andra myndigheter och utredningar. I detta sammanhang kan nämnas att kommitténs sekretariat träffat representanter för Statens strålskyddsinstitut. Kommittén har samrått med Utredningen om förbättrad tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonalen (se SOU 1995:147) och representant för dåvarande Kanslersämbetets utvärdering av de medellånga vårdutbildningarna (se Högskoleverkets rapportserie 1996:7 R). Representanter för Styrelsen för teknisk ackreditering (SWEDAC) har företrätt inför kommittén och redogjort för sin verksamhet. Inför kommittén har även företrätt representanter för Socialtjänstkommittén och Läkemedelsförsörjningsutredningen.

I kommitténs uppdrag har ingått att beakta intresset av likformiga regler i de nordiska staterna. Med anledning härav har delar av kommittén besökt Finland där man sammanträffat med representanter för det finska Hälso- och sjukvårdsministeriet och Rättsskyddscentralen. Vid ett besök i Danmark har kommitténs sekreterare sammanträffat med representanter för den danska Sundhetsstyrelsen. Kommitten har också inhämtat upplysningar från övriga nordiska länder, från några andra europeiska länder och från EU.

Kommitténs sekretariat har besökt Diabetesmottagningen vid Universitetsjukhuset i Lund och träffat representanter för den medicinska fotvården samt besökt Radiofysikavdelningen på Universitetssjukhuset MAS och träffat representanter för sjukhusfysikerna. Representanter för kommittén har även besökt Naprapathögskolan och Skandinaviska kiropraktorhögskolan i Stockholm.

I kommitténs uppdrag har bl.a. ingått att belysa de eventuella skattetekniska konsekvenserna av lämnade förslag, bl.a. mot bakgrund av det förhållandet att legitimerade yrkesutövare inom hälso- och sjukvården är befriade från mervärdesskatt. Ulf Janzon, generalsekreterare i Nordiska läkemedelsnämnden, och Urban Hansson Brusewitz, departementssekreterare på Finansdepartementet, har till kommittén bidragit med beräkningar i denna fråga.

1.3 Betänkandets disposition

Betänkandet är som framgår av innehållsförteckningen indelat i två delar. *Del I* innehåller en redovisning av bakgrundsmaterial. I *del II* redovisar kommittén främst överväganden och förslag. Även i anslutning till övervägandena presenteras ibland visst bakgrundsmaterial för att underlätta läsningen och förståelsen av resonemangen. I *bilaga* till betänkandet finns regeringens direktiv till kommittén.

Betänkandet inleds med en *sammanfattning* på svenska och engelska samt *författningsförslag*. Kommentarer till författningsförslaget finns i ett avslutande avsnitt.

I *avsnitt 2* finns en kortfattad redovisning av gällande lagstiftning. Kommittén har valt att också i samband med presentationen av lagstiftningsförslagen i förtydligande syfte göra en redovisning av viss central lagstiftning. I detta avsnitt redovisar kommittén också statistiska uppgifter angående legitimerade yrkesutövare och omfattningen av verksamheten hos Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd.

I *avsnitt 3* redovisar kommittén vissa regleringar i de nordiska länderna och några andra europeiska länder.

I *avsnitt 4* redovisar vi den nordiska överenskommelsen om en gemensam arbetsmarknad för viss hälso- och sjukvårdspersonal. Här redovisar kommittén också EG-direktiven om ömsesidigt godkännande av kompetensbevis.

I *avsnitt 5* har kommittén gjort en sammanfattande redovisning av verksamheten hos huvuddelen av de yrkesgrupper som kommittén kommit i kontakt med under utredningsarbetet.

Del II inleds med *avsnitt 6* där kommittén redovisar och diskuterar utbildningsfrågor m.m. Det gäller främst avregleringen av vissa vårdutbildningar genom högskolereformen, en fråga som kommittén enligt direktiven särskilt skall fästa vikt vid. Kommittén tar i detta avsnitt även upp sjuksköterskeutbildningen och då framför allt sjuksköterskornas vidareutbildningar. Kommittén diskuterar avslutningsvis i avsnittet frågor om när och hur prövning av lämplighet för yrken inom hälso- och sjukvården bör ske.

I *avsnitt 7* redovisar kommittén konsekvenserna för regleringar inom hälso- och sjukvården av det nyligen införda grundlagsskyddet för närings- och yrkesfriheten samt Europakonventionens införlivande med svensk rätt.

Avsnitten 8 till 10 innehåller kommitténs ställningstaganden till de centrala frågor vi har haft i uppgift att studera. I avsnitt 8 diskuterar kommittén således övergripande vilka grundläggande principer som bör gälla för en framtida behörighetsreglering. I avsnitt 9 beskriver vi sedan närmare dessa principer. I det avsnittet finns också kommitténs allmänna överväganden om legitimationens huvudfunktioner i

framtiden samt en diskussion om olika komplement till legitimationen. Här finns också avslutningsvis en diskussion om behovet av en fast övre åldersgräns för legitimationen. I avsnitt 10 preciserar kommittén vilka nya yrkesgrupper som bör komma i fråga för olika regleringar.

Kommittén tar i *avsnitt 11* upp vissa frågor rörande vissa utövare av manuella behandlingsmetoder, i första hand kiropraktorer, naprapater och osteopater.

Till kommittén har framförts vissa synpunkter på behörigheten för psykologer och psykoterapeuter. Dessa yrkesgrupper diskuterar kommittén i *avsnitt 12*.

I kommitténs uppdrag har ingått att se över kvacksalverilagen. Frågor som berör den lagstiftningen behandlar kommittén i *avsnitt 13*.

Kommittén har under sitt arbete kunnat konstatera att det finns ett behov av en mer samlad lagstiftning om yrkesverksamheten inom hälso- och sjukvården. I *avsnitt 14* lämnar kommittén ett förslag till en ny lagstiftning som innebär en sammanslagning av de fyra centrala lagarna på området.

I kommitténs uppdrag har ingått att i samband med diskussionen om behörighetsregleringen inom hälso- och sjukvården även studera vissa närliggande områden. Det gäller främst frågan om legitimation inom socialtjänsten. Denna fråga tar kommittén tar upp i *avsnitt 15*.

Kommittén skall mot bakgrund av bl.a. den omständigheten att legitimerade yrkesutövare inom hälso- och sjukvården är befriade från mervärdesskatt belysa de eventuella skattetekniska konsekvenserna av lämnade förslag. Mervärdesskatteregleringen diskuterar kommittén i *avsnitt 16* och de mer övergripande ekonomiska konsekvenserna av kommitténs förslag redovisar vi i *avsnitt 17*.

Alla statliga utredningar skall beakta vissa generella kommittédirektiv. Kommitténs ställningstaganden till dessa direktiv redovisas i *avsnitt 18*.

Slutligen finns en författningskommentar till kommitténs förslag till ny lagstiftning i *avsnitt 19*.

2 Nuvarande lagstiftning

2.1 Inledning

Kommitténs uppdrag är enligt direktiven främst att göra en översyn av behörighetsregleringen inom hälso- och sjukvården och närliggande områden. I direktiven konstateras att kommittén i sitt arbete i allt väsentligt bör kunna lägga de hittillsvarande grundläggande principerna för legitimation och behörighet till grund även för översynen och de överväganden som behöver göras. Samtidigt anges att förändringen och utvecklingen inom vårdområdet bl.a. ställer krav på förbättrade möjligheter till kontroll från statens sida av hälso- och sjukvårdspersonalens yrkesutövning, särskilt utanför den offentliga vården.

Mot denna bakgrund skall kommittén överväga vilka allmänna principer som bör gälla för utfärdande av olika kompetensbevis. För att kunna göra detta bör man ha en bild av vilka regler som för närvarande gäller för behörighet och legitimation inom hälso- och sjukvården samt hur tillsynen över att dessa regler följs är utformad.

I detta avsnitt finns en översiktlig *beskrivning* av hälso- och sjukvårdslagstiftningen med särskild tyngdpunkt lagd på behörighets- och tillsynslagstiftning.

I *avsnitt 2.2* redovisas kortfattat hälso- och sjukvårdslagen och på vilka sätt denna lagstiftning har samband med övriga regler på området vad gäller hälso- och sjukvårdens verksamhet och personal.

I *avsnitt 2.3* redogörs sedan för utformningen av behörighetslagen.

I *avsnitten 2.4 och 2.5* beskrivs åliggandelagen respektive disciplinpåföljdslagen som tillkom år 1994.

I *avsnitt 2.6* redovisas kortfattat innehållet i den s.k. kvacksalverilagen. En diskussion om denna lag finns även i avsnitt 13.

I *avsnitt 2.7* redovisas något om Socialstyrelsens tillsyn samt handläggning av legitimationsärenden, i *avsnitt 2.8* beskrivs verksamheten i Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd och i *avsnitt 2.9* finns slutligen vissa statistiska uppgifter.

2.2 Allmänt om hälso- och sjukvårdslagstiftningen

2.2.1 Inledning

De grundläggande bestämmelserna för hur hälso- och sjukvården skall vara utformad i Sverige finns i *hälso- och sjukvårdslagen (1984:763)*, HSL. Lagen trädde i kraft år 1983 (prop. 1981/82:97) men har ändrats vid ett flertal tillfällen därefter. För en utförlig redogörelse av bakgrunden till lagen och de enskilda bestämmelserna hänvisas till Jan Sahlins kommentar (Hälso- och sjukvårdslagen, Med kommentarer, 4:e uppl. 1994, Norstedt juridik). I HSL anges det övergripande målet för hälso- och sjukvården och vilka krav som kan ställas på vården. De inledande bestämmelserna i HSL gäller all hälso- och sjukvård, såväl offentlig som enskild, medan HSL i övrigt i huvudsak reglerar kraven på den offentliga hälso- och sjukvården dvs. landstingens och kommunernas ansvar. HSL gäller såväl öppen som sluten vård. Den gäller även tvångsvården.

2.2.2. Hälso- och sjukvårdens mål

Med hälso- och sjukvård avses enligt 1 § HSL åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador. Till hälso- och sjukvården hör också ambulanstransporter samt att ta hand om avlidna. För tandvården finns särskilda bestämmelser i tandvårdslagen (1985:125).

Målet för hälso- och sjukvården är enligt 2 § en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. I 2 a § anges därefter att hälso- och sjukvården skall bedrivas så att den uppfyller kraven på en god vård. I bestämmelsen preciseras i fyra punkter närmare vad som menas med god vård.

1. Vården skall vara av god kvalitet och tillgodose patientens behov av trygghet i vården och behandlingen.
2. En god vård kännetecknas av att den är lätt tillgänglig.
3. En god vård skall bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet.
4. En god vård skall främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen.

Hälso- och sjukvården skall också enligt 2 b § arbeta för att förebygga ohälsa. Den som vänder sig till hälso- och sjukvården skall när det är lämpligt ges upplysningar om metoder för att förebygga sjukdom eller skada. Enligt 2 c § skall hälso- och sjukvårdens uppgifter även mot n avliden fullgöras med respekt och de efter-

levande skall visas hänsyn och omtanke. Från och med den första januari 1997 träder en ny 2 d § i kraft. I den kommer att anges att där det bedrivs hälso- och sjukvård skall det finnas den personal, de lokaler och den utrustning som behövs för att god vård skall kunna ges. I den proposition som ligger till grund för den nya bestämmelsen finns också andra väsentliga ändringar i HSL samt en ny lag om tillsyn över hälso- och sjukvården (1996 års tillsynslag) som bl.a. skall ersätta stadgan om enskilda vårdhem. 1996 års tillsynslag träder i kraft den 1 januari 1997 (se prop. 1995/96:176, bet 1995/96:SoU18, rskr 1995/96:281, SFS 1996:794).

För att uppnå målet om en god vård ställer samhället olika krav på hälso- och sjukvården. Det gäller såväl krav på hälso- och sjukvårdens organisation och utformning - dess verksamhet - som på hälso- och sjukvårdspersonalens kompetens.

2.2.3 Allmänt om kraven på den offentliga hälso- och sjukvårdens verksamhet

De inledande bestämmelserna i HSL gäller som nyss antyddes all hälso- och sjukvård i landet, såväl offentlig som enskild. Huvuddelen av bestämmelser i HSL riktar sig däremot till landstingen (3-16 §§) och till kommunerna (17-25 §§).

Av 3 och 7 §§ HSL framgår att landstingen har det primära ansvaret för hälso- och sjukvården inom respektive landsting i den mån detta ansvar inte enligt bestämmelserna åligger en kommun. Vad som sägs i bestämmelserna utgör dock inte hinder för annan att bedriva hälso- och sjukvård. Ansvaret innebär att landstingen skall erbjuda de som är bosatta inom landstingen en god vård och att hälso- och sjukvården skall planeras med utgångspunkt i befolkningens behov.

Enligt 18 och 20 §§ har kommunerna motsvarande ansvar beträffande dem som bor i en sådan boendeform eller bostad som avses i 20 § andra stycket och 21 § tredje stycket socialtjänstlagen (1980:620) samt dem som vistas i dagverksamhet som omfattas av 10 § socialtjänstlagen.

Intentionerna i lagstiftningen förutsätter en nära samverkan och samordning av verksamheter inom landsting och kommuner samt mellan dessa och fristående organisationer och enskilda. Det innebär att landsting och kommuner har en skyldighet att samarbeta med den privata hälso- och sjukvården och ta hänsyn till omfattningen av den verksamheten i sin planering. Detta framgår av 8 och 21 §§ HSL.

2.2.4 Allmänt om kraven på den enskilda hälso- och sjukvårdens verksamhet

I princip råder närings- och yrkesfrihet som huvudregel även inom hälso- och sjukvården. Som tidigare nämnts omfattas den privata hälso- och sjukvården av HSL:s inledande bestämmelser. Även denna verksamhet skall således drivas så att den uppfyller kraven på god vård. Det medför att vissa krav måste ställas på den enskilda hälso- och sjukvårdsorganisationen och utformningen av vården. Den enskilda vården berörs också direkt av de särskilda bestämmelser som reglerar personalens kompetens inom hälso- och sjukvården.

Vad gäller organisation och utformning av den privata hälso- och sjukvårdens verksamhet finns endast ett fåtal regler, främst *stadgan (1970:88) om enskilda vårdhem m.m.* I vårdhemsstadgan finns bestämmelser för enskild verksamhet på hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens område. Grundläggande för denna reglering är att enskilda inte får driva verksamhet utan tillstånd från länsstyrelsen.

Stadgan reglerar enskild *sluten* sjukvård och omvårdnad och tillsyn av äldre som motsvarar boende i servicehus och helinackordering. Bestämmelserna kompletterar de bestämmelser om krav på hälso- och sjukvården som gäller enligt 2 § och 2 a - 2 c §§ HSL och som redovisats ovan.

För enskild *öppen* sjukvård finns ingen motsvarande reglering i särskild författning. Inom den öppna hälso- och sjukvården kan därför enskild verksamhet etableras utan att någon författningsreglerad tillståndsprövning måste ske.

Vissa legitimerade yrkesutövare har dock en i författning reglerad skyldighet att till Socialstyrelsen *anmäla* att de driver enskild mottagningsverksamhet enligt *förordningen (1994:1290) om åliggan-den för personal inom hälso- och sjukvården*, den s.k. åliggande-förordningen. Enligt denna förordning skall läkare, tandläkare, barnmorskor och sjuksköterskor inom två veckor efter att verksamheten startat anmäla detta till Socialstyrelsen.

Etablering inom enskild öppenvård har därutöver till stor del byggt på landstingens medverkan. Inom ramen för det s.k. Dagmar-avtalet har landstingen haft att godkänna läkare och vissa andra legitimerade yrkesutövare som avser att driva privat mottagningsverksamhet.

Stadgan om enskilda vårdhem har som nämndes i avsnitt 2.2.2 varit föremål för översyn. Riksdagen har beslutat att stadgan från och med den 1 januari 1997 skall upphävas och ersättas med 1996 års tillsynslag.

2.2.5 Allmänt om kraven på hälso- och sjukvårdspersonalen

Samhället har som tidigare nämnts satt upp vissa kvalitetskrav för hälso- och sjukvården för att upprätthålla målet om en god vård och för att öka patienternas säkerhet och trygghet i vården. Ett sätt för samhället att upprätthålla kvaliteten i såväl den offentliga som den enskilda hälso- och sjukvården är att ange vilka *grundläggande skyldigheter* som personalen har.

I 13 respektive 23 §§ HSL anges att i den offentliga hälso- och sjukvården skall finnas den personal som behövs för att meddela god vård. (Bestämmelserna kommer från och med den 1 januari 1997 att överföras till den tidigare nämnda 2 d §.) I dessa paragrafer finns också en hänvisning till att det finns särskilda bestämmelser om åligganden för hälso- och sjukvårdspersonal och om tillsynen över denna personal. Sådana bestämmelser finns främst i den nya *lagen (1994:953) om åligganden för personal inom hälso- och sjukvården* (åliggandelagen) samt i *lagen (1994:954) om disciplinpåföljd på hälso- och sjukvårdens område* (disciplinpåföljdslagen) som från och med den 1 oktober 1994 ersatte lagen (1980:11) om tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonalen m.fl.

I åliggandelagen och disciplinpåföljdslagen är begreppet *personal* definierat i huvudsak i överensstämmelse med den tidigare tillsynslagen. Det innebär att de lagreglerade åliggandena för personal inom hälso- och sjukvården och statens tillsyn av denna främst omfattar dem som har legitimation för yrke inom hälso- och sjukvården eller medverkar eller biträder en legitimerad yrkesutövare i vård, undersökning eller behandling av patienter. Regleringen omfattar hälso- och sjukvårdspersonal inom såväl offentlig som enskild verksamhet. Vi återkommer till denna lagstiftning i följande avsnitt.

Begreppet personal i HSL:s mening är däremot vidare och omfattar all personal som behövs för att inom ramen för tillgängliga ekonomiska resurser bedriva en rationell och ändamålsenlig hälso- och sjukvård. Lagen föreskriver som nyss angetts en skyldighet att tillhandahålla den personal som behövs för att god hälso- och sjukvård skall kunna meddelas men föreskriver inte på vilket sätt denna skyldighet skall uppfyllas. I den mån det saknas särskilda bestämmelser har vårdgivaren frihet att anlita den personal man önskar.

Ett annat sätt för samhället att upprätthålla kvaliteten i såväl den offentliga som den enskilda hälso- och sjukvården är att ställa särskilda krav på *utbildningskvaliteten* hos personalen.

I 16 § respektive 25 § HSL finns bemyndiganden för regeringen att inom den landstings- och kommunalledda hälso- och sjukvården meddela föreskrifter om behörighet till tjänster och om tillsättning.

Behörigheten att meddela sådana föreskrifter får också överlåtas av regeringen till Socialstyrelsen.

Regeringen har främst meddelat sådana föreskrifter genom *förordningen (1982:771) om behörighet till vissa tjänster inom hälso- och sjukvården och om tillsättning av sådana tjänster.*

Kvaliteten i vården bestäms också genom reglerna om vilka som är behöriga att utöva vissa yrken. Dessa frågor regleras främst i *lagen (1984:542) om behörighet att utöva yrke inom hälso- och sjukvården m.m.* (behörighetslagen) samt den därtill anslutna av regeringen utfärdade *förordningen (1984:545) om behörighet att utöva yrke inom hälso- och sjukvården m.m.* (behörighetsförordningen).

I behörighetslagen och i behörighetsförordningen finns regler om särskilda kompetensbevis för vissa yrken, behörighetskrav för att utöva vissa yrken samt skydd för yrkestitlar och yrkesbeteckningar. I *lagen (1960:409) om förbud i vissa fall mot verksamhet på hälso- och sjukvårdens område*, allmänt benämnd kvacksalverilagen, har staten förbjudit den som inte är behörig att utöva läkaryrket eller annars i sin verksamhet inom hälso- och sjukvården inte står under Socialstyrelsens tillsyn att mot ersättning utöva vissa former av verksamhet inom hälso- och sjukvården.

Kvacksalverilagen redovisas kortfattat i avsnitt 2.6. I avsnitt 13 för kommittén sedan en mer utförlig diskussion om frågor som berör kvacksalverilagstiftningen.

2.2.6 Offentlig tillsyn

Staten utövar enligt 27 och 28 §§ HSL *verksamhetstillsyn* över landstingens och kommunernas hälso- och sjukvårdsverksamhet. Tillsynen utövas främst genom Socialstyrelsen. Tillsynen över den privata hälso- och sjukvårdsverksamheten sker huvudsakligen med stöd av den tidigare nämnda stadgan om privata vårdhem och utövas genom länsstyrelsen som meddelar tillstånd att driva enskilt vårdhem och som har den primära tillsynen över vårdhemmen. Socialnämnden i kommunen har den löpande tillsynen. Socialstyrelsen har den övergripande tillsynen vilket innebär att styrelsen har att verka för att vården är av godtagbar standard och att gällande bestämmelser följs i fråga om den enskildes rättigheter och säkerhet i vården. Som tidigare nämnts överförs från och med den 1 januari 1997 tillsynsreglerna till 1996 års tillsynslag. Då upphör också *Förordningen (1982:772) om skyldighet att anmäla vissa allvarliga skador m.m. i hälso- och sjukvården* ("Lex Maria") och bestämmelserna överförs till 5 § i den nya tillsynslagen.

Socialstyrelsen utövar även en *individtillsyn* över de personalgrupper som omfattas av åliggandelagen och disciplinpåföljdslagen. Socialstyrelsen kontrollerar dessutom att förbuden mot vissa verksamheter en-

ligt kvacksalverilagen upprätthålls. Denna tillsyn gäller personal inom såväl den offentliga som den privata hälso- och sjukvården. Genom behörighetslagens regler om krav på viss kompetens för utövande av vissa yrken sker också en statlig kontroll av att kraven på hälso- och sjukvårdens kvalitet upprätthålls.

Utöver den nu angivna tillsynen kommer det tillsynsansvar som arbetsgivaren har enligt arbetsrättslagstiftningen samt personalens ansvar enligt straffrättsliga regler.

Inom den *arbetsrättsliga lagstiftningens* ramar har arbetsgivaren rätt att utöva sin arbetsledning. Detta innebär bl.a. en rätt att vidta de åtgärder som är befogade vid fall av fel, försumligheter eller misskötsamhet från arbetstagarens sida. Detta gäller även inom hälso- och sjukvården. Med stöd av kollektivavtal kan arbetsgivaren ha rätt att utkräva disciplinansvar dvs. vidta disciplinära åtgärder.

Bestämmelser om disciplinansvar för offentligt anställda finns också i *lagen (1976:600) om offentlig anställning*. Lagen har nyligen setts över (se prop. 1993/94:65, bet. 1993/94AU:16, rskr. 1993/94:257). Bestämmelserna om disciplinansvar skall i sak behållas oförändrade. Vissa mindre ändringar har emellertid gjorts när det gäller grunderna för bedömningen av frågan om en försummelse är att anse som ringa eller inte.

I detta sammanhang bör observeras att arbetsgivarens möjligheter att agera mot anställda är begränsad till rena arbetgivar-arbetstagarrelationer. Den rätten omfattar inte *den medicinska verksamheten*. Tillsynen över denna åvilar Socialstyrelsen (se närmare härom prop. 1993/94:149 s. 32 och s.49f).

Enligt det *straffrättsliga regelverket* kan den som uppsåtligen eller av oaktsamhet vid myndighetsutövning genom handling eller underlåtenhet åsidosätter vad som gäller för uppgiften enligt 20 kap. 1 § brottsbalken dömas för *tjänstefel* till böter eller fängelse i högst två år. Om brottet har begåtts uppsåtligen och är att anse som grovt, kan dömas för grovt tjänstefel till fängelse, lägst sex månader och högst sex år.

I 20 kap. 3 § brottsbalken finns också särskilda straffbestämmelser för *brott mot tystnadsplikten*. Den som gör sig skyldig till sådant brott kan dömas till böter eller fängelse i högst ett år. Regler om sekretess och tystnadsplikt för hälso- och sjukvårdspersonal finns dels i åliggandelagen vad gäller privat anställd personal och dels i sekretesslagen (1980:100) vad gäller offentligt anställd personal.

Förutom tjänstefel och brott mot tystnadsplikten kan andra allmänna regler i brottsbalken också bli tillämpliga på hälso- och sjukvårdspersonal i fråga om handlingar i deras yrkesverksamhet. Det gäller t.ex. olika brott mot liv och lem som mord och dråp, misshandel och

vållande till annans död eller vållande till kroppsskada samt framkallande av fara för annan.

2.3 1984 års behörighetslag

2.3.1 Inledning

Som tidigare nämnts finns inget generellt förbud i Sverige utöva yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område. I princip råder närings- och yrkesfrihet. Möjligheterna att fritt utöva sådan yrkesverksamhet är dock i realiteten inskränkta på flera sätt. Inom den offentliga vården inskränks denna frihet genom bestämmelserna i HSL som ger vårdgivarna ett ansvar för vilken personal de anlitar i vården, bestämmelser som från den 1 januari 1997 även gäller de privata vårdgivarna. I 16 och 25 §§ HSL ges också regeringen, eller efter regeringens bemyndigande Socialstyrelsen, möjlighet att meddela föreskrifter om behörighet och om tillsättning av tjänster inom den offentliga vården.

Samhällets krav på hur hälso- och sjukvården skall vara utformad kommer till uttryck på olika sätt. De viktigaste begränsningarna finns i 1984 års behörighetslag, den därtill knutna behörighetsförordningen och Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd samt i kvacksalverilagen. Dessa bestämmelser får betydelse för såväl den offentliga som den privata vården.

Genom behörighetslagen inskränks rätten att vara verksam på hälso- och sjukvårdens område genom att endast hälso- och sjukvårdspersonal som genomgått viss utbildning kan erhålla särskilda kompetensbevis i form av legitimation. Legitimationens främsta ändamål är att ge allmänhet och myndigheter upplysningar om en yrkesutövares kompetens och lämplighet att utöva det yrke som legitimationen avser. För några yrken är legitimationen dessutom ett villkor för att få utöva yrket och att använda yrkestiteln. Legitimationen ger dessutom en ensamrätt för yrkesutövaren att för allmänheten ange att han eller hon är legitimerad.

Regeringen har i behörighetsförordningen närmare reglerat vilka krav som ställs på olika yrkesgrupper för att erhålla legitimation eller särskild kompetens samt vad som krävs för godkännande av utländska utbildningar som omfattas av EES-avtalet.

Landstingen och kommunerna kan också i viss utsträckning genom kollektivavtal påverka vilken kompetens som krävs för olika tjänster.

2.3.2 De enskilda bestämmelserna

Särskilda kompetensbevis - legitimation

Bestämmelser om *särskilda kompetensbevis* finns i 2 - 5 §§ i behörighetslagen.

I 2 § räknas upp tio yrken i vilka yrkesutövare efter genomgången utbildning och praktisk tjänstgöring har rätt att efter ansökan få legitimation för yrket. Det gäller *barnmorskor, optiker, logopeder, läkare, psykologer, psykoterapeuter, sjukgymnaster, sjuksköterskor, tandhygienister* och *tandläkare*.

Enligt 5 § skall den som har examen som Doctor of Chiropractic vid en utländsk högskola eller motsvarande utbildning för *kiropraktor* efter ansökan få legitimation som kiropraktor. Bestämmelsen trädde i kraft den 1 juli 1989.

Härutöver skall enligt 2 a § den som i Sverige gått igenom sådan utbildning för *naprapater* och fullgjort sådan praktisk tjänstgöring som regeringen har föreskrivit efter ansökan få legitimation som naprapat. Bestämmelsen började gälla den 1 oktober 1994.

Av 3 § framgår att frågor om meddelande av legitimation prövas av Socialstyrelsen och att frågor om återkallelse av legitimation och meddelande av ny legitimation efter återkallelse regleras i disciplinpåföljdslagen. Socialstyrelsen får inte meddela legitimation om förhållandena är sådana att legitimationen skulle ha återkallats om sökanden varit legitimerad.

Europaläkare

I 3 a § finns särskilda bestämmelser om s.k. *Europaläkare*. Denna bestämmelse tillkom år 1993 (se prop. 1992/93:83, bet. 1992/93:SoU8, rskr. 87, SFS 1992:1562). Enligt denna bestämmelse och 18 § i behörighetsförordningen har en i Sverige legitimerad läkare rätt att på ansökan få kompetens som allmänpraktiserande läkare (Europaläkare) i Sverige om han eller hon efter föreskriven praktisk utbildning i ett EES-land har rätt att kalla sig allmänpraktiserande läkare.

Specialistkompetens

Legitimerade läkare och tandläkare skall enligt 4 § på ansökan få specialistkompetens efter att de har genomgått den vidareutbildning som regeringen eller, efter regeringens bemyndigande, Socialstyrelsen föreskriver.

Behörighet att utöva yrke

I 6 - 8 §§ regleras frågor om *behörighet att utöva yrke*. I 6 § anges att endast den som har legitimation eller särskilt förordnande - meddelat av myndighet som regeringen bestämmer - som barnmorska, läkare eller tandläkare får utöva dessa yrken. Dessutom får endast den som har legitimation som läkare yrkesmässigt bedriva *enskild* läkarverksamhet. Denna bestämmelse får till följd att för barnmorskor, läkare och tandläkare är legitimationen i princip en förutsättning för att få utöva yrket. För övriga yrkesgrupper som anges i de tidigare paragraferna innebär legitimation främst ett bevis på att de har en av staten godkänt kompetens. Däremot innebär legitimationen inte någon ensamrätt att utöva yrket.

Enligt 7 § är endast den behörig att utöva yrke som apotekare och receptarie som har avlagt apotekarexamen respektive receptarieexamen eller som visar att han på annat sätt förvärvat motsvarande kompetens. Socialstyrelsen prövar frågor om behörighet för den som inte har apotekar- eller receptarieexamen.

I 8 § anges att regeringen eller myndighet som regeringen bestämmer (Socialstyrelsen) meddelar föreskrifter om behörighet att utöva yrke för den som utomlands genomgått utbildning. Bestämmelsen tillkom år 1994 (se prop. 1992/93:83, bet. 1992/93:SoU8, rskr. 87, SFS 1992:1562).

Skydd för yrkestitel och yrkesbeteckning

Frågor om *yrkestitel* och *yrkesbeteckning* regleras främst i 9 §.

I 9 § första stycket 1 anges att ingen som är verksam inom hälso- och sjukvårdens eller tandvårdens område obehörigen får ge sig ut för att vara barnmorska, läkare eller tandläkare eller på annat sätt ge sken av att ha sådan kompetens.

Som tidigare framgått kan enligt 4 § legitimerade läkare och tandläkare få specialistkompetens efter att ha genomgått specialistutbildning. I den bestämmelsen anges även att endast den läkare eller tandläkare som har *specialistkompetens* inom sitt yrke får ange detta för allmänheten.

I 9 § första stycket 2 anges att ingen får utge sig för att vara *legitimerad* optiker, kiropraktor, logoped, naprapat, sjukgymnast, sjuksköterska eller tandhygienist utan att ha legitimation för yrket.

Slutligen anges i 9 § första stycket 3 att ingen heller får utge sig för att vara psykolog eller psykoterapeut utan att ha legitimation för yrket eller, såvitt gäller psykologtiteln, utan att ha genomgått sådan praktisk tjänsgöring som psykolog som anges i 2 §. Bestämmelsen kompletteras också med en regel som säger att om någon, som saknar behörighet

enligt punkt 3 att använda titeln psykolog eller psykoterapeut, har förvärvat en titel som kan förväxlas med dessa titlar, skall titeln anges på ett sådant sätt att den tydligt skiljer sig från psykolog- och psykoterapeuttitlarna om det gäller verksamhet på hälso- och sjukvårdens eller tandvårdens område. Denna bestämmelse tillkom år 1994 (se prop. 1992/93:83, bet. 1992/93:SoU8, rskr. 87).

Ansvarsbestämmelser

I 10 § finns särskilda ansvarsbestämmelser för den som bryter mot behörighetslagens regler.

Till att börja med kan läkare som obehörigen och mot ersättning utövar *läkaryrket* sedan legitimationen återkallats eller behörigheten i annat fall upphört eller begränsats dömas till böter eller fängelse i högst sex månader.

Den som obehörigen och mot ersättning utövar *tandläkaryrket* kan dömas till samma straff. Det gäller dock inte den som har legitimation som tandhygienist eller kompetens som tandhygienist eller tandsköterska. Det är däremot inte straffbelagt i behörighetslagen att obehörigen utöva *barnmorskeyrket*.

I 10 § tredje stycket anges att den som bryter mot bestämmelserna i 9 § om skydd för yrkestitel och yrkesbeteckning kan dömas till böter.

Enligt 11 § får Socialstyrelsens beslut enligt behörighetslagen överklagas hos allmän förvaltningsdomstol. Prövningstillstånd krävs vid överklagande till kammarrätten. Beslut av Socialstyrelsen eller allmän förvaltningsdomstol gäller omedelbart om inte annat förordnas.

Slutligen finns i 12 § ett bemyndigande för regeringen att meddela ytterligare föreskrifter i frågor som avses i lagen. Denna rätt att meddela föreskrifter kan regeringen överlåta åt Socialstyrelsen.

I detta sammanhang bör observeras att bestämmelsen i 4 § att endast den läkare eller tandläkare som har specialistkompetens inom sitt yrke får ange detta för allmänheten *inte* är kompletterad med en motsvarande ansvarsbestämmelse. Enligt propositionen (prop. 1983/84:179 s. 37) ansågs en sådan inte behövlig eftersom legitimationen som en sista utväg kan återkallas för den som är läkare eller tandläkare och utger sig för att vara specialist utan att vara det.

2.4 Åliggandelagen

2.4.1 Bakgrund

Från och med den 1 oktober 1994 ersattes 1980 års tillsynslag med åliggandelagen samt disciplinpåföljdslagen. (Se närmare prop. 1993/94:149, bet. 1993/94:SoU26, rskr. 410.) Till grund för regeringens proposition låg Tillsynsutredningens huvudbetänkande Tillsynen över hälso- och sjukvården (SOU 1991:63) samt departementspromemorian Samordnade bestämmelser om åligganden för hälso- och sjukvårdspersonalen (Ds 1992:61).

I propositionen angav regeringen att det yttersta syftet med tillsynen över hälso- och sjukvården, även individtillsynen, är att bevaka kvalitet och säkerhet i vården och förebygga risker för skador för patienterna. Härutöver har självfallet varje patient ett intresse av att kunna hävda en rätt till ändamålsenlig och god vård. Det är därför främst i de fall då patients liv eller hälsa sätts i fara som det finns skäl att kunna göra gällande ett särskilt ansvar för personalen. I andra fall saknas enligt regeringens mening anledning att ha ett mer vidsträckt ansvar för hälso- och sjukvårdspersonal än för andra yrkesgrupper. Vad som nu angetts var enligt regeringen viktiga skäl för att se över den dåvarande tillsynslagen (prop. 1993/94:149 s. 49).

Regeringen anförde också att vissa av bestämmelserna om hälso- och sjukvårdspersonalens åligganden har funnits i tillsynslagen. Andra bestämmelser i ämnet har funnits i olika instruktioner och reglementen främst läkar- och tandläkarinstruktionerna och reglementena för sjuksköterskor och barnmorskor. Det har funnits uttalade behov både av att revidera vissa författningar, rensa bort andra och i viss utsträckning tillskapa nya bestämmelser som mera överensstämmer med dagens förhållanden.

Ett skäl för att ersätta tillsynslagen med ny lagstiftning var enligt regeringen att öka överskådligheten och samla i vart fall de regler som avser personalens allmänna skyldigheter och Socialstyrelsens tillsyn över personalen i en särskild författning. Genom att skapa en särskild lag om personalens åligganden har dessutom de regler som avser åtgärder mot den som inte fullgör sina åligganden kunnat samlas i en särskild lag om disciplinpåföljd m.m. Härigenom klargörs bättre syftet med och tillämpningsområdet för respektive lag. Konstruktionen illustrerar samtidigt att det finns en skillnad mellan å ena sidan det ganska vida område som Socialstyrelsens tillsynsansvar omfattar och å andra sidan det mer inskränkta område där det finns skäl att ställa någon bland hälso- och sjukvårdspersonalen till ansvar i en särskild offentligrättslig ordning (prop. 1993/94:149 s. 45f).

2.4.2 Begreppet hälso- och sjukvårdspersonal

Åliggandelagen inleds med bestämmelser om vem som omfattas av lagen - hälso- och sjukvårdspersonal. 1 § är indelad i åtta punkter som anger de olika grupper av personal som enligt åliggandelagen är hälso- och sjukvårdspersonal.

Enligt *första punkten* är personal som har legitimation för yrke inom hälso- och sjukvården att anse som hälso- och sjukvårdspersonal. I begreppet hälso- och sjukvård ingår även tandvård. Vilka de legitimerade grupperna är framgår av 2 och 5 §§ behörighetslagen. De bestämmelserna har redovisats närmare i föregående avsnitt. För närvarande omfattar legitimationsreglerna således tolv yrkesgrupper. Dessa är barnmorskor, optiker, logopeder, läkare, psykologer, psykoterapeuter, sjukgymnaster, sjuksköterskor, tandhygienister, tandläkare samt kiropraktorer och naprapater med viss utbildning.

Åliggandelagens bestämmelser gäller legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal oberoende av om de arbetar i offentlig eller privat regi. Eftersom reglerna enligt ordalydelsen gäller den som har legitimation för yrke inom hälso- och sjukvården omfattar de även legitimerade yrkesutövare som arbetar utanför den traditionella hälso- och sjukvårdsorganisationen t.ex. psykologer inom skolans elevvård eller inom kriminalvården. Om en person med legitimation arbetar med uppgifter av annat slag än hälso- och sjukvård skall åliggandelagen däremot inte vara tillämplig. Vid tillämpningen av denna punkt jämställs med legitimerad yrkesutövare den som enligt särskilda föreskrifter har motsvarande behörighet.

Enligt *andra punkten* omfattar begreppet hälso- och sjukvårdspersonal enligt åliggandelagen personal som är verksam vid sjukhus och andra vårdinrättningar som medverkar i vård, behandling eller undersökning av patienter. Genom denna bestämmelse faller inom lagens tillämpningsområde även personal som inte är legitimerad eller som inte är direkt anställd utan t.ex. utför arbete på entreprenad men som medverkar i vård, behandling eller undersökning av patienter. Utanför denna punkt faller personal vars arbetsuppgifter inte har något direkt samband med vården, t.ex. städpersonal. De är inte att hänföra till hälso- och sjukvårdspersonal.

Enligt *tredje punkten* är hälso- och sjukvårdspersonal också den som i annat fall vid vård, behandling eller undersökning biträder en legitimerad yrkesutövare. Denna punkt blir tillämplig exempelvis inom delar av kommunernas äldreomsorg och på vissa laboratorier som leds av legitimerade yrkesutövare. Även den som biträder en yrkesutövare som enligt särskilda föreskrifter har motsvarande behörighet omfattas av denna punkt.

Fjärde punkten gäller apotekspersonal och personal vid den särskilda giftinformationsverksamheten som drivs av Apoteksbolaget AB i de fall deras arbete kan påverka den medicinska säkerheten för någon.

Femte punkten omfattar larmoperatörer och därmed jämställd personal vid larmcentraler i den mån de förmedlar hjälp eller lämnar råd och upplysningar till vårdsökande.

Enligt *sjätte punkten* är arbetsterapeuter att betrakta som hälso- och sjukvårdspersonal i åliggandelagens mening när det gäller åtgärder för att förebygga, utreda eller behandla medicinska besvär.

För den händelse det i framtiden tillkommer yrkesutövare med sådana arbetsuppgifter att de bör räknas till hälso- och sjukvårdspersonalen finns i *sjunde punkten* en möjlighet för regeringen att meddela föreskrifter att sådana grupper skall omfattas av lagen.

I *åttonde punkten* finns en hänvisning till 8 § behörighetslagen. Det gäller medborgare i en stat som omfattas av EES-avtalet och som är behöriga att tillhandahålla tjänster inom hälso- och sjukvården utan att ha svensk legitimation. Även dessa personer omfattas av åliggandena för hälso- och sjukvårdspersonal.

Åliggandelagens definition av begreppet hälso- och sjukvårdspersonal överensstämmer i huvudsak med den tidigare tillsynslagens definition. Vad gäller personal vid larmcentraler (p. 5) samt arbetsterapeuter (p. 6) omfattades de av den tidigare tillsynslagens regler genom särskilda föreskrifter av Socialstyrelsen (SOSFS(M) 1987:3 och 1987:23).

I förhållande till den tidigare tillsynslagen är åliggandelagen något mer begränsad bl.a. på så sätt att enligt punkt 2 endast personal som är verksam vid sjukhus eller andra vårdinrättningar som *medverkar i vård behandling eller undersökning* av patienter är att betrakta som hälso- och sjukvårdspersonal. Tidigare omfattades all personal vid sjukhus och andra inrättningar för vård av patienter som drevs av det allmänna eller av enskilda med bidrag från det allmänna eller efter särskilt tillstånd av tillsynslagen.

Enligt åliggandelagen 1 § 2 avses med hälso- och sjukvårdspersonal även icke legitimerad personal som fullgör direkta eller indirekta uppgifter inom området individinriktad patientvård eller åligganden med nära anknytning därtill. Även icke medicinsk personal kan omfattas i den utsträckning den har att fullgöra indirekta patientuppgifter. Med sådana uppgifter avses i detta sammanhang åtgärder som inte är direkt riktade mot patienter men som den medicinskt behandlande personalen är beroende av vid behandlingen av patienter. Det gäller t.ex. inställning av dialysmaskiner och röntgenapparatur. Således omfattas medicinsk-teknisk personal och sjukhusfysiker av begreppet hälso- och sjukvårdspersonal. Även dietister och annan personal som arbetar

utifrån individuella patienters behov omfattas av åliggandelagen. På samma sätt som hittills omfattar lagen också personal med administrativa uppgifter på klinik- eller motsvarande nivå om deras uppgifter påverkar förutsättningarna för det praktiska arbetet med vården av enskilda patienter (se prop. 1993/94:149 s. 57f).

Med *verksamma* vid sjukhus och andra vårdinrättningar avses inte enbart anställd personal utan även de som t.ex utför arbete på entreprenad.

2.4.3 Allmänna åligganden

Bestämmelser om allmänna åligganden för hälso- och sjukvårdspersonalen finns i 2 - 7 §§.

I 2 § anges att personalen skall utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. En patient skall ges sakkunnig och omsorgsfull vård som uppfyller dessa krav. Vården skall så långt möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten och denne skall visas omtanke och respekt.

Före åliggandelagens tillkomst gällde principen att vården och behandlingen av patienten skall meddelas i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet formellt sett endast för läkare och tandläkare genom uttryckliga krav i allmänna läkar- respektive tandläkarinstruktionen. I praktiken torde principen dock redan tidigare ha gällt för alla yrkesgrupper inom hälso- och sjukvården. Begreppet är sedan många år fast förankrat i hälso- och sjukvården.

I hälso- och sjukvårdspersonalens grundläggande skyldigheter ingår att se till att patienten får upplysningar om sitt hälsotillstånd och om de behandlingsmetoder som finns. Sådana upplysningar skall i stället lämnas till närstående om de inte kan lämnas till patienten och under förutsättning att det inte möter hinder enligt sekretesslagen att lämna ut uppgifterna. Hälso- och sjukvårdspersonalen skall vidare om patienten avlidit fullgöra sina uppgifter med respekt för den avlidne och visa de efterlevande hänsyn och omtanke. Dessa frågor regleras i 3 och 4 §§.

En del av de här uppräknade skyldigheterna är inte nya för hälso- och sjukvårdspersonalen utan har även tidigare ingått som en del av vården. Genom åliggandelagen är de dock direkt uttryckta i lagtexten. De får emellertid konsekvenser för personalens ansvar och myndigheternas möjligheter till disciplinåtgärder.

I åliggandelagens 6 § har införts en särskild bestämmelse som anger att hälso- och sjukvårdspersonal själv bär ansvaret för hur han eller hon fullgör sina arbetsuppgifter. Även detta yrkesansvar har funnits tidigare men är nu uttryckligen angivet i lagen. Ansvaret innebär bl.a. att om uppgifter delegeras till den enskilde utför han eller hon dessa

under eget yrkesansvar. Den som delegerat uppgifterna ansvarar därefter inte för deras fullgörande men väl för sitt delegationsbeslut vilket inkluderar bedömningen av mottagarens möjlighet att fullgöra uppgifterna.

Bestämmelser om delegation finns i 7 §. Där sägs att hälso- och sjukvårdspersonal får överlåta en arbetsuppgift till någon annan endast när detta är förenligt med en god och säker vård. Vidare sägs att den som överlåter en arbetsuppgift för vilken det krävs formell kompetens till någon annan som saknar sådan kompetens svarar för att den som fått uppgiften har förutsättningar att fullgöra den. Före åliggandelagens tillkomst fanns denna fråga endast reglerad i begränsad omfattning och då främst i Socialstyrelsens allmänna råd som inte är bindande.

2.4.4 Tystnadsplikt m.m.

Bestämmelser om tystnadsplikt finns samlade i 8 - 11 §§. De motsvarar 6, 6 a och 6 b §§ i den tidigare tillsynslagen. I bestämmelserna anges att hälso- och sjukvårdspersonal inom den enskilda hälso- och sjukvården inte obehörigen får röja vad han eller hon i sin verksamhet fått veta om en enskilds hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden. Sådan tystnadsplikt kan även gälla mot patienten själv om det med hänsyn till ändamålet med vården eller behandlingen är av synnerlig vikt att uppgiften inte lämnas till patienten. För offentligt anställd personal finns motsvarande bestämmelser i 7 kap. 1 och 3 §§ samt 14 kap. 4 § sekretesslagen.

I 9 § anges vidare att hälso- och sjukvårdspersonal inte får röja en uppgift från en enskild om någon annan persons hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden, om det kan antas att fara uppkommer för att den som lämnat uppgifterna eller någon närstående till uppgiftslämnaren utsätts för våld eller annat allvarligt men om uppgiften röjs. Motsvarande bestämmelse finns för offentligt anställd personal i 7 kap. 6 § sekretesslagen.

I 10 § finns särskilda bestämmelser om tystnadsplikt vad gäller varors tillverkning och innehåll som hälso- och sjukvårdspersonal fått kännedom om i verksamheten. Denna bestämmelse har också sin motsvarighet för offentligt anställd personal i 8 kap. 12 § sekretesslagen.

Hälso- och sjukvårdspersonal är skyldig att lämna ut uppgifter om denna skyldighet grundar sig på bestämmelser i lag eller förordning. Dessutom är personalen enligt 11 § skyldig att lämna ut uppgifter om någon vistas på en sjukvårdsinrättning till vissa rättsliga myndigheter exempelvis domstol. Personalen är även skyldig att lämna vissa andra uppgifter nämligen uppgifter som behövs för rättsmedicinsk undersökning, av Socialstyrelsens rättsliga råd i dess verksamhet, för

prövning av ett ärende om att avskilja en studerande från högskoleutbildning samt för Vägverkets prövning av någons lämplighet att ha körkort eller traktorkort. Denna bestämmelse är överförd från 7 a § i den tidigare tillsynslagen.

I *patientjournallagen (1985:562)* finns särskilda regler om utformning av patientjournaler samt om offentlighet och sekretess för journalhandlingar inom den enskilda hälso- och sjukvården. Såvitt avser journalhandlingar inom den offentliga vården gäller tryckfrihetsförordningen och sekretesslagen.

2.4.5 Tillsyn m.m.

Åliggandelagen avslutas med bestämmelser om tillsyn i 12 - 17 §§. Dessa bestämmelser överförs från och med den 1 januari 1997 till den tidigare nämnda nya tillsynslagen (se prop. 1995/96:176).

Hälso- och sjukvårdspersonal står enligt 12 § åliggandelagen i sin yrkesutövning under tillsyn av Socialstyrelsen. Härmed avses Socialstyrelsens individtillsyn. Tillsynen över verksamheten kan tillkomma Socialstyrelsen men den kan också åligga andra myndigheter.

Som tidigare nämnts har länsstyrelsen ett särskilt tillsynsansvar för enskilda vårdhem. Verksamhetstillsynen för annan offentligt bedriven hälso- och sjukvård sker inom ramen för respektive huvudmans ansvarsområde. Således har Kriminalvårdsstyrelsen, Skolverket, Strålskyddsinstitutet och Försvarets sjukvårdsstyrelse tillsynsansvaret inom sina respektive områden. Slutligen har Läkemedelsverket tillsyn över tillverkning och beredning av läkemedel medan Socialstyrelsen har tillsynen över förskrivning och användning av sådana.

I 13 § anges att hälso- och sjukvårdspersonal är skyldig att på Socialstyrelsens begäran lämna handlingar, prover och annat material som Socialstyrelsen behöver för sin tillsyn. Personalen är också skyldig att ge Socialstyrelsen nödvändiga upplysningar om verksamheten. För detta ändamål har Socialstyrelsen möjlighet att, om så behövs, vid vite förelägga personalen att lämna ut material och upplysningar. Beslut om att förelägga vite kan överklagas hos länsrätten enligt 17 §. Socialstyrelsen eller särskilt förordnad person har också rätt att inspektera hälso- och sjukvårdspersonalens verksamhet och att tillfälligt omhänderta handlingar, prover och annat material som rör verksamheten. Detta framgår av 14 §. Den som inspekterar har också enligt 15 § rätt att få biträde av polismyndighet.

Enligt 16 § skall Socialstyrelsen göra anmälan till Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN) om den finner att det finns skäl att ifrågasätta disciplinpåföljd, återkallelse av legitimation eller begränsning av förskrivningsrätt enligt disciplinpåföljdslagen. Genom

denna bestämmelse är Socialstyrelsen skyldig att göra anmälan om styrelsen under tillsynsarbetet eller på annat sätt t.ex. genom att patient framför klagomål, finner att sådana omständigheter föreligger att disciplinpåföljd kan ifrågasättas. Socialstyrelsen och i vissa fall HSAN har också en skyldighet att anmäla misstänkt brott till åtal om det kan föranleda fängelse.

Slutligen får regeringen enligt 18 § meddela sådana föreskrifter om åligganden för hälso- och sjukvårdspersonalen som behövs till skydd för enskilda eller hälso- och sjukvårdens bedrivande i övrigt. Denna rätt kan regeringen överlåta till Socialstyrelsen

2.5 Disciplinpåföljdslagen

2.5.1 Bakgrund

Som anförts i föregående avsnitt var ett av syftena med uppdelningen av 1980 års tillsynslag att tydligare särskilja och renodla dels de regler som gäller åligganden för personal inom hälso- och sjukvården, dels tillsynen över dessa regler och dels de regler som avser åtgärder mot den som inte fullgör sina åligganden.

Disciplinpåföljdslagen gäller hälso- och sjukvårdspersonal i deras yrkesutövning inom hälso- och sjukvården (1 §). Med hälso- och sjukvårdspersonal förstås enligt lagen personal som omfattas av åliggandelagen (2 §).

I disciplinpåföljdslagen har samlats bestämmelser om disciplinpåföljd (4 - 6 §§), återkallelse av legitimation och annan behörighet (7 - 8 §§) samt andra begränsningar i behörigheten (9 - 12 §§). I lagen finns också bestämmelser om HSAN (13 - 18 §§), om handläggningen i HSAN (19 - 34 §§) samt om överklagande m.m. (35 - 40 §§).

2.5.2 Disciplinpåföljder

Bestämmelserna om disciplinpåföljd gäller enligt 3 § endast yrkesutövning som har samband med undersökning, vård och behandling av patienter eller klinisk forskning på människor.

Med disciplinpåföljd avses erinran och varning enligt 4 § andra stycket. Sådan påföljd kan åläggas om hälso- och sjukvårdspersonal uppsåtligen eller av oaktsamhet inte fullgör vad som åvilar honom eller henne enligt åliggandelagen eller enligt någon annan föreskrift som är av direkt betydelse för vården enligt första stycket.

Om felet är ringa eller om det framstår som ursäktligt får disciplinpåföljd underlåtas. Detta framgår av 4 § tredje stycket. Bedömningen skall göras av HSAN så långt som möjligt utifrån generella

och objektiva grunder. Även om ett fel inte är ringa kan det vara ursäktligt t.ex. på grund av felaktiga och bristande rutiner som arbetstagaren inte rått över, att arbetsgivaren inte tillhandahållit tillräckliga resurser för vården eller att organisationen varit olämplig (prop. 1993/94:149 s. 122).

Enligt 4 § tredje stycket kan även den som tillhört hälso- och sjukvårdspersonalen men inte längre gör det åläggas disciplinpåföljd om det finns särskilda skäl. Däremot får, enligt 4 § sista stycket, disciplinpåföljd inte åläggas en arbetstagare därför att han eller hon deltagit i strejk eller någon därmed jämförlig stridsåtgärd. I den tidigare tillsynslagen fanns i 12 § motsvarande bestämmelser. Någon ändring mot tidigare rätt har inte varit avsedd.

I 5 § anges att om hälso- och sjukvårdspersonal anmälts till åtal får disciplinärt förfarande enligt denna lag inte inledas eller fortsättas avseende samma förseelse. Vidare sägs att om hälso- och sjukvårdspersonal som är föremål för disciplinärt förfarande är skäligen misstänkt för ett brott i yrkesutövningen för vilket är föreskrivet fängelse skall anmälan till åtal göras av Socialstyrelsen. Även HSAN är skyldig att göra anmälan till åtal enligt 33 § i motsvarande fall.

I 5 § andra stycket har i förtydligande syfte lagts till att om en gärning prövats i straffrättslig ordning får ett disciplinärt förfarande inledas eller fortsättas endast om förseelsen av någon annan anledning än bristande bevisning inte har ansetts vara något brott.

5 § har sin motsvarighet i tidigare tillsynslagens 13 §.

I 6 § finns en preskripitionsregel av innebörd att disciplinpåföljd inte får åläggas någon som inte inom två år blivit underrättad om anmälan enligt 25 § eller enligt de instruktioner som gäller för JO eller JK. Disicplinpåföljd får aldrig åläggas senare än fem år efter förseelsen. Denna preskriptionsregel är ny. I tidigare lagstiftning gällde en tvåårig preskription från underrättelse om anmälan eller anmaning enligt instruktionerna som gäller för JO eller JK.

2.5.3 Återkallelse av legitimation m.m.

En legitimation kan enligt 7 § återkallas av tre skäl,
1.om den legitimerade varit grovt oskicklig vid utövning av sitt yrke eller på annat sätt visat sig uppenbart olämplig att utöva yrket,
2. om den legitimerade på grund av sjukdom eller liknande omständighet inte kan utöva yrket tillfredsställande eller
3. om den legitimerade begär att legitimationen skall återkallas och det inte finns hinder mot återkallelse från allmän synpunkt.

Härutöver kan legitimationen återkallas för all legitimerad personal som fått sin auktorisation återkallad i något EES-land.

Om det finns grundad anledning att anta att legitimationen bör återkallas på grund av sjukdom enligt punkt 2 ovan kan den legitimerade föreläggas att låta sig läkarundersökas. Om det finns ett beslut om läkarundersökning får legitimationen återkallas tills frågan om legitimationens återkallelse slutligt prövats, s.k. interimistisk återkallelse. Om ett föreläggande om läkarundersökning inte följs inom ett år får legitimationen återkallas.

I motsats till det nu nämnda fallet kan legitimationen inte återkallas interimistiskt då fråga uppkommit om återkallelse på grund av grov oskicklighet eller uppenbar olämplighet (punkt 1) eller egen begäran (punkt 3). Det främsta skälet för att den möjligheten saknas är, enligt regeringens uttalande i propositionen, att bedömningen av de fallen är svåra och att besluten därför ställer stora krav på beslutsunderlagets fullständighet och tillförlitlighet. Det gäller särskilt om grunden för återkallelsen är misstanke om brott (se prop. 1993/94:149 s. 100). Socialutskottet hemställde till riksdagen i sitt betänkande 1993/94SoU-:26 s. 25 att regeringen på nytt bör ta upp och förutsättningslöst pröva frågan om att öka möjligheterna till interimistisk delegitimering. På regeringens uppdrag har en särskild utredare bl.a. övervägt denna fråga. Förslagen har presenterats i betänkandet *Förbättrad tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonal*, SOU 1995:14, och bereds för närvarande i regeringskansliet, se även avsnitt 2.5.6.

Om en legitimation återkallats eller en förskrivningsrätt dragits in eller begränsats skall enligt 11 § ny legitimation respektive behörighet meddelas när förhållandena medger det. Ansökan om ny legitimation prövas av HSAN.

2.5.4 Inskränkningar i förskrivningsrätten

Utöver återkallelse av legitimation får enligt 9 § behörighet för läkare eller tandläkare att förskriva narkotiska preparat eller teknisk sprit dras in eller begränsas vid missbruk av förskrivningsrätten. Inskränkningar i behörigheten får enligt 10 § göras interimistiskt om det finns sannolika skäl för misstanke om missbruk av förskrivningsrätten. Sådant beslut gäller sex månader med en möjlighet till förlängning ytterligare högst sex månader om det föreligger särskilda skäl.

Även andra behörigheter enligt behörighetslagen än legitimation kan enligt 12 § återkallas om den som fått behörigheten

1. varit oskicklig vid utövningen av yrket eller på annat sätt visat sig olämplig att utöva yrket eller
2. på grund av sjukdom eller annan liknande omständighet inte kan utöva yrket tillfredsställande.

Kraven för att sådan behörighet - i första hand s.k. förordnandebehörigheter - skall kunna återkallas är inte lika högt ställda som vid

återkallelse av legitimation. Det behöver således inte vara fråga om grova fel. De behörigheter som avses i bestämmelsen kan även återkallas interimistiskt. Om en förskrivningsrätt missbrukas bör enligt propositionen hela behörigheten återkallas. Speciella regler beträffande förskrivningsrätten har därför ej ansetts erforderliga (se prop. 1993/94:149 s. 125).

2.5.5 Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd

I 14 - 34 §§ ges bestämmelser om Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnds, HSAN:s, sammansättning och handläggningen i nämnden. Bestämmelserna motsvarar till stora delar reglerna i den tidigare tillsynslagen. Vissa förändringar gjordes dock i samband med disciplinpåföljdslagens tillkomst.

HSAN:s ordförande är numera heltidsanställd och förordnad som generaldirektör. Bestämmelserna om förfarandet i disciplinärenden är kompletterade med regler om vilka uppgifter anmälan och ansökan skall innehålla, att anmälan snarast skall överlämnas till den som anmälan avser samt hur Socialstyrelsens överklagandetid skall räknas.

Vidare har införts en möjlighet för ordföranden att ensam fatta beslut i ärenden om återkallelse av legitimation på egen begäran i de fall hinder inte föreligger från allmän synpunkt samt i fall då förelägganden om läkarundersökning inte följts. Beslutsmotiveringar, underrättelser och besvärshänvisningar vad gäller interimistiska beslut avseende förskrivning samt interimistisk återkallelse av särskild behörighet skall liksom HSAN:s beslut i övrigt följa förvaltningslagens (1986:223) regler. Det har sedan tidigare gällt föreläggande om att genomgå läkarundersökning och vid interimistisk återkallelse när föreläggande om läkarundersökning givits.

2.5.6 Överklagande m.m.

Bestämmelser om överklagande finns i 35 - 38 §§. HSAN:s beslut kan enligt 35 § liksom tidigare överklagas till kammarrätten. Alla överklaganden görs hos Kammarrätten i Stockholm. Kammarrättens avgörande kan sedan överklagas hos Regeringsrätten. Prövningen där kräver prövningstillstånd enligt 35 § förvaltningsprocesslagen (1971:291). Även i övrigt motsvarar lagens bestämmelser i huvudsak tidigare regler.

I prop. 1994/95:27 Fortsatt reformering av instansordningen m.m. i de allmänna förvaltningsdomstolarna föreslogs att ett hundratal måltyper som i dag överklagas från förvaltningsmyndighet till kammarrätt i fortsättningen skall prövas av länsrätt som första

domstolsinstans och att det skall krävas prövningstillstånd vid överklagande till kammarrätt.

Vad gäller mål från HSAN har regeringen gjort ett särskilt uttalande i propositionen (s. 157f). Där anges sammanfattningsvis att den principiella utgångspunkten att tyngdpunkten i rättskipningen skall ligga på första instans även bör få genomslag i nu aktuella ärenden och att den första domstolsprövningen av beslut i HSAN alltså skall ske i länsrätt. Vid riksdagsbehandlingen av disciplinpåföljdslagen gjordes emellertid vissa tillkännagivanden till regeringen. Bl.a uttalade riksdagen att regeringen bör återkomma till denna med förslag till ett mer differentierat sanktionssystem för hälso- och sjukvårdspersonalen och att regeringen på nytt bör pröva frågan om att öka möjligheterna till interimistisk delegitimering. Med hänsyn till detta ansåg regeringen i nyss nämnda proposition att det var för tidigt att i samband med den lägga fram förslag om nedflyttning av mål angående överprövning av HSAN:s beslut till länsrätten.

Regeringen tillsatte därefter, som tidigare nämnts, en särskild utredare (Dir 1994:118) med uppgift att bl.a. överväga om ytterligare former av disciplinpåföljd eller andra liknande åtgärder för att höja patientsäkerheten bör införas inom hälso- och sjukvården, om möjligheterna till interimistisk återkallelse av legitimation bör utsträckas till fler situationer samt om ett riksövergripande register över hälso- och sjukvårdspersonal med uppgifter om disciplinpåföljder och därmed sammanhängande frågor bör inrättas. Utredaren har i betänkandet *Förbättrad tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonal*, SOU 1995:147, lämnat förslag i dessa frågor.

Utredaren föreslår en bestämmelse om interimistisk återkallelse av legitimationen för de allvarligaste av de fall som kan föranleda återkallelse av legitimationen. Det gäller vid misstanke om grov oskicklighet i yrkesutövningen eller vid misstanke om grova brott. Utredaren föreslår även en treårig prövotid för fortsatt behörighet vid oskicklighet vid utövning av yrket. Denna prövotid skall också kunna föreskrivas vid sjukdom eller någon annan liknande omständighet. Utredaren föreslår vidare, för att beakta den enskildes krav på rättssäkerhet, införande av ett strikt skadeståndsansvar för det allmänna i anslutning till möjligheten till interimistisk återkallelse av legitimationen. Utredaren anser slutligen att ett förslag om riksövergripande register över hälso- och sjukvårdspersonal bör utredas särskilt parallellt med att vissa andra utredningar i närliggande frågor genomförs eller efter att det skett. För det fall en sådan lösning inte är möjlig har utredaren lagt fram ett förslag till register för tillsynsändamål.

Utredarens förslag bereds för närvarande i regeringskansliet.

2.6 Kvacksalverilagen

Något generellt förbud mot att utöva verksamhet inom hälso- och sjukvård finns inte i Sverige. I syfte att skydda allmänheten har emellertid näringsfriheten inom detta område fått vidkännas vissa inskränkningar. Genom lagen (1960:409) om förbud i vissa fall mot verksamhet på hälso- och sjukvårdens område, den s.k. kvacksalverilagen, har lekmäns behörighet att utöva hälso- och sjukvård begränsats.

Kommitténs översyn av principerna för legitimation och behörighet skall enligt direktiven omfatta bestämmelserna i kvacksalverilagen. Flera av de yrkesgrupper som under senare år kommit in med förslag om att de skall få legitimation är i dag underkastade kvacksalverilagens bestämmelser. En redovisning av kvacksalverilagen finns även i avsnitt 13 där kommittens ställningstaganden till frågor som mer direkt berör den lagen återfinns.

Kvacksalverilagen trädde i kraft den 1 januari 1961. Den har sedan dess varit föremål för ett flertal ändringar. Även före kvacksalverilagens tillkomst fanns i *1915 års lag om behörighet att utöva läkaryrket* bestämmelser som förbjöd icke-läkare att behandla vissa sjukdomar. Behandlingsförbudet kom i kvacksalverilagen att bli mera utsträckt än tidigare. Syftet var att minska riskerna av de s.k. kvacksalvarnas verksamhet.

Terminologin i kvacksalverilagen föregicks av vissa diskussioner. Med termen kvacksalveri avsåg departementschefen sådan osakkunnig behandling av sjuka som i det allmänna språkbruket betecknades som kvacksalveri (prop. 1960:141 s. 130). Däremot ansågs inte termen kvacksalveri omfatta all sådan verksamhet på hälso- och sjukvårdens område som utövas av den som inte har läkarbehörighet.

Samhället borde, menade departementschefen, inta en mera markerat negativ hållning till kvacksalveri än vad som ansågs motiverat i 1915 års lag. I den mån kvacksalveri tolererats på grund av brist på läkare eller svårigheter att nå läkare hade dessa skäl minskat i betydelse. Det huvudsakliga skälet till att ett totalt förbud mot allt kvacksalveri inte infördes uppgavs vara att ett förbud inom stora folkgrupper troligen skulle anses omotiverat och inte respekteras. Genom upplysning skulle, enligt propositionen, opinion kunna väckas mot det rena kvacksalveriet även i de kretsar där det alltjämt har anhängare. Därigenom skulle ett förbud framdeles kunna möjliggöras och i en avlägsen framtiden, som en yttersta konsekvens av upplysningen, alla bestämmelser som riktar sig mot kvacksalveri onödiggöras (prop. 1960:141 s. 139).

Ett totalförbud mot kvacksalveri skulle, enligt propositionen, kräva att all verksamhet på hälso- och sjukvårdens område som ansågs

önskvärd och som därför borde tillvaratas inordnades bland övriga erkända verksamhetsformer inom hälso- och sjukvården genom ett auktorisationssystem, förenat med kontinuerlig kontroll över de auktoriserade yrkesutövarnas verksamhet. År 1960 ansågs tiden inte mogen för ett förbud mot kvacksalveri och en auktorisering av verksamhet som bedömdes som värdefull.

Förbuden i kvacksalverilagen har främst betingats av en strävan att så långt som möjligt eliminera de risker till liv och hälsa som osakkunniga personers verksamhet på hälso- och sjukvårdens område innebär för dem som kommer under dessa personers behandling (prop. 1960:141 s. 31).

De förfaranden som omfattas av kvacksalverilagen beskrivs i lagens inledande paragraf som den som mot *ersättning undersöker* annans hälsotillstånd eller mot ersättning *behandlar* någon annan för sjukdom eller därmed jämförligt tillstånd genom att vidta eller föreskriva någon åtgärd i förebyggande, botande eller lindrande syfte.

I förarbetena uttalades att endast verksamhet som bedrivs i förvärvssyfte borde underkastas inskränkningar. Släktingars, vänners och grannars ömsesidiga hjälp vid sjukdom och olycksfall ansågs inte böra omfattas av lagen. Den hjälp som gavs i akuta nödsituationer skulle också, på allmänna grunder, vara undantagen från lagens tillämpningsområde.

När det gäller *undersökningar* av hälsotillståndet bör en utredning som inskränker sig till en utfrågning av den hjälpsökande inte betecknas som en undersökning i kvacksalverilagens mening (prop. 1960:141 s. 187).

Som *behandling* i lagens mening räknas även helt otjänliga åtgärder eller föreskrifter, om syftet är att verka förebyggande, botande eller lindrande. Däremot kan inte allmänna hälsoråd utan samband med någon förhandenvarande eller befarad sjukdom enligt propositionen anses utgöra behandling i lagens mening. Med tillstånd som är jämförligt med sjukdom bör enligt uttalanden i förarbetena förstås exempelvis normala men besvärande förändringar i samband med graviditet, fysiologiskt betingade åldersförändringar etc. (jfr. prop. s. 187).

Från lagens tillämpningsområde undantas den som har *behörighet* att utöva läkaryrket eller som i sin hälso- eller sjukvårdande verksamhet är underställd Socialstyrelsens tillsyn. Lagen gäller således i dag inte för sådan personal som omfattas av åliggandelagen. I behörighetslagen finns bestämmelser som straffbelägger obehöriga läkares verksamhet och obehörig utövning av tandläkaryrket.

Förbudet i kvacksalverilagen gäller enligt 2 §

* behandling av vissa smittsamma, samhällsfarliga sjukdomar,

* behandling av kräfta och andra elakartade svulster, sockersjuka, epilepsi eller sjukliga tillstånd i samband med havandeskap eller förlossning,
* undersökning och behandling av barn under åtta år,
* lämnande av skriftliga råd eller anvisningar för behandling av någon utan att ha genomfört en personlig undersökning av densamme samt
* utprovning och tillhandahållande av kontaktlinser.

Förbud gäller också enligt 3 § mot att mot ersättning utföra undersökning eller behandling genom att vidta eller förskriva åtgärd för sjukdom eller jämförligt tillstånd under allmän bedövning eller under lokal bedövning genom injektion av bedömningsmedel eller under hypnos. Vidare är det enligt samma bestämmelse förbjudet att i dessa sammanhang behandla annan med användande av radiologiska metoder.

I kvacksalverilagens 6 § finns en erinran om att bestämmelser om ansvar för den som obehörigen använder viss yrkestitel eller yrkesbeteckning finns i behörighetslagen.

Den som bryter mot förbuden i 2 eller 3 § kvacksalverilagen kan enligt 7 § dömas för *hälsofarligt kvacksalveri* till böter eller fängelse i högst ett år. Detsamma gäller för den som vid sådan undersökning eller behandling som omfattas av lagen med uppsåt eller av oaktsamhet tillfogar den undersökte eller behandlade skada som inte är ringa eller framkallar fara för sådan skada. Gärningen är straffbar både i de fall skadan eller faran orsakats av olämplig behandling och då orsaken varit avbrott i eller dröjsmål med läkarvård.

Kvacksalverilagens straffbestämmelse är subsidiär i förhållande till straffbestämmelsen i 10 § behörighetslagen. I sammanhanget kan erinras om att även annan lagstiftning kan bli tillämplig när det gäller sanktioner mot hälsofarlig verksamhet. Verksamheten kan exempelvis utgöra brott mot person och vara straffbar enligt olika stadganden i brottsbalken. Om yrkesutövaren är anställd finns det också möjlighet att inom den arbetsrättsliga lagstiftningens ramar vidta de åtgärder som är befogade.

Brister i utbildning och erfarenhet fritar inte från ansvar. Den omständigheten att gärningsmannen på grund av brist i utbildning eller erfarenhet inte kunnat inse en sjukdoms natur eller förutse en skada eller fara befriar honom således inte från ansvar för hälsofarligt kvacksalveri.

Socialstyrelsen kan med stöd av 9 § förbjuda någon som dömts för hälsofarligt kvacksalveri att under viss tid eller för all framtid utföra sådan undersökning eller behandling som omfattas av lagen. Ett sådant förbud skall enligt 11 § gälla med omedelbar verkan om inte annat förordnats.

Ett beslut om förbud kan enligt samma bestämmelse överklagas till allmän förvaltningsdomstol. Den som bryter mot ett beslut om förbud kan enligt 10 § dömas för hälsofarligt kvacksalveri.

Tidigare gällande förbud mot verksamhet som utövades under kringresande från ort till annan eller som utövades av utländsk medborgare har upphävts genom en lagändring 1992.

2.7 Socialstyrelsens tillsyn samt handläggning av legitimationsärenden

2.7.1 Inledning

Handläggningen av kompetensbevis inom hälso- och sjukvården sker vid Socialstyrelsens Hälso- och sjukvårdsgrupp, behörighets- och utbildningsenheten.

Kompetensbevisen består av legitimationer, bevis om specialistkompetens, intyg om vissa behörigheter för exempelvis sjuksköterskor, distriktssköterskor och barnmorskor, intyg om förskrivningsrätt i vissa fall, intyg med anledning av EES-avtalet samt andra intyg om utbildning eller behörigheter m.m. som begärs beträffande hälso- och sjukvårdspersonal dels från enskilda, dels från organisationer, t.ex. Röda Korset.

Till denna grupp av ärenden kan också räknas förordnande av icke legitimerade läkare, tandläkare och sjuksköterskor.

2.7.2 Handläggning av legitimationsärenden

Legitimation för den som inte tidigare varit legitimerad meddelas av Socialstyrelsen. Har legitimationen återkallats av HSAN kan ny legitimation utfärdas av nämnden när förhållandena medger det. Beslut att vägra legitimation kan överklagas till allmän förvaltningsdomstol.

Handläggningen av legitimationsärenden hos Socialstyrelsen blir beroende av om yrkesutövaren har svensk eller utländsk utbildning.

Personal som utbildats i land som omfattas av EES-avtalet och som har godkänt kompetensbevis från sådant EES-land i enlighet med gällande EU-direktiv har rätt att få motsvarande legitimation i Sverige utan speciella villkor, t.ex. krav på kunskaper i svenska språket och kunskaper om gällande medicinallagstiftning.

Personal med utbildning från land som inte omfattas av EES-avtalet kan hos Socialstyrelsen begära villkor för legitimation. Socialstyrelsen meddelar beslut om eventuell kompletterande utbildning av olika omfattning och utformning beroende på yrke och kvalifikationer. Se

vidare under rubriken "Kompetenskrav för hälso- och sjukvårdspersonal med utländsk utbildning".

2.7.3 Gemensamt för alla legitimationsgrupper

I behörighetsförordningen anges att avgift skall tas ut för prövning av ansökan om legitimation. Avgiftsförordningen (1992:191) anger två avgiftsklasser för de legitimerade yrkesgrupperna. Enligt 40 § behörighetsförordningen tillhör läkare, tandläkare, naprapat, psykolog, psykoterapeut och kiropraktor avgiftsklass 4 för vilka avgiften enligt avgiftsförodningen är 1.450 kr. Övriga grupper, dvs. barnmorska, logoped, optiker, sjukgymnast, sjuksköterska och tandhygienist har förts till avgifts klass 2 för vilken avgiften är 500 kronor. Legitimation utfärdas när avgiften har kommit in till Socialstyrelsen.

För varje yrkesgrupp finns särskild blankett för ansökan om legitimation. Till ifylld blankett skall fogas vidimerad kopia av examensbevis, personbevis - ej äldre än tre månader - samt i förekommande fall intyg över föreskriven praktisk tjänstgöring.

Ansökan diarieförs i ett särskilt databaserat diariesystem som är kombinerat med hälso- och sjukvårdspersonalregistret. Ansökningshandlingarna granskas och prövas mot fastställda krav på legitimation. Enheten håller sig underrättad om verksamheten vid HSAN. Legitimation skall inte utfärdas om sådana omständigheter föreligger, att legitimationen skulle ha återkallats om sökanden redan meddelats legitimation. Beslut om vägrad legitimation är ytterst sällsynt bland sökanden med sedvanlig svensk utbildning.

När handlingarna granskats och prövats och kontrollen vid HSAN är gjord utfärdas legitimationen som har samma grafiska utformning för samtliga legitimationsgrupper. I samband med utfärdandet av legitimationen sker registrering i registret. Information om meddelade legitimationer sänds till olika mottagare, i vissa fall i form av särskilda förteckningar, i andra fall i form av kopior på legitimationsbeviset.

2.7.4 Yrkesgrupper med särskilda legitimationskrav

Läkare

För läkare krävs utöver avlagd läkarexamen allmäntjänstgöring (AT) omfattande 21 månader samt avlagt kunskapsprov. För AT finns särskild målbeskrivning fastställd, SOSFS 1992:18. Kunskapsprovet anordnas av Karolinska institutet som sänder förteckningar till Socialstyrelsen över avlagda godkända prov. I samband med legitimationen kontrolleras särskilt att den sökande finns upptagen på dessa förteckningar över godkända prov. Tjänstgöringen skall fullgöras på

särskilt blockförordnande och dokumenteras i en tjänstgöringsbok som skall bifogas ansökan. I händelse av ej tillfredsställande fullgjord AT eller del av AT skall Socialstyrelsen besluta om konsekvenserna härav, oftast i form av beslut om ytterligare tjänstgöring. Intyg över nöjaktigt fullgjord sådan ytterligare tjänstgöring krävs för legitimation.

Tandläkare

Även tandläkare har tidigare haft krav på godkänd AT med kunskapsprov för att erhålla legitimation.

Den 1 juli 1995 avskaffades för tandläkare och grundutbildningen förlängdes från nio till tio terminer, varefter legitimation kan utfärdas utan krav på praktisk tjänstgöring.

Psykolog

För legitimation som psykolog krävs psykologexamen samt ett års praktisk tjänstgöring, PTP. Tjänstgöringen skall ske under handledning och ge erfarenhet inom verksamhetsområden för psykologer, dels individinriktat psykologarbete omfattande t.ex. psykologisk utredning, rådgivning och behandling enskilt eller i grupp, dels övrigt psykologarbete omfattande t.ex. psykologisk utredning avseende grupper och organisationer, förebyggande arbete, utvärdering och metodutveckling. Bedömningen av åberopad PTP kan ibland kräva särskild utredning. I vissa fall kan psykologarbete före examen tillgodoräknas som PTP.

Psykoterapeut

För legitimation som psykoterapeut krävs statlig psykoterapeutexamen eller den påbyggnadsutbildning i psykoterapi som kan anses jämförbar med den statliga utbildningen. Legitimerad psykoterapeut skall i sin yrkesverksamhet uppge sin grundläggande yrkesutbildning (jfr meddelandeblad nr 19/90 och 19/95 från Socialstyrelsen).

Kiropraktor

Legitimation för kiropraktorer infördes den 1 juli 1989. För legitimation krävs teoretisk grundutbildning i form av examen som Doctor of Chiropractic från godkänd skola, ett års handledd tjänstgöring inom svensk hälso- och sjukvård samt kunskap om svenska hälso- och sjukvårdsförfattningar av betydelse för den kiropraktiska verksamheten. Kiropraktorerna skiljer sig från övriga grupper såtillvida att ingen svensk utbildning har accepterats som grund för legitimation. Godkända skolor finns i England, USA, Kanada och Australien.

Socialstyrelsen har utfärdat särskilda riktlinjer för den praktiska tjänstgöringen.

Naprapat

Naprapater fördes in bland de legitimationsberättigade grupperna den 1 oktober 1994. För legitimation krävs examen som Doctor of Naprapathy samt ett års praktisk tjänstgöring under handledning. Socialstyrelsen har utfärdat särskilda riktlinjer för denna praktiska tjänstgöring. Till skillnad från kiropraktorerna godkänns här svensk utbildning med ovannämnda examen.

Övriga grupper: barnmorska, logoped, optiker, sjukgymnast, sjuksköterska och tandhygienist

För dessa grupper krävs ingen praktisk tjänstgöring för legitimation. Examensbevis, personbevis och ansökan är tillräcklig grund för legitimation. Handläggningsrutinerna är likartade för dessa yrkesgrupper.

2.7.5 Handläggning av ärenden rörande personal med utländsk utbildning

Socialstyrelsen skall bedöma kompetensen och föreskriva komplettering för invandrare med utbildning och yrkeserfarenhet i yrken som är rättsligt reglerade i Sverige - i princip yrken som omfattas av legitimationsbestämmelserna.

Regler om den kompletterande utbildningen finns i 32 § förordningen (1984:545) om behörighet att utöva yrke inom hälso- och sjukvården m.m. Ett bemyndigande för Socialstyrelsen att utfärda närmare föreskrifter återfinns i 37 §. Detta har skett för två yrkesgrupper, för läkare i SOSFS 1985:11 och för psykologer i SOSFS 1986:43. För övriga grupper finns riktlinjer eller tilllämpad praxis. Sedan en längre tid gäller särskilda regler för den som har nordisk utbildning och sedan den 1 januari 1994 har ett särskilt regelverk införts för den som har utbildning inom EES-området.

Socialstyrelsen förfogar över särskilda medel för olika utbildningsinsatser som skall underlätta för invandrare med vårdutbildning att uppnå legitimation i Sverige. Läkare, sjuksköterskor, sjukgymnaster, tandläkare och barnmorskor har tillgång till kurser och prov som anordnas av olika institutioner på uppdrag av Socialstyrelsen.

Svenska språket

Cirka hälften av de anslagna medlen används till att få till stånd yrkesinriktad undervisning i svenska språket och de språkprov som är ett grundläggande villkor för övrig kompletterande utbildning. Sedan några år genomförs denna verksamhet enligt avtal med Folkuniversitetet centralt. Kurser och prov anordnas på fem orter i landet, i Umeå, Uppsala, Stockholm, Lund och Göteborg. Socialstyrelsens kurser erhåller ekonomiskt stöd från Arbetsmarknadsverket och genom avgifter.

Kunskapsprövning

Socialstyrelsen har ett långtgående samarbete med olika högskoleenheter i syfte att säkerställa att den individuella kompetensen motsvarar svenska krav. Karolinska institutet svarar för kunskapsprövning av utomnordiska läkare, tandläkare och sjukgymnaster och Vårdhögskolan i Lund samordnar prov för sjuksköterskor och barnmorskor. Prövningen innefattar såväl teoretiska kunskaper som praktiska färdigheter.

Författningskunskap

De flesta hälso- och sjukvårdsyrken förutsätter kännedom om den lagstiftning som reglerar yrkesutövningen och de kurser som anordnas för detta ändamål - ibland benämnda socialmedicin eller svenska medicinalförfattningar - anordnas på Socialstyrelsens uppdrag av reguljära utbildningsenheter inom vårdhögskolan, Karolinska institutet respektive samhällsmedicinska institutioner. Utbildningen har successivt ändrat former och domineras nu alltmer av distansundervisning med handledardagar.

Praktik/provtjänstgöring

Vid sidan av ovannämnda kompletteringsvillkor, som huvudsakligen finansieras med statliga medel, förekommer krav på yrkespraktik i olika former. Läkare, som kan visa att de genomgått specialistutbildning av viss omfattning i land utanför EES-området, har möjlighet att visa reell kompetens genom provtjänstgöring inom specialiteten under sex månader. Provtjänstgöringen är således ett alternativ till kunskapsprov.

Särskilda utbildningsinsatser enligt ovan har inte funnits för flertalet övriga legitimationsyrken, dvs, optiker, psykologer, psykoterapeuter och logopeder. De fåtaliga invandrarna med utbildning för dessa yrken

i hemlandet har därför bedömts av en reguljär institution inom gymnasie- eller högskolan. Bedömningen har då skett på grundval av ingiven dokumentation och skillnader i utbildningsinnehåll har lett till kompletteringskrav i termer av kurser i den svenska utbildningen efter beslut av Socialstyrelsen. Gymnasie- eller högskolan har därefter kunnat tillhandahålla erforderliga kurser m.m. utan att Socialstyrelsen varit direkt administrativt eller ekonomiskt involverad.

Kiropraktorer som i dag kan erhålla legitimation har uteslutande utländsk utbildning och kan delta i sjukgymnasternas författningskurs. Detsamma gäller naprapater i undantagsfall eftersom nära nog hela yrkesgruppen har svensk utbildning. Någon tandhygienist med utomnordisk utbildning har ännu inte förekommit.

2.7.6 Handläggning av ärenden om specialistkompetens

Läkare

En läkare får för allmänheten ange att han är specialist inom sitt yrke endast om han har specialistkompetens (jfr. 39 § behörighetsförordningen). Bevis om specialistkompetens meddelas av Socialstyrelsen.

Specialistkompetens kan meddelas enligt två regelsystem. Det äldre systemet gäller enligt övergångsbestämmelserna t.o.m. utgången av år 1998, dvs. den som legitimerats före den 1 januari 1992 har rätt att t.o.m. den 31 december 1998 ansöka om specialistkompetens enligt äldre regler. Den som legitimerats efter den 1 januari 1992 skall följa nya regler.

Det äldre systemet (SOSFS 1985:11) bygger på tidsbaserade tjänstgöringsperioder för var och en av de specialiteter som förtecknats i behörighetsförordningen. Kraven fördelar sig mellan huvudutbildningen - fastställd av regeringen - och sidoutbildning fastställd av Socialstyrelsen. Härtill kommer krav på fullgjörande av särskilda kurser.

Den nya specialiseringstjänstgöringen gäller för dem som legitimeras efter 1 januari 1992 och grundar sig på fastställda målbeskrivningar för var och en av de fastställda specialiteterna.

I 3 § behörighetsförordningen föreskrivs att den legitimerade läkare som vill uppnå specialistkompetens skall genomgå vidareutbildning under minst fem år för att förvärva de kunskaper, färdigheter och förhållningssätt som föreskrivits för den sökta specialistkompetensen. Specialistkompetensen skall förvärvas genom tjänstgöring som läkare under handledning och genom deltagande i kompletterande utbildning.

Socialstyrelsen har således fastställt målbeskrivningar för de fastställda specialiteterna. Chefsöverläkaren skall i samråd med

berörda handledare utfärda ett intyg över att läkaren har tillägnat sig målbeskrivningens innehåll.

Med kompletterande utbildning avses i första hand teoretiska studier genom läroböcker, handböcker, tidskrifter m.m. som ST-läkaren skall bedriva på eget initiativ och i samråd med handledaren. Till kompletterande utbildning hör också deltagande i de av Socialstyrelsen anordnade specialistkompetenskurserna, SK-kurser. Kursverksamheten omfattar innevarande verksamhetsår cirka 315 kurser enligt publicerad kurskatalog. För 1995/96 planeras cirka 335 SK-kurser. Något fixerat antal kurser eller kursdagar krävs inte för specialistkompetens. SK-kurserna skall ses som ett komplement i de delar den praktiska tjänstgöringen och lokala utbildningsinsatser inte fullt ut motsvarar de krav som anges i målbeskrivningen.

År 1994 behandlades 1.450 ansökningar om specialistkompetens. 1.400 specialistkompetenser utfärdades och 50 ansökningar resulterade i avslag. 16 avslagsbeslut föranledde överklagande till kammarrätten.

Tandläkare

Tidigare specialistutbildning för tandläkare reglerades i förordningen om behörighet att utöva yrke inom hälso- och sjukvården (1984:545). I förordningen finns angivet sju specialiteter samt krav på såväl huvudutbildningens som sidoutbildningens omfattning i tid. I Socialstyrelsens föreskrifter om tandläkares specialistutbildning (SOSFS 1987:26) anges mer detaljerat specialistutbildningens innehåll inom de olika specialiteterna.

Genom förordningen (1992:64) om ändring i förordningen (1984:545) om behörighet att utöva yrke inom hälso- och sjukvården m.m. ändrades regelverket för tandläkares specialistutbildning. I förordningen finns ytterligare en specialitet. Specialistkompetensen skall förvärvas genom tjänstgöring som tandläkare under handledning vid en klinik som godkänts av Socialstyrelsen och genom deltagande i kompletterande utbildning (specialiseringstjänstgöring). I Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1993:4) anges närmare de villkor som gäller för tandläkarnas specialiseringstjänstgöring med målbeskrivningar som ersätter tidigare detaljerade föreskrifter om innehållet i specialistutbildningen. I den nya utbildningen är det handledaren och vederbörande tandläkare, som - när de tre årens specialiseringstjänstgöring är fullgjord - kommer överens om huruvida kunskapsmålen för den aktuella specialiteten har uppnåtts. När kraven för slutprov har uppfyllts kan tandläkaren ansöka hos Socialstyrelsen om bevis på specialistkompetens.

För att underlätta övergången från den äldre specialistutbildningen till den nya specialiseringstjänstgöringen tillämpas vissa övergångsbe-

stämmelser. Dessa upphörde dock att gälla fr.o.m. den 1 juli 1995. Antalet utfärdade specialistbevis för tandläkare är för närvarande cirka 45 per år.

2.7.7 Förordnande av icke legitimerade läkare

Med stöd av behörighetsförordningens 6 § föreskriver Socialstyrelsen i SOSFS 1992:23 att landsting får i följande fall på tjänst som läkare förordna den som inte har svensk legitimation:
A. Den som avlagt läkarexamen i Sverige eller i annat nordiskt land eller av Socialstyrelsen föreskrivits AT som villkor för legitimation får förordnas på läkartjänst för allmäntjänstgöring (AT-block).
B. På vikariat på annan läkartjänst än AT-block får den förordnas som avlagt läkarexamen i Sverige eller annat nordiskt land eller av Socialstyrelsen föreskrivits AT som villkor för legitimation. Vidare får som vikarie förordnas läkare med utomnordisk utbildning som genomgår kompletterande utbildning för erhållande av svensk legitimation och som fullgör s.k. provtjänstgöring enligt beslut av Socialstyrelsen.

I övriga fall får huvudmannen inte själv förordna icke legitimerade läkare utan Socialstyrelsens medgivande. I de allmänna råden i ovannämnda författning anförs att vikariat inte bör tillsättas med läkare som inte är legitimerad annat än om personalsituationen oundgängligen kräver det. Vidare bör sjukvårdshuvudmannen inte tillsätta vikariat med läkare som vikarierat mer än 12 månader fr.o.m. den 1 januari 1993, om man lägger samman tiden för det nya vikariatet och hans tidigare vikariat. Avsikten är att läkaren inom denna tid bör kunna få förordnande på AT-block och fullfölja sin utbildning fram till legitimation. Socialstyrelsen understryker att man inte kommer att meddela bemyndigande att förordna medicine studerande, annat än om sjukvårdshuvudmannen kan visa, att det med hänsyn till personalläget i sjukvårdsområdet är synnerligen angeläget att få tillsätta vederbörande på vikariat. Bemyndigande att meddela förordnanden av personliga skäl kommer inte att ges. Dessa regler gäller från den 1 september 1993. År 1994 meddelade Socialstyrelsen 90 bemyndiganden av ovanstående slag och 9 avslag på huvudmännens begäran. Det stora flertalet bemyndiganden gällde vikariat över sommaren.

Ovanstående regler innebär en skärpning mot tidigare dispensregler som i vissa preciserade fall gav huvudmännen bemyndigande att förordna medicine studerande på vikariat. Grundregeln nu är att läkarexamen skall vara avlagd och endast undantagsvis skall icke legitimerade förordnas som läkare.

2.7.8 Förordnande av icke legitimerade tandläkare

Enligt 2 § förordning (1985:884) om behörighet till vissa tjänster inom folktandvården och om tillsättning av sådana tjänster är den behörig till tjänst för allmäntjänstgöring som har avlagt tandläkarexamen. Enligt 7 § tillsätts sådana tjänster av landstingskommunen.

Vad gäller tillfälligt förordnande för tandläkare med utländsk utbildning som tillfälligt önskar uppehålla tjänst i Sverige ankommer det på tandvårdshuvudmannen att söka tillfälligt förordnande hos Socialstyrelsen. Under senare år har enstaka sådana ansökningar kommit in till Socialstyrelsen från företrädesvis utbildningsinstitutioner - odontologiska fakulteter och institutionen för specialistutbildning i Jönköping.

Godtagbara språkkunskaper och arbetsgivarens garanterande av den odontologiska kompetensen har varit utslagsgivande för Socialstyrelsens beslut. Antalet sådana ansökningar rör sig om 2-4 per år.

Vid införandet av en tionde studietermin som ersättning för AT för tandläkare kan situationen komma att förändras. Det blir sannolikt aktuellt för de studenter som fullgjort nio terminers studier vid odontologisk fakultet att under ferie till den tionde terminen försöka erhålla tillfälligt förordnande hos någon tandvårdshuvudman.

2.7.9 Förordnande av icke legitimerade sjuksköterskor

Enligt 6 § förordningen (1982:771) om behörighet till vissa tjänster inom hälso- och sjukvården och om tillsättning av sådana tjänster gäller följande: "Behörig till tjänst som sjuksköterska är den som har legitimation för sådant yrke. Detsamma gäller ifråga om vikarie på sådan tjänst om Socialstyrelsen inte medgett undantag."

I en skrivelse till hälso- och sjukvårdsnämnderna i landsting och kommuner den 19 april 1993 angav Socialstyrelsen vilka förutsättningar som gäller för att ansökan om dispens skall kunna beviljas, nämligen att endast synnerliga sjukvårdsmässiga skäl föreligger, att vikariatet omfattar minst 4 veckor, att maximala åtgärder vidtagits för att rekrytera legitimerad sjuksköterska samt att den tilltänkta vikarien är väl känd av arbetsgivaren. Dispens medges ej för tjänstgöring vid enstaka kortvariga tillfällen, ej för tjänstgöring nattetid, ej som sjuksköterska i ledande ställning eller som ensam ansvarig sjuksköterska.

Under år 1994 behandlades sammanlagt 279 ärenden varav 189 resulterade i bifall. Absoluta merparten av dispenserna gällde sommarvikariat.

2.7.10 Förskrivningsrätt för barnmorskor och distriktssköterskor

Barnmorska

Fr.o.m. den 1 december 1993 kan legitimerad barnmorska som genomgått fortbildning i antikonception och preventivmedelsrådgivning eller som utexaminerats som barnmorska efter den 1 januari 1974 få förskriva läkemedel i födelsekontrollerande syfte. För att få denna rätt att förskriva läkemedel skall barnmorskan ha genomgått minst 30 timmar i preventivmedelsrådgivning på mödravårdscentral, ungdomsmottagning, gynekologisk mottagningsavdelning, preventivmedelsrådgivning eller annan särskild mottagning såsom RFSU-klinik. Efter anmälan till Socialstyrelsen medges därefter rätt att förskriva vissa läkemedel. Denna uppgift införs i styrelsens register över hälso- och sjukvårdspersonal och vidarebefordras till Apoteksbolaget AB. Något särskilt intyg till barnmorskan utfärdas inte. Socialstyrelsen förbereder ett personligt intyg till barnmorskan i fråga på samma sätt som för distriktssköterska (se nedan).

Distriktssköterska

Legitimerad sjuksköterska som genomgått vidareutbildning till distriktssköterska och också är anställd som distriktssköterska får efter Socialstyrelsens medgivande förskriva vissa läkemedel enligt Läkemedelsverkets anvisningar (LFS 1994:3)

För ett sådant medgivande från Socialstyrelsen krävs att distriktssköterskan antingen med godkänt resultat har genomgått en särskild kurs i farmakologi och sjukdomslära omfattande minst 8 poäng vid vårdhögskola eller kan dokumentera att hon uppnått denna kompetens genom sin vidareutbildning till distriktssköterska.

Ansökan ställs till Socialstyrelsen som efter granskning för in uppgiften om förskrivningsrätten i hälso- och sjukvårdspersonalregistret och vidarebefordrar uppgiften till Apoteksbolaget AB. Särskilt bevis om denna förskrivningsrätt utfärdas till distriktssköterskan med påpekandet att denna förskrivningsrätt gäller under tid som distriktssköterskan faktiskt tjänstgör som distriktssköterska.

2.7.11 Intyg om behörighet med anledning av EES-avtalet m.m.

I egenskap av tillsynsmyndighet utfärdar Socialstyrelsen på begäran intyg om en persons behörighet, dvs. intygar att legitimationen är giltig. Härutöver har i samband med EES-avtalet ytterligare krav

införts på att tillsynsmyndigheten skall utfärda särskilt utformade intyg för att utgöra ett stöd för individen att vid tjänstgöring i annat medlemsland styrka sin behörighet. Sammanlagt utfärdade Socialstyrelsen cirka 1.000 sådana intyg år 1994.

Dessutom har en ny kategori tillkommit, s.k. Europaläkare. En läkare som efter föreskriven praktisk utbildning i ett annat EES-land än Sverige har rätt att kalla sig allmänpraktiserande läkare skall enligt 3 a § behörighetslagen på ansökan få kompetens som allmänpraktiserande läkare (Europaläkare) här i landet om läkaren har svensk legitimation. Ett 50-tal sådana bevis som Europaläkare utfärdades år 1994.

2.8 Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnds verksamhet

2.8.1 Inledning

Förändringarna och utvecklingen inom vårdområdet kan enligt kommitténs direktiv komma att ställa krav på förbättrade möjligheter till kontroll från statens sida av hälso- och sjukvårdspersonalens yrkesutövning, särskilt utanför den offentliga vården. Likaså kan Sveriges anslutning till EU medföra ett ökat behov av kompetensbevis för fler yrkesgrupper. Även avregleringen av vissa vårdutbildningar genom högskolereformen kan ha betydelse i det sammanhanget. Dessa frågor skall kommittén enligt direktiven fästa särskild vikt vid. Kommittén bör också enligt direktiven kunna ta upp frågan om återkallelse av legitimation eller andra kompetensbevis.

I kommitténs direktiv anges inte uttryckligen något om HSAN:s verksamhet. Eventuella förslag från kommittén i bl.a. de nyss nämnda frågorna kan emellertid komma att påverka omfattningen av nämndens verksamhet. I detta avsnitt beskriver vi därför kortfattat HSAN:s organisation och verksamhet. I avsnitt 2.8.2 redovisas HSAN:s tillkomst och uppgifter enligt disciplinpåföljdslagen.

2.8.2 Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnds tillkomst och uppgifter

Inledning

Särskilda nämnder för prövning av disciplinpåföljder inom hälso- och sjukvården har funnits sedan år 1947. Då inrättades inom ramen för Medicinalstyrelsen en sådan nämnd, Medicinalstyrelsens disciplinnämnd. När Medicinalstyrelsen och den tidigare Socialstyrelsen slogs

samman år 1968 till ett ämbetsverk - Socialstyrelsen - omvandlades disciplinnämnden till Medicinalväsendets ansvarsnämnd. Denna nämnd verkade inom Socialstyrelsen fram till år 1980 då den bröts ut ur Socialstyrelsen och blev en självständig myndighet - HSAN. Utbrytningen motiverades i propositionen främst med att det av hänsyn till rättssäkerheten för såväl patienterna som sjukvårdspersonalen var en fördel att nämnden stod fri i förhållande till tillsynsmyndigheten. I propositionen (prop. 1978/79:220 s. 22) angavs att åtgärden var ägnad att stärka allmänhetens och personalens förtroende för nämndens saklighet och opartiskhet.

HSAN:s verksamhet reglerades fram till oktober 1994 i första hand i 1980 års tillsynslag. Från och med den 1 oktober 1994 prövas frågor om disciplinpåföljd inom hälso- och sjukvården och tandvården av HSAN enligt reglerna i disciplinpåföljdslagen. Dessutom regleras HSAN:s verksamhet i förordningen (1996:571) med instruktion för Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (instruktionen). I instruktionen finns även hänvisningar till Verksförordningen (1995:1322). Som kommer att framgå i den följande texten är dessutom förvaltningslagen och rättegångsbalken i vissa delar tillämpliga på HSAN:s verksamhet.

Disciplinpåföljdslagens innehåll har kortfattat redovisats i ett tidigare avsnitt. I den följande texten koncentreras redovisningen till de delar av lagen som direkt berör HSAN:s verksamhet.

Närmare om HSAN:s uppgifter

I disciplinpåföljdslagen regleras frågor om HSAN huvudsakligen i 13-34 §§. De frågor som prövas av HSAN anges dessförinnan. Det gäller frågor om åläggande av disciplinpåföljderna erinran och varning (4 §) samt andra frågor med anknytning till behörighet och legitimation dvs. återkallelse av legitimation (7 §), läkarundersökning då fråga om återkallelse av legitimation uppkommit (8 §), begränsningar av förskrivningsrätten avseende narkotiska preparat och sprit (9-10 §§), relegitimering (11 §) samt återkallelse av annan behörighet inom hälso- och sjukvården (12 §). Av disciplinpåföljderna är varning den allvarligare.

Vad gäller återkallelse av legitimationen är syftet inte disciplinärt utan en åtgärd som vidtas för att skydda allmänheten från personer som inte utövar sitt yrke på ett godtagbart sätt. HSAN kan endast återkalla en legitimation på anmälan av Socialstyrelsen eller ansökan av den som innehar legitimationen.

En återkallelse får olika konsekvenser beroende på vilken yrkesgrupp det gäller. För läkare, tandläkare och barnmorskor innebär en återkallelse att de inte kan utöva yrket ifråga, således i princip en form av yrkesförbud.

För sjuksköterskor och sjukgymnaster innebär en återkallelse av legitimationen inte att de förhindras utöva yrket men de får inte tjänstgöra inom den offentliga vården på sådana tjänster. Däremot kan de arbeta inom enskild verksamhet eller som t.ex. undersköterska i offentlig vård. De får dock inte använda begreppet legitimerad.

Övriga yrkesgrupper som är legitimerade dvs. psykologer, psykoterapeuter, logopeder, optiker, tandhygienister, kiropraktorer och naprapater, kan vid en återkallelse av legitimationen i vart fall i teorin fortsätta utöva sina yrken såväl inom offentlig som enskild verksamhet utan att vara legitimerade. Vad gäller en icke legitimerad psykolog eller psykoterapeut får de dock inte använda de titlarna i samband med marknadsföring eller dylikt (jfr. 9 § första stycket 3 behörighetslagen).

HSAN består enligt 14 § av en ordförande och ytterligare åtta ledamöter som utses av regeringen för tre år. Ordföranden skall vara ordinarie domare och övriga ledamöter skall ha särskild insikt i hälso- och sjukvård. En ledamot utses efter förslag från Landstingsförbundet och Svenska kommunförbundet tillsammans. LO, TCO och SACO föreslår vardera en ledamot. De fyra återstående ledamöterna utses bland personer som kan anses särskilt företräda allmänhetens intresse; i regel är dessa fyra personer riksdagsledamöter eller f.d. riksdagsledamöter. För ordföranden finns en särskilt utsedd ställföreträdare medan varje ledamot har tre ersättare.

Till nämndens förfogande står ett kansli. Kansliets verksamhet regleras främst i instruktionen och i verksförordningen. Sedan den 1 april 1993 är nämndens ordförande heltidsanställd med titeln generaldirektör. Ordföranden är också chef för kansliet. Kansliet består av omkring 30 personer, varav cirka hälften är juristhandläggare. Till nämndens kansli är också knutet medicinskt sakkunniga vilka även är föredragande i nämnden.

Nämnden är enligt 15 § beslutsför med ordföranden och sex andra ledamöter. Till sammanträdena skall dock samtliga ledamöter kallas och om en ledamot anmäler förhinder skall en ersättare kallas.

Ordföranden får ensam fatta vissa beslut som anges i 16 §. Det gäller beslut som inte innefattar slutligt avgörande i sak, dock *inte* föreläggande att genomgå läkarundersökning eller interimistisk återkallelse av legitimation i anledning av sådant föreläggande, interimistisk återkallelse av förskrivningsrätt eller interimistisk återkallelse av annan behörighet.

Ordföranden får vidare enligt samma bestämmelse ensam fatta beslut som innebär att ett ärende om disciplinpåföljd avgörs i sak om det inte gäller en fråga av principiell beskaffenhet och det finns grundad anledning anta att ärendet inte kan leda till någon disciplinpåföljd, ärende om återkallelse av legitimation eller behörighet på egen begäran då hinder mot återkallelse inte kan antas föreligga samt ärende

om återkallelse av legitimation då föreläggande om läkarundersökning inte följts.

Reglerna i rättegångsbalkens 4 kapitel om jäv mot domare skall enligt 17 § tillämpas mot den som handlägger ärenden i nämnden och reglerna i rättegångsbalkens 29 kapitel om omröstning med endast lagfarna ledamöter skall enligt 18 § tillämpas vid omröstning i nämnden. Vid sådan omröstning skall ordföranden först säga sin mening.

Behörig att göra anmälan i frågor om disciplinpåföljd är enligt 19 § den patient som saken gäller, eller om patienten inte själv kan anmäla saken, en närstående till patienten. Behöriga att göra anmälan är även Socialstyrelsen, JO och JK. Ansökan om indragning av legitimation kan endast göras av nämnda myndigheter och av den legitimerade själv.

Anmälan eller ansökan skall göras skriftligt och i 21 § anges närmare vad handlingarna skall innehålla. Om de inte är fullständiga kan nämnden enligt 22 § ge föreläggande om komplettering vid påföljd att anmälan eller ansökan inte tas upp till prövning.

I 23 § anges att det är nämnden som svarar för att ett ärende blir tillräckligt utrett. Nämnden kan enligt 27 § förelägga hälso- och sjukvårdspersonal att ge in journaler och andra handlingar som behövs för ärendets utredning och nämnden kan såväl förelägga som utdöma vite för att få in dessa handlingar. Nämnden kan också inhämta yttrande från myndigheter, tjänstemän och andra om det krävs särskild sakkunskap i ärendet. Angående sådana sakkunniga tillämpas reglerna i rättegångsbalkens 40 kapitel 2-7 och 12 §§ där närmare regler finns om sakkunnigas skyldigheter och ställning.

Ett ärende som berör annan skall, om det inte är uppenbart att ärendet inte skall bifallas eller om underrättelse är onödig, snarast överlämnas till den det avser med föreläggande att svara inom viss tid.

Handläggningen i nämnden är enligt 24 § skriftlig men muntlig förhandling får förekomma när det kan antas vara till fördel för utredningen. Om nämnden finner att vittne eller sakkunnig behöver höras eller att någon behöver föreläggas att tillhandahålla skriftlig handling skall nämnden begära detta hos tingsrätten. I fråga om sådana åtgärder skall tillämpas vad som föreskrivs om bevisupptagning i rättegång utom huvudförhandling (se närmare härom 35 kap. rättegångsbalken).

Enligt 9 och 10 §§ i instruktionen för HSAN får generaldirektören och dennes ställföreträdare bl.a. begära in förklaringar, upplysningar och yttranden i ärenden hos nämnden. Dessa frågor får delegeras till andra tjänstemän vid nämndens kansli.

Förvaltningslagens 20 och 21 §§ är enligt 30 § disciplinpåföljdslagen tillämpliga även på vissa interimistiska beslut i nämnden. I för-

valtningslagens bestämmelser regleras hur beslut skall motiveras och hur underrättelse om besluten skall ske. De beslut det gäller är beslut om läkarundersökning enligt 8 § disciplinpåföljdslagen och interimistiskt beslut om återkallelse av legitimation i anledning av beslut om läkarundersökning. De nu angivna bestämmelserna i förvaltningslagen är också tillämpliga på interimistiska beslut om inskränkning av förskrivningsrätten samt interimistiska beslut om återkallelse av annan behörighet enligt 12 § disciplinpåföljdslagen. Enligt 8 § instruktionen är även 19 § förvaltningslagen tillämplig på HSAN:s verksamhet. Där regleras rätten att få avvikande mening antecknad. Även i övrigt är förvaltningslagens bestämmelser tillämpliga på HSAN:s verksamhet om inte avvikande regler meddelats särskilt, t.ex. i disciplinpåföljdslagen.

Nämnden kan enligt 31 och 32 §§ disciplinpåföljdsalgen överlämna ett ärende beträffande arbetstagare till arbetsgivaren för åtgärd som kan ankomma på denne om det är uppenbart att ärendets behandling i nämnden inte är påkallad från allmän synpunkt eller för att tillvarata patientens rätt. Nämnden kan också överlämna en anmälan till landstinget eller kommunen för åtgärd om anmälan innehåller klagomål på brister i kontakten mellan en patient och hälso- och sjukvårdspersonalen och det finns grundad anledning anta att anmälan inte kan föranleda disciplinpåföljd. Det kan gälla ärenden som är mer lämpliga för en förtroendenämnd enligt lagen (1992:563) om förtroendeverksamhet inom hälso- och sjukvården m.m.

Nämnden skall enligt 33 § göra anmälan till åtal om nämnden i ett ärende finner att den mot vilken disciplinpåföljd är ifrågasatt är skäligen misstänkt för att i yrkesutövningen ha begått brott för vilket fängelse är föreskrivet. Om ärendet inte är anhängigt i nämnden är det enligt 5 § Socialstyrelsen som är skyldig att göra sådan anmälan.

Nämndens slutliga beslut överklagas enligt 35 § till kammarrätten (i Stockholm) inom tre veckor från det beslutet meddelats. Överklagande kan enligt 36 § göras av enskild som gjort anmälan om det gått honom eller henne emot, av annan som beslutet angår om det gått honom eller henne emot samt av Socialstyrelsen för att tillvarata allmänna intressen.

Ett beslut av nämnden som inte är slutligt får som huvudregel endast överklagas i samband med att ärendet slutligen avgörs. Vissa beslut som inte är slutliga får dock enligt 38 § överklagas särskilt. Det gäller bland annat beslut om att interimistiskt återkalla legitimation eller interimistiskt dra in eller begränsa förskrivningsrätten.

Som angetts i avsnitt 2.5.6 har överklagande angående ett hundratal måltyper överflyttats till allmän förvaltningsdomstol (länsrätt) i stället för till kammarrätt. För överklagande från länsrätten till kammarrätten krävs som huvudregel för desssa måltyper prövningstillstånd. Vad

gäller mål från HSAN har denna ändring ännu ej genomförts. Angående skälen härför se avsnitt 2.5.6.

2.9 Statistiska uppgifter

Av den statistik som HSAN tagit fram för sin anslagsframställning för budgetåret 1997-1999 framgår att antalet anmälningar har ökat med mer än 50 procent under den senaste femårsperioden. Genom att nämnden tillförts ökade resurser och genom vissa rationaliseringar har handläggningstiderna ändå förkortats ehuru målet om en genomsnittlig handläggningstid av sex månader ännu inte uppnåtts. För närvarande uppgår den till cirka nio månader. Av anmälningarna till nämnden kommer omkring 90 procent från patienter och 10 procent från Socialstyrelsen. Vad gäller ärendenas fördelning på olika yrkesgrupper dominerar anmälningar mot läkare med cirka 80 procent. Anmälningar mot tandläkare uppgår till 5-10 procent medan resten av anmälningarna främst avser sjuksköterskor och barnmorskor. Tabellen nedan visar utvecklingen av antalet ärenden i nämnden under de senaste fem åren.

Tabell.

Statistika uppgifter HSAN	90/91	91/92	92/93	93/94	94/95
Antal anmälningar	1504	1600	1933	2355	2352
Avgjorda ärenden	1567	1813	1962	2027	2300
Behandlade vid nämndsammanträde	896	882	990	872	995
Beslut av ordföranden	319	588	585	724	815
Balanserade ärenden	1811	1532	1374	1338	1710

Antalet beslutade påföljder i HSAN har i stort sett följt ärendeutvecklingen och uppgår till omkring 20 procent av de fall där påföljd kan komma i fråga (dvs. preskription eller andra hinder föreligger inte).

Antalet delegitimeringar är tämligen få, dock har en påtaglig ökning skett under senare år. 1993 uppgick de till drygt ett trettiotal. Det gäller samtliga yrkesgrupper. För närvarande är knappt 200 yrkesutövare delegitimerade varav drygt hälften är sjuksköterskor, ett femtiotal läkare och ett tjugotal tandläkare. Knappt 100 personer

(varav tre fjärdedelar läkare och resten tandläkare) har begränsningar i förskrivningsrätten. Dessa siffror bör jämföras med antalet legitimerade yrkesutövare inom respektive yrkesgrupp. För närvarande finns det drygt 29.000 läkare, 12.500 tandläkare och 115.000 sjuksköterskor. Under 1980-talet har omkring ett fyrtiotal läkare blivit delegitimerade, dvs. i genomsnitt cirka 4 per år.

Av de ärenden som HSAN avgör överklagas mellan 20 och 30 procent. Av dessa ändras cirka 10 procent i högre instans.

3 Regleringar i andra länder

3.1 Inledning

I direktiven anges att kommittén i sitt arbete särskilt bör beakta intresset av likformiga regler i de nordiska länderna. Det torde därför vara lämpligt att närmare beskriva legitimations- och behörighetsreglerna i dessa länder.

Kommittén skall även fästa särskild vikt vid konsekvenserna av Sveriges EU-medlemskap. Av den anledningen kan det också vara av intresse att studera hur regleringen av hälso- och sjukvårdspersonalens verksamhet är utformad i några länder inom EU.

I *avsnitt 3.2* presenteras den nya lagstiftning i Finland om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården. I *avsnitt 3.3* presenteras den motsvarande norska lagstiftningen samt ett förslag till ny norsk lov om helsepersonell. I *avsnitt 3.4* redovisas mycket kortfattat något om dansk och isländsk lagstiftning. I *avsnitt 3.5* redovisas kort lagstiftningen i Nederländerna,
Storbritannien och Tyskland.

Mellan Sverige och andra länder regleras också hälso- och sjukvårdspersonalens verksamhet genom olika överenskommelser. De nordiska länderna har sedan många år en särskild överenskommelse om en gemensam arbetsmarknad för viss hälso- och sjukvårdspersonal.

Inom EU har införts direktiv för att möjliggöra ett fritt tjänsteutbyte inom EU för yrkesutövare inom hälso- och sjukvården. Direktiven reglerar de minimikrav som kan ställas på en utbildning eller praktik för att den skall vara godkänd inom EU och vara föremål för ett fritt tjänsteutbyte. Dessa regler får betydelse för upprätthållandet av en viss utbildningsstandard inom hälso- och sjukvården och därigenom indirekt för kvalitetssäkringen och skyddet av patienterna.

Fem yrken inom hälso- och sjukvården regleras genom speciella sektorsdirektiv. Det gäller läkare, tandläkare, sjuksköterskor, barnmorskor och farmaceuter. I samma syfte finns inom EG generella direktiv för godkännande av olika yrken. Dess direktiv gäller de yrken

inom hälso- och sjukvården som inte regleras i speciella sektorsdirektiv. De nu nämnda direktiven beskrivs närmare i avsnitt 4.3.

3.2 Finland

3.2.1 Lag om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården

I Finland har man nyligen samlat reglerna om hälso- och sjukvårdspersonal i en särskild lag om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården. Den bygger på den finska regeringens proposition 1994 rd - RP 33. I lagen finns samlat de centrala reglerna
- om vilka personer som har rätt att vara verksamma som yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården,
- om vilka allmänna skyldigheter sådana personer har i vården,
- om hur styrningen och tillsynen sker inom hälso- och sjukvården inklusive bestämmelser om säkerhetsåtgärder (dvs. delegitimering eller annan begränsning av behörighet) samt
- om disciplin- och straffansvar i övrigt.

Syftet med den nya lagen är enligt propositionen (s. 21) att modernisera den lagstiftning som gäller yrkesutövning inom hälso- och sjukvården och göra den mer enhetlig. Det har, sägs det, varit svårt att få ett grepp om den hittillsvarande lagstiftningen som en helhet och tillämpningen av den har inte varit problemfri. Såväl den minskade styrningen av kommunerna, internationaliseringen, den ökade konsumentmedvetenheten och konkurrensen som den tekniska utvecklingen har, enligt propositionen, ställt nya krav på det finska hälso- och sjukvårdssystemet.

Även när det gäller patientsäkerheten har, enligt propositionen, den tidigare lagstiftningen medfört problem. Inom den finska hälso- och sjukvården arbetar sådana yrkesgrupper som står utanför yrkesutövningslagstiftningen men som i praktiken utför liknande uppgifter i samband med undersökning och vård av patienterna som de som omfattas av lagstiftningen. Enligt propositionen bör lagstiftningen beröra dem som deltar i vården på ett mera enhetligt sätt än som har varit fallet hittills.

Även tillämpningen av den gällande patientlagen och patientskadelagen (se avsnitt 3.2.2) har krävt att den ställning de yrkesutbildade personerna har inom hälso- och sjukvården preciseras i lagstiftningen.

Slutligen har, enligt uttalanden i propositionen, den tekniska utvecklingen inom hälso- och sjukvården, nya vårdmetoder och s.k. alternativa vårdmetoder ökat behovet av tillsyn över de yrkesutbildade personernas yrkesutövning inom hälso- och sjukvården.

Med hänsyn till främst dessa förhållanden beslutades i enlighet med förslagen och motiveringarna i propositionen om en ny lagstiftning avseende yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården. Lagstiftningen utgår från att de begränsningar som gäller yrkesutövningen inom hälso- och sjukvården utgör undantag och är motiverade. Begränsningarna av yrkesutövningsrätten bör enligt propositionen omfatta endast sådana yrkesgruppers verksamhet, där behovet av att skydda den som använder sig av tjänsterna, dvs. patientsäkerheten oundvikligen förutsätter det. Härutöver har myndigheternas tillsynsmedel och tillsynsmöjligheter preciserats. Målet är att tillsynsåtgärderna skall vidtas i ett tidigare skede än för närvarande så att patientskador skall kunna förebyggas i så hög grad som möjligt (prop. s. 23 sp. 1).

Propositionen utgår från att det fortfarande är nödvändigt att bevilja vissa yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården rätt att utöva yrket och att skydda yrkesbeteckningarna för de yrkesutbildade. Vid bedömningen hur viktiga och nödvändiga dessa åtgärder är måste den risk för patientskador som de yrkesutbildade personernas uppgifter inom hälso- och sjukvården medför beaktas särskilt.

När det gäller frågan om vilka yrkesutbildade personer som skall legitimeras har enligt propositionen följande fem kriterier särskild betydelse.

1) En klart definierbar, av en myndighet godkänd utbildning leder till yrket i fråga.
2) Den yrkesutbildade personen är verksam på ett självständigt sätt så att patientsäkerheten förutsätter behörig yrkeskompetens.
3) Den risk för patientskador som yrkesutövningen medför är större än i genomsnittet.
4) Arbetet innebär omedelbar kontakt med patienterna och omfattar också ofta åtgärder som intimt påverkar människan fysiskt och psykiskt.
5) Internationell praxis och internationella överenskommelser.

Utifrån dessa kriterier utförs enligt uttalande i propositionen i ett antal yrken sådana uppgifter som medför större risk för patientsäkerheten än i genomsnittet och att det därför är nödvändigt att skydda dessa yrkesutbildade personers yrkesbeteckningar med hjälp av ett *legitimationsförfarande*. Dessa yrken är följande (motsvarande svenska titel inom parentes).

Läkare, tandläkare, provisorer (apotekare), psykologer, talterapeuter, näringsterapeuter, farmaceuter, sjukskötare (sjuksköterskor), barnmorskor, hälsovårdare (distriktssköterskor), fysioterapeuter (sjukgymnaster), laboratorieskötare (laboratorieassistenter), röntgenskötare, tandhygienister, ergoterapeuter (arbetsterapeuter), optiker och tandtekniker.

Vad gäller vissa andra yrken utförs i de, enligt propositionen, inte sådana uppgifter som i praktiken medför sådan risk för patientskador som skulle förutsätta att uppgifterna skulle skyddas med hjälp av legitimationsförfarandet. Däremot förutsätter patientsäkerheten och konsumentskyddet att de som använder sig av dessa personers tjänster skall kunna klarlägga en sådan yrkesutbildad persons ställning och kompetens. Av den anledningen skall dessa yrkesgrupper höra till s.k. *yrkesutbildade personer med skyddad yrkesbeteckning*. Det gäller enligt en uppräkning i *Förordningen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården (Nr 564/94)* följande yrken.
Barnskötare, fotvårdare, hjälpskötare, konditionsskötare, medikalvaktmästare-ambulansförare, mentalvårdare, närvårdare, ortopedtekniker, primärskötare, psykoterapeuter, sinnesjukvårdare, tandskötare, utbildade kiropraktorer, utbildade massörer, utbildade naprapater, utbildade osteopater, sjukhuscellbiologer, sjukhusfysiker, sjukhusgenetiker, sjukhuskemister och sjukhusmikrobiologer.

Dessa yrkesutbildade personer skall få rätt att använda en i förordning nämnd yrkesbeteckning på basis av sina examensbevis. Även andra än yrkesutbildade personer med skyddad yrkesbeteckning skall kunna utföra en sådan persons uppgifter, men de får inte använda yrkesbeteckningen i fråga. Eftersom de yrkesutbildade personerna med skyddad yrkesbeteckning hänförs till de yrkesutbildade personerna inom hälso- och sjukvården, skall också den övriga hälso- och sjukvårdslagstiftningen t.ex. patientskadelagen och patientlagen tillämpas på dem.

Härutöver kan under vissa förutsättningar person som är medborgare i en stat utanför EES beviljas tillstånd att vara verksam som yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården s.k. *yrkesutbildade personer som beviljats tillstånd*.

De nu angivna reglerna hindrar inte att en legitimerad yrkesutbildad person, en yrkesutbildad person som beviljats tillstånd eller en yrkesutbildad person med skyddad yrkesbeteckning utför sådana uppgifter som tillhör en annan person inom någon av grupperna om det är motiverat med tanke på arbetsarrangemangen och producerandet av hälsovårdstjänster.

Styrning och tillsyn över den verksamhet som de yrkesutbildade personerna bedriver inom hälso- och sjukvården skall alltjämt ankomma på Rättsskyddscentralen för hälsovården. De primära målen för denna tillsynsverksamhet är patientsäkerheten och kvalitetssäkringen. Häri ingår bl.a. granskning av mottagningsverksamheten.

Rättsskyddscentralen för hälsovården skall i ett särskilt centralregister över den yrkesutbildade hälsovårdspersonalen föra in legitimerade yrkesutbildade personer, yrkesutbildade personer som

beviljats tillstånd och yrkesutbildade personer med skyddad yrkesbeteckning.

Vad gäller säkerhetsåtgärder dvs. olika *begränsningar i yrkesutbildade personers rätt att utöva yrke* gäller enligt den nya lagen, liksom tidigare, att en legitimerad yrkesutbildad person kan fråntas rätten att utöva yrket. Denna rätt kan också begränsas på annat sätt t.ex. genom närmare föreskrifter och anvisningar. En yrkesutbildad person med skyddad yrkestitel kan på motsvarande sätt fråntas rätten att använda yrkesbeteckningen. Härutöver är det möjligt att kräva att en yrkesutövare skall genomgå läkarundersökning för att eventuell arbetsoförmåga skall kunna utredas. Det är också möjligt att ålägga en yrkesutövare att t.ex. genomgå arbetsprövning eller ge arbetsprov om det finns grundad anledning att anta att hans yrkesskicklighet är bristfällig.

Beträffande temporära beslut (vilket torde motsvara interimistiska beslut enligt svensk rätt) under tiden ett ärende utreds anges i propositionen att eftersom det i praktiken är fråga om vidtagande av åtgärder på grund av verksamhet som äventyrar patientsäkerheten, bör ett beslut som gäller temporär säkerhetsåtgärd kunna verkställas i fråga om samtliga yrkesgrupper som står under tillsyn trots att beslutet överklagats.

Ärenden som gäller begränsning, fråntagning och återställande av legitimerade yrkespersoners rätt att utöva yrket skall, liksom hittills, initieras av Rättsskyddscentralen för hälsovården men avgörs av *Nämnden för tillsyn över den yrkesutbildade hälsovårdspersonalen*. Nämnden skall också behandla ärenden som gäller förbud mot och återställande av rätten att använda yrkesbeteckning. Även disciplinära frågor som gäller yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården skall avgöras av nämnden.

Disciplinärt förfarande skall kunna tillämpas på alla yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården. Enligt propositionen kan verksamhet som strider mot lag eller med stöd av den utfärdade stadganden eller bestämmelser samt felaktighet eller försummelse i samband med en uppgift leda till disicplinstraff. Som disciplinstraff används skriftlig varning. För att disciplinstraff skall utfärdas krävs att försummelsen inte är sådan att den yrkesutbildade personen skall bli föremål för åtal vid domstol.

För att ett disciplinärt förfarande skall kunna inledas krävs inte att en person är registrerad. Rättsskyddcentralen undersöker om personen har en sådan utbildning att förutsättningarna för registrering är uppfyllda. Om så är fallet omfattas personen i sin yrkesverksamhet av tillsynsåtgärder.

Lagen är indelad i sex kapitel. I det första kapitlet anges lagens syfte (1 §). Där definieras också begreppet yrkesutbildade personer

inom hälso- och sjukvården (2 §). Dessutom finns regler om det s.k. centralregistret över den yrkesutbildade hälso- och sjukvårdspersonalen (3 §).

I andra kapitlet regleras förutsättningarna för att vara verksam som yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården. Det gäller rätten att utöva vissa uppräknade yrken som *legitimerad* yrkesutbildad person (4-5 §§). Det gäller också rätten att utöva legitimerade yrken med *specialistkompetens* (6 §). Där regleras även rätten att använda *skyddad yrkesbeteckning* (7 §). Reglerna om rätten att vara verksam som yrkesutbildad person enligt EES-avtalet samt regler om andra utländska medborgares rätt finns också här (9-14 §§).

I tredje kapitlet regleras de *allmänna skyldigheter* som yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården har. Det gäller främst yrkesetiska skyldigheter, journalföring, tystnadsplikt, fortbildningsskyldighet samt försäkringsskyldighet enligt patientskadelagen (15-21 §§).

I fjärde kapitlet regleras *läkares och tandläkares särskilda rättigheter och skyldigheter* (22-23 §§). Där anges bl.a. att det är läkare som beslutar om medicinska undersökningar av patient, ställer diagnos och beslutar om vård och behandling medan tandläkare har motsvarande beslutsrätt vad gäller odontologiska undersökningar etc. Här regleras också förskrivningsrätten för läkemedel samt frågor om utfärdande av intyg och utlåtanden.

I femte kapitlet finns bestämmelserna om *styrning och tillsyn* över yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården. I kapitlet finns bestämmelser om säkerhetsåtgärder dvs. regler som anger förutsättningarna för begränsningar, även temporära, i legitimationen eller rätten att använda skyddad yrkesbeteckning samt för återkallelse av dessa rättigheter. Det kan gälla försummelse att följa reglerna i fjärde kapitlet eller brott i samband med yrkesutövningen. Det kan också gälla andra klandervärda beteenden eller oförmögenhet att utöva yrket (26-32 §§). I femte kapitlet finns också bestämmelser angående utredningar om arbetsförmåga, yrkesskicklighet samt granskning av mottagningsverksamhet (25 §). Utöver de s.k. säkerhetsåtgärderna finns även särskilda disciplin- och straffstadganden. Disciplinstraffet utgörs av skriftlig varning (33 §). Därutöver finns särskilda straffstadganden angående olika former av olovlig verksamhet som yrkesutbildad person eller brott mot tystnadsplikten (34-36 §§).

I sjätte kapitlet finns vissa speciella stadganden om avslag på ansökan om rätt att utöva yrket samt vissa regler om *Rättsskyddscentralens hantering av ärenden* såvitt avser hörande, information, delegation och kungörelser. Här regleras också möjligheten att överklaga beslut av Rättsskyddscentralen (37-43 §§).

I detta sammanhang kan det vara av särskilt intresse att notera att alla begränsningar eller återställande av rätten att utöva yrke eller yrkesbeteckning utan dröjsmål skall publiceras i en officiell tidning (42 §).

Slutligen finns i sjunde kapitlet särskilda ikraftträdande- och övergångsbestämmelser.

Man kan sammanfattningsvis notera att den finska lagen i stort sett innehåller alla övergripande bestämmelser om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården.

Vad gäller förbud att utöva vissa verksamheter dvs. de regler som finns i den svenska kvacksalverilagen regleras detta inte på motsvarande sätt i den finska lagstiftningen. I stället gäller enligt 22 § lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården att legitimerade läkare beslutar om medicinska undersökningar av en patient, ställer diagnos och beslutar om vården och behandlingen i samband därmed. Motsvarande rätt har legitimerade tandläkare inom sitt område. Enligt 15 § är en yrkesutbildad person skyldig att tillämpa allmänt godtagna och beprövade metoder i enlighet med vad som inhämtats under utbildningen. Därutöver gäller de allmänna straffbestämmelserna i 34 och 35 §§. Där anges att den som utan att ha rätt till det enligt lagen är verksam som yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården eller som yrkesmässigt tar sådan verksamhet till yrke kan dömas till fängelse i högst sex månader. Om personen i samband med sådan verksamhet ger vård eller behandling som kan medföra fara för liv eller hälsa för den person som vårdas kan den som bedriver sådan verksamhet dömas för *yrkesmässig olovlig verksamhet med fara för patienten såsom yrkesutbildad person inom hälso- pch sjukvården* till fängelse i högst ett år. Den nu angivna regleringen medför att utrymmet för lagligt kvacksalveri är litet.

Härutöver kommer ett särskilt register för alternativmedicinska utövare att byggas upp. Det skall finansieras på privat väg. Till detta register kan allmänheten vända sig.

3.2.2 Annan finsk lagstiftning yrkesutövningen inom hälso- och sjukvården m.m.

Annan lagstiftning

I Finland finns som tidigare nämnts en särskild *lag om patientens ställning och rättigheter (patientlagen)*. Den innehåller stadganden om de centrala rättsprinciperna i samband med vård och bemötande av patienter. Till dessa rättsprinciper hör rätten till god hälso- och sjukvård samt till gott bemötande, rätten till information och självbestämmanderätt. Lagens syfte är att underlätta uppkomsten av för-

troendefulla vårdförhållanden och en förtroendefull växelverkan mellan de yrkesutbildade personerna inom hälso- och sjukvården och patienterna samt att framhäva det kvalitativa utvecklandet av funktionerna inom hälso- och sjukvården.

Som nämnts i annat sammanhang (avsnitt 2.4) regleras i svensk lagstiftning dessa frågor i åliggandelagen. Där anges att hälso- och sjukvårdspersonal har vissa skyldigheter mot patienterna. Dessa skyldigheter motsvarar i huvudsak de rättigheter som patienterna har enligt den finska patientlagen.

I Finland finns också en särskild *lag om privat hälso- och sjukvård*. Där stadgas om rätten att tillhandahålla befolkningen privata hälso- och sjukvårdstjänster. Den verksamhet som avses i lagen kompletterar den service som den offentliga hälso- och sjukvården producerar. Lagens utgångspunkt är att nivån och kvaliteten på de privata hälso- och sjukvårdstjänsterna skall motsvara de offentliga hälso- och sjukvårdstjänsterna. I lagen fastställs de medel myndigheterna har att använda för att följa och utvärdera den privata hälso- och sjukvårdsverksamheten.

I Sverige regleras dessa frågor på ett något annorlunda sätt. Detta framgår också av avsnitt 2.2. De inledande bestämmelserna i den svenska hälso- och sjukvårdslagen omfattar således såväl offentlig som privat hälso- och sjukvård. Bestämmelserna kompletteras, såvitt gäller den privata vården, f.n. främst med stadgan om enskilda vårdhem.

I Finland finns härutöver en särskild *patientskadelag* enligt vilken ersättning utgår till en patient som åsamkas personskada i samband med hälso- och sjukvård. Huvudregeln är att personskada som orsakats patienten av undersökning, behandling eller annan dylik åtgärd eller av att sådan försummats ersätts. Ersättningen utgår oberoende av om fel eller försummelse kan konstateras vid behandlingen. Utövare av hälso- och sjukvårdsverksamhet skall ha en försäkring för ansvarighet som avses med lagen. Försäkringen täcker även skador som åsamkas patienter av vårdgivare som saknar försäkring.

Den finska patientskadelagen har till mycket stora delar sin förebild i den frivilliga svenska patientförsäkringen som funnits i 20 år. I Sverige har frågan om en liknande lagreglering varit föremål för särskild utredning. En ny lag om patientskador träder i kraft i Sverige från den 1 januari 1997, se prop. 1995/96:187, SFS 1996:794.

Vissa begrepp

För att kunna jämföra den finska lagstiftningen såvitt avser olika yrken inom hälso- och sjukvården med motsvarande svenska lagstiftning måste man ha i minnet vissa grundläggande definitioner.

I tidigare finska lagstiftning om olika yrkesgrupper definieras inte begreppen hälso- och sjukvård, yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården eller självständig yrkesutövare. Dessa begrepp har däremot fastställts i nyare finsk lagstiftning om hälso- och sjukvård.

Begreppet hälso- och sjukvård definieras i den nyss nämnda finska patientlagen. Med hälso- och sjukvård avses sådana åtgärder för fastställande av patientens hälsotillstånd eller för återställande eller upprätthållande av hälsan som vidtas av yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården eller som vidtas vid en verksamhetsenhet för hälso- och sjukvården.

I den svenska hälso- och sjukvårdslagens 1 § definieras, som också redovisats avsnitt 2.2.2 begreppet hälso- och sjukvård. Med detta begrepp avses åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador. Till hälso- och sjukvård hör också ambulanstransporter samt att ta hand om döda.

I den finska patientlagen definieras även vad som menas med *yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården*. Med sådana menas de som bedriver hälso- och sjukvårdsverksamhet med stöd av lagstadgad rätt eller som enligt lag är registrerad hos rättsskyddscentralen för hälsovården.

Motsvarande begrepp i den svenska hälso- och sjukvårdslagstiftningen är hälso- och sjukvårdspersonal. Begreppet definieras främst i den svenska åliggandelagen, se avsnitt 2.4.2.

Begreppet självständig yrkesutövare definieras i den finska lagen om privat hälso- och sjukvård. Där anges att med sådan avses den som utövar verksamhet på en mottagning med stöd av särskilda bestämmelser i de tidigare nämnda lagarna om utövning av olika yrken.

Något motsvarande begrepp finns inte i svensk hälso- och sjukvårdslagstiftning eftersom man i svensk lagstiftning inte skiljer på om hälso- och sjukvårdspersonalen arbetar inom offentlig eller privat verksamhet.

3.3 Norge

3.3.1 Allmänt om behörighets- och legitimationslagstiftningen

Den följande framställningen är i huvudsak hämtad från den norska statliga utredningen *Helsepersonells rettigheter og plikter - Utkast til lov med motiver (NOU 1993:33)*. Sammanfattningsvis föreslår utredningen en särskild lov om helsepersonell som skall omfatta all hälso- och sjukvårdspersonal i Norge.

I Norge är frågan om autorisasjon (i fortsättningen auktorisation) och annat godkännande av olika yrkesgrupper inom hälso- och

sjukvården (helsetjenesten) uppdelad på ett flertal lagar som i huvudsak reglerar varje yrke för sig.

Yrkesutövning inom hälso- och sjukvården regleras i flera olika lagar för skilda yrkesgrupper, främst följande.

Lov av 13 juli 1956 om fysioterapeuter og mensendiecksykgymnaster (fysioterapeutloven),

Lov av 8 januar 1960 nr. 1 om godkjenning av sykepleiere (sykepleiereloven),

Lov av 11 juni 1971 nr. 54 om ortopediingeniörer (ortopediingeniörerloven),

Lov av 9 mars 1972 nr. 13 om psykologer (psykologloven),

Lov av 23 juni 1972 nr. 69 om offentlig godkjenning av pleiarar i psykiatriske sykehus,

Lov av 14 juni 1974 nr. 47 om godkjenning m.v. av helsepersonell (helsepersonelloven),

Lov av 13 juni 1980 nr. 42 om leger (legerloven),

Lov av 13 juni 1980 nr. 43 om tannleger (tannlegerloven) och

Lov av 26 april 1985 nr. 23 om jordmödre (jordmorloven).

Härutöver finns i Norge en lag liknande den svenska kvacksalverilagen - Lov av 19 juni 1936 om innskrenkning i adgangen for den som ikke er leger eller tannleger, til å ta syke i kur (kvakksalveriloven).

De nyss nämnda lagarna reglerar det offentliga godkännandet av där omnämnd helsepersonell. Helsepersonelloven ger fullmakt åt det norska sosialdepartementet att godkänna helsepersonell som inte omfattas av någon särlagstiftning. I dag är följande grupper av helsepersonell på det sättet offentligt godkända i Norge (motsvarande svensk titel inom parentes).

Hjelpepleiere (undersköterskor), radiografer(röntgenassistenter), ergoterapeuter(arbetsterapeuter), vernepleiere, fotterapeuter, bioingeniörer, optikere, tannpleiere(tandhygienister) och kiropraktorer.

Totalt omfattar bestämmelserna om offentligt godkända yrken 17 grupper. Härutöver har det norska socialdepartementet bett Helsedirektoratet (motsvarar den svenska Socialstyrelsen) att utarbeta föreskrifter till helsepersonelloven om godkännande av ortopedister och audiografer.

Utöver de nu uppräknade lagarna finns ytterligare lagar som reglerar olika yrkesgruppers verksamhet inom hälso- och sjukvården i Norge.

I Lov av 21. juni 1963 nr 17. om drift av apotek finns bestämmelser om provisorer, farmasöyter, reseptarer och apotekere (samlat kallat apotekspersonell). Dessa bestämmelser omfattar inte något offentligt godkännande av utbildningarna/yrkena men tillstånd krävs för att driva apotek. Det godkännandet har stora likheter med en auktorisation enligt helsepersonelloven.

Lov av 16. juni 1972 nr. 45 om Statens reseptarskole innehåller bestämmelser som reglerar själva skolan men även reseptaryrket.

Andra yrkesgrupper som arbetar i den norska hälso- och sjukvårdens tjänst t.ex. ambulansepersonell, tannteknikere, kliniske ernaeringsfysiologer, soneterapeuter och naturmedisinere faller utanför den offentliga godkännandeordningen. Enligt uppgift har flera av dessa och andra grupper gjort framställningar till departementet om att bli auktoriserade.

Innehållet i de *utbildningar* som olika yrkesgrupper erhåller regleras främst genom ramplaner för högskoleutbildningarna.

Som tidigare antytts sker den statliga *tillsynen* över den norska hälso- och sjukvården genom *Helsedirektoratet*. Denna myndighet ersätts genom en *Lov om endringer i Lov av 30. mars 1984 nr. 15 om statlig tilsyn med helsetjensten (tillsynsloven)* med en ny myndighet, *Statens Helsetilsyn*. Den nya myndighetens uppgifter är dock i huvudsak desamma. Tillsynen är enligt tillsynsloven uppdelad på statlig tillsyn och egentillsyn. Egentillsynen innebär att den som utövar hälso- och sjukvård också ansvarar för att det finns en systematisk kontroll över att verksamheten följer acceptabla professionella principer och krav som fastställs i lag, föreskrifter och riktlinjer. Som statens förlängda arm på fylkenivå fungerar också *fylkelegerne* till vilka klagomål över medicinsk behandling skall framföras.

Flera yrkesgrupper har i respektive lag bestämmelser om särskilt inrättade råd som yttrar sig över utredningar om indragning av auktorisation eller godkännande.

Frågor om auktorisation och om upphävande av sådan samt om godkännande i andra fall handläggs av Helsedirektoratet genom delegation från Sosialdepartementet. Vissa yrkesgrupper skall dock istället godkännas av fylkelegerne. Det sistnämnda gäller vernepleiere, sykepleiere, hjelpepleiere, bioingeniörer, fotterapeuter, ergoterapeuter, radiografer och tannpleiere. Fylkelegeren ger också "lisens" till nordiske leger och till leger över 75 år. Dessutom godkänner fylkelegen i Akershus såväl nordiska som övriga utländska sykepleiere, hjelpepleiere, vernepleiere och jordmödre.

Härutöver finns vissa specialregler om farmasöyter och reseptarer.

Den inledningsvis nämnda utredningen har i sitt lagförslag anpassat den norska lagstiftningen till *EG:s specialdirektiv* samt de båda generella direktiven. För närvarande uppfyller fem yrkeskategorier i Norge specialdirektiven nämligen leger, tannleger, sykepleier, jordemödre och farmasöyter. Härutöver uppfyller nio yrkesgrupper EG:s första generella direktiv och tre yrkesgrupper det andra direktivet.

3.3.2 Närmare om lagstiftningen om utövning av olika yrken

Alla de tidigare nämnda lagarna om helsepersonell innehåller bestämmelser om villkor för godkännande, tystnadsplikt och regler om återkallelse av godkännande. Bestämmelserna är dock olika formulerade. De innehåller också, med undantag för sykepleierloven och lov om psykiatriske pleiere, bestämmelser om straffsanktioner vid överträdelser av lagarna. I övrigt skiljer sig lagarna åt i flera hänseenden.

Leger, tannleger och jordemödre har rätt till godkännande när villkoren (om utbildning etc.) är uppfyllda. Detsamma gäller i princip även fysioterapeuter, ortopediingeniörer, psykologer, sykepleiere och psykiatriske pleiere. Formuleringen i vissa av dessa lagar liksom i helsepersonelloven är dock något annorlunda utformad i detta avseende. I de senare lagarna finns en bestämmelse om "hederlig vandel" som synes vara ett självständigt krav. Vad gäller de först nämnda yrkena är lämplighetskraven inte uttryckta så. I legeloven och tannlegeloven anges att auktorisation uppnås om sökanden inte befinner sig i en sådan situation att auktorisationen skulle kunna återkallas.

I bestämmelserna används också två begrepp för godkännande. I lege- och tannlegeloven använder man begreppet *autorisasjon* medan uttrycket *offentlig godtjenning* används för övriga yrkesgrupper. Det första begreppet torde enligt utredningen ha en vidare betydelse då det kan inbegripa laglig möjlighet och eventuellt ensamrätt att utöva viss verksamhet medan begreppet offentlig godtjenning mer knyter an till godkännande och skydd av titel.

I Norge är tre rättsverkningar knutna till auktorisationen/godkännandet:

1. Rätt att använda en skyddad titel.
2. Rätt att utöva en bestämd verksamhet.
3. Rätt att använda bestämda undersöknings/behandlingsmetoder.

Titelskyddet regleras i samtliga nämnda lagar jämte straffeloven. Det innebär en ensamrätt att använda titeln och straffansvar för den som utan tillstånd använder en skyddad titel. Denna rätt innebär inte generellt ett förbud för icke-auktoriserade att uppträda inom samma fackområde.

Skyddet av en bestämd verksamhet regleras däremot i flera lagar, kvakksalverilagen,tannlegeloven,fysioterapiloven,ortopediingeniörloven, såvitt gäller optiker i helsepersonelloven, jordmorloven och i straffloven. I de lagarna regleras *ensamrätten* för angivna yrkesgrupper att utöva verksamhet som tannleger, jordemor etc. Härtill kommer vissa särbestämmelser i annan lagstiftning (se utredningen s. 19). Exempelvis har endast vissa yrkesgrupper rätt att använda röntgen

(leger, tannleger och deras medhjälpare, kiropraktorer och radiografer).

Legeloven och kvakksalverilovens regler utgår dessutom från grundtanken att envar har möjlighet att behandla sjuka (ta syke i kur). Rätten att använda sig av bestämda undersöknings/behandlingsmetoder gäller vissa behandlingsprocedurer vilka är förbehållna leger (och tannleger). Det gäller sjukdomsbehandling genom operativa ingrepp, injektioner och bedövning. För att det skall vara förbjudet för andra att behandla sjuka krävs att det både skall vara fråga om sjukdomsbehandling och användning av någon av de angivna metoderna. Härutöver får vissa sjukdomar endast behandlas av leger. Det gäller epidemiska och smittsamma sjukdomar, tuberkulösa sjukdomar, könssjukdomar, cancer m.m.

Samtliga lagar förutom legeloven, tannlegeloven och jordemorloven innehåller, enligt uppgifter i utredningen, bristande och ofullständiga bestämmelser om journalföring, tystnadsplikt, upplysningsplikt i förhållande till patienterna och tillsynsmyndigheter samt möjligheter att inskränka godkännandet. Endast legeloven och tannlegeloven ger möjligt att tillfälligt återkalla auktorisationen.

Vad gäller enskilda bestämmelser kan det i detta sammanhang vara av intresse att konstatera att den norska legeloven innehåller bestämmelser om att auktorisation och lisens upphör att gälla när legen fyller 75 år. Det finns dock möjlighet för leger att få tidsbegränsad licens även efter fyllda 75 år. Samma regler gäller tannleger och jordmödre, se även avsnitt 9.6.

3.3.3 Annan norsk lagstiftning om yrkesutövningen inom hälso- och sjukvården m.m.

Annan lagstiftning

I likhet med Sverige men till skillnad från Finland finns i Norge inte någon särskild *lagstiftning om patientens rättigheter*. En utredning har föreslagit att en särskild pasientrettighetslov införs i Norge samtidigt som en ny lag införs om spesialisthelsetjenesten. Den utredningen föreslår att bestämmelser som anger vilka skyldigheter olika myndigheter och institutioner har läggs i en särskild lov om spesialisthelsetjenesten. En utgångspunkt för förslaget är att bestämmelser som reglerar rättigheter och skyldigheter för helsepersonell placeras i en särskild helsepersonellov. Förslaget bereds i det norska regeringskansliet.

För närvarande gäller att bestämmelser som ålägger norsk helsepersonell skyldigheter i vården genomgående är grundade på en önskan att säkra kvaliteten på tjänster och behandling. Detta framgår av flera

av de tidigare nämnda yrkeslagarna. Härigenom blir patientens rättigheter indirekt tillvaratagna.

I Norge finns även en *särskild ersättningsordning vid patientskador* liknande den svenska frivilliga patientförsäkringen. Enligt ett norskt utredningsförslag skall den särskilda ordningen ersättas med en patientskadelag. Denna skall dock enligt förslaget till skillnad från den nya svenska patientskadelagen bygga på en anknytning till skadeståndsrätten. Ersättning skall dock även ges om fel eller försummelse inte kan konstateras. Förmodligen kommer alla offentligt godkända yrkesgrupper att omfattas av lagen om den genomförs.

Vissa begrepp

Begreppet *helsetjeneste* används i Norge som en beteckning på hälso- och sjukvården. Begreppet motsvarar, såvitt kunnat utrönas, i stort sett det svenska hälso- och sjukvårdsbegreppet.

I Norge används begreppet *helsepersonell* ibland för att beteckna alla som har yrkesmässig anknytning till hälso- och sjukvården. Begreppet används dock inte konsekvent utan även andra uttryck används, såsom helsearbeidere, behandlings- og omsorgspersonell samt ansatte i helsesektorn. Den norska utredningen föreslår att begreppet helsepersonell skall användas för alla yrkesgrupper som omfattas av lagförslaget.

3.3.4 Förslag till ny lov om helsepersonell

Som framgått av beskrivningen är bestämmelserna om auktorisation/licens/godkännande av olika yrken inom den norska hälso- och sjukvården mycket splittrade. Det har också varit en orsak till att en särskild utredning tillsattes.

En viktig anledning har varit att det funnits olika skäl för införande av de skilda lagarna. Exempelvis tillkom *fysioterapeutloven* år 1936 först och främst för att skilja seriös massageverksamhet från oseriös. *Sykepleierloven* var ursprungligen tillkommen för att reglera utbildningen och för att säkra sykpleieskolens ekonomiska drift. *Ortopediingeniörerloven* tillkom primärt för att säkra en fackmässig standard och för att skydda patienterna från okvalificerad yrkesutövning. Detsamma kan sägas om *psykologloven* vars centrala motiv var att förebygga missbruk av psykologiska metoder. *Helsepersonelloven* tillkom däremot för att kunna införa godkännandeordningar för personalgrupper som inte föll in under de andra lagarna. *Legelovens* och *tannlegelovens* motiv fokuseras främst vid behovet av en samhällelig kontroll av yrkesutövare som hade liv och hälsa som arbetsområde. Dessutom har där införts särskilda regler om patienternas

krav och förväntningar. *Jordmorloven* tillkom för att reglera jordemödres löne- och anställningsvillkor. Senare har lagen blivit en yrkeslag, snarlik legeloven och tannlegeloven.

Utredningen föreslår införande av en särskild lov om helsepersonell som skall erätta de nu relaterade lagarna. Alla de grupper som idag kan få någon form av godkännande förslås kunna bli auktoriserade. Möjlighet öppnas också för andra grupper att i framtiden auktoriseras genom bestämmelser om bemyndigande för Kongen att meddela auktorisation. Den som av olika skäl inte kan bli auktioriserad skall istället kunna erhålla licens. Även andra grupper inom hälso-, apoteks- och socialtjänsten skall kunna bli underställda bestämmelserna. Endast den som erhållit auktorisation eller licens har rätt att använda yrkestiteln. Regeringen kan bestämma att vissa behandlingsmetoder endast får användas av vissa yrkesgrupper. I lagförslaget finns särskilda bestämmelser om legers och tannlegers rättigheter främst avseende behandling av vissa allmänfarliga smittsamma sjukdomar samt angående förskrivning av läkemedel. Dessa bestämmelser motsvarar i huvudsak nuvarande regler men har moderniserats.

I lagförslaget finns också reglerat helsepersonells plikter och patientens medbestämmande samt administrativa bestämmelser.

Löpande frågor om auktorisation och återkallelse av sådan samt disciplinansvar skall, enligt utredningsförslaget, handhas av Statens Helsetillsyn. En särskild nämnd, Statens ansvarsnemnd, skall dock behandla frågor om suspensjon etc. Nämndens beslut kan inte överklagas men frågan om suspensjon etc. skall kunna föras till allmän domstol.

Bestämmelsen om att auktorisation upphör vid 75 års ålder föreslås gälla all helsepersonell. Yrkestiteln får dock bibehållas även därefter och möjlighet till särskild licens bibehålls.

I lagförslaget finns också särskilda straffbestämmelser vid överträdelse av lagen.

3.4 Övriga nordiska länder

3.4.1 Danmark

I Danmark har följande yrkesgrupper reglerad rättighet att utöva yrke inom hälso- och sjukvården (motsvarande svensk titel inom parentes). Laeger, tandlaeger, sygeplejersker, jordemödre (barnmorskor), ergoterapeuter(arbetsterapeuter), fysioterapeuter(sjukgymnaster), kliniske tandteknikere, fodterapeuter, kiropraktorer och optiker. Dessa yrkesbeteckningar får användas endast av personer som har ovan avsedd rättighet. Dessa grupper har således offentlig auktorisation. Ett

lagförslag om auktorisation av dietister skall träda i kraft den 1 oktober 1996. Förslag finns även om auktorisation av tandhygienister.

Följande grupper av yrkesutövare har offentligt godkända utbildningsbevis men saknar auktorisation genom särskild lagstiftning: plejehemsassistenter, sygehjaelpere (undersköterskor), sundhetsassistenter, plejere (skötare i psykiatrisk vård) och tandplejere (tandhygienist). Apotekspersonal omfattas av särskilda regleringar.

Från och med år 1994 har ett legitimationsförfarande även införts för psykologer.

Sundhetsstyrelsen har hand om individtillsynen och återkallelse av auktorisation prövas av domstol.

I den danska läkarlagstiftningen specificeras de uppgifter som ankommer enbart på läkare. Till dem hör behandling av vissa sjukdomar, bl.a. könssjukdom i smittsamt skede, tuberkulos och andra smittsamma sjukdomar. Det gäller även operativa ingrepp, bedövning, förlossning, läkemedelsordination, strålbehandling och användning av viss elektronisk apparatur. För tandläkare, barnmorskor, kliniska tandtekniker och kiropraktorer finns också närmare bestämmelser om yrkesgruppernas uppgifter.

3.4.2 Island

I Island gäller en lagstadgad rätt att utöva ett yrke inom hälso- och sjukvården för följande fjorton yrken: läkare, tandläkare, sjuksköterskor, apotekare, sjukgymnaster, arbetsterapeuter, barnmorskor, optiker, receptarier, röntgenassistenter, tandhygienister, tandsköterskor, undersköterskor och kiropraktorer.

De isländska lagarna om yrkesutövning gäller enskilda yrken och de skyddar såväl yrkesbeteckningen som rätten att utöva respektive yrke.

3.5 Regleringar rörande hälso- och sjukvårdspersonal inom vissa EU-länder

3.5.1 Nederländerna

Den 1 januari 1995 trädde en ny lag om yrkesutövare inom hälso- och sjukvården i kraft i Nederländerna. Lagen kommer successivt att utvidgas till att omfatta ett antal centrala yrkesgrupper vars yrkestitlar skyddas och som registreras i ett särskilt offentligt register. Härutöver kommer ytterligare några yrkesgrupper att regleras såvitt gäller utbildning, praktik och inom vilka områden de har kompetens. Dessa

grupper erhåller också en skyddad titel men kommer inte att registreras i det offentliga registret.

Genom lagstiftningen upphör det förbud som funnits i Nederländerna mot icke auktoriserad yrkesutövning inom hälso- och sjukvården. Härigenom upphör också principen med lagligt skyddade yrken inom detta område. Den nya lagstiftningen ger som huvudregel var och en möjlighet att utöva medicinsk verksamhet. Istället införs ett system med skydd för yrkestitlar.

Yrkestitlarna kan skyddas på två sätt och yrkena delas därför in i två kategorier. Den ena kategorin består av åtta yrken som skyddas direkt i lagen. Det gäller läkare, tandläkare, farmaceuter, psykologer, psykoterapeuter, sjukgymnaster, barnmorskor och sjuksköterskor. Den andra kategorien avser yrken vars titlar kan skyddas genom regeringsbeslut. Det gäller främst yrken som talpedagoger, tandhygienister och dietister.

De yrkesutövare som ingår i den första kategorien registreras i ett särskilt register och får därigenom laglig auktorisation. Genom registreringen vet allmänheten att personen har en viss godkänd utbildning och praktisk erfarenhet samt att han eller hon omfattas av de disciplinära reglerna i lagen.

Den andra kategorin yrkesutövare kan erhålla skydd för sin yrkestitel genom regeringsbeslut. De registreras inte i det nämnda registret. Genom regeringsbeslut kan dock bestämmelser utfärdas som anger ut-bildning och praktik samt omfattningen av yrkeskompetensen. Regi-strering kan däremot ske genom de egna yrkesorganisationerna.

Som tidigare nämnts är huvudregeln enligt den nya lagen att det är tillåtet för var och en att ge medicinsk behandling. Ett antal i lagen uppräknade behandlingar får dock endast utföras av vissa yrkesutövare. De åtgärder det gäller är kirurgiska ingrepp, åtgärder vid förlossning, att sätta kateter eller genomföra endoskopi, injektioner och andra punktioner, anestesi, användande av radioaktiva substanser eller joniserande strålning, kardiografi, defibrillation, electroconvulsive therapy, lithotripsis och konstgjord befruktning.

Det är två grupper av yrkesutövare som får utföra de angivna åtgärderna, dels de som har auktorisation och dels de som, utan att ha auktorisation, får utföra åtgärderna efter delegation från en yrkesutövare som har auktorisation. I lagen pekas tre yrkesgrupper ut som har rätt att utföra åtgärder på eget initiativ, nämligen läkare, tandläkare och barnmorskor.

För vissa yrkesgrupper som inte generellt har auktorisation att utföra vissa åtgärder dagligen t.ex. sjuksköterskor som ger injektioner eller sätter kateter, kan regeringen meddela tillstånd att vidta sådana åtgärder utan delegation. Sådana grupper kallas *funktionellt oberoende*.

I lagen utvidgas *de disciplinära åtgärderna* till att omfatta alla de åtta yrkesgrupper som kan registreras enligt vad som tidigare angetts. Där anges också två utgångspunkter för disciplinära utgärder. Den första hänför sig till principen om aktsam/tillbörlig vård, den andra täcker alla andra aktiviteter som strider mot riktigt utförande av hälso- och sjukvård.

De disciplinära åtgärderna kan användas parallellt med åtgärder enligt straffrättslig eller civilrättslig lagstiftning.

I de disciplinära åtgärderna ingår varning, reprimand, böter, tillfällig avstängning i högst ett år, partiell återkallelse av auktorisation vilket kan innefatta begränsningar att utöva vissa behandlingar etc. samt slutligen strykning ur registret vilket innebär att vederbörande inte längre har tillåtelse att använda aktuell yrkestitel. Samtliga dessa regler finns i samma lagstiftning. I denna lagstiftning finns även särskilda straffbestämmelser för de yrkesutövare som bl.a. utför behandlingar utan att vara auktoriserade. De straff det kan vara fråga om är avstängning för högst tre månader, böter eller avskiljande från yrket. Straffbestämmelserna är tillämpliga på både de i lagen reglerade yrkesutövarna och övriga yrkesutövare inom vården.

En yrkesutövare som har strukits ur registret får inte använda den i lagen skyddade titeln. Det innebär för läkare, tandläkare och barnmorskor att de inte längre har rätt att utföra de åtgärder för vilka de har självständig auktorisation.

Utöver disciplinära regler finns i den nya lagstiftningen även regler om vilka åtgärder som kan vidtas om en yrkesutövare på grund av sjukdom eller liknande orsaker inte kan utföra sitt arbete. Dessa bestämmelser omfattar de åtta yrkesgrupper som utryckligen nämns i lagstiftningen.

I lagen finns dessutom särskilda straffbestämmelser. Dessa kan inte endast riktas mot de yrkesgrupper som är lagreglerade utan även mot andra yrkesgrupper som arbetar i ett vårdyrke. I lagen räknas upp tre straffpåföljder, avstängning för högst tre månader, böter samt avskiljande från yrket. Påföljderna kan utdömas om någon

- genom sina åtgärder skadar eller riskerar skada någons hälsa,
- utför åtgärder som han eller hon inte är berättigad att utföra eller delegerar en sådan uppgift utan att förutsättningar härför finns,
- inte följer de regler som är uppsatta för yrket,
- utan rätt därtill använder en skyddad titel samt slutligen
- lämnar missledande uppgifter vid ansökan om registrering.

Den som vill klaga eller göra anmälan enligt den nya lagen vänder sig i första instans till regionala disciplinnämnder. Dit kan såväl patienter, anhöriga och andra professionella yrkesutövare som överordnade och arbetsgivare vända sig. Även offentliga hälsovårdsinspektörer kan vända sig dit. Såväl klagande som den som har blivit

anmäld har rätt att delta vid nämndens sammanträden. Nämndens sammanträden är i princip offentliga. Beslut meddelas inom två veckor efter sammanträdet. Nämnden kan besluta att avgörandet skall publiceras i Netherlands Goverment Gazette. Överklagande lämnas till den centrala nämnden i Haag. Nämnderna består av jurister och professionella bisittare.

I de fall det ifrågasätts om en yrkesutövare kan fullgöra sitt arbete på grund av sjukdom etc. finns en särskild medicinsk tillsynsnämnd. Endast de offentliga hälsovårdsinspektörerna kan göra anmälan till nämnden. Beslut av denna nämnd kan överklagas till den centrala nämnden i Haag.

Den nya nederländska lagen kommer att genomföras i etapper. Sjuksköterskor beräknas kunna ingå i systemet under år 1995. Läkare, tandläkare, farmaceuter, barnmorskor och sjukgymnaster skall kunna registreras före juli 1996 då även reglerna om auktorisation och reglerna om vilka behandlingar som är reserverade för vissa yrkesgrupper träder i kraft. Vid samma tidpunkt kommer de nya disciplinära reglerna också att träda i kraft. Ingen tidpunkt har satts för när reglerna om registrering av yrkesgrupper skall träda i kraft. Man räknar dock med att detta skall ske någon gång under år 1997.

3.5.2 Storbritannien

I Storbritannien regleras läkaryrket i särskild lag. Med stöd av den övervakas utövningen av läkaryrket av ett medicinskt råd som registrerar läkare och fastställer de utbildningsmål som är en förutsättning för registrering. Även tandläkar-, tandhygienist- och tandterapiyrken regleras genom särskild lag.

Behörigheten för övriga yrken inom hälso- och sjukvården säkerställs på tre sätt, genom lagstadgad registrering, genom övervakning av egna yrkesorgan eller genom arbetsgivarens behörighetskrav.

Registrering sker av sjuksköterskor, barnmorskor och hälsovårdare. För dessa yrken samt för fotvårdare, näringsterapeuter, laboratorieassistenter, arbetsterapeuter, ortopedister, sjukgymnaster och röntgenassistenter finns särskilda råd som övervakar verksamheten inom respektive yrke.

Även andra yrken har särskilda organ som övervakar behörigheten. Det gäller bl.a. psykologer, apotekare och talterapeuter.

Utövningen av läkar-, tandläkar-, barnmorske- och hälsovårdaryrkena skyddas genom att endast yrkesutbildad och registrerad person får utöva yrket.

Genom en ny lag om osteopater (The Osteopaths Act 1993) har denna yrkesgrupp blivit särskilt reglerad som komplementärmedicinskt yrke i Storbrittanien.

3.5.3 Tyskland

I Tyskland regleras i grundlagen rätten att utöva vissa akademiska medicinska yrken. Även utbildning och behörighetskrav i övrigt regleras genom särskild lagstiftning. Till de yrken som regleras särskilt hör läkare, tandläkare och apotekare. Endast den som har meddelats legitimation och på ansökan beviljats tillstånd får utöva yrket.

Psykologers rätt att tillhandahålla psykoterapeuttjänster samt deras utbildning regleras i särskild lag.

Andra yrkesgrupper som genomgått medicinska utbildningar som yrkesmässigt erbjuder hälso- och sjukvårdstjänster regleras också genom särskild lagstiftning, antingen i delstaterna eller för hela förbundsstaten. Till dessa grupper hör arbetsterapeuter, dietister, barnmorskor, sjuksköterskor, barnsjukvårdare, logopeder, ortopeder, räddningspersonal, laboratorieassistenter och röntgenassistenter, sjukgymnaster och massörer.

4 Internationella överenskommelser

4.1 Den nordiska överenskommelsen om en gemensam arbetsmarknad för viss hälso- och sjukvårdspersonal

4.1.1 Inledning

Inom Norden har det sedan 1950-talet funnits överenskommelser om en gemensam arbetsmarknad. Det finns också sedan år 1981 en överenskommelse om en gemensam arbetsmarknad för bl.a. viss hälso- och sjukvårdspersonal. De nordiska länderna har funnit att det fortfarande, även med ett EES-avtal och efter Sveriges och Finlands medlemskap i EU, finns ett behov av nordiska överenskommelser som underlättar den fria rörligheten för olika yrkesutövare. I detta avsnitt lämnas, efter en bakgrundsbeskrivning, en redogörelse för överenskommelsen om gemensam nordisk arbetsmarknad för viss hälso- och sjukvårdspersonal och veterinärer.

4.1.2 Bakgrund

Mellan Danmark, Finland, Norge och Sverige träffades år 1954 en överenskommelse om en gemensam arbetsmarknad. Överenskommelsen innebär bl.a. att arbetstillstånd inte krävs av medborgare i någon av staterna för att arbeta i annat nordiskt land. Genom överenskommelsen avskaffades emellertid inte de hinder för rörligheten som följer av bestämmelser om auktorisation eller andra krav på behörighet som finns i de olika länderna. Detta innebar att åtskilliga yrkesgrupper inom hälso- och sjukvården inte kunde utnyttja den fria arbetsmarknaden inom Norden. Under 1960- och 1970-talen träffades därför särskilda överenskommelser om fri arbetsmarknad för fem yrkesgrupper inom hälso- och sjukvården med rättslig reglering av yrket.

Inom Norden rådde enighet om att arbetsmarknadsfrågorna hörde till de sakområden som borde prioriteras. År 1976 tillsatte Nordiska socialpolitiska kommittén en arbetsgrupp som 1980 lade fram förslag

till en överenskommelse om gemensam nordisk arbetsmarknad för viss personal inom hälso- och sjukvården och veterinärväsendet.

Arbetsgruppens förslag ledde till att en överenskommelse år 1981 träffades mellan Sverige, Danmark, Finland och Norge om godkännande av vissa yrkesgrupper för verksamhet inom hälso- och sjukvården och veterinärväsendet. Island omfattades inte av överenskommelsen, men gavs möjlighet att ansluta sig till den beträffande en eller flera yrkesgrupper. Denna möjlighet kom Island att utnyttja beträffande 11 yrkesgrupper.

Överenskommelsen godkändes av riksdagen och föranledde bl.a. vissa ändringar i behörighetslagstiftningen (jfr prop. 1981/82:86). Överenskommelsen trädde i kraft under år 1983.

I överenskommelsen uttalade de fördragsslutande staterna bl.a. att möjligheter till fri rörlighet mellan de nordiska staterna även för de personalgrupper inom hälso- och sjukvården och veterinärväsendet för vilka gäller särskilda nationella krav om godkännande, skulle vara till gagn för den medicinska och sociala utvecklingen i dessa stater. De olika staternas offentligt reglerade utbildningar för dessa personalgrupper ansågs i de flesta fall vara likvärdiga och man ville eftersträva en så enhetlig utbildning och lagstiftning som möjligt för dessa grupper.

Under år 1992 träffades en ny överenskommelse om gemensam nordisk arbetsmarknad. I denna överenskommelse var även Island avtalspart.

En sammanställning över antalet i Sverige meddelade legitimationer under 1995 för personer med utländsk utbildning i botten har upprättats för yrkesgrupperna barnmorskor, optiker, kiropraktorer, läkare, psykologer, sjukgymnaster, sjuksköterskor, tandhygienister och tandläkare. Sammanställningen visar att det främst är läkare och sjuksköterskor som utnyttjar möjligheten att få utländsk utbildning godkänd i Sverige. Av totalt 234 meddelade läkarlegitimationer avseende utländsk utbildning härrörde 88 från Norden. Av totalt meddelade 163 sjuksköterskelegitimationer avseende utländsk utbildning härrörde 64 från Norden. Bland övriga yrkesgrupper var flyttningsbenägenheten mycket låg.

4.1.3 1993 års nordiska överenskommelse

I samband med EES-förhandlingarna konstaterade de nordiska länderna att 1981 års överenskommelse i väsentliga avseenden var fördelaktigare för nordiska medborgare än EES-avtalet. Enligt artikel 121 a i EES-avtalet skall detta avtal inte hindra samarbete inom Norden i den utsträckning som ett sådant samarbete inte hindrar att EES-avtalet fungerar tillfredsställande. Bestämmelser som har sin grund i nordiska avtal och som inte står i strid med motsvarande regler i EES-avtalet får således tillämpas även fortsättningsvis.

De nordiska länderna ansåg att det även i fortsättningen skulle finnas ett behov av nordiska regler om godkännande av yrkesgrupperna i 1981 års överenskommelse. Behovet gällde tre olika kategorier; dels beträffande reglerade yrkesgrupper och specialistkompetenser som inte omfattas av EES-avtalet, dels i vissa fall beträffande personer med utbildning från tredje land och slutligen beträffande nordiska medborgare som annars skulle få sämre möjligheter till yrkesutövning i annat nordiskt land än de hade enligt 1981 års överenskommelse. Vissa delar av 1981 års överenskommelse stred mot EES-avtalet och kunde därför inte vara kvar.

En arbetsgrupp fick år 1992 i uppdrag av Nordiska socialpolitiska kommittén att se över och revidera 1981 års överenskommelse. Arbetsgruppen lämnade en rapport som behandlades i de nordiska länderna. Resultatet blev att den nordiska överenskommelsen från 1981 justerades och harmoniserades med EES-avtalet genom en ny överenskommelse som träffades under 1993. Den nya överenskommelsen, som även innefattar Island, trädde i kraft den 1 januari 1994. Överenskommelsen har införlivats i ländernas nationella lagstiftning. I Sverige har bl.a. de krav på språkkunskaper som tidigare fanns i behörighetslagen utmönstrats i samband med en översyn för harmonisering med EES-avtalet (jfr prop. 1992/93:83).

Den nordiska överenskommelsen från år 1981 omfattade 18 yrkesgrupper, nämligen läkare, tandläkare, sjuksköterskor, apotekare, sjukgymnaster, arbetsterapeuter, barnmorskor, distriktssköterskor, optiker, psykologer, receptarier, röntgenassistenter, skötare i psykiatrisk vård, tandhygienister, tandsköterskor, tandtekniker, undersköterskor och veterinärer. Genom ett tillägg i den nya överenskommelsen från 1993 har även kiropraktorerna kommit att omfattas. Den nya överenskommelsen reglerar således 19 olika yrkesgrupper, varav 18 är att hänföra till hälso- och sjukvårdssektorn.

Överenskommelsen är tillämplig på yrkesutövare som tillhör någon av de 19 yrkesgrupperna och som är medborgare i något av de fördragsslutande länderna (art.1). Sverige kan i det avseendet sägas ha gått längre än vad överenskommelsen kräver och upprätthåller inte något krav på medborgarskap.

Enligt huvudregeln skall den som vunnit *en jämförlig form av rättsligt godkännande* att utöva yrket i ett land ha rätt att få behörighet även i de övriga länder där bestämmelser om godkännande gäller (art. 2 första stycket). Bestämmelsen om godkännande har motsvarande tillämpning på den som har eller är berättigad att få anställning som apotekare i någon av staterna och på den som utan att vara apotekare har rätt att expediera recept på apotek (art. 2 andra stycket).

Överenskommelsen ger även vissa andra yrkesutövare som utbildats i fördragsslutande stat, där bestämmelser om godkännande av yrkesutövare inte gäller, rätt att vinna godkännande i stat som har be-

stämmelser om sådant godkännande (art. 2 tredje stycket). Denna bestämmelse tillämpas bl.a. på

* den som har svensk arbetsterapeutexamen eller genomgått äldre svensk godkänd utbildning till *arbetsterapeut* (art. 5),
* den som i Sverige genomgått hälso- och sjukvårdslinjens inriktning mot diagnostisk radiologi (90 poäng) eller genomgått äldre godkänd utbildning till *röntgenassistent* (art. 8),
* den som i Sverige fullgjort för skötare i psykiatrisk vård gällande krav på utbildning och praktisk tjänstgöring eller äldre godkänd utbildning till *skötare i psykiatrisk vård* (art. 9) och
* den som i Sverige fullgjort för *undersköterska* gällande krav på utbildning och praktisk tjänstgöring eller motsvarande äldre godkänd utbildning (art. 12).

I överenskommelsen finns vidare bestämmelser om godkännande av *specialistkompetens* för läkare och tandläkare (art. 15) samt optiker med kompetens som kontaktlinsoptiker (art. 16). En läkare eller tandläkare som förvärvat specialistkompetens i någon av de fördragsslutande staterna erhåller bevis om samma kompetens i annan fördragsslutande stat under förutsättning

- att han vunnit och fortfarande har obegränsat godkännande som läkare respektive tandläkare i denna stat och
- att yrkesgrenen i denna stat är erkänd som specialitet enligt bestämmelser som reglerar läkares respektive tandläkares rätt att beteckna sig som specialist.

De bestämmelser om krav på språk- och författningskunskaper samt viss praktik som fanns i 1981 års överenskommelse har numera utmönstrats.

Art. 17 innehåller bestämmelser om förfarandet vid godkännande. Bestämmelser om återkallande av godkännande m.m. finns i art. 18.

Av art. 23 följer att om någon av de fördragsslutande parterna inför reglering av en ny yrkesgrupp som omfattas av överenskommelsen, så gäller överenskommelsen beträffande den yrkesgruppen på samma sätt som beträffande de yrkesgrupper som var reglerade när överenskommelsen undertecknades. En stat har möjlighet att anmäla att den inte längre önskar tillämpa överenskommelsen beträffande en viss yrkesgrupp (art. 25).

De 19 yrkesgrupper som omfattas av överenskommelsen finns förtecknade i en bilaga till överenskommelsen. Av förteckningen framgår de olika staternas benämning på respektive yrkesgrupp.

I en andra bilaga till överenskommelsen finns angivet vilka yrkesgrupper som är rättsligt reglerade i de olika staterna. De svenska yrkesgrupper som saknar rättslig reglering är arbetsterapeuter, röntgenassistenter, skötare i psykiatrisk vård och undersköterskor. I förhållande till övriga nordiska stater som har reglerat dessa yrkesgrupper torde avsaknaden av en svensk reglering inte ha någon

betydelse. Överenskommelsen ger ändå, som redovisats ovan, de svenska yrkesutövarna rätt till godkännande i de nordiska stater som reglerar yrket. För kommitténs del kan emellertid den omständigheten att dessa yrkesgrupper är reglerade i flera eller samtliga övriga nordiska stater föranleda en närmare genomgång av regleringen av dessa yrkesgrupper i utomnordiska länder.

4.2 Den europeiska unionen (EU)

4.2.1 Inledning

Sverige har genom medlemskapet i EU åtagit sig att tillämpa regler om ömsesidigt erkännande av kompetensbevis för verksamhet inom bl.a. hälso- och sjukvården. I detta avsnitt lämnas en översikt över i sammanhanget relevanta direktiv och bestämmelser inom EU.

Om svenska medborgare skall kunna utnyttja den fria arbetsmarknaden inom EU måste Sverige bl.a. se till att de nationella utbildningarna uppfyller de krav som är förutsättningen för ett ömsesidigt godkännande av kompetensbevis.

4.2.2 Den gemensamma arbetsmarknaden

Några av grundtankarna i Romfördraget är arbetskraftens fria rörlighet och rätten till fri etablering. För att den gemensamma arbetsmarknaden skall kunna fungera fullt ut måste medlemsländerna erkänna de yrkesutbildningar och därmed den behörighet som erhållits i något annat medlemsland.

Romfördragets artikel 48 föreskriver att fri rörlighet för arbetstagare skall säkerställas inom gemenskapen. All diskriminering av arbetstagare från medlemsstaterna på grund av nationalitet skall avskaffas vad gäller anställning, lön och övriga arbets- och anställningsvillkor. Med förbehåll för de begränsningar som grundas på hänsyn till allmän ordning, säkerhet och hälsa skall den fria rörligheten innefatta bl.a. rätt att uppehålla sig i en medlemsstat i syfte att inneha anställning där i överensstämmelse med de lagar och andra författningar som gäller för anställning av medborgare i den staten. Bestämmelserna om fri rörlighet för arbetstagare skall dock inte tillämpas på anställning i offentlig tjänst.

I artikel 49 i Romfördraget (i dess lydelse enligt Maastrichtfördraget) åläggs Ministerrådet att, enligt ett visst förfarande, utfärda direktiv eller förordningar i vilka de åtgärder anges som är nödvändiga för att gradvis genomföra den fria rörligheten för arbetstagare.

I artikel 57 i Romfördraget (i dess lydelse enligt Maastrichtfördraget) föreskrivs att Ministerrådet enligt ett visst förfarande skall

utfärda direktiv som syftar till ömsesidigt erkännande av examens-, utbildnings- och andra behörighetsbevis. Syftet är att underlätta för personer att starta och utöva förvärvsverksamhet som egenföretagare. I samma syfte skall direktiv utfärdas om samordning av medlemsstaternas bestämmelser i lagar och andra författningar om upptagande och utövande av förvärvsverksamhet som egenföretagare. I fråga om läkaryrket, liknande yrken och farmaceutiska yrken anges att den gradvisa avvecklingen av inskränkningarna förutsätter en samordning av villkoren för att få utöva dessa yrken i de olika medlemsstaterna.

Fri rörlighet för arbetstagare skall enligt artikel 28 i EES-avtalet (som motsvaras av artikel 48 i Romfördraget) också säkerställas mellan EG-medlemsstaterna och EFTA-staterna. Den fria rörligheten innefattar bl.a. rätt att - med de begränsningar som grundas på hänsyn till allmän ordning, säkerhet och hälsa - uppehålla sig inom en EG-medlemsstats eller en EFTA-stats territorium i syfte att inneha anställning där i överensstämmelse med de lagar och andra författningar som gäller för anställning av medborgare i den staten. Bestämmelserna om den fria rörligheten skall dock inte tillämpas beträffande anställning i offentlig tjänst. Enligt hittillsvarande praxis, som utvecklats genom ett antal avgöranden från EG-domstolen, har dock undantagen begränsats till anställningar där det krävs särskild solidaritet med staten.

I prop. 1992/93:83 om vissa behörighetsfrågor inom hälso- och sjukvården m.m. anförde föredragande statsrådet, att det enligt hans uppfattning för närvarande inte föreligger några skäl att införa undantag på grund av nationalitet vad avser rätt att få anställning eller rätt att etablera sig inom hälso- och sjukvårdssektorn (prop. s. 28).

Enligt en rapport från EU-kommissionen (Employment in Europe 1993) har arbetskraftens rörlighet mellan EU-länderna varit marginell under perioden 1987 - 1991. Arbetsmarknadsstyrelsen förutspådde i en rapport att det inte var sannolikt att det skulle uppstå kraftiga migrationsströmmar till Sverige vid en svensk anslutning till EU:s fria arbetsmarknad via ett EES-avtal. Däremot, angavs det i rapporten, tycktes de flesta bedömare räkna med en ökad rörlighet hos den kvalificerade svenska arbetskraften till andra EES-länder. (EES-avtalet - Konsekvenser för Arbetsmarknadsverket - Rapport 2 från AMV:s EG-grupp.)

För att underlätta den fria rörligheten för arbetskraften ger arbetsförmedlingen förmedlingsservice till bl.a. svenska arbetssökande som söker arbete i annat EU-land och medborgare från annat EU-land som söker arbete i Sverige. Arbetsförmedlingen Utland erbjuder personlig förmedlings- och rekryteringsservice med internationell inriktning och med tyngdpunkt på EU-länderna.

EU-kommissionen har satsat på att bygga upp ett mänskligt nätverk i form av utbildning av s.k. Europaarbetsförmedlare (Euroadvisers).

Till stöd för Europaarbetsförmedlarens arbete i respektive länder har utvecklats ett datorbaserat stöd kallat EURES för att underlätta kommunikationerna. EURES har information om lediga platser och om arbetsmarknads- och levnadsförhållanden i EU-länderna.

När det gäller de direktiv om ömsesidigt erkännande av kompetensbevis, som kommer att redovisas i följande avsnitt, har vissa av bestämmelserna införlivats i svensk rätt genom ändringar i bl.a. behörighetslagstiftningen.

4.3 EG-direktiv

4.3.1 Inledning

Även om principen om arbetskraftens fria rörlighet fanns med redan vid Romavtalets tillkomst dröjde det till mitten av 1970-talet innan de första direktiven om godkännande av utbildnings-, examens- och andra behörighetsbevis kom. Inom EG försökte man till en början reglera varje yrkeskategori för sig och de första direktiven var därför specialdirektiv som rörde enskilda yrkesområden. Det skulle emellertid ta orimligt lång tid att reglera alla yrkesområden på motsvarande sätt och 1989 kom därför ett generellt direktiv som omfattar alla yrken som i någon mening är lag- eller förordningsreglerade och som bygger på högskoleutbildningar som omfattar minst tre år. År 1992 antogs ytterligare ett generellt direktiv om ömsesidigt erkännande av yrkesutbildning och yrkespraktik. Detta andra generella direktiv omfattar de behörighetsreglerade yrken som inte omfattas av övriga specialdirektiv eller det första generella direktivet.

De speciella direktiven, eller sektorsdirektiven, redovisas i korthet nedan under avsnitt 4.3.2. De generella direktiven redovisas något mera ingående under avsnitt 4.3.3.

Sverige begärde vid ingåendet av EES-avtalet inte några undantag eller övergångsperioder inom området ömsesidigt erkännande av kompetensbevis m.m. varför det ålegat Sverige att, vid den tidpunkt EES-avtalet trädde i kraft, genom nationella regler uppnå det resultat som anges i direktiven. Inte heller i samband med medlemsskapet i EU begärdes några undantag i denna del.

När det i direktiven talas om utbildning, praktik eller yrkeserfarenhet på heltid finns i många fall möjligheter att i stället fullgöra motsvarande prestation på deltid under en längre period. Denna typ av reglering redovisas inte i det följande.

4.3.2 De speciella direktiven (sektorsdirektiven)

De första direktiv om godkännande av behörighetsbevis m.m. var, som tidigare anförts, specialdirektiv som reglerade enskilda yrkesom-

råden. Följande yrkesgrupper bland hälso- och sjukvårdspersonal är aktuella:

* läkare
* tandläkare
* sjuksköterskor i allmän hälso- och sjukvård,
* farmaceuter
* barnmorskor.

För varje yrkesgrupp finns både ett *erkännandedirektiv* och ett *samordningsdirektiv*. Erkännandedirektivet är ett direktiv om ömsesidigt erkännande av kompetensbevis som syftar till att underlätta den faktiska utövningen av etableringsrätten och ett fritt tillhandahållande av tjänster. Samordningsdirektivet är ett direktiv om samordning av de i de olika länderna fastställda bestämmelserna om yrkesutbildningen.

Enligt direktiven skall ett medlemsland erkänna de övriga ländernas kompetensbevis genom att ge dem samma ställning inom sitt territorium vad gäller rätten att utöva yrkesverksamhet. En förutsättning för detta är att den utbildning som ligger till grund för beviset uppfyller de minimikrav som fastställs i direktiven.

Direktiven omfattar både självständigt yrkesverksamma och anställda. För de självständigt yrkesverksamma reglerar direktiven både rätten att etablera sig inom yrket och rätten att tillfälligt tillhandahålla tjänster i ett annat medlemsland.

I direktiven anges minimikrav för den utbildning som kan ligga till grund för de kompetensbevis som omfattas av direktivens principer om ömsesidigt erkännande. I olika detaljeringsgrad anges också vilka kunskaper utbildningen skall leda fram till och - i vissa fall - vilka yrkesuppgifter en yrkesutövare, som erkänns med stöd av direktiven, får utföra.

Direktiven är tillämpliga endast på medborgare i ett medlemsland med kompetensbevis från någon av de institutioner i medlemsländerna som finns uppräknade i respektive direktiv. De enskilda medlemsländerna har möjlighet att därutöver erkänna såväl medborgare från medlemsstater med utbildning från tredje land som medborgare från tredje land med kompetensbevis som grundar sig på en utbildning i detta land eller ett medlemsland. Ett sådant erkännande blir bindande bara för det egna landet. Sverige upprätthåller inte något krav på medborgarskap.

Enligt direktiven har det mottagande landet inte rätt att kräva kunskaper i landets språk eller i medicinalförfattningar för att erkänna ett kompetensbevis som uppfyller direktivens krav. Enligt praxis anses dock tillräckliga språkkunskaper vara något som ligger i den enskilde yrkesutövarens yrkesansvar. Detta gäller särskilt inom vårdsektorn. Indirekt kan man möjligen också säga att vissa språk- och författningskunskaper erfordras. Om en yrkesutövare gör sig skyldig till fel eller

försummelse i sin yrkesutövning på grund av bristande språkkunskaper eller kunskaper i landets lagstiftning kan denne nämligen bli föremål för disciplinära åtgärder eller i allvarliga fall få sin legitimation återkallad. Det finns också bestämmelser i direktiven som ålägger de berörda myndigheterna att - om det är nödvändigt - anvisa den som söker godkännande i ett annat medlemsland möjlighet att i hans eget eller patienternas intresse skaffa tillräcklig kunskap i landets språk.

Direktiven ålägger länderna att inom viss tid anmäla vilken myndighet inom landet som skall fullgöra de uppgifter som anges i direktiven i fråga om bl.a. lämnande/mottagande av uppgifter, om utredning, om auktorisering, om skrivande av intyg och om inrättande av informationskontor. I Sverige ankommer det på Socialstyrelsen att fullgöra vissa sådana uppgifter.

I behörighetsförordningen har införts bestämmelser som ålägger Socialstyrelsen att se till att sökande med vissa utländska behörighetsbevis får de upplysningar om svenska författningar som är nödvändiga för att utöva yrket. Om det behövs skall styrelsen också erbjuda den sökande möjlighet att inhämta de kunskaper i svenska språket som krävs för att utöva yrket (28 § behörighetsförordningen).

Socialstyrelsen har i 31 § behörighetsförordningen bemyndigats att meddela ytterligare föreskrifter om legitimation eller annan behörighet (som avses i 17 - 27 §§ förordningen) samt om prövotider, lämplighetsprov och yrkesverksamhet i den utsträckning som sådana krav enligt EES-avtalet får ställas på en sökande. Med stöd av bemyndigandet har Socialstyrelsen utfärdat föreskrifter om ömsesidigt erkännande av yrkesbehörighet inom hälso- och sjukvården, se SOSFS 1994:27 (M). Föreskrifterna reglerar kompetenskraven för allmänpraktiserande läkare, s.k. Europaläkare (jfr läkardirektivet) och de krav som uppställs för att personer utbildade i annat EES-land skall få legitimation (jfr första generella direktivet). Några förändringar i anledning av Sveriges medlemskap i EU har inte gjorts i behörighetsförordningen eller ovannämnda föreskrifter (augusti 1996).

Nedan följer en kortfattad beskrivning av de speciella direktiven. En något mer utförlig beskrivning av de speciella direktiven finns i (Ds 1992:34) Införande av EES-rätt - ömsesidigt erkännande av kompetensbevis för verksamhet inom hälso- och sjukvården m.m. s. 35 - 50. Det senaste läkardirektivet tillkom emellertid efter departementspromemorian och finns därför inte med i denna.

Läkare

Tre tidigare direktiv om läkares yrkesutövning (75/362/EEG, 75/363/EEG och 86/457/EEG) samordnades 1993 i ett direktiv kallat *Rådets direktiv om underlättande av läkares fria rörlighet och ömsesidigt erkännande av deras utbildnings-, examens- och andra*

behörighetsbevis (93/16/EEG). Det nya direktivet blev en del av EES-avtalet genom beslut i mars 1994. Direktivet trädde i kraft den 1 juli 1994.

Det kan anmärkas att direktivet inte påverkar bestämmelserna i lagar och andra författningar i medlemsstaterna som förbjuder bolag eller firmor att utöva verksamhet som läkare eller ålägger dem vissa villkor för att utöva sådan verksamhet.

Direktivet innehåller bl.a. bestämmelser som reglerar det ömsesidiga erkännandet av utbildnings-, examens- och andra behörighetsbevis för läkare och för specialister.

Den samlade medicinska utbildningen till läkare skall omfatta minst sex års studier eller 5.500 timmar teoretisk och praktisk undervisning vid ett universitet eller under tillsyn av ett universitet (art. 23.2). Specialistutbildningen skall, utöver den grundläggande sexåriga utbildningen, innefatta utbildning som inte är kortare än fem, fyra respektive tre år. Längden på specialistutbildningen varierar beroende på ämnesområdet.

Direktivet anger också bl.a. vilka kunskaper som skall garanteras för att direktivets kompetenskrav skall kunna anses uppnådda.

Särskilda krav för allmänpraktiserande läkare har införts. Utbildningen förutsätter en sexårig minimiutbildning. Därutöver krävs minst två års studier på heltid som genomförs under tillsyn av behöriga myndigheter eller motsvarande organ. Utbildningen skall snarare ha en praktisk än en teoretisk inriktning. (Art. 31.)

Fr.o.m. den 1 januari 1995 är enligt direktivet ett bevis om utbildning för allmänpraktiserande läkare i princip ett krav för att få utöva verksamhet inom ramen för socialförsäkringen i de avtalsslutande länderna.

I Sverige omfattar läkarexamen 220 poäng, dvs. fem och ett halvt år. Därutöver krävs bl.a. fullgjord allmäntjänstgöring (högskoleförordningen, bilaga 3, yrkesexamen nr 25). Allmäntjänstgöringen fullgörs enligt 2 § behörighetsförordningen under ett år och nio månader. Den grundläggande läkarutbildningen i Sverige är således längre än vad som föreskrivs som minimitid i direktivet.

I Sverige benämns de som uppfyller direktivets krav på utbildning till allmänpraktiserande läkare Europaläkare. Bestämmelser om Europaläkare har införts 3 a § behörighetslagen och i 18 § behörighetsförordningen. För Sveriges del finns det möjligheter att utnyttja den del av allmäntjänstgöringen som inte behövs för att uppfylla direktivets minimikrav för grundutbildningen till läkare. Kompletterande föreskrifter har utfärdats av Socialstyrelsen (SOSFS 1994:27 (M).

Genom nya föreskrifter för specialiseringstjänstgöring som innebär att sådan tjänstgöring skall omfatta minst fem år uppfylls direktivets minimikrav för specialistkompetens (jfr 3 § behörighetsförordningen).

För äldre specialistutbildningar finns vissa övergångsbestämmelser i direktivet.

Tandläkare

De ursprungliga direktiven om tandläkare, 78/686-687/EEG, har ändrats genom direktiv 89/594/EEG och 90/658/EEG samt kompletterats genom direktiv 81/1057/EEG.

Direktiven reglerar både grundutbildning och specialistutbildning för tandläkare.

För grundutbildningen uppställs som minimikrav att den omfattar minst fem års studier på heltid med teoretisk och praktisk undervisning vid universitet, högskola som tillerkänts likvärdig ställning eller under tillsyn av ett universitet.

Direktivet anger också bl.a. vilka ämnen som skall ingå i utbildningen.

För specialistutbildningen uppställs följande krav:
- avslutad grundutbildning till tandläkare enligt direktivens minimikrav,
- utbildningen skall omfatta såväl teoretisk som praktisk undervisning,
- specialistutbildningen skall omfatta minst tre år av heltidsstudier under tillsyn av behöriga myndigheter,
- utbildningen skall fullgöras vid universitet, behandlings-, undervisnings- eller forskningscentrum eller vid vårdinrättning som godkänts för ändamålet och
- tandläkaren skall personligen ta del i verksamhet och ansvar.

Både den tandläkarutbildning som fanns före år 1984 och den utbildning som tillkom år 1984 anses uppfylla minimikraven i direktiven. Tandläkarexamen omfattar kursfordringar om sammanlagt 200 poäng, dvs. fem år (högskoleförordningen, bilaga 3, yrkesutbildning nr 43). Kravet på allmäntjänstgöring slopades den 1 juli 1994. Vissa övergångsbestämmelser finns.

För att uppnå specialistkompetens krävs i Sverige att en legitimerad tandläkare utövat allmän tandläkarpraktik under minst två år efter att ha fått legitimation som tandläkare och därefter genomgått vidareutbildning under minst tre år (12 § behörighetsförordningen). Även specialiseringstjänstgöringen uppfyller således minimikraven i direktivet.

I Sverige finns föreskrifter om specialiteter utöver de som anges i direktivet.

Sjuksköterskor (i allmän hälso- och sjukvård)

De två ursprungliga direktiven om sjuksköterskors yrkesverksamhet och utbildning (77/452-453/EEG) har ändrats genom direktiv 89/594-

595/EEG och 90/658/EEG. Genom direktiv 81/1057/EEG har också vissa kompletteringar gjorts.

Direktiven omfattar endast sjuksköterskor med ansvar för allmän hälso- och sjukvård. Tidigare diskuterades inom EU specialdirektiv för sjuksköterskor med annan inriktning. Sedan de generella direktiven tillkommit har man emellertid ansett att regleringen av utbildning och yrkesverksamhet för sjuksköterskor med annan inriktning än allmän hälso- och sjukvård bör lösas inom ramen för de generella direktiven.

För utbildningen till sjuksköterska med ansvar för allmän hälso- och sjukvård gäller följande bl.a. följande minimikrav

- tioårig allmän skolutbildning eller motsvarande,
- en särskild yrkesinriktad utbildning på heltid, som måste dels innefatta de ämnen som finns uppräknade i en utbildningsplan som finns i en bilaga till ett av direktiven, dels omfatta en treårig utbildning eller 4.600 timmar av teoretisk och klinisk utbildning,
- den institution som utbildar sjuksköterskor skall ansvara för samordningen mellan teori och klinisk undervisning.

Direktivet anger också bl.a. vilka kunskaper utbildningen skall garantera för att uppfylla de formella utbildningskraven.

Genom att den svenska sjuksköterskeutbildningen förlängts till tre år uppfylls numera direktivets krav på utbildningens längd (högskoleförordningen, bilaga 3, yrkesexamen nr 33).

Äldre utbildningar kan i vissa fall komma att godkännas med stöd av övergångsbestämmelser till det första sjuksköterskedirektivet (77/452/EEG).

Farmaceuter

De ursprungliga direktiven om farmaceuter, 85/432-433/EEG, har ändrats genom direktiv 85/584/EEG och 90/658/EEG.

I direktiven markeras att den geografiska fördelningen av apotek samt frågan om monopol på utlämning av läkemedel inte är reglerad i direktiven utan är en fråga som de enskilda länderna förfogar över.

Minimikrav för utbildningen till farmaceut är fem år, varav minst fyra år skall utgöra teoretisk och praktisk undervisning vid universitet eller motsvarande eller under tillsyn av ett universitet. Minst sex månader skall utgöra praktikantutbildning på ett apotek som är öppet för allmänheten eller på ett sjukhus under tillsyn av sjukhusets farmaceutiska avdelning. I vissa fall kan praktikantutbildningen fullgöras på ett läkemedelsföretag.

Direktivet reglerar också bl.a. vilka kunskaper som skall uppnås för att kraven på kompetens skall vara uppfyllda.

Den svenska utbildningen till apotekarexamen har förlängts till 200 poäng (dvs. fem år). I utbildningen ingår ett halvt års yrkeserfarenhet.

Utbildningen uppfyller numera direktivets minimikrav vad gäller utbildningens längd (högskoleförordningen, bilaga 3, yrkesexamen nr 4).

Genom övergångsbestämmelser kan även äldre utbildningar till apotekare komma att erkännas.

Barnmorskor

De ursprungliga direktiven om barnmorskor, 80/154-155/EEG, har ändrats genom direktiven 80/1273/EEG, 89/594/EEG och 90/658/-EEG.

Innehav av kompetensbevis som barnmorska är i samtliga länder en förutsättning för att få utöva yrket. Direktiven är tillämpliga på verksamhet som barnmorska såsom den definieras i varje medlemsstat.

Tre alternativa minimikrav för att en utbildning skall omfattas av direktiven uppställs.

Alternativ 1: Heltidsutbildning till barnmorska under minst tre år. Denna utbildning förutsätter antingen innehav av utbildningsbevis som ger behörighet till studier på högskolenivå eller intyg om efterföljande yrkespraktik som barnmorska under två år.

Alternativ 2: Heltidsutbildning till barnmorska under minst två år eller 3.600 timmar. Denna utbildning förutsätter innehav av kompetensbevis som sjuksköterska som uppfyller kraven i de ursprungliga sjuksköterskedirektiven.

Alternativ 3: Heltidsutbildning till barnmorska under minst 18 månader eller 3.000 timmar. Detta alternativ förutsätter också innehav av kompetensbevis som sjuksköterska som uppfyller villkoren i de ursprungliga sjuksköterskedirektiven samt intyg om efterföljande yrkespraktik under ett år.

Direktivet reglerar också bl.a. vilka kunskaper som utbildningen skall garantera.

Genom förlängningen av den svenska sjuksköterskeutbildningen och förlängningen av den svenska barnmorskeutbildningen till 60 poäng, dvs. ett och ett halvt år, uppfyller den svenska barnmorskeutbildningen villkoren i direktiven. För yrkesverksamhet inom EES-området krävs dessutom att intyg företes om ett års yrkespraktik efter avlagd examen till barnmorska.

Äldre utbildningar kan under vissa förutsättningar komma att godkännas med stöd av övergångsbestämmelser.

4.3.3 De generella direktiven om ömsesidigt godkännande av kompetensbevis

Inledning

Genom tillkomsten av de båda generella direktiven om ömsesidigt erkännande av kompetensbevis, som närmare beskrivs nedan, finns det numera ett system för erkännande av yrkeskompetens för i stort sett hela arbetsmarknaden inom EU. De generella direktiven bygger på principen att en person som tillåts att utöva ett visst yrke i sitt hemland enligt detta lands lagar också skall ha rätt att utöva motsvarande yrke i ett annat medlemsland (värdlandet). Om det finns väsentliga skillnader i utbildningens innehåll eller längd, har värdlandet rätt att ställa krav på att den sökande har utövat yrket på heltid i minst två år under den senaste tioårsperioden. Eftersom Sverige (liksom de övriga nordiska länderna) i förhållande till övriga EU-länder har ytterst få yrken reglerade, innebär denna regel att en stor grupp svenska yrkesutövare inte kan utnyttja sin rätt till fri rörlighet, som anställd eller fri yrkesutövare, direkt efter avslutad utbildning.

Eftersom medlemsländerna har olika utbildningssystem kan utbildningen för en viss yrkesverksamhet i ett medlemsland definieras enligt det första generella direktivet, men i ett annat medlemsland definieras enligt det andra generella direktivet. Detta gäller särskilt de eftergymnasiala utbildningarna. Många medlemsländer har ett särskilt yrkesutbildningssystem som inte definieras som högre utbildning och därför inte omfattas av det första direktivet även om utbildningen är tre år eller längre. Av detta skäl finns det i det andra direktivet flera hänvisningar till det första direktivet. Ett värdland kan t.ex. inte neka en person behörighet för ett visst yrke av den anledningen att utbildningen i värdlandet definieras som en högre utbildning.

Det första generella direktivet

Det första generella direktivet (*Rådets direktiv om en generell ordning för erkännande av examensbevis över behörighetsgivande högre utbildning som omfattar minst tre års studier, 89/48/EEG*) trädde i kraft inom EG i januari 1991. Direktivet omfattades av EES-avtalet.

Direktivet har, enligt de inledande skrivningarna i direktivet, tillkommit för att snabbt kunna infria förväntningarna hos de medborgare i gemenskapsländerna som har examensbevis utfärdade efter avslutad högre utbildning och utfärdade i en annan medlemsstat än den där de vill utöva sitt yrke. För att åstadkomma detta har man velat införa en generell ordning för erkännande av examensbevis över behörighetsgivande högre utbildning som utfärdats efter avslutande av minst tre års utbildning.

Artikel 1 innehåller definitioner av vissa begrepp som används i direktivet.

Med *examensbevis* avses i direktivet varje utbildnings-, examens- eller annat behörighetsbevis
- som har utfärdats av en behörig myndighet i en medlemsstat och som utformats i enlighet med den statens lagar eller andra författningar,
- som utvisar att innehavaren med godkänt resultat avslutat en postgymnasial utbildning om minst tre år,
- som utvisar att innehavaren har de yrkesmässiga kvalifikationer som krävs för att utöva ett reglerat yrke i denna medlemsstat.

Därutöver förutsätts att den utbildning som intygas huvudsakligen ägt rum i gemenskapen eller att innehavaren har tre års yrkeserfarenhet enligt intyg från den medlemsstat som erkände ett tredje lands utbildnings-, examens- eller annat behörighetsbevis (art. 1.a).

Med *reglerat yrke* avses den reglerade yrkesverksamhet eller den samlade verksamhet som representerar detta yrke i en medlemsstat (art. 1.c).

Med *reglerad yrkesverksamhet* avses i direktivet sådan verksamhet där innehav av ett examensbevis direkt eller indirekt, på grund av bestämmelser i lag eller annan författning, utgör villkor för att utöva verksamheten i en medlemsstat. När detta inte är tillämpligt skall en yrkesverksamhet anses som reglerad om den utövas av medlemmarna av en sammanslutning eller organisation, vars syfte speciellt är att främja och upprätthålla en hög standard på det berörda yrkesområdet. (Art. 1.d.)

Direktivet gäller för varje medborgare i en medlemsstat som vill utöva ett reglerat yrke i en värdmedlemsstat, antingen i självständig verksamhet eller såsom anställd (art. 2). Yrken som regleras av ett separat direktiv om fastställande av avtal om medlemsstaternas ömsesidiga erkännande av examensbevis omfattas dock inte av detta generella direktiv.

När det i en värdmedlemsstat krävs ett examensbevis för att utöva ett reglerat yrke, får den behöriga myndigheten inte under hänvisning till otillräckliga kvalifikationer vägra att ge en medborgare i en medlemsstat tillstånd att utöva detta yrke på samma villkor som gäller för dess egna medborgare
- om den sökande innehar det examensbevis som krävs i en annan medlemsstat för att påbörja eller utöva yrket i fråga i landet, och detta examensbevis erhållits i en medlemsstat, eller
- om den sökande har utövat yrket i fråga på heltid under två år under de närmaste föregående tio åren i en medlemsstat som inte reglerar detta yrke och har intyg som visar att han med godkänt resultat har slutfört en postgymnasial utbildning om minst tre år som har förberett honom för utövande av yrket (art. 3).

Trots de ovan redovisade bestämmelserna i artikel 3 får värdmedlemsstaten också kräva av den sökande att denne skall lägga fram bevis på *yrkeserfarenhet*, när omfattningen av den utbildning som åberopas som stöd för ansökan är minst ett år kortare än den som krävs i värdmedlemsstaten (art. 4.1.a). Artikel 4.1.a innehåller vissa bestämmelser om den yrkesverksamhet som kan krävas.

Värdmedlemsstaten kan också, enligt artikel 4.1.b, kräva att den sökande skall slutföra en *anpassningstid* som inte överstiger tre år eller genomgå ett *lämplighetsprov* . Detta gäller bl.a. när de ämnen som omfattas av den utbildning den sökande fått väsentligt skiljer sig från dem som omfattas av de examensbevis som krävs i värdmedlemsstaten.

Om värdmedlemsstaten använder sig av möjligheterna i artikel 4 måste man ge den sökande rätt att välja mellan en anpassningstid och ett lämplighetsprov. I vissa angivna fall får dock föreskrivas antingen en anpassningstid eller ett lämplighetsprov.

Bestämmelserna om krav på yrkeserfarenhet och anpassningstid/-lämplighetsprov får inte tillämpas kumulativt.

De behöriga myndigheterna i värdmedlemsstaterna skall erkänna att medborgare i medlemsstater som uppfyller villkoren för utövande av ett reglerat yrke i respektive stat har rätt att använda den yrkesbenämning som gäller i värdmedlemsstaten (art. 7.1). Som ett bevis på att villkoren i artiklarna 3 och 4 är uppfyllda skall värdmedlemsstaterna godta de examensbevis och dokument som utfärdats av de behöriga myndigheterna i medlemsstaterna och som den berörda personen skall framlägga som stöd för sin ansökan om att få utöva yrket i fråga (art. 8.1). Behandlingen av en ansökan att få utöva ett reglerat yrke skall avslutas så snabbt som möjligt. Beslutet skall kunna prövas av en domstol eller nämnd (art. 8.2).

Medlemsstaterna skall ange de berörda myndigheter som är bemyndigade att motta ansökningarna och fatta de beslut som regleras i direktivet (art. 9). Beträffande denna artikel har Ministerrådet och Kommissionen yttrat att de är ense om att yrkessammanslutningar och högre utbildningsanstalter bör rådfrågas eller på lämpligt sätt vara delaktiga i beslutsprocessen.

De yrken som i Sverige omfattas av det första generella direktivet är bl.a. advokater, revisorer, lärare, kiropraktorer, logopeder, psykologer, psykoterapeuter, sjukgymnaster och optiker.

Det andra generella direktivet

Det första generella direktivet kompletteras med ett andra generellt direktiv som antogs i juni 1992, 92/51/EEG (*Rådets direktiv om en andra generell ordning för erkännande av behörighetsgivande högre utbildning, en ordning som kompletterar den som föreskrivs i direktiv 89/48/EEG*). Direktivet trädde i kraft den 18 juni 1994. Genom beslut i mars 1994 kom direktivet, som trädde i kraft den 1 juli 1994, att omfattas av EES-avtalet.

Det första generella direktivet är begränsat till akademiska utbildningar som omfattar minst tre år. För att göra det lättare för den som vill utöva yrkesverksamhet som i en värdmedlemsstat förutsätter genomgången utbildning på en annan utbildningsnivå har därför en andra generell ordning införts. Detta andra generella direktiv bygger på samma principer och innehåller i tillämpliga delar samma bestämmelser som det första generella direktivet. Direktivet är inte tillämpligt på de yrken som omfattas av speciella direktiv. Det omfattar de utbildningsnivåer som den första generella ordningen inte täcker, nämligen de som svarar mot annan postgymnasial utbildning och därmed likvärdig utbildning eller som svarar mot lång eller kort gymnasial utbildning jämte i vissa fall praktik och yrkesutbildning.

I direktivet finns, liksom i det första generella direktivet, en definition av beteckningen *examensbevis*. Med examensbevis avses i direktivet bevis eller samling bevis på teoretisk och praktisk utbildning som har utfärdats av en behörig myndighet i en medlemsstat, utsedd enligt den statens lagar och andra författningar, som utvisar att innehavaren med godkänt resultat har avslutat

- antingen en postgymnasial utbildning som är av annat slag än den som avses i det första generella direktivet (dvs. postgymnasial utbildning om minst tre år) och som omfattar studier på heltid under minst ett år samt där i allmänhet inträdeskravet är godkänd gymnasieutbildning, eller
- någon av de utbildningslinjer som förtecknats i en särskild bilaga (bilaga C) till direktivet.

Intyget måste utvisa att innehavaren har de yrkesmässiga kvalifikationer som krävs för att utöva ett reglerat yrke i denna medlemsstat. Utbildningen skall huvudsakligen ha ägt rum i gemenskapen eller utanför gemenskapen vid undervisningsanstalter som meddelar undervisning och praktik i enlighet med en medlemsstats lagar och andra författningar. Ett annat godkänt alternativ är att innehavaren har tre års yrkeserfarenhet enligt intyg från en medlemsstat som erkänt ett tredje lands utbildningsbevis. (Art. 1.a.)

Med *bevis på gymnasiegrundad yrkesutbildning* avses i direktivet bevis eller samling bevis på teoretisk och praktisk utbildning som har utfärdats av en behörig myndighet i en medlemsstat utsedd enligt den

statens lagar och andra författningar som utvisar att innehavaren efter att ha genomgått gymnasial utbildning har avslutat
- antingen en utbildning av annat slag än som avses i artikel 1.a (dvs. postgymnasial utbildning som omfattar minst ett års heltidsstudier) och som anordnats vid en utbildningsanstalt och/eller arbetsplats, i förekommande fall i förening med den praktik som krävs i tillägg, eller
- som utvisar att innehavaren har genomgått en gymnasial utbildning med teknisk eller yrkesmässig inriktning och därefter i de fall det krävs antingen genomgått sådan teoretisk eller praktisk utbildning som krävs i vissa fall eller haft sådan praktik eller yrkeserfarenhet som krävs i tillägg till denna tekniskt eller yrkesmässigt inriktade gymnasiala utbildning och
- som visar att innehavaren har de yrkesmässiga kvalifikationer som krävs för att utöva ett reglerat yrke i denna medlemsstat.

Utbildningen skall huvudsakligen ha ägt rum i gemenskapen eller utanför gemenskapen vid undervisningsanstalter som meddelar undervisning i enlighet med en medlemsstats lagar och andra författningar. Ett annat godkänt alternativ är att innehavaren har två års yrkeserfarenhet enligt intyg från en medlemsstat som erkänt ett tredje lands utbildningsbevis. (Art. 1.b.)

Det andra generella direktivet reglerar således två olika utbildningsnivåer. Den nivå som beskrivs i artikel 1.a omfattar i princip postgymnasiala utbildningar om minst ett år och för vilka tillträdeskravet är gymnasieutbildning. Den nivå som beskrivs i artikel 1.b omfattar övriga utbildningar, dvs. både gymnasiala utbildningar och kortare kurser samt kompetens som erhållits genom förvärvsarbete.

Reglerat yrke och *reglerad yrkesverksamhet* definieras på liknande sätt som i det första generella direktivet.

I det andra generella direktivet finns en definition som saknas i det första generella direktivet. Det talas om *reglerad utbildning*. Med detta avses teoretisk och praktisk utbildning som särskilt utformats för visst yrke och som omfattar en eller flera kurser som vid behov kompletteras genom praktik eller yrkeserfarenhet som har den utformning och den nivå som medlemsstatens lagar och andra författningar bestämmer eller som övervakas eller godkänts av den för ändamålet utsedda myndigheten.

Direktivet gäller för både egna företagare och för anställda medborgare i en medlemsstat som vill utöva ett reglerat yrke i en värdmedlemsstat. Från direktivets tillämpningsområde undantas, som tidigare nämnts, yrken som omfattas av separata direktiv om ömesidigt erkännande av examensbevis. Vidare undantas verksamheter som regleras genom särskilda direktiv som finns förtecknade i en bilaga till direktivet (bilaga A). Däremot är det generella direktivet tillämpligt på utövandet av yrken såsom anställd när det gäller yrken som

regleras i direktiv som finns upptagna i bilaga B till direktivet. (Art. 2.)

Direktivet ger medborgare i andra medlemsstater behörighet att utöva ett i värdlandet reglerat yrke där det krävs examensbevis på postgymnasial eller akademisk utbildning.

I artikel 3 anges vissa förutsättningar som kan krävas för sådan yrkesutövning. Kraven gäller för examensbevis både enligt det första och det andra generella direktivet. Förutsättningarna för yrkesutövningen i värdlandet är

- att den sökande har det examensbevis som krävs i en annan medlemsstat för att påbörja eller utöva yrket och detta examensbevis har erhållits i en medlemsstat, eller
- att den sökande har utövat yrket på heltid under två år under de närmast föregående tio åren i medlemsstat som inte reglerar yrket och
- innehar utbildningsvis av visst angivet slag som utfärdats av en behörig myndighet i en medlemsstat utsedd enligt den statens lagar och andra författningar.

Två års yrkeserfarenhet får dock inte krävas när utbildningsbeviset utfärdats efter reglerad utbildning.

Utbildningsbeviset skall antingen visa

- att innehavaren med godkänt resultat slutfört en postgymnasial utbildning av annat slag än som anges i viss bestämmelse i det första generella direktivet (dvs. minst treårig postgymnasial utbildning) som omfattar studier på minst ett år och som i allmänhet har som inträdeskrav att eleven genomgått sådan godkänd gymnasial utbildning som krävs för tillträde till universitet eller annan högre läroanstalt jämte den yrkespraktik som i vissa fall ingår i den gymnasiala utbildningen, eller
- att innehavaren genomgått en reglerad utbildning av sådant slag som anges i bilaga D (se nedan) till direktivet och som har förberett innehavaren för utövandet av hans yrke.

Trots bestämmelserna i artikel 3 finns det vissa krav som värdmedlemsstaten kan uppställa. Enligt artikel 4.1.a får värdmedlemsstaten kräva av den sökande att han skall lägga fram bevis om yrkeserfarenhet när omfattningen av den utbildning som åberopas till stöd för ansökan är minst ett år kortare än den som krävs i värdmedlemsstaten.

Den yrkeserfarenhet som krävs får inte vara mer än dubbelt så lång som den utbildning som fattas, när denna gäller postgymnasiala studier och/eller en tid av praktisk utbildning som utförts under övervakning av en yrkeskunnig person och som avslutats med en examen. Kravet på yrkeserfarenhet får inte heller vara längre än den utbildningstid som fattas när denna brist gäller yrkespraktik som utförts med hjälp av en kvalificerad yrkesman. Under inga förhållanden får den yrkeserfarenhet som krävs överstiga fyra år. I en del fall som avser

vissa examensbevis enligt det första generella direktivet får dock yrkeserfarenhet inte krävas.

Artikel 4.1.b ger värdmedlemsstaten rätt att i vissa fall kräva att den sökande skall genomgå en anpassningstid som inte överstiger tre år eller ett lämplighetsprov. Bestämmelserna i artikel 4.1.a om krav på yrkeserfarenhet och bestämmelserna i 4.1.b får inte tillämpas kumulativt.

Krav på anpassningstid eller genomgång av lämplighetsprov kan uppställas

- när de teoretiska eller praktiska ämnen som omfattas av utbildningen enligt artikel 3 väsentligt skiljer sig från dem som omfattas av det examensbevis, såsom detta definieras i något av de generella direktiven, som krävs i värdmedlemsstaten,
- när i vissa fall det i värdmedlemsstaten reglerade yrket inbegriper en eller flera yrkesaktiviteter som inte ingår i det reglerade yrket i den sökandes ursprungsland eller det land han kommer från eller i det yrke som sökanden har utövat och denna skillnad motsvarar en särskild utbildning som krävs i värdmedlemsstaten och omfattar ämnen som väsentligt skiljer sig från dem som upptas i det examensbevis som den sökande stöder sig på.

Den sökande skall i dessa fall ges möjlighet att välja mellan en anpassningstid och ett lämplighetsprov. Dock får värdmedlemsstaten förbehålla sig rätten att välja mellan anpassningstid och lämplighetsprov bl.a. i de fall yrket i fråga kräver ingående kännedom om landets lagstiftning eller om rådgivning om lagstiftningen ingår som ett väsentligt led i yrkesutövningen.

Artikel 5 reglerar de fall då värdmedlemsstaten kräver examensbevis och sökanden har bevis på gymnasiegrundad yrkesutbildning eller motsvarande utbildning och praktik, dvs en lägre utbildning än vad som krävs i värdmedlemsstaten.

I de fall utövandet av ett reglerat yrke förutsätter innehav av examensbevis får inte medlemsstaten med hänvisning till otillräckliga kvalifikationer vägra godkänna någon annan medlemsstats medborgare rätt att utöva yrket på samma villkor som de egna medborgarna. Förutsättningarna för detta är att sökanden antingen har det bevis på gymnasiegrundad yrkesutbildning som i en annan medlemsstat krävs för samma yrke (art. 5.a) eller att sökanden under vissa förutsättningar har utövat yrket på heltid under två år inom den närmast föregående tioårsperioden (art.5.b).

Kravet på två års yrkeserfarenhet får inte ställas om utbildningsbeviset utfärdats efter reglerad utbildning och praktik. Däremot får värdmedlemsstaten kräva att sökanden genomgår en anpassningstid om högst tre år eller ett lämplighetsprov.

I artiklarna 6 och 7 regleras vad som gäller när en värdmedlemsstat kräver bevis på gymnasiegrundad yrkesutbildning.

Enligt artikel 6 finns det, i de fall utövandet av ett reglerat yrke förutsätter innehav av yrkesutbildningsbevis, tre olika situationer där en medlemsstat inte med hänvisning till otillräckliga kvalifikationer får vägra godkänna en annan medlemsstats medborgare rätt att utöva yrket. Det gäller

- när sökanden har examensbevis enligt något av de generella direktiven eller ett sådant yrkesutbildningsbevis som i en annan medlemsstat krävs för samma yrke och detta bevis har utfärdats i en medlemsstat,
- när sökanden under vissa förhållanden har utövat yrket på heltid under två år under närmast föregående tio år i en medlemsstat som inte reglerar yrket,
- när sökanden, utan att inneha något examensbevis eller annat särskilt beskrivet utbildningsbevis, har utövat yrket under tre år i följd under närmast föregående tio år i en annan medlemsstat som inte reglerar yrket på visst angivet sätt.

Utan att det skall påverka tillämpningen av artikel 6 får en värdmedlemsstat enligt artikel 7 i vissa fall ställa krav på en anpassningstid om högst två år eller ett lämplighetsprov.

Artikel 8 innehåller bestämmelser om godkännande av kompetensbevis.

När det gäller utövandet av ett reglerat yrke som i en medlemsstat förutsätter endast bevis på allmän utbildning på grundskolenivå eller gymnasienivå, får den behöriga myndigheten inte med hänvisning till bristande kvalifikationer vägra att ge en medborgare i en medlemsstat tillstånd att utöva yrket på samma villkor som de egna medborgarna om sökanden har bevis på kvalifikationer på motsvarande nivå (art.9).

Artiklarna 10 - 12 innehåller bestämmelser om övriga åtgärder som syftar till att underlätta utnyttjandet av rätten till etablering, friheten att tillhandahålla tjänster och fri rörlighet för anställda. Det gäller exempelvis bestämmelser om bevis om att en yrkesutövare inte är försatt i konkurs, krav på bevis om fysisk och psykisk hälsa, avläggande av ed m.m.

Medlemsstaterna åläggs i direktivet att utse myndigheter som skall ta emot ansökningar och fatta beslut enligt direktivet. En person som skall samordna myndigheternas verksamhet i dessa frågor skall också utses (art. 13).

Bilagorna C och D till direktivet har tillkommit för att i någon mån utjämna de skillnader som finns i ländernas utbildningssystem. De utbildningar som upptas i bilagorna är enligt art. 15.2 sådana som till sin utbildningsnivå är jämförbara med de postgymnasiala utbildningar som avses i artikel 1 a, första stycket andra strecksatsen punkt i (dvs. omfattande minst ett och högst tre år) och som ger yrkesinnehavaren liknande nivå och ansvar. Skillnaden mellan bilaga C och D kan sägas vara att bilaga C anger endast utbildningsnivå medan bilaga D har till

uppgift att utjämna även olikheter i ländernas tradition att reglera yrkesverksamhet. Enligt art. 3 kan värdlandet inte kräva yrkeserfarenhet från en person som innehar ett utbildningsbevis enligt bilaga D som kompensation för att yrket inte är reglerat i den sökandes hemland. Den reglerade utbildningen förutsätts ha förberett innehavaren för utövandet av yrket på ett sådant sätt att någon ytterligare praktik inte kan krävas.

Eftersom det svenska utbildningssystemet är sammanhållet i den meningen att i princip all eftergymnasial utbildning tillhör högskolesektorn, och alltså leder till examensbevis enligt artikel 1 a, har Sverige inte anmält någon utbildning till bilaga C eller D.

De yrken som i Sverige omfattas av det andra generella direktivet är inom hälso- och sjukvårdsområdet receptarier, tandhygienister och tandsköterskor.

Sverige har, som tidigare nämnts, förhållandevis få yrken reglerade. I stället är huvudprincipen att det skall råda närings- och yrkesfrihet. Enligt bestämmelsen i 2 kap. 20 § RF får begränsningar i rätten att driva näring eller utöva yrke införas endast för att skydda angelägna allmänna intressen. Inom bl.a. hälso- och sjukvårdsområdet finns ett antal yrken som av hänsyn till allmänna intressen reglerats vad gäller tillträdet.

En förutsättning för att reglera tillträdet till ytterligare yrken är således att detta kan motiveras med att det sker för att skydda angelägna allmänna intressen. Det torde därför inte vara förenligt med den förslagna grundlagsbestämmelsen att föreslå ytterligare regleringar enbart med syfte att underlätta för svenskutbildade yrkesutövare att verka inom andra EU-länder.

Eftersom de generella direktiven inte omfattar de yrken som regleras i särskilda direktiv innebär detta problem för sådana sjuksköterskor som inte omfattas av direktivet för sjuksköterskor i allmän hälso- och sjukvård. Det gäller exempelvis sjuksköterskor som har en direktutbildning inom en viss specialitet. Med nuvarande regelsystem omfattas denna grupp inte av något direktiv. Därför har Kommissionen i ett förslag till Ministerrådet (KOM (96) 22) om ett tredje generellt direktiv föreslagit en ändring av direktiven 89/48 och 92/51 som innebär att dessa direktiv också skall tillämpas på sådana sjuksköterskor som inte har ett examensbevis enligt sjuksköterskedirektivet. Förslaget behandlas för närvarande inom Ministerrådet och det är oklart när ett beslut kan fattas.

4.3.4 Införlivandet av EG-direktiven m.m. i svensk rätt

Reglerna i EG-direktiven om ömsesidigt erkännande av kompetensbevis och om harmonisering av författningar som rör yrkesutövningen

inom hälso- och sjukvården m.m. samt de generella direktiven har införlivats med svensk rätt.

I *behörighetslagen* har, som tidigare redovisats, införts en bestämmelse om kompetens som allmänpraktiserande läkare, s.k. Europaläkare (3 a §). I lagen har vidare bl.a. bemyndiganden att meddela föreskrifter om kompetensbevis och behörighet att utöva yrke för personer med utländsk utbildning omarbetats (prop. 1992/93:83, bet. 1992/93:SoU8, rskr. 1992/93:87). I 8 § behörighetslagen bemyndigas regeringen, eller den myndighet som regeringen bestämmer, att meddela föreskrifter om behörighet att utöva yrke för den som utomlands genomgått utbildning.

Åliggandelagen innefattar i kategorin hälso- och sjukvårdspersonal personer som enligt föreskrifter utfärdade med stöd av 8 § behörighetslagen tillhandahåller tjänster inom yrket under ett tillfälligt besök i Sverige utan att ha svensk legitimation för yrket (1 § 8 åliggandelagen).

I den s.k. *kvacksalverilagen* har förbudet för den som inte är svensk medborgare att utöva kvacksalveriverksamhet tagits bort (SFS 1992:1563).

Behörighetsförordningen (1984:545) innehåller bl.a. bestämmelser om utländsk utbildning som omfattas av EES-avtalet (16 a - 31 §§). I förordningen finns också bestämmelser om annan utländsk utbildning (32 - 37 §§). När det gäller utländsk utbildning som omfattas av EES-avtalet finns i behörighetsförordningen särskilda bestämmelser om naprapater (16 a §). Förordningen innehåller också bestämmelser om läkare (legitimation 17 §, Europaläkare 18 § och specialistkompetens 19 §). Bestämmelser finns vidare för tandläkare (legitimation 20 § och specialistkompetens 21 §), sjuksköterskor (22 §), barnmorskor (23 §) samt apotekare (24 §). I 25 § behörighetsförordningen finns bestämmelser om kiropraktorer, logopeder, optiker, psykologer, psykoterapeuter, receptarier, sjukgymnaster, tandhygienister och tandsköterskor. Gemensamma bestämmelser för ovannämnda yrkesgrupper finns i 26 - 31 §§. De krav som uppställs för legitimation eller behörighet anges i 26 §. I 27 § regleras tillfälligt tillhandahållande av tjänster. Ansökningar om kompetensbevis eller behörighet för utlandsutbildade görs hos Socialstyrelsen. Styrelsen skall se till att den sökande får nödvändiga upplysningar om svenska författningar. Vidare skall styrelsen erbjuda den sökande möjligheter att inhämta de kunskaper i svenska språket som krävs för att utöva yrket (28 §). Socialstyrelsens handläggning av behörighetsärenden beskrivs i 29 §. I 30 § regleras underrättelseskyldigheten mellan EES-länderna beträffande domar om brott i yrkesutövningen, meddelade disciplinpåföljder m.m.

Socialstyrelsen har bemyndigats att meddela ytterligare föreskrifter om legitimation eller annan behörighet som avses i 17 - 27 §§ samt

om prövotider, lämplighetsprov och yrkesverksamhet i den utsträckning sådana krav enligt EES-avtalet får ställas på en sökande (31 §).

De paragrafer som reglerar annan utländsk utbildning (32 - 37 §§) innehåller bl.a. bestämmelser om krav på språkkunskaper för att en utländsk utbildning skall ge kompetens i Sverige. De yrkeskategorier som regleras är läkare, specialistkompetens som läkare, tandläkare, specialistkompetens som tandläkare, sjuksköterskor, barnmorskor, sjukgymnaster, distriktssköterskor, apotekare, receptarier, optiker, psykologer, tandsköterskor, tandhygienister, tandtekniker, kontaktlinsoptiker och kiropraktorer. Socialstyrelsen har även här bemyndigats att meddela ytterligare föreskrifter (37 §). Det gäller krav på utbildning, praktisk tjänstgöring, kunskaper i svenska författningar och språkkunskaper. Sådana föreskrifter har Socialstyrelsen utfärdat. En översyn av dessa har förordats från flera håll och en sådan kommer enligt uppgift att påbörjas inom styrelsen. Det kan finnas behov av att införa motsvarande föreskrifter för ytterligare yrkesgrupper. (Jfr kommitténs direktiv avsnitt 3.5.3.)

Socialstyrelsens beslut enligt behörighetsförordningen får (med undantag för beslut att inte medge undantag från kravet att allmäntjänstgöring skall fullgöras på blockförordnande) överklagas hos kammarrätten (39 §).

Det är Socialstyrelsen som, i den utsträckning det behövs för att uppfylla förpliktelserna enligt EES-avtalet, skall lämna de upplysningar och utfärda de intyg om behörighet, yrkesverksamhet och liknande förhållanden som yrkesutövare och behöriga hälso- och sjukvårdsmyndigheter i andra EES-länder begär (39 a §).

Behörighetsförordningen avslutas med en tabell som visar avgifterna för vissa ärenden (40 §).

Det är Socialstyrelsen som är behörig myndighet i sektorsdirektivens mening och när det gäller övriga reglerade yrken inom hälso- och sjukvården som kan falla under något av de generella direktiven. Detta innebär att styrelsen prövar ansökningar från medborgare i annat EU/EES-land som åberopar sektorsdirektiven och därefter utfärdar svenskt kompetensbevis. Samtidigt informerar styrelsen den enskilde yrkesutövaren om hur kunskaper i svenska språket respektive författningar lämpligen kan inhämtas för att göra det möjligt att få anställning i den svenska hälso- och sjukvården.

Omvänt gäller att Socialstyrelsen får utfärda olika slags intyg för de svenska yrkesutövare som avser att åberopa sektorsdirektiven i förhållande till andra EU/EES-länder. Sektorsdirektiven förutsätter såväl medborgarskap som utbildning i EU/EES-land. De enskilda länderna har dock möjlighet att godkänna dels EU/EES-medborgare med utbildning i tredje land, dels medborgare från tredje land med kompetensbevis som grundar sig på utbildning i EU/EES-land. Ett

sådant godkännande är emellertid endast bindande för det egna landet. Sverige har valt den senare möjligheten.

Socialstyrelsen har, som nämnts, utformat föreskrifter i anledning av EG-direktiven (*Socialstyrelsens föreskrifter om ömsesidigt erkännande av yrkesbehörighet inom hälso- och sjukvården*, SOSFS 1994:27 (M). Föreskrifterna ersätter de tidigare meddelade föreskrifterna SOSFS 1994:12 (M).

Föreskrifterna innehåller bl.a. bestämmelser om

- kompetenskrav för allmänpraktiserande läkare (Europaläkare), (avsnitt I),
- den generella ordningen för ömsesidigt erkännande av examensbevis (avsnitt II) för yrkeskategorierna:

A. logopeder, kiropraktorer, optiker, psykologer, psykoterapeuter och sjukgymnaster,

B. tandhygienister och receptarier,

C. tandsköterskor.

I föreskrifterna har utbildningen som beskrivs i de två generella direktiven delats in i tre olika nivåer:

Nivå 1: Reglerade yrken som förutsätter högskoleutbildning om minst tre år (dvs. examensbevis i den mening som anges i det första generella direktivet).

Nivå 2: Reglerade yrken som förutsätter eftergymnasial utbildning om minst ett år (dvs. examensbevis i den mening som anges i det andra generella direktivet).

Nivå 3: Reglerade yrken som förutsätter andra teoretiska och praktiska utbildningar (dvs. utbildningsbevis i den mening som anges i det andra generella direktivet).

I sammanhanget kan nämnas att Högskoleverket, som en service för arbetsgivare och arbetssökande, har till uppgift att göra jämförelser (ekvivaleringar) mellan utländska och svenska utbildningar.

5 Redovisning av olika yrkesgruppers framställningar till kommittén m.m.

5.1 Inledning

Till kommittén har inkommit skrivelser från ett stort antal yrkesgrupper som är verksamma inom hälso- och sjukvården och närliggande områden. Det gäller flera icke legitimerade yrkesgrupper som är verksamma inom den s.k. skolmedicinen och som när de är offentligt anställda är att betrakta som hälso- och sjukvårdspersonal men vars verksamhet i privat regi faller under kvacksalverilagen. Det gäller också yrkesgrupper som ägnar sig åt s.k. alternativmedicinsk verksamhet och som i denna verksamhet endast omfattas av begränsningarna i kvacksalverilagen.

Skrivelserna innehåller framför allt önskemål om att få omfattas av gällande behörighets- eller legitimationsregler. I flertalet fall innehåller de också redogörelser för yrkesgruppernas verksamhet i olika avseenden såsom utbildning, arbetsuppgifter, behandlingsmetoder, antalet yrkesutövare, internationella förhållanden m.m.

Utöver dessa skrivelser har kommittén mottagit skrivelser från flera yrkesgrupper som är legitimerade. Dessa yrkesgrupper har till kommittén framfört olika önskemål angående den egna verksamheten.

Kommittén har också vid flera särskilda s.k. hearingar träffat ett flertal yrkesgrupper. Vid dessa möten har yrkesgrupperna också beskrivit sin verksamhet och redovisat sina önskemål.

Kommittén har mottagit ett stort antal skrivelser från andra yrkesgrupper, sjukhus och kliniker samt organisationer med stöd för legitimering av vissa yrkesgrupper.

I detta avsnitt redovisar kommittén *kortfattat* framställningar och önskemål såsom de framkommit i ingivna skrivelser och vid hearingar från huvuddelen av yrkesgrupperna. I viss utsträckning anges också vad respektive yrkesgrupp har för utbildning, vilken verksamhet yrkesgruppen ägnar sig åt, hur många som är verksamma inom området samt andra frågor med anknytning till respektive yrkesgrupp. Dessa uppgifter är främst tagna från yrkesgruppernas egna skrivelser. Kommittén har så långt det varit möjligt kontrollerat uppgifterna. I

vissa fall kan sådana kontroller vara svåra att göra. Det gäller t.ex. redovisning av antalet yrkesutövare, omfattningen av olika yrkesgruppers verksamhet och liknande frågor. I sådana fall ha kommittén angett varifrån uppgiften tagits. Generellt anser dpck kommittén att de uppgifter som lämnats synes väldokumenterade och rimliga.

Kommittén vill särskilt understryka att redovisningen är *ett försök till* sammanfattning av yrkesgruppernas emellanåt mycket omfattande skrivelser. Vissa yrkesgrupper har kommittén redovisat i särskilda avsnitt i betänkandet. Vilka dessa är framgår av innehållsförteckningen till betänkandet.

Kommittén har härutöver tagit del av skrivelser från enskilda yrkesutövare inom flera yrkesgrupper som tagit upp särskilda frågor eller problem. Kommittén har inte ansett det möjligt att besvara varje enskild skrivelse. Dessa får i stället anses besvarade genom vårt betänkande.

Redovisningen av de olika yrkesgrupperna sker i detta avsnitt på följande sidor.

Akupunktörer (enligt traditionell kinesisk medicin) 158
Ansiktsprotetiker 161
Arbetsterapeuter 161
Audionomer 168
Biomedicinska analytiker (laboratorieassistenter) 169
Cytologassistenter 172
Dietister 173
Farmaceuter 175
Fotterapeuter 178
Fotzonterapeuter 179
Gestaltterapeuter 181
Hemtjänstassistenter 181
Homeopater 181
Hudterapeuter 183
Kiropraktorer (ej legitimerade) 184
Lymfterapeuter 184
Medicintekniska ingenjörer / Sjukhusingenjörer 186
Optiker 190
Ortopedingenjörer/tekniker 191
Osteopater 193
Perfusionister 193
Psykologer och psykoterapeuter 194
Sjukhusfysiker 195
Sjuksköterskor med specialutbildning m.m. 195
Socionomer/Sjukhuskuratorer 195
Transaktionsanalytiker 198
Undersköterskor/Skötare i psykiatrisk vård 200
Övrigt/Kommittén för Alternativ Medicin (KAM) 202

5.2 Redovisning av olika yrkesgrupper m.m.

Akupunktörer (enligt traditionell kinesisk medicin)

Framställningar m.m.

Svenska föreningen för traditionell kinesisk medicin (SFTKM) har i skrivelser lämnat information om traditionell kinesisk medicin särskilt med inriktning på akupunktur.

Föreningen SFTKM representerar akupunktörer som bygger sitt arbete på traditionell kinesisk medicin (TKM). SFTKM kritiserar i skrivelse den negativa hållning som finns i Sverige till terapeuter utbildade i TKM trots att de har den längsta akupunkturutbildningen av alla verksamma akupunktörer. Föreningen understryker också att TKM (och akupunktur enligt TKM) inte är en specialitet inom västerländsk medicin utan är ett yrke som bygger på hela den kunskap som TKM utgör och som tar många år att lära sig. SFTKM anser att den som skall utöva akupunktur skall ha en utbildning inom TKM som omfattar det minimiantal av timmar som föreningen kräver av sina medlemmar.

Vid hearing har föreningen framhållit att man gärna vill omfattas av nuvarande legitimationsregler men att man också är öppen för andra former av regleringar, t.ex. genom en licensiering/registrering med skyddad yrkestitel. Om TKM-akupunktörer skall omfattas av Socialstyrelsens tillsyn och HSAN:s verksamhet bör det finnas särskilda TKM-rådgivare i nämnden eller bildas en komplementärmedicinsk ansvarsnämnd.

Arbetsuppgifter - Behandlingsmetod

TKM är den äldsta medicinska läran i Kina och har praktiserats och utvecklats i över 4000 år. Den har ett eget fullständigt teorisystem med egna diagnostik- och behandlingsmetoder. Akupunktur är en av behandlingsmetoderna. Örtmedicin, tuina (massage) och Qigong (rörelse- och meditiationsövningar) är ytterligare exempel.

Generellt kan man säga att akupunktur är en flera tusen år gammal kinesisk teknologi och teoribildning som går ut på att man genom att sticka nålar och manipulera dessa i bestämda punkter i huden kan förebygga eller bota olika sjukdomstillstånd. En skicklig akupunktör är en som med vägledning av den sjukes symptom och helhetsbild kan ställa en korrekt TKM-akupunkturdiagnos och har kunskap om vilken eller vilka punkter och stimuleringsteknik som skall användas.

Akupunktur är en av de största behandlingsformerna inom TKM och bygger på TKM:s holistiska synsätt (helhetslära), där den fysiska

kroppen, känslorna och psyket utgör en helhet som har ett unikt samband med miljön. Man lägger stor vikt vid dessa samband och faktorer vid diagnostisering och behandling. Man delar inte upp människan i kropp och själ och man behandlar inte enstaka symtom utan disharmonimönster. Varje akupunkturpunkt har en egen specifik funktion.

Utbildning

Medlemmarna i SFKTM har sedan den 18 mars 1989 en medicinsk utbildning som motsvarar de officiella utbildningarna i Kina och den internationella normen, vilket innebär minst 500 timmar lärarledd undervisning och resterande tid som självstudier. De sökande till utbildningen skall ha adekvat utbildning i västerländsk medicin, antingen i form av högskoleutbildning eller ha införskaffat sig de teoretiska kunskaperna på någon privat skola godkänd av SFTKM. Medlemmar i SFTKM har enligt ett exempel på utbildningsplan som ingivits till kommittén en medicinsk utbildning som motsvarar 80 högskolepoäng.

Det finns flera TKM-skolor i Sverige som uppfyller den internationella normen. I samarbete med WHO har har det Kinesiska hälsoministeriet etablerat tre internationella akupunkturträningscenter på forskningsinstitut och universitet dit TKM-skolorna i Sverige skickar elever på klinisk praktik.

Enligt *Alternativmedicinkommitténs betänkande Alternativa terapier i Sverige - en kartläggning (SOU 1989:62)* är de existerande större skolorna för akupunktur i Sverige följande.

- Nei Jing - Skandinavisk skola för traditionell kinesisk medicin i Stockholm
- Svenska Institutet för Alternativ Medicin (SIAM) i Stockholm
- Svenska Akupunkturskolan i Malmö
- Naturmedicinska Högskolan i Vaxholm

Yrkesutövare m.m.

Enligt SFTKM finns i Sverige hundratals välutbildade TKM-akupunktörer. SFTKM har vid hearing i september 1995 uppgett att det i föreningen finns 93 aktiva och 9 passiva medlemmar och att det i andra förbund finns cirka 160 TKM-akupunktörer. Enligt Alternativmedicinkommitten fanns i Sverige år 1989 fem akupunkturförbund. Det sammanlagda medlemstalet var enligt kommittén 180.

De flesta akupunkturförbund är anslutna till Kommittén för Alternativ Medicin (KAM) som är en intresseorganisation för alternativmedicinska yrkesförbund och föreningar, skolor, leverantörer

och patientorganisationer. Akupunkturförbunden har också bildat en egen övergripande organisation, Swedish Federation of Acupuncture Societies (SFAS).

År 1992 gick SFTKM, Naprapatförbundet och Chiropraktorförbundet ur KAM för att själva lättare framhäva sin yrkeskårs kunskaper utan att blandas ihop med andra alternativmedicinska terapiformer. År 1994 gick SFTKM ur SFAS. För närvarande finns endast ett akupunkturförbund som är med i SFAS sedan två förbund gått samman.

Internationella förhållanden

Enligt uppgift från SFTKM finns numer i Frankrike och Australien akupunkturutbildning på universitet som helt bygger på TKM. I USA har man startat en TKM-forskningsklinik och i England är det i dag möjligt för TKM-akupunktörer att arbeta inom The National Health Service antingen på sjukhus, vårdcentraler eller privata läkarmottagningar.

Övrigt

Akupunktur i smärtlindrande syfte används i Sverige sedan ett tiotal år i viss utsträckning inom hälso- och sjukvården (jfr Socialstyrelsens kungörelse SOSFS 1984:33 med föreskrifter och allmänna råd om akupunkturbehandling inom hälso- och sjukvården samt tandvården, upphävd genom SOSFS 1993:18, och ersatt med ett meddelande vari anges att vad gäller behandling med akupunktur inom hälso- och sjukvården samma krav skall ställas på sådan behandling som annan behandling inom sjukvården). Teorierna kring denna metod utgår från sedvanlig diagnostik inom den konventionella sjukvården och kan betecknas som symtombehandling. Denna behandling räknas således inte som en alternativmedicinsk metod.

Rättsliga regleringar

För akupunktörer gäller bestämmelserna i kvacksalverilagen, under förutsättning att yrkesutövaren inte är legitimerad eller i övrigt hälso- och sjukvårdspersonal enligt bestämmelserna i behörighetslagen och i den egenskap utövar akupunktur.

Ansiktsprotetiker

Framställningar m.m.

Skrivelse har inkommit från Sveriges Sjukhustandtekniker Förening (SSTF) som är en yrkesinriktad intresseförening för sjukhustandtekniker med specialinriktning käk- och ansiktsrehabilitering. Föreningen har 1995 bytt namn till Skandinavisk förening för Käk- och Ansiktsrehabilitering. Föreningen bildades 1967 och har för närvarande 40 medlemmar. Cirka 10 av dessa arbetar med ansiktsprotetik och för dessa har Föreningen begärt legitimation.

Arbetsuppgifter och utbildning

Ansiktsprotetikers arbete består av protetisk rehabilitering av patienter med olika ansiktsdefekter, medfödda eller förvärvade genom olycksfall eller sjukdom.

Ansiktsprotetiker är tandtekniker med vidareutbildning (praktisk och teoretisk) samt lång klinisk erfarenhet vid käkkirurgisk klinik eller motsvarande inrättning och arbetar självständigt med egna patienter på uppdrag av legitimerade läkare med specialistkompetens.

Arbetsterapeuter

Framställningar

Förbundet Sveriges arbetsterapeuter (FSA) har i skrivelser och vid hearing framställt önskemål om legitimering av arbetsterapeuterna. Enligt förbundets mening har arbetsterapeuternas kunskaper i dag en nivå och kvalitet som gör att staten kan utfärda särskild behörighet och att arbetsterapeuterna skall regleras på samma sätt som andra behandlingsgrupper i vården såsom läkare, psykologer m.fl.

Ett flertal skrivelser har överlämnats under hand från Förbundet till kommittén angående arbetsterapeuternas verksamhet. Kommittén har också haft tillgång till material som tidigare insänts till Socialdepartementet.

Vissa tidigare utredningar

Socialstyrelsen har på regeringens uppdrag utrett frågan om särskilda behörighetsföreskrifter för arbetsterapeuter. Bakgrunden till detta uppdrag var främst Socialutskottets betänkande 1989/90:SoU11 där utskottet anförde att flera av de inom den offentliga hälso- och sjukvården anställda arbetsterapeuterna fortfarande saknar den

utbildning som Socialstyrelsen rekommenderar i allmänna råd (SOSFS 1987:24) om kompetenskrav för arbetsterapeuttjänster inom den landstingskommunala hälso- och sjukvården.

I en skrivelse daterad 2 januari 1991 har Socialstyrelsen bedömt behovet av särskilda behörighetsföreskrifter för arbetsterapeuter. Socialstyrelsen konstaterade att landstingen, primärkommunerna och privata vårdgivare självständigt bestämmer om det i en verksamhet finns behov av arbetsterapeutiska insatser och när så är fallet anställer personal med sådan arbetsterapeutisk kompetens som rekommenderas i de allmänna råden. Socialstyrelsens slutsats var följande.

> Med hänsyn till det begränsade antalet arbetsterapeuter som är verksamma som fria yrkesutövare eller motsvarande bör bestämmelser om legitimation alltjämt inte införas för arbetsterapeuter. Med hänvisning till vad som framkommit vid uppföljningen av de allmänna råden finner socialstyrelsen vid ett förnyat ställningstagande inte heller att skyddet för den enskilde kräver att särskilda behörighetsföreskrifter införs för arbetsterapeuter.

Regeringen sände ut Socialstyrelsens utedning på remiss.

I remissvar daterad 14 februari 1991 hemställde *Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter* att behörighetsföreskrifter skyndsamt bör införas för arbetsterapeuter och att utvecklingen mot allt fler privat verksamma arbetsterapeuter aktualiserar kravet på legitimation för arbetsterapeuter.

Sveriges Psykologförbund ansåg i remissvar 14 mars 1991 att det fanns behov av behörighetsföreskrifter för arbetsterapeuter och att bestämmelser om legitimation för arbetsterapeuter borde införas i behörighetslagen.

Sveriges Socionomers, Personal & Förvaltningstjänstemäns Riksförbund (SSR) ansåg sig ej i remissvar 19 mars 1993 kunna uttala sig generellt om införande av legitimation och behörighetsföreskrifter för arbetsterapeuter men pekade på de gemensamma problem som finns för några yrkesgrupper och där det enligt förbundets mening fanns ett uppenbart behov av en fastare reglering av yrkesutövningen i form av införande av legitimations- och behörighetsföreskrifter.

Svenska kommunalarbetarförbundet anslöt sig i remissvar 13 mars 1991 till Socialstyrelsens uppfattning att legitimation för arbetsterapeuter inte i nuläget är nödvändig, en uppfattning som även framfördes av Landstingsförbundet i remissvar 21 mars 1991. *Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter* har i skrivelse till regeringen 1992-01-13 ånyo hemställt om att behörighetsföreskrifter införs för arbetsterapeuter. Förbundet har till kommittén översänt ett uttalande från 800 arbetsterapeuter vid ett arbetsterapiforum den 17 mars 1995 med krav på legitimation för arbetsterapeuter.

I skrivelse den 21 augusti 1995 har förbundet även hänvisat till följande riksdagsmotioner.
- Riksdagsmotion 1992/93 angående införande av behörighet och/eller legitimation för arbetsterapeuter, Fp Daniel Tarschys S26022 Britta Sundin m.fl.
- Riksdagsmotioner 93/94 angående legitimation för arbetsterapeuter, So478 Britta Sundin m.fl. och Behörighetsföreskrifter för arbetsterapeuter So508 Daniel Tarschys.
- Riksdagsmotioner 94/95 angående legitimation för arbetsterapeuter S26030 Britta Sundin m.fl. och C 372 Sivert Carlsson.

Utbildning

Arbetsterapeututbildningen var fram till år 1983 tre år (120 poäng). Mellan åren 1983 och 1993 var utbildningen 2,5 år (100 poäng) med möjlighet till vidareutbildning i arbetsterapi i två steg om vardera 20 poäng. Från och med år 1993 är arbetsterapeututbildningen åter 120 poäng. Den nya arbetsterapeututbildningen har byggts upp enligt akademiska förutsättningar vilket bl.a. innebär att huvudämnet arbetsterapi numera utgör minst 60 poäng. I tidigare utbildningsplaner integrerades arbetsterapiämnet med ämnen från andra vetenskaper. Först i samband med Rehabiliteringslinjens inrättande lyftes arbetsterapi fram som karaktärsämnet. Under de mer än tio år som gått sedan dess har ämnet förankrats vetenskap-ligt och kunskapsmassan har ökat. Forskning har väsentligt påverkat kunskapsutvecklingen inom ämnet och dess tillämpning.

Arbetsterapeutexamen uppnås enligt högskoleförordningen (yrkesexamen nr 5) efter fullgjorda kursfordringar om sammanlagt 120 poäng (3 år). Målen utöver de allmänna mål som anges i 1 kap. 9 § högskolelagen är att studenten skall ha
- förvärvat sådana kunskaper och färdigheter som fordras för att kunna arbeta självständigt som arbetsterapeut,
- förvärvat kunskaper och färdigheter i arbetsterapeutiska behandlingsmetoder och kunskap om sambandet mellan vetenskap och beprövad erfarenhet,
- utvecklat sin självkännedom och förmåga till inlevelse och därigenom med beaktande av ett etiskt förhållningssätt och en helhetsbild av människan, utvecklat sin förmåga till goda relationer med patienter och deras närstående
- förvärvat kännedom om förhållanden i samhället som påverkar människors hälsa samt kunna initiera och delta i hälsobefrämjande och förebyggande arbete.

Utöver dessa allmänna mål finns en stor frihet för de enskilda högskolorna att själva utforma utbildningen.

Arbetsterapeututbildningen ingick i den översyn av de medellånga vårdutbildningarna som dåvarande Universitets- och högskoleämbetet (UHÄ) gjorde år 1991. UHÄ uppgav i sin rapport att det framförts önskemål om att rehabiliteringslinjens båda utbildningar skulle brytas ut ur den gemensamma linjen och organiseras som arbetsterapeut- respektive sjukgymnastlinje samt att utbildningarna skulle förlängas från 100 till 120 poäng. Utbildningsministerns motivering till förlängning av arbetsterapeututbildningen var följande. "Goda sjukgymnaster och arbetsterapeuter sparar pengar för såväl samhället som enskilda genom rehabiliteringsinsatser, som innebär minskat personligt lidande, tidigare återgång till arbetet, mindre beroende av samhällets vård, hemtjänst m m. Dessutom minskar utbildade sjukgymnaster och arbetsterapeuter behovet av läkarinsatser."

Utbildningarna har sedermera förlängts till 120 poäng och delats upp i nyss nämnda arbetsterapiutbildning (yrkesexamen 5 i högskoleförordningen) och sjukgymnastutbildningen (yrkesutbildning nr 32 i högskoleförordningen).

Vad gäller arbetsterapeututbildningen får examina för denna endast avläggas på de högskolor som anges i en särskild bilaga A till högskoleförordningen. Enligt bilagan har landstingen i AB, E, F, M, T, AC, och BD län samt Göteborgs och Bohus vårdskoleförbund examinationsrätt med 187 utbildningsplatser för vårterminen 1995 och 212 platser för höstterminen 1995.

Arbetsuppgifter - Behandlingsmetod

Målet med arbetsterapi är att främja patientens möjligheter att leva ett värdefullt liv i enlighet med sina egna önskemål och behov och i förhållande till omgivningens krav. Arbetsterapeutens medel att nå detta mål består i att genom arbetsterapi utveckla patientens aktivitetsförmåga eller förhindra nedsatt aktivitetsförmåga och i förekommande fall kompensera den, så att patienten klarar sin dagliga livsföring.

Arbetsterapeutiska åtgärder skall vara individ- eller miljöinriktade och avser aktiviteter i patientens dagliga liv.

Arbetsterapi skall vara till för patienter som riskerar att få eller har fått nedsatt aktivitetsförmåga och som är i behov av stöd för att själva skapa förutsättningar för ett för individen värdefullt liv.

Arbetsterapeuten skall utreda och bedöma behov av arbetsterapi i förebyggande/habiliterande, behandlande och rehabiliterande syfte.

För den arbetsterapeutiska behandlingen skall arbetsterapeuten vid individinriktad arbetsterapi utforma ett individuellt åtgärdsprogram där patienten medverkar:

* Förebygga risk för nedsatt aktivitetsförmåga.
* Förbättra eller vidmakthålla aktivitetsförmåga.

* Kompensera om nedsatt aktivitetsförmåga föreligger.

Vid miljöinriktade åtgärder skall arbetsterapeuten:

* Utreda individens behov av förändringar i boendet, i skolan eller på arbetsplatsen.
* Utforma förslag till förändringar till exempel i boendet, skolan eller på arbetsplatsen.
* Genomföra bostads-, skol- och arbetsplatsanpassningar, självständigt eller i samarbete med andra.

I individ- och miljöinriktade uppgifter skall arbetsterapeuten vid behov utprova och ordinera såväl enkla som tekniskt avancerade hjälpmedel.

Arbetsterapeuten skall tillsammans med patienten utforma ett individuellt åtgärdsprogram/behandlingsplanering som omfattar följande steg:

* Identifiering av referensramar och modeller
* Insamling av data
* Analys av data
* Identifiering av tillgångar och svagheter
* Utveckling av behandlingsmetoder
* Genomföra behandlingsplanen
* Utvärdering av programmets effektivitet

Yrkesutövare m.m.

FSA har ungefär 7.200 medlemmar (augusti.1995). Av dessa är drygt 6.100 yrkesverksamma på hel- eller deltid. Knappt 1.100 är ej yrkesverksamma. Dessa är studenter, arbetslösa, föräldralediga, yrkesverksamma utomlands etc. Jämförelser mellan antalet medlemmar i FSA och det totala antalet utbildade arbetsterapeuter i Sverige enligt SCB:s utbildningsregister har visat att organisationsgraden och representativiteten i förbundet är ca 95%.

Av de yrkesverksamma arbetsterapeuterna är 22% anställda inom somatisk sjukvård, 18% inom primärvård, 15% inom kommunal äldre- och handikappomsorg, 11% inom omsorgsverksamhet, 7% inom psykiatrisk öppenvård, 5% inom barnhabilitering, 4% inom psykiatrisk slutenvård och 4% inom regionsjukvård. Resterande 14% arbetar inom flera olika områden: som privata vårdgivare och fria yrkesutövare, inom kriminalvård, i Arbetsmarknadsverket, på hjälpmedelscentraler och syncentraler samt med undervisning på högskolan. Ovanstående uppgifter bygger på FSA:s löneenkät från augusti 1994. Denna hade en svarsfrekvens på 90 %.

De flesta arbetsterapeuter arbetar alltså inom offentlig sektor. Huvuddelen av produktionen av svensk hälso- och sjukvård sker i landstings- eller primärkommunal regi. Det medför att 63% av

arbetsterapeuterna arbetar i landsting och 30% i primärkommuner. I statlig tjänst återfinns 2%. De arbetsterapeuter som arbetar inom enskild sektor, hos privata vårdgivare och som fria yrkesutövare utgör 5%.

Eftersom lagen om allmän försäkring (AFL) bara reglerar ersättning till läkare och sjukgymnaster har andra grupper inom hälso- och sjukvården stött på i det närmaste oöverstigliga hinder när man försökt att etablera alternativa produktionsformer i vården. Hos arbetsterapeuter finns både kunskap och intresse för att starta privat verksamhet, men ovan nämnda bestämmelse försvårar detta förnyelsearbete. Problemet har tagits upp i flera riksdagsmotioner utan att få en lösning. Ett annat problem, som lagt hinder i vägen för privat etablering, och som medför skillnader mellan olika yrkesgruppers förutsättningar att driva egen verksamhet, är skillnaderna i mervärdesskatt på vårdinsatser för olika behandlingsgrupper. Här finns en orättvisa som ytterligare försvårar den icke legitimerade yrkesgruppens möjlighet att etablera alternativa vårdformer.

Rättsliga regleringar m.m.

Arbetsterapeuter är inte legitimerade yrkesutövare och omfattas således inte av behörighetslagen. Däremot utgör de hälso- och sjukvårdspersonal enligt 1 § första stycket 6 i åliggandelagen. De omfattas således av såväl åliggandelagens som disciplinpåföljdslagens bestämmelser när de vidtar åtgärder för att förebygga, utreda eller behandla medicinska besvär både inom den offentliga och den privata sektorn.

Enligt 24 § HSL kan en arbetsterapeut inom ett verksamhetsområde som i huvudsak omfattar rehabilitering fullgöra de uppgifter som åligger en s.k. medicinsk ansvarig sjuksköterska (MAS). I det arbetet ingår bl.a. att svara för att beslut om att delegera ansvar för vårduppgifter är förenliga med säkerheten för patienterna samt att göra s.k. Lex Maria-anmälan.

Socialstyrelsen har utfärdat särskilda föreskrifter för tillämpning av den tidigare gällande tillsynslagen (1980:11) på arbetsterapeuter (SOSFS 1987:23) enligt vilken tillsynslagen skall omfatta alla arbetsterapeuter i sådan yrkesutövning, som avser åtgärder för att förebygga, utreda och behandla sjukdomar, skador, handikapp och andra medicinska besvär.

Socialstyrelsen har även givit ut allmänna råd SOSFS 1987:24 om kompetenskrav för arbetsterapeuttjänster.

Arbetsterapeuten har skyldighet att föra patientjournal som omfattar datainsamling, problemformulering, mål med behandlingen, vidtagna åtgärder och uppnådda resultat.

Arbetsterapeuten har författningsgrundad skyldighet att utfärda intyg.

Arbetsterapeuten har skyldighet att bedriva fortlöpande systematiskt och dokumenterat kvalitetssäkringsarbete.

Arbetsterapeutens åligganden i sin yrkesutövning framgår även av befattningsbeskrivning samt arbetsterapeutens etiska kod som är ett komplement till de lagar som är aktuella vid yrkesutövning.

Internationella förhållanden

Arbetsterapeut är reglerat yrke i hela Norden, exklusive Sverige, samt i ytterligare 7 länder i västra Europa (källa: Chart - Committée of Occupational Therapists in the European Community). Flera av dessa länder utgör en viktig arbetsmarknad för svenska arbetsterapeuter, exempelvis Norge, England, Danmark, Nederländerna och Schweiz. Bland länder som inte har någon registrering eller legitimation finns några som saknar godkända arbetsterapeututbildningar inom landet, exempelvis Italien, vilket delvis förklarar avsaknaden av nationell reglering. Dessutom är arbetsterapeutyrket reglerat i många länder utanför Europa.

Arbetsterapeututbildningarna i Sverige är alla godkända av världsorganisationen World Federation of Occupational Therapists (WFOT) och antalet arbetsterapeuter i Sverige är relativt stort jämfört med många länder i Europa. Kravet på två års tjänstgöring enligt det första generella direktivet för erhållande av kompetensbevis kan drabba svenska arbetsterapeuter som åker ut i Europa för att arbeta.

Arbetsterapeututbildningar från före detta öststater är inte godkända av WFOT och uppfyller inte den minimistandard världsorganisationen fastställt. Detsamma gäller flera utbildningar i Tyskland (från före detta Västtyskland). Med ökad internationell rörlighet och öppna gränser kommer personer med dessa icke fullgoda utbildningar att etablera sig på den svenska arbetsmarknaden och principiellt skulle dessa kunna anställas som arbetsterapeuter i Sverige.

Arbetsterapeuter omfattas av den nordiska överenskommelsen från 1981 om godkännande av vissa yrkesgrupper för verksamhet inom hälso- och sjukvården. Arbetsterapeutyrket är reglerat i de övriga nordiska länderna och svenska arbetsterapeuter erhåller sin legitimation/behörighet vid arbete i annat nordiskt land.

Audionomer (tidigare hörselvårdsassistenter)

Framställningar

Till kommittén har inlämnats två skrivelser från Sveriges kommunaltjänstemannaförbund (SKTF) ställda till sjukvårdsministern och Socialdepartementet där SKTF framställt önskemål om yrkeslegitimation för hörselvårdsassistenter. SKTF skriver följande.

> I takt med den ökade privatiseringen av sjuk- och hälsovårdstjänster ställs krav på yrkeslegitimation för olika yrkesgrupper. Motiveringen för detta är i första hand att garantera patientsäkerheten. Hörselvårdsassistenterna utför ett självständigt och kvalificerat arbete vilket medför att yrkeskåren innehar en unik kompetens. Någon direkt arbetsledning saknas ofta. Just yrkets självständighet understryker vikten av en egen legitimation. Detta skulle befästa den verklighet som redan existerar.

I den senare skrivelsen konstaterar SKTF att hörselvårdsassistentföreningen, en yrkesförening för hörselvårdsassistenter, beslutat att verka för ett titelbyte från hörselvårdsassistenter till audionomer och att SKTF stöder detta krav.

Svenska Audionomföreningen och SKTF har deltagit i en av kommitténs hearingar vid vilken önskemål om legitimation för audionomer framfördes.

Kommitten diskuterar audionomernas verksamhet i *avsnitt 10.3.1.*

Arbetsuppgifter - Behandlingsmetod

Audionomer arbetar självständigt med diagnostisering av hörselskador och rehabilitering av personer med hörselnedsättning. I arbetsuppgifterna ingår att förebygga att hörselskador uppkommer. I rehabiliteringen ingår bl.a. information, utprovning och utvärdering av hörseltekniska hjälpmedel.

Utbildning

Audionomutbildningen (tidigare hörselvårdslinjen) tillhör de utbildningar på högskolenivå som saknar central reglering. Den erbjuds för närvarande som en treårig högskoleutbildning. Utbildning finns i Göteborg, Lund, Stockholm och Örebro. I programmet för audionomutbildningen vid Hälsohögskolan i Stockholm anges att audionomens arbete bygger på en integrerad ämnesförankring i beteendevetenskap, teknik och medicin. Arbetet syftar till att utifrån individens behov och förutsättningar optimera förhållandet mellan hörsel, hörselteknik och kommunikation. Förutom hörselprofylax arbetar audionomen i

huvudsak med utredning av hörseln genom hörselmätningar och intervju samt med habilitering/rehabilitering av hörselskadade där moment som behovsutredning, hjälpmedelsutprovning och utvärdering ingår. Audionomen har en betydande pedagogisk roll och bedriver undervisning såväl individuellt som i grupp.

Audionomprogrammet vid Hälsohögskolan i Stockholm består av 22 delkurser varav 10 i huvudämnet audionomi och 6 i biämnena naturvetenskap respektive beteendevetenskap.

Yrkesutövare m.m.

Enligt landstingsförbundets statistik för år 1991 fanns då 570 landstingsanställda hörselvårdsassistenter (varav 16 audiometriser). Härutöver fanns 71 hörselpedagoger och 34 hörselvårdskonsulenter. Enligt Svenska audionomföreningen fanns år 1995 uppskattningsvis cirka 700 färdigutbildade audionomer i Sverige. Föreningen har 626 medlemmar (inkluderat studerande) år 1995.

Rättsliga regleringar

Audionomer är hälso- och sjukvårdspersonal enligt 1 § första stycket 2 och 3 i åliggandelagen och omfattas i den utsträckning som där anges av såväl av denna lag som disciplinpåföljdslagen.

Biomedicinska analytiker (laboratorieassistenter)

Framställningar

Vårdförbundet SHSTF och Institutet för biomedicinsk laboratorievetenskap (IBL) har i skrivelser och vid en hearing med kommittén framställt önskemål om legitimering av biomedicinska analytiker. Dessutom har önskemål om en yrkesexamen framförts samt, med anledning av Medanalysfallet, att biomedicinska analytikers yrkesverksamhet regleras och att Socialstyrelsen under alla förhållanden får tillsyn över verksamheten vid alla privata laboratorier.

Man har också poängterat att laboratoriemedicinen inte längre så gott som uteslutande bedrivs i offentlig regi utan att den nu bedrivs i olika driftsformer, både i privat regi och som kommunala bolag. Detta har lett till att allt fler biomedicinska analytiker är anställda inom privat laboratorieverksamhet eller själva bedriver sådan verksamhet.

Kommittén har även haft tillgång till en del äldre skrivelser och material som bl.a. vårdförbundet SHSTF gett in till Socialdepartementet.

Kommittén diskuterar de biomedicinska analytikernas verksamhet i *avsnitt 10.3.2.*

Arbetsuppgifter

Biomedicinska analytiker utför kvalificerat laboratoriearbete huvudsakligen inom det medicinska området och medverkar därigenom till att diagnos kan ställas och terapi sättas in. Biomedicinska analytiker ansvarar för det tekniska utförandet av analyser och undersökningar samt för den rutinmässiga driften av de vanligaste typerna av analysinstrument. Biomedicinska analytiker ansvarar för patienten vid bl.a. fysiologiska undersökningar och för humanmaterial av olika slag såsom kroppsvätskor och vävnadsmaterial. I arbetsuppgifterna ingår bearbetning, redovisning, bedömning och preliminär utvärdering av mät- och undersökningsresultat. Även djurförsök kan ingå. I analyskedjan ansvarar biomedicinska analytiker för att rätt prov analyseras, att analysen och undersökningen sker på ett korrekt sätt med tillförlitliga metoder och bedömer svarets rimlighet. Inom några laboratoriediscipliner ansvarar biomedicinska analytiker också för analyssvaret. Biomedicinska analytiker är verksamma vid sjukhuslaboratorier, vetenskapliga laboratorier, inom medicinska institutioner, miljö- och hälsoskyddsnämnder, läkemedelsindustrier m.m. Biomedicinska analytiker deltar också i biomedicinskt forsknings- och utvecklingsarbete.

Såväl vårdförbundet SHSTF som IBL har i skrivelser på ett utförligare sätt än som här redovisas beskrivit de biomedicinska analytikernas arbetsuppgifter och utbildning.

Utbildning

Utbildningen är en teknisk/naturvetenskaplig utbildning. År 1982 inrättades en medicinsk servicelinje. Beteckningen ändrades år 1985 till laboratoriesassistentlinjen och omfattade 90 poäng. Genom 1993 års högskolereform erbjuds för närvarande en 3-årig utbildning (120 poäng). Syftet med utbildningen var att de studerande skulle förvärva de kunskaper och färdigheter som fordrades för att självständigt kunna arbeta som biomedicinska analytiker inom skilda slag av laboratorier i samhället. Utbildningen skulle också stimulera de studerande till medverkan i en kontinuerlig kunskapsutveckling inom karaktärsämnet biomedicinsk laboratorievetenskap.

Utbildningen ges i dag vid 13 av vårdhögskolorna. Det finns numer sexton utbildningsprogram med ett tiotal olika benämningar. Vanligast är benämningen biomedicinsk laboratorievetenskap. Andra beteck-

ningar är klinisk diagnostisk fysiologi, medicinsk laboratorievetenskap och miljömedicinsk laboratorievetenskap.

De ämnen som huvudsakligen ligger till grund för utbildningen och yrkesverksamheten är medicin, laboratoriemetodik, naturvetenskap och teknik. Huvudämnet är biomedicinsk laboratorievetenskap.

Utbildningen upptas inte i högskoleförordningen och leder således inte till någon yrkesexamen.

(Litteratur, se även SHSTF:s utbildningspolitiska programserie, om biomedicinska analytiker *Högskoleutbildning efter juli 1993 Laboratorieassistentutbildningen En uppföljning, november 1994* i vilken frågan om biomedicinska analytikernas utbildning, yrkesroll och framtid diskuteras ingående. I skriften föreslås bl.a. att utbildningen leder till en yrkesexamen och att man tillämpar en enhetlig benämning på utbildningen.)

Yrkesutövare m.m.

Antalet yrkesverksamma uppgår totalt till cirka 12.000 varav cirka 9.000 arbetar inom den direkta hälso- och sjukvården. SHSTF organiserar 11.272 biomedicinska analytiker/laboratorieassistenter. Enligt IBL finns år 1995 cirka 12 500 biomedicinska analytiker/-laboratorieassistenter. Härav representerar institutet cirka 10 500 medlemmar.

Internationella förhållanden

Inom EU har de flesta länder en treårig utbildning för biomedicinska analytiker med generell inriktning. Majoriteten av länderna hänför sin utbildning till det första direktivet vilket innebär att de har en treårig eftergymnasial utbildning. Flera av länderna har också reglerat yrket genom någon form av auktorisation eller annat offentligt godkännande. (En utförligare genomgång av de europeiska ländernas utbildningar m.m. finns i boken *International Directory of Medical Laboratory Science Education: European Countries '94,* utgiven av International Association of Medical Laboratory Technologists.)

Rättsliga regleringar m.m.

Biomedicinska analytiker är hälso- och sjukvårdspersonal i den utsträckning de omfattas av bestämmelserna i 1 § första stycket 2 och 3 åliggandelagen. I sådant fall omfattas de även av disciplinpåföljdslagen. I annat fall kan de eventuellt omfattas av kvacksalverilagen.

Genom införandet av lagen (1996:794) om tillsyn över hälso- och sjukvården ställs även privata laboratoriers verksamhet under Socialstyrelsens tillsyn (se prop. 1995/96:176).

Kompetenskraven för tjänstgöring som laboratorieassistent finns angivna i Socialstyrelsens allmänna råd, SOSFS 1987:30.

Särskilda program för kvalitetssäkring inom laboratorieverksamheten har utarbetats inom SEQLA (Svensk extern Kvalitetssäkring inom Laboratoriemedicinen) som ägs gemensamt av Landstingsförbundet, Svenska Läkaresällskapet och IBL.

Cytologassistenter

Framställningar

Riksföreningen för klinisk cytologi har i skrivelser framställt önskemål om legitimation av cytologassistenter och därvid anfört bl.a. följande.

> Cytologassistenter är en icke legitimerad yrkeskår inom Hälso- och sjukvården, såväl offentlig som privat, som självständigt bedömer om en patient har någon form av cancer eller ej, alternativt behöver behandling eller ej. Cytologisk diagnostik sker inte efter en mall, utan sker helt efter den kunskap och det omdöme som den enskilda person som bedömer ett prov besitter. Detta gäller såväl för cytologassistenter som cytologläkare. Cytologassistenten har många gånger samma diagnostiska ansvar som läkaren.

För att ytterligare belysa cytologassistenternas arbetsuppgifter och diagnostiska ansvar har riksföreningen bifogat exempel på befattningsbeskrivningar, funktions- och utbildningsbeskrivningar samt cytologassistenternas avnämares syn på deras yrkesfunktion.

Till kommittén har från Socialdepartementet överlämnats en skrivelse från Institutet för biomedicinsk laboratorievetenskap (IBL) där problemen med utbildning av cytologassistenter samt behovet av legitimation för dem och biomedicinska analytiker behandlas.

Arbetsuppgifter - behandlingsmetod

Cytologassistentens huvuduppgift är enligt riksföreningen att i mikroskop upptäcka cancerceller eller andra cancerförändringar i cellprover från olika organ. Cytologassistenten ansvarar för och besvarar självständigt merparten av all exfoliativ cytologi samt gör en bedömning av aspirationscytologiska prov. Vidare ingår ett övergripande ansvar för preparering av alla prover. Cytologassistenten medverkar i omvårdnad av patienten vid aspirationscytologiska undersökningar.

Utbildning

Cytologassistenten har en laboratorieassistentutbildning på högskolenivå på 3 år (120 poäng) påbyggd med en specialistutbilding på 24 poäng i klinisk cytologi. (Angående laboratorieassistentutbildningen, se biomedicinska analytiker). Kommittén diskuterar cytologutbildningen i avsnitt 6.4.2.

Yrkesutövare m.m.

Enligt SHSTF:s statistik för december 1994 fanns 292 cytologassistenter. Enligt en uppskattning från Riksföreningen för klinisk cytologi fanns det cirka 300 yrkesutövare i Sverige år 1995. Föreningen hade 272 medlemmar i april 1995.

Rättsliga regleringar

Cytologassistenter är hälso- och sjukvårdspersonal i den omfattning som anges i 1 § första stycket 2 och 3 i åliggandelagen. De omfattas då även av disciplinpåföljdslagen.

Dietister

Framställningar

Kommittén diskuterar dietisternas verksamhet även i *avsnitt 10.3.3*.

Dietisterna organiseras inom Agrifack i Dietisternas Riksförbund (DRF) som representerar cirka 95 procent av de verksamma dietisterna. Agrifack har i skrivelser och vid en hearing med kommittén utförligt redovisat dietisternas utbildning, arbetsuppgifter samt tidigare aktiviteter från deras sida för att erhålla legitimation. För kommittén har också funnits tillgängligt ett flertal riksdagsmotioner från senare år samt socialutskottets betänkanden 1989/90:SoU11, 1991/92:SoU5 och 1992/93:SoU1 där bl.a. frågan om legitimation eller annan behörighet för dietister behandlats.

Med hänvisning till de ingivna skrivelserna har Agifack begärt att dietister erhåller legitimation eller motsvarande behörighet. Som skäl för denna begäran pekar man bl.a. på att

- dietisten arbetar mycket självständigt och är den enda yrkesgrupp med näringsterapeutisk utbildning med medicinsk inriktning,
- dietisten konsulteras i behandlande och/eller förebyggande syfte vid olika diagnos/nutritionsproblem (Nutrition=näringsfysiologi). Konsultering sker efter remiss från läkare eller direkt,
- arbetet innebär omedelbar kontakt med patienten,

- dietisten har eget behandlingsansvar och kostbehandlingen ges som en del av eller enda behandling. Åtgärder dokumenteras, följs upp och utvärderas av dietisten.

Arbetsuppgifter - behandlingsmetod

Enligt Agrifack konsulteras dietisten i behandlande och/eller förebyggande syfte vid olika diagnoser/nutritionsproblem. Konsultering sker efter remiss från läkare eller direkt. Dietisten skall teoretiskt sett svara för den kostbehandling som läkare ordinerar, men i praktiken får dietisten det största ansvaret då det är hon eller han som har de speciella yrkeskunskaper som ingen annan yrkesgrupp besitter. Kostbehandling kan erbjudas vid ett flertal sjukdomar. I dietistverksamheten ingår även förebyggande verksamhet, deltagande i olika hälsoprojekt samt undervisning för patienter, anhöriga, allmänhet och olika yrkesgrupper.

Utbildning

Sedan år 1978 har det funnits en särskild dietistexamen. År 1987 inrättades linjen Kostekonomi och Kostterapi där kostekonomer och dietister samläste två terminer. I samband med högskolereformen år 1993 avskaffades själva dietistexamen men utbildningen finns kvar. Högskoleutbildning finns i dag på tre universitet - Göteborg(fil.kand i dietik), Umeå (kandidatexamen med kostterapeutisk inriktning) och Uppsala (fil.kand som dietist). Utbildningen är treårig (120 poäng). I grundutbildningen ingår främst näringslära, livsmedelskunskap, kostsociologi, fysiologi, sjukdoms- och hälsolära, dietik samt psykologi och pedagogik. Möjlighet till vidareutbildning (magisterexamen) är under utveckling.

Yrkesutövare m.m.

Enligt uppgift från Agrifack finns det idag cirka 550 dietister i Sverige varav 498 är anslutna till Dietisternas Riksförbund DRF/Agrifack och högst 40 till Svensk Dietistförening. I landet finns det totalt 350 dietisttjänster och cirka 200 av dessa finns på sjukhus medan knappt 100 finns inom primärvården. Kommunerna har därut-över 10 anställda dietister medan cirka 10 är knutna till utbildningsinstitutionerna. Övriga aktiva yrkesutövare är privatanställda eller har egna företag.

Vissa internationella förhållanden

Enligt uppgift är dietisten legitimerad, registrerad eller auktoriserad i Danmark, Grekland, Island, Nederländerna, Schweiz och Storbritannien. Titeln är namnskyddad i Finland (näringsterapeut) och i Norge (näringsfysiolog). Legitimerade dietister finns även i Australien, Kanada, Nya Zeeland och USA.

Rättsliga regleringar

Dietister är hälso- och sjukvårdspersonal i den utsträckning de omfattas av 1 § första stycket 2 eller 3 åliggandelagen och omfattas i sådan yrkesutövning av denna lag och disciplinpåföljdslagen (jfr. prop. 1993/94:149 s. 58).

Farmaceuter

Framställningar m.m.

Läkemedelsförsörjningsutredningen (utredare riksdagsledamoten Margit Gennser) föreslog i sitt delbetänkande *Läkemedel och kompetens (SOU 1993:106)* legitimation för farmaceuter. Motiveringen till detta var främst utredarens förslag angående en liberalisering av detaljhandeln med receptfria läkemedel samt förslaget att göra apoteken mer självständiga. I brev till vår kommitté anför utredaren angående behovet av legitimation för farmaceuter att samtliga farmaceuter dvs. apotekare, farmacie kandidater och receptarier, kan vara verksamhetsansvariga på apotek och egenvårdsapotek och har vid receptexpedition ett personligt ansvar för varje enskild expedition av läkemedel. Enligt utredaren är legitimering ett instrument som samhället har för att markera lägsta godtagbara nivå för vissa yrkesutövare. Legitimeringen utgör samtidigt ett skydd för konsumenterna mot olämplig yrkesutövning. När legitimation införs skall naturligtvis också delegitimering kunna tillgripas för olämpliga yrkesutövare. Detta skulle, enligt utredaren, underlätta Läkemedelsverkets och Socialstyrelsens tillsynsarbete.

Utredaren föreslog legitimation av farmaceuter i Sverige, i likhet med farmaceuter i andra EES-länder och i analogi med annan hälso- och sjukvårdspersonal i Sverige. Legitimation och delegitimation av farmaceuter bör ske av Socialstyrelsen.

I en särskild skrift har Sveriges Farmacevtförbund översänt sina etiska riktlinjer för farmaceuter till kommittén. Förbundet har också vid en av kommittén anordnad hearing tillsammans med Farmaciför-

bundet framfört sina önskemål. Farmaciförbundet organiserar landets apotekstekniker och 25-30 procent av receptarierna.

Arbetsuppgifter

Apotekare återfinns oftast på större och medelstora apotek. Flertalet deltar i viss utsträckning i det löpande exepeditionsarbetet. I övrigt ligger tyngdpunkten på arbetet vanligtvis inom informationsområdet. Det kan innebära att ansvara för information och fortbildning för apotekets personal men också att ansvara för extern läkemedelsinformation. Flertalet apotekare har i dag betydande kontakter med den lokala sjukvården, inte minst på läkarsidan. Allt fler apotekare sysslar med regelbunden informationsservice om nya läkemedel/utveckling av läkemedel och läkemedelsanvändningen inom sjukvården samt svarar för annan service som apoteket kan lämna i form av statistik etc. De flesta apotekare har arbetsledande uppgifter.

Apotekare på sjukhusapotek medverkar/svarar för beredningsverksamhet (t.ex. dialysvätskor och cytostatika), deltar i läkemedelskommittéarbete (oftast som sekreterare i kommittén) samt svarar för läkemedelsinformationen till olika grupper inom sjukhuset och medverkar i klinisk utbildningsverksamhet och i klinikorienterad farmaci, dvs. i rådgivande farmaceutiska insatser mot vårdavdelningarna.

Receptarierna är i första hand behöriga att expediera och kontrollera läkemedel till kunder i ett apotek. Receptarier kan förestå ett apotek och utbildningen är också ändamålsenlig för anställningar inom läkemedelskontrollen och inom forskningslaboratorier.

Receptarierna ansvarar således för interninformation på framför allt mindre och medelstora apotek. De ansvarar också för personalplanering och bemanningsfrågor, extern information och utbildning om läkemedel till exempelvis skolor, hemsamariter, daghemspersonal och olika patientgrupper. Till de externa arbetsuppgifterna kan också höra att inspektera läkemedelshanteringen på servicehus och läkarmottagningar samt att svara för leveranser till dessa. Inte minst på små apotek, framför allt vårdcentralapotek, har många receptarier dagliga kontakter med den lokala sjukvården. Arbetsledning för dosexpeditionsverksamhet har också utvecklats till en relativt vanlig arbetsuppgift. För receptarier verksamma på sjukhusapotek tillkommer en i allmänhet betydande beredningsverksamhet, dvs. tillverkning av läkemedel för bruk inom sjukhuset (t.ex. cytostatika, radiofarmaka). Inspektionsverksamhet/kvalitetssäkringsarbete gentemot sjukvården vid vårdavdelningar är också en vanlig arbetsuppgift liksom ansvar för leveranser av läkemedel. Personalledande arbetsuppgifter förekommer både på öppenvårdsapotek och sjukhusapotek.

Utbildning

Utbildningen av farmaceuter sker på två vägar, dels som apotekare och dels som receptarie. Utbildningarna sker vid faramaceutiska fakulteten vid Uppsala universitet.

Apotekarutbildningen omfattar fyra och ett halvt års högskolestudier jämte ett halvt års apotekspraktik (200 poäng - apotekarprogrammet). Härtill kommer ett halvt års apotekspraktik. I utbildningen ingår bl.a. fördjupningkurser i kemi och biologi för läkemedelsområdet, utbildning om läkemedel i biologiska system, läkemedelsframställning och teknisk hantering.

Receptarieutbildningen omfattar två års högskolestudier (80 poäng).

Yrkesutövare m.m.

Enligt statistik i Läkemedelsförsörjningsutredningens delbetänkande *Läkemedel och kompetens (SOU 1993:106)* var år 1991 antalet apotekare totalt 1670 varav 875 var apoteksanställda, 630 anställda av läkemedelsindustrin, 77 vid olika myndigheter och 88 på farmaceutiska fakulteten. Antalet receptarier var enligt samma statistik totalt 4.748 varav 4.385 vara apoteksanställda, 307 anställda av läkemedelsindustrin, 49 vid olika myndigheter och 7 vid farmaceutiska fakulteten. Härutöver fanns 120 personer, såväl apotekare som receptarier anställda på andra arbetsplatser.

Enligt uppgift från Ulf Janzon på Nordiska läkemedelsnämnden (sekreterare i Läkemedelsförsörjningsutredningen) fanns i Sverige år 1994 närmare 7.000 yrkesverksamma farmaceuter. Cirka 5.700 var verksamma inom Apoteksbolaget AB, cirka 1.000 återfanns inom läkemedelsindustrin och övriga - knappt 300 - inom offentlig verksamhet, i första hand Läkemedelsverket och Farmaceutiska fakulteten.

Inom Apoteksbolaget finns cirka 4.900 receptarier och 900 apotekare. Av landets cirka 850 apotekschefer är drygt 500 receptarier och övriga apotekare. Inom läkemedelsindustrin verkar cirka 700 apotekare och 300 receptarier. Inom den offentliga sektorn återfinns cirka 200 apotekare och närmare 100 receptarier.

Enligt Farmaciförbundet finns det i dag cirka 2.300 apotekstekniker. Den gymnasieutbildning de genomgick upphörde 1982. Apotekstekniker kommer dock att finnas kvar den närmaste 20-årsperioden enligt förbundet.

Internationella förhållanden

I det stora flertalet av EES-länderna är apotekare legitimerade. En motsvarighet till receptarier finns bara i Norge och Finland. I Finland har receptarier legitimation medan i Norge varken apotekare eller receptarier legitimeras.(Norge överväger för närvarande att införa legititmation av farmaceuter, då problem finns med att avskilja olämpliga yrkesutövare från yrket.)

Rättsliga regleringar

Apotekares och receptariers verksamhet regleras i 7 § behörighetslagen såvitt avser tillträde till yrket och i 24 § behörighetsförordningen vad gäller utländska utbildningar. Enligt 1 § första stycket 4 i åliggandelagen är såväl apotekare som receptarier hälso- och sjukvårdspersonal. De omfattas således även av disciplinpåföljdslagen.

Fotterapeuter

Framställningar m.m.

I samband med ett möte i Köpenhamn i december 1991 med fotterapeutföreningarna i de nordiska länderna diskuterades möjligheten av en gemensam arbetsmarknad för fotterapeuter i Norden. Man konstaterade att det är mycket stora skillnader mellan de nordiska länderna angående hur man arbetade för att säkra kvaliteten i behandlingen av patienter. Det enda land som inte har någon form av rättsligt skydd för fotterapeuter är Sverige. Man föreslog därför i en skrivelse till socialministern att Sverige snarast möjligt inför en reglering så att fotterapeuternas verksamhet skyddas och auktoriseras. Som exempel på en sådan reglering har nämnts den danska lagen om fotterapeuter och den danska sundhetstyrelsens retningslinier. Man hemställde också om att få diskutera frågan vid ett möte med socialministern.

Representanter för olika fotterapeutföreningar i Sverige har i skrivelser och vid en av kommitténs hearingar redogjort för sin verksamhet.

Kommitténs sekretariat har besökt diabetesmottagningen vid Universitetssjukhuset i Lund samt sammanträffat med representanter för Svenska Diabetesförbundet som understrukit behovet av legitimation för utövare av medicinsk fotvård.

Arbetsuppgifter - Behandlingsmetod - Utbildning

Kommittén har i ett särskilt avsnitt i detta betänkande behandlat den medicinska fotvården, *se avsnitt 10.4.4*. I det avsnittet redovisas såväl utbildning som behandling samt vissa ställningstaganden från kommitténs sida.

Yrkesutövare m.m.

Enligt en uppskattning av Sveriges Fotterapeuters Riksförbund (SFR) finns idag omkring 3 000 yrkesutövare inom fotvården, skönhetssalongernas pedikyr oräknad. SFR har 700 medlemmar. För att bli medlem krävs allmän sjukvårdsutbildning plus fotvårdskurs.

Rättsliga regleringar

Om fotvård utförs av enskilda yrkesutövare omfattas dessa av kvacksalverilagens bestämmelser. Om fotvården däremot utförs inom ramen för offentlig hälso- och sjukvård som angetts ovan är den personal som utför vården hälso- och sjukvårdspersonal i den utsträckning de omfattas av 1 § första stycket 2 eller 3 i åliggandelagen. De omfattas då även av disciplinpåföljdslagen.

Medicinsk fotvård är dessutom befriad från skyldighet att erlägga mervärdessskatt.

Fotzonterapeuter

Framställningar m.m.

Svenska Fotzonterapeuters Riksförbund (SFRF) har i skrivelse och vid en av kommitténs hearingar framställt önskemål om legitimation eller någon alternativ form av skydd för yrkesbeteckningen. SFRF har angett att förbundet bildades år 1978 och är ett yrkesförbund för zonterapeuter med god medicinsk utbildning och goda kunskaper inom zonterapi. SFRF anordnar egna auktorisationsprov som kontrolleras av en legitimerad läkare och två zonterapeuter varav en är legitimerad sjuksköterska och den andra förbundets utbildningsledare. Medlemmar i SFRF har ansvarsförsäkring. SFRF tillhör Kommittén för alternativmedicin (KAM) alltsedan starten år 1984. KAM kan också meddela medicinsk auktorisation. SFRF framhåller att det är angeläget att ha en skyddad yrkestitel, som anger att utbildningen är godkänd av myndighet. Möjlighet till samarbete med läkare - som t.ex. i Danmark - kanske öppnar sig i och med en registrering/legitimation. SFRF poängterar att det kan finnas vissa risker med zonterapi om man inte

iakttar försiktighet. Missfall och för tidig förlossning, hjärtreaktioner, astmaanfall kan utlösas. Personer med pacemaker, inopererade proteser och transplanterade organ bör inte behandlas.

Arbetsuppgifter - behandlingsmetod

Enligt Alternativmedicinkommitténs betänkande (SOU 1989:62) Alternativa terapier i Sverige - En kartläggning bygger fotzonterapi på ett samband mellan olika zoner på fötterna och olika delar av kroppen. Genom massage på dessa zoner söker man upptäcka och behandla olika störningar. Det finns olika teorier om hur zonterapin fungerar varav några är mer företrädda än andra. Någon form av zonterapi har använts i många delar av världen sedan lång tid tillbaka. Under början av 1900-talet utvecklades metoden av den amerikanske läkaren William H. Fitzgerald. Han delade in kroppen i fem olika vertikala zoner. Tre områden beskrevs som representerade hela kroppen - munhålan, händerna och fötterna. Enligt zonindelningen på fötterna motsvaras t.ex. ryggraden av fotens insida. Enligt SFRF aktiverar zonterapin de s.k. energibanorna som finns mellan yttre och inre organ, varvid kroppen stimuleras till självläkning. Zonterapi kan användas för ett stort antal störningar, t.ex. huvudvärk, smärtor i rygg och leder, urinvägsbesvär och matsmältningsproblem samt olika inflammationer.

Utbildning

För medlemskap i SFRF krävs basmedicinsk utbildning i anatomi, fysiologi, sjukdomslära på lägst 20 högskolepoäng motsvarande sjuksköterskeutbildning i dessa ämnen. Undervisningen skall vara ledd av legitimerad läkare. Härutöver krävs kunskaper i anamnes, blodtryck och viss enklare klinisk undersökning. Till detta kommer specialutbildning i zonterapi på någon av de skolor som SFRF godkänt samt 60 timmars praktik hos minst tre av SFRF:s medlemmar som varit yrkesverksamma i minst ett år.

Den medicinska auktorisationen av KAM innebär för att erhålla titeln Auktoriserad kroppsterapeut krav på 20 högskolepoäng i anatomi, fysiologi, sjukdomslära. För att erhålla titeln Auktoriserad alternativmedicinare krävs 40 högskolepoäng. Vissa övergångsbestämmelser finns.

Yrkesutövare m.m.

SFRF har enligt egen uppgift 75 yrkesverksamma auktoriserade medlemmar samt 16 ej yrkesverksamma medlemmar.

Rättsliga regleringar

Fotzonterapeuter omfattas av kvacksalverilagens bestämmelser.

Gestaltterapeuter

Framställningar m.m.

Angående gestaltterapeuternas framställningar, utbildning och verksamhet hänvisas till *avsnitt 12 Psykologer och psykoterapeuter*.

Hemtjänstassistenter

Framställningar m.m.

Angående hemtjänstassistenternas verksamhet m.m. hänvisas till *avsnitt 15 Behörighetsfrågor inom socialtjänsten m.m.*

Homeopater

Framställningar m.m.

Hahnemann Collegium är enligt egen uppgift Sveriges största förbund för homeopater. I skrivelser och vid hearing har de yrkat att homeopater tilldelas legitimation, under förutsättning att adekvat homeopatisk utbildning kan uppvisas. Enligt undertecknarna av skrivelserna utgör homeopati en form av sjukvård och homeopati är även i de flesta delar av världen en erkänd behandlingsform och företrädd vid universitet. Forskning i homeopati har även påbörjats i Sverige. I och med den nya läkemedelslagens ikraftträdande den 1 juli 1993 har homeopatiska läkemedel och därmed homeopati, enligt undertecknarna, i princip auktoriserats av staten. Av den anledningen bör även homeopater komma ifråga för legitimation. Homeopati är enligt undertecknarna ingen alternativ medicin utan ett komplement till gängse medicin. Homeopatin väljs oftast som ett "komplement" till eller som ett led i en tidigare behandling som patienten möjligtvis inte var fullt tillfredställd med eller som inte förmådde bota patienten helt. Av den anledningen bör komplementärmedicin vara det korrekta uttrycket.

Svenska Akademin för Klassisk Homeopati (SAKH) har i skrivelser och vid hearing angett att deras verksamhet *inte* är så farlig att det finns anledning att skydda den genom en statlig reglering. Däremot anser man att homeopater bör ha en god utbildning i basmedicin och homeopati så att homeopaten kan avgöra om patientens tillstånd är

sådant att det kräver läkar- eller sjukhusvård. Av den anledningen är man positiv till en legitimation/registrering.

Akademin har även ingett namnlistor med krav på att frågan om behandling med homeopati av barn under åtta år skall kunn avgöras av föräldrarna själva.

Arbetsuppgifter - Behandlingsmetod

Homeopati är enligt Nationalencyklopedin (NE) en icke-vetenskaplig lära om sjukdomsbehandling som introducerades år 1810 av den tyske läkaren Samuel Hahnemann. Homeopatin bygger på antagandet att en sjukdom kan botas genom tillförsel av extremt små mängder av det ämne som hos friska framkallar effekt som liknar sjukdomens symtom. Tillförsel av ämnet sker efter en serie utspädningar varigenom ämnets halt i den tillförda lösningen blir extremt låg. Eftersom inga biologiskt aktiva ämnen har någon säkerställd effekt vid så låga halter torde, sägs det, eventuellt tillfrisknande bero på självläkning.

Utbildning

Enligt Alternativmedicinkommittén finns flera längre utbildningar som är inriktade på homeopati. I Alternativmedicinkommitténs betänkande nämns *Arcanum* i Göteborg som bedrivit utbildning i homeopati i ett femtontal år. Den totala studietiden för homeopatikurs är två år, antalet föreläsningar cirka 190. *Stiftelsen Hahnemann Skolan* i Göteborg ger en tvåårig deltidsutbildning i homeopati. Kurskrav är medicinska förkunskaper motsvarande minst undersköterska eller medicinsk grundkurs från annan alternativmedicinsk utbildning godkänd av Svenska Homeopraktikers Riksförbund. Kursen omfattar 75 undervisningstimmar fördelade på fyra veckoslutsseminarier till vilket kommer självstudier med prov och fem praktikseminarier. *Svenska Institutet för Klassisk Homeopati* startade hösten 1986 verksamhet i Norrköping med en tvåårig utbildning med sammanlagt 120 undervisningstimmar fördelade på fem veckoslut per år.

Yrkesutövare m.m.

Enligt uppgift i Alternativmedicinkommitténs betänkande (SOU 1989:60 s. 196) finns det enligt alternativmedicinska förbund grovt uppskattat ett tusental utövare av homeopati.

Enligt Alternativmedicinkommitténs betänkande (SOU 1989:62 s. 355) finns i Svenska Homeopraktikers Riksförbund 102 aktiva medlemmar och 96 studiemedlemmar.

Svenska Akademin för Klassisk Homeopati har uppgivit att de år 1995 har cirka 35 yrkesverksammma medlemmar.

Homeopatförbundet Hahnemanns Collegium har uppgivit att de år 1995 har cirka 300 utövare och att det totalt sett finns cirka 1.000 utövare i Sverige.

Rättsliga regleringar

Homeopater omfattas av kvacksalverilagens bestämmelser.

Hudterapeuter

Framställningar

Sveriges Hudterapeuters Riksorganisation (SHR) är en sammanslutning av auktoriserade hudterapeuter i Sverige vars syfte är att höja och vidmakthålla kompetensen och kvalitetsnivån inom hudvårdsyrket. SHR har i skrivelser och vid hearing framställt önskemål om att hudterapeuter med genomgången grundutbildning erhåller legitimation eller registrering.

SHR utfärdar certifikat för hudterapeuter som bl.a. erhållit mästarbrev (efter sex år som hudterapeut), arbetat med generande hårväxt under minst tre år och arbetat med remitterade patienter eller som efter tre år i yrket genomgått fortbildningskurs i diatermi. Tillsammans med Uppsala universitet skräddarsydde man under hösten 1994 en utbildning motsvarande tre högskolepoäng som skall leda till djupare kunskaper inom områdena hudsjukdomar och hudförändringar. Efter avlagd examen kommer hudterapeuten att erhålla ett speciellt hudhygienistcertifikat.

Utbildning

Hudvård finns som en kurs inom gymnasieskolan på tre terminer. Behörighetskrav är minst tvåårig gymnasielinje med två årskurser i ämnena engelska samt endera naturkunskap eller vårdkunskap eller både biologi och kemi eller motsvarande kunskaper. I utbildningen ingår främst undervisning i hudvårdskunskap men även fysikalisk terapi, anatomi och fysiologi samt bl.a. kemi och företagsekonomi. Genom utbildningen skall eleven ha förvärvat en verklighetsnära yrkeskompetens med nödvändiga kunskaper om människokroppen samt bl.a. kunna avgöra vilka behandlingar som hör till yrket och vilka som bör hänvisas till läkarvård.

Yrkesutövare m.m.

SHR hade 1995 500-600 medlemmar. I landet finns enligt SHR 1000-1500 utövare.

Rättsliga regleringar

Hudterapeuter kan omfattas av åliggandelagen och disciplinpåföljdslagen om de på sätt anges i 1 § första stycket 2 eller 3 åliggandelagen utgör hälso- och sjukvårdspersonal. I annat fall omfattas de av kvacksalverilagens bestämmelser.

Kiropraktorer (ej legitimerade)

Framställningar m.m.

Angående kiropraktorers framställningar, utbildning och verksamhet hänvisas till *avsnitt 11 Manuella behandlingsmetoder (kiropraktorer, naprapater och osteopater).*

Lymfterapeuter

Framställningar

Bröstcancerföreningarnas riksorganisation (BRO) har i skrivelser till kommittén diskuterat legitimering av lymfterapeuter. BRO har bilagt underlag till riksdagsmotion om lymfödem och beskrivning av utbildning vid Dr. Vodderskolan.

BRO påpekar behovet av lymfterapeuter för behandling med manuellt lymfdränage på patienter med lymfödem. Alltför få lymfterapeuter finns i förhållande till behovet. BRO önskar få klargjort vilken grundutbildning som bör krävas för sökande till utbildning i manuellt lymfdränage för att leda till behörighet som lymfterapeut och hemställer att kommittén i sin utredning ser över förutsättningarna att fastställa behörighet för lymfterapeuter.

Arbetsuppgifter - Behandlingsmetod

BRO har närmare beskrivit lymfterapeuternas verksamhet. Även Alternativmedicinkommittén har i sitt betänkande (SOU 1989:62) *Alternativa terapier i Sverige - en kartlägggning* bl.a beskrivit lymfdränage.

Lymfan är en trögflytande vätskemängd (blodplasma) som tillför cellerna näring och avlägsnar slaggprodukter. Ibland kan lymf-

cirkulationen stanna upp och stockningarna kan leda till att cellerna degenererar eller dör.

Lymfterapeut kallas den som utbildas i manuellt lymfdränage och som främst ger patienter med lymfödem denna behandling.

Lymfdränage är en manuell behandlingsmetod, där man med särskilda lätta massagerörelser - pumpande, glidande, tryckande rörelser i cirkel- och spiralform - söker driva lymfvätskan vidare i rätt riktning. Genom att påverka lymfströmmen kan skadliga ämnen avlägsnas snabbare. Särskilt viktigt anses det vara att överflödig äggvita i cellmembranen förs bort, då denna binder vätska så att svullnader (lymfödem) uppstår. Dränagen påverkar också det autonoma nervsystemet och verkar smärtstillande och lugnande. Lymfdränage kan utföras både som självmassage och som behandling med hjälp av en terapeut. Metoden används vid bl.a. hudåkommor, idrottsskador, ärr och acne.

En särskilt behandlingsgrupp är kvinnor som blivit behandlade för bröstcancer. För dessa kan lymfödem medföra särskilt svåra besvär. BRO har särskilt pekat på att frågan om behandling av lymfödem är ytterst angelägen för bröstcancerbehandlade kvinnor. Av de cirka 5.300 kvinnor som årligen insjuknar i bröstcancer får 15 - 20 procent lymfödem av mer eller mindre uttalad art. Det är enligt BRO:s mening helt nödvändigt att få behandling av utbildad lymfterapeut för att lindra besvären och minska sjukskrivningstiden. Den behandling som ges på ett flertal sjukhus täcker inte tillnärmelsevis behoven. Varje behandling tar mellan 45 till 60 minuter. Kortare behandlingstid ger ingen effekt.

Det finns enligt BRO 15 lymfterapeuter på olika orter i landet som har slutit avtal med sjukvårdshuvudmännen. Väntetiden hos dessa kan vara upp till ett år eller mer. Övriga patienter måste vända sig till privatpraktiserande lymfterapeuter. Kostnaden uppgår till 300-400 kr per behandlingstimme.

BRO menar att lymfterapi alltid skall föregås av läkarremiss, ut-föras med läkarkontakt och ges av personal med grundläggande sjukvårdsutbildning.

Utbildning

Utbildningen i Sverige av lymfterapeuter är privat och drivs av dr Vodderskolan i lokaler vid Nordiska folkhögskolan i Kungälv (dr Voddermetoden).

För att få utbildningen krävs behörighet som läkare, sjuksköterska, sjukgymnast eller undersköterska eller motsvarande medellång vårdutbildning.

Utbildningen är på fyra veckor och innehåller utbildning om lymfsystemets anatomi och fysiologi, sjukdomslära, manuell lymfdräneringsteknik, bandagering, rörelseterapi samt hur manuellt lymfdränage kombineras med andra behandlingsmetoder.

I Norge ges utbildning för sjukgymnaster till lymfterapeut av Faggruppe för fysikalisk lymfdrenasje, Oslo, i en kurs som ges vid Rikshospitalet i Oslo. Motsvarande utbildning anordnas i Danmark. Även ett antal svenska sjukgymnaster har utbildats på dessa kurser i Norge och Danmark. Våren 1994 hölls den norska kursen i Sverige på Centrallasarettet i Växjö inom ramen för en kurs för sjukgymnaster inom området lymfödem.

Rättsliga regleringar

Lymfterapeuter kan omfattas av åliggandelagen och disciplinpåföljdslagen om de på sätt anges i 1 § första stycket 2 eller 3 åliggandelagen utgör hälso- och sjukvårdspersonal. I annat fall omfattas de av kvacksalverilagens bestämmelser.

Medicintekniska ingenjörer/Sjukhusingenjörer

Framställningar m.m.

Kommittén har diskuterat frågor med anknytning till medicintekniska ingenjörers verksamhet i *avsnitt 10.4.1*.

I skrivelser från Civilingenjörsförbundet (CF) har förbundet framfört önskemål om legitimering av medicintekniska civilingenjörer inom vården, framför allt på de poster som kräver speciellt ansvar för drift, underhåll, investeringar och säkerhet. Förbundet har bl.a. lämnat ett förslag till certifiering av sjukhustekniker. Denna certifiering skall enligt CF:s förslag göras av en av Socialstyrelsen inrättad nämnd. Förslag till kompetenskrav är följande.

* Civilingenjörsexamen eller annan jämförbar utländsk examen.
* Kurser i tekniska specialämnen med särskild relevans för medicinteknisk verksamhet, såsom datateknik, elektronik, strömningslära och mätteknik.
* Medicinska och medicintekniska kurser omfattande minst 10 högskolepoäng.
* Kurser omfattande minst 4 högskolepoäng i ämnen som är av direkt betydelse för medicinteknisk verksamhet i sjukvården, såsom medicinteknisk säkerhet, inköps- och underhållsteknik, juridik, ekonomi, kvalitetssäkring och livscykelkostnad.
* Totalt 20 högskolepoäng i medicintekniskt orienterade ämnen.

* Minst tre års yrkeserfarenhet i kvalificerat medicintekniskt arbete inom sjukvården.

I skrivelsen föreslås att godkända sjukhusingenjörer benämns *certifierad medicinsk civilingenjör* och erhåller ett intyg eller diplom som visar att de är certifierade av Socialstyrelsen.

I skrivelser från Svensk Förening för medicinsk teknik och fysik (MTF) och vid en av kommitténs hearingar har föreningen framställt önskemål om legitimering av medicinska ingenjörer och civilingenjörer. I skrivelserna framlägger föreningen ett detaljerat förslag till legitimering med förslag för yrkebeteckningarna *legitimerad medicinsk ingenjör* och *legitimerad medicinsk civilingenjör*.

Föreningen anger också vilka krav som bör ställas för legitimering, i huvudsak enligt följande.

Medicinsk ingenjör:

Ingenjörsexamen med minst 2-årig utbildning vid svensk högskola/universitet eller likvärdig examen från svensk eller utländsk högskola/universitet. Härutöver föreslås krav på vissa uppräknade kurser samt kvalificerad yrkeserfarenhet, normalt 3 års kvalificerat medicintekniskt arbete i sjukvården samt såvitt avser gymnasieingenjörer med examen före år 1989, sex års kvalificerad yrkeserfarenhet.

Medicinsk civilingenjör:

Civilingenjörsexamen vid svensk högskola/universitet eller likvärdig examen från svensk eller utländsk högskola/universitet. Härutöver föreslås krav på vissa angivna kurser samt tre års kvalificerat medicintekniskt arbete i sjukvården.

CF har också redovisat ett förfarande med certifiering av medicinska civilingenjörer och ingenjörer utarbetat av MTF.

Certifieringens syfte är att i omsorgen om patientens säkerhet, där medicinsk teknik tas i anspråk, förse hälso- och sjukvården med en formaliserad medicinteknisk kompetens och ge hälso- och sjukvården en frivillig certificering av den personal som omfattas av Socialstyrelsens allmänna råd SOSFS 1989:49 Kompetenskrav för tjänstgöring som sjukhusingenjör. Kraven för att bli certifierad som medicinsk ingenjör respektive medicinsk civilingenjör överensstämmer i huvudsak med MTF:s nyss nämnda förslag till krav för legitimation av dessa yrkesgrupper.

Arbetsuppgifter

I nyss nämnda allmänna råd anges närmare de arbetsuppgifter som samhället förväntar sig att sjukhusingenjörer skall kunna utföra. Där anges följande.

- Sjukhusingenjörernas arbetsuppgifter omfattar samtliga tekniska frågor som är förknippade med användning av medicintekniska

produkter. Detta innebär bl.a. att medverka i alla faser av produkternas livscykel, från inköp till kassation. Arbetsuppgifterna är grupperade inom följande områden:

- Fortlöpande bevakning av ändamålsenlighet, tillförlitlighet och säkerhet hos medicintekniska metoder och funktioner.
- Teknisk bedömning vid planering av nya medicinska metoder, som bygger på användning av medicintekniska produkter.
- Medverkan i anskaffningsprocessen genom att utarbeta kravspecifikation, anbudsinfordran och granskning samt beställningsformulering för att tillse att nödvändiga tekniska villkor uppfylls.
- Bevakning av leverans av beställda produkter, leverans- och ankomstkontroll, registrering, säkerhetskontroll och uppläggning av rutiner för underhållet och dess utförande.
- Tekniskt ansvarig vid introduktion av nya produkter samt för uppläggning av rutiner och ansvarsfördelning, då medicintekniska produkter nyttjas.
- Medverkan i utbildning av hälso- och sjukvårdspersonal i medicinsk teknik.
- Medverkan vid utredning och rapportering av olyckor och tillbud och svara för tekniska bedömningar där tekniska problem har varit inblandade.
- Samverka med andra kompetensföreträdare för att medverka till att en i alla avseenden tillförlitlig och säker användningssituation för medicintekniska produkter skapas och vidmakthålls.
- Ansvara för teknisk anpassning eller nykonstruktion av medicintekniska produkter i system för specifika medicinska ändamål.

Sjukhusingenjörerna ansvarar sammanfattningsvis för funktion och underhåll av teknisk apparatur inom hälso- och sjukvården. I arbetet ingår anpassning av hjälpmedlen samt instruktion och utbildning av personal i deras rätta användning. Efter hand som olika tekniska och elektroniska hjälpmedel i vården ökar, ställs också större krav på sjukhusingenjörernas arbetsuppgifter.

Utbildning

Någon fastställd utbildning för sjukhusingenjörer, sjukhustekniker eller medicintekniska ingenjörer finns inte. Som framgår av den ovan föreslagna certifieringen torde dock civilingenjörsexamen vara en vanlig bakgrund för sjukhusingenjörer. Denna byggs sedan på med olika fortbildningskurser, jfr. ovan ang. de krav som MTF ställer.

Yrkesutövare m.m.

I betänkandet SOU 1987:23 av Utredningen om den medicintekniska säkerheten angavs att det år 1987 fanns cirka 800 medicintekniker (jfr. prop. 1993/94:149 s. 57). Enligt landstingsförbundets statistik fanns det 77 landstingsanställda sjukhusingenjörer år 1991.

MTF hade 1029 medlemmar år 1995 varav 72 procent var knutna till sjukvårdsverksamhet. Av den gruppen är cirka 170 även knutna till CF:s lokalavdelning för medicinska civilingenjörer. Tio procent av MTF:s medlemmar är knutna till universitet, resterande är läkare eller arbetar inom näringslivet. Utanför organisationerna står uppskattningsvis cirka 130 personer.

Enligt CF finns inom den svenska sjukvården i offentlig verksamhet cirka 250 medicintekniska civilingenjörer, varav en majoritet tillhör CF.

Genom det ovan beskrivna certifieringsförfarandet har enligt MTF 127 medicinska civilingenjörer och medicinska ingenjörer blivit certifierade genom föreningen fram till mitten av år 1995. Av hela yrkeskåren beräknar MTF att cirka en fjärdedel uppfyller dagens grundutbildningskrav och har tillräckligt lång yrkesutövning. MTF beräknar att cirka tre fjärdedelar av kåren i framtiden kommer att uppfylla kraven medan resterande kommer att vara under utbildning eller arbetar med att erhålla nödvändig praktik.

Även CF hänvisar till det nu nämnda certifieringsförfarandet som en frivillig kontroll av de ingenjörer på olika nivåer som arbetar inom den offentliga vården.

Rättsliga regleringar

Medicintekniska ingenjörer/Sjukhusingenjörer är hälso- och sjukvårdspersonal och omfattas av såväl åliggandelagens som disciplinpåföljdslagens regler.

I Socialstyrelsens allmänna råd SOSFS 1989:49 om kompetens-krav för tjänstgöring som sjukhusingenjör anges vilka krav som bör ställas på sjukhusingenjörer.

I Socialstyrelsens kungörelse (SOSFS 1978:26) *om ansvar för medicinteknisk utrustning i sjukvården m.m.* anges bl.a. att personal med erforderlig teknisk kompetens måste anlitas för att kunna granska och godkänna ny utrustning samt hålla den funktionsduglig. Den för vården ansvarige läkaren har dock, antingen själv eller genom biträdande personal, alltid ansvaret för att utrustningen ur medicinsk synpunkt är funktionsduglig och ändamålsenligt m.m. Detta förutsätter bl.a. att läkaren vid behov kan biträdas av personal med erforderlig teknisk kompetens.

Optiker

Framställningar m.m.

Sveriges leg. Optikers Riksförbund (SOR) konstaterar i en skrivelse att Socialstyrelsen nyligen fastställt nya optikerföreskrifter som trätt i kraft den 1 maj 1995 (SOSFS 1995:4). Föreskriften avspeglar enligt förbundet på ett korrekt sätt legitimerade optikernas yrkesverksamhet. Enligt föreskrifterna (2 §) har optikerna bl.a. till upgift att ordinera synhjälpmedel. Förbundet anser att det finns ett berättigat allmänintresse att endast utbildad och yrkeskompetent personal utför dessa ansvarsfulla uppgifter och att den synvårdssökande skall skyddas genom att endast legitimerade optiker respektive legitimerade läkare får rätt att undersöka och ordinera synhjälpmedel. Eftersom de övriga nordiska länderna har regler som innebär att legitimerade/auktoriserade optiker tillsammans med läkare har ensamrätt till ordination av synhjälpmedel skulle ett införande av sådana regler i Sverige även ge en likformighet mellan de nordiska länderna. SOR har också vid en av kommitténs hearingar framfört önskemål om en allmän behörighet för optiker.

Kommittén diskuterar i *avsnitt 13.4.6* frågor med anknytning till optikernas verksamhet.

Arbetsuppgifter

I ovan nämnda föreskrifter från Socialstyrelsen anges i 2 § att optikern har till uppgift att

a) undersöka en patients syn och ge patienten de råd och upplysningar som undersökningen föranleder samt vid behov färdigställa, tillhandahålla eller lämna ut optiska synhjälpmedel,

b) efter läkares eller annan legitimerad optikers anvisningar vid behov färdigställa, tillhandahålla eller lämna ut optiska synhjälpmedel eller, efter läkares anvisning, andra synhjälpmedel,

c) till läkare hänvisa patienter med sjukliga förändringar av ögat eller dess funktioner eller ögonförändringar till följd av skador,

d) utfärda intyg om en patients syn och utföra de undersökningar som behövs i sammanhanget samt

e) vid enheter inom hälso- och sjukvården under ansvarig personals ledning biträda i behandlings-, habiliterings- och rehabiliteringsarbetet av ögonförändringar eller ögonskador.

Utbildning

Från den 1 juli 1994 finns en treårig (120 poäng) högskoleutbildning för optiker vid Karolinska institutet som leder till en optikerexamen (högskoleexamen nr 27 a, högskoleförordningen). Utbildningsprogrammet byggs upp kring optikerkunskaper som studeras med utgångspunkt från begreppen syn, seende och optisk korrektion. Tidigare och övergångsvis, jämsides med den utbildningen, har optiker genomgått eller genomgår en f.n. tvårig gymnasial utbildning med praktiktjänstgöring och särskild legitimationskurs i Karolinska institutets regi på f.n. ett år (40 poäng).

Yrkesutövare m.m.

Antalet legitimerade optiker var enligt Socialstyrelsens statistik den 1 januari 1996 2.358 varav cirka 750 har den speciella kontaktlinsbehörigheten. SOR representerar drygt 1400 av de legitimerade optikerna. Över 95 procent av de legitimerade optikerna är enskilt verksamma. Två procent tjänstgör inom landstingens syncentraler och övriga med undervisning, administration och inom leverantörsledet. Enligt SOR är antalet gymnasieutbildade optiker som inte erhållit legitimationsutbildning, fr.o.m. 1995 40 poäng vid Karolinska Institutet, cirka 350 stycken.

Rättsliga regleringar

Som framgår av behörighetslagen kan optiker erhålla legitimation varigenom optikern blir att betrakta som hälso- och sjukvårdspersonal och omfattas av såväl åliggandelagen som disciplinpåföljdslagen.

Som nämnts ovan har Socialstyrelsen nyligen fastställt *föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1995:4) för legitimerade optikers arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvården.*

För behörighet att självständigt svara för kontaktlinsverksamhet krävs särskild behörighet enligt *Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 1995:1) Kompetenskrav för behörighet som kontaktlinsoptiker.* Legitimation för optiker ger inte automatiskt sådan behörighet.

Ortopedingenjörer/tekniker

Framställningar m.m.

I skrivelser till kommittén från främst Sveriges Ortopedingenjörers Förening (SOIF) redovisas ortopedingenjörernas utbildning och arbetsuppgifter, se nedan, samt framförs önskemål om en legitimering av dem med hänsyn till att huvuddelen av den ortopedtekniska

verksamheten numer, enligt SOIF:s mening, bedrivs av s.k. fria yrkesutövare, samt att ortopedingenjörerna också uppfyller övriga krav enligt nuvarande lagstiftning för att komma ifråga för legitimering.

Kommittén diskuterar i *avsnitt 10.3.4* ortopedingenjörernas verksamhet.

Arbetsuppgifter

Ortopedingenjörsyrket har sitt ursprung inom sjukvården, främst inom ortopedin. Med tiden har yrkesrollen utvecklats till en självständig specialitet inom vården, till vilken läkare remitterar patienter. Ortopedingenjörens uppgift är, enligt SOIF, att tillverka och anpassa kroppsburna proteser, t.ex. arm och benproteser till amputerade, ortoser (dvs. stödanordningar) i samband med olika diagnoser, som diabetes, förlamningstillstånd i extremiteterna, scolios, ryggmärgsbråck, CP, sjukliga ledförändringar eller andra skador eller förändringar i rörelseapparaten. Det är ortopedingenjörens ansvar att det ortopedtekniska hjälpmedlet svarar mot de krav som patienter och remitterande läkare har rätt att ställa. Ortopedingenjörernas ansvar bygger således på både medicinska och tekniska grunder.

Ortopedteknisk service bedrivs numer, enligt SOIF, mestadels av privata företag på entreprenad åt sjukvårdshuvudmännen. Den ortopedtekniska verksamheten omsätter ungefär 400 miljoner kronor. Merparten är offentliga medel i form av statliga och kommunala anslag och bidrag. Vid varje ortopedavdelning är en ortopedingenjör ansvarig för den patientrelaterade verksamheten, antingen som ortopedteknisk chef eller som ansvarig utförare.

Utbildning

Utbildningen till ortopedingenjör är en högskoleutbildning på tre år (120 poäng) och sker endast vid Hälsohögskolan i Jönköping. Utbildningen är samnordisk och Institutionen för biomekanik och ortopedteknik ansvarar för den samt bedriver forskning inom området.

Yrkesutövare m.m.

Enligt SOIF är uppskattningsvis 230 ortopedingenjörer verksamma i Sverige år 1995. SOIF har drygt 300 medlemmar varav 200 är verksamma i Sverige. Ett trettiotal arbetar utomlands i huvudsak i de nordiska länderna. Övriga är pensionärer, studerande eller passiva medlemmar. I Danmark legitimeras ortopedingenjörer med samma utbildning som de svenska kollegorna.

Rättsliga regleringar

Ortopedingenjörer är hälso- och sjukvårdspersonal i den utsträckning som anges i 1 § första stycket 2 eller 3 åliggandelagen och omfattas då av såväl åliggandelagens som disciplinpåföljdslagens regler.

Osteopater

Framställningar m.m.

Angående osteopaters framställningar, utbildning och verksamhet, se *avsnitt 11 Manuella behandlingsmetoder (kiropraktorer, naprapater och osteopater).*

Perfusionister

Framställningar

Swedish Society of Extracorporeal Technology (SWESECT) har i skrivelser hemställt att frågan om legitimering av perfusionister utreds och att behörighetskrav och utbildningsprofil för den framtida perfusionistutbildningen preciseras. Man föreslår också att kraven för svensk legitimation skall överenstämma med de krav som idag finns preciserade för ett Europacertifikat utfärdat av the European Board of Cardovascular Perfusion (EBCP). Man anser vidare att med hänsyn till perfusionisternas självständiga ansvar och utbildning bör de inte omfattas av andra mindre omffattande behörighetsregleringar.

Kommittén diskuterar perfusionisternas förhållanden i *avsnitt 10.4.1.*

Arbetsuppgifter

Perfusionister kallas de personer som ansvarar för hjärtlungmaskin. Denna används i flera sammanhang, särskilt vid "bypass"-operationer men även vid t.ex. avancerade rekonstruktioner av medfödda hjärtfel hos barn samt vid hjärt- och lungtransplantationer.

Utbildning

Idag finns inga formella kunskapskrav uppställda för de personer som skall arbeta som perfusionister. Tidigare har perfusionisterna huvudsakligen haft ingenjörsbakgrund men idag har de flesta svenska perfusionister en medicinsk grundutbildning; de är vanligtvis narkos-

sköterskor, operationssköterskor, laboratorieassistenter eller ingenjörer.

Sedan år 1988 har i Göteborg bedrivits en universitetsutbildning med speciell inriktning för nordiska perfusionister, där klinikerna har möjlighet att utbilda sina perfusionister. 15 svenska perfusionister har hittills genomgått utbildningen. Utbildningen är på ett år (40 poäng). Den kliniska delen är på 20-25 poäng och den teoretiska 15-20 poäng. Teorin består av anatomi, fysiologi, farmakologi , virologi, anestesi, patologi och medicinsk fysik samt perfusionsteori. Enligt läroplanen är en förutsättning för deltagande i kursen en treårig högskoleutbildning.

Internationella förhållanden

Centrala perfusionistutbildningar finns idag bl.a. i Belgien, Danmark, Nederländerna, Storbritannien och Tyskland. För att försöka samordna utbildningskraven i de europeiska länderna bildades för tre år sedan EBCP. Organisationen har bl.a. till uppgift att utfärda ett Europacertifikat som berättigar innehavaren att söka arbete i andra europeiska länder.

Yrkesutövare m.m.

Idag finns enligt SWESECT 55 av organisationen auktoriserade perfusionister i Sverige. SWESECT anger därutöver att man har 57 medlemmar varav 48 är verksamma vid landets 9 thoraxkliniker och de resterande 9 är anställda som perfusionister vid andra kliniker som bedriver öppen hjärtkirurgi eller inom medicinsk-teknisk industri som produktspecialister.

Rättsliga regleringar

Perfusionister är hälso- och sjukvårdspersonal i den omfattning som anges i 1 § första stycket 2 eller 3 åliggandelagen och omfattas då av såväl åliggandelagens som disciplinpåföljdslagens regler.

Psykologer och psykoterapeuter

Framställningar m.m.

Angående legitimerade psykologers och psykoterapeuters framställningar, utbildning och verksamhet hänvisas till *avsnitt 12.*

Sjukhusfysiker

Framställningar m.m.

Angående sjukhusfysikers framställningar, utbildning och verksamhet hänvisas till *avsnitt 10.2.3.*

Sjuksköterskor med specialisering

Framställningar m.m.

Angående framställningar, utbildning och verksamhet för legitimerade sjuksköterskor med olika specialiserade vidareutbildningar hänvisas till *avsnitt 6.5.*

Socionomer/Sjukhuskuratorer

Framställningar m.m.

Angående framställningar, utbildning och verksamhet för socionomer inom socialtjänsten hänvisas till *avsnitt 15* och angående sjukhuskuratorer även till *avsnitt 10.4.2.*

Utöver framställningar från Akademikerförbundet SSR och Socialhögskolan i Stockholm om legitimation för socionomer har kommittén mottagit skrivelser från kuratorer och kuratorsföreningar med önskemål om legitimation för kuratorer. Kommittén har vidare vid en hearing sammanträffat med en representant från Svensk Kuratorsförening.

Arbetsuppgifter för socionomer inom hälso- och sjukvården

Beträffande socionomer verksamhet inom hälso- och sjukvården har bl.a. anförts följande av SSR och Svensk Kuratorsförening. Kuratorer har det psykosociala innehållet i sjukvården som kompetensområde. Psykiska och psykosociala faktorers betydelse har fått ett allt större erkännande. Sociala och psykosociala problem kan vara bakgrund och ibland orsak till sjukdom/symtom eller en direkt konsekvens av sjukdomen som sådan, enligt siffror från WHO i så stor omfattning som 60 % av sjukdomsfallen. Psykosocialt behandlingsarbete innefattar alla de insatser som ingår i arbetet med patientens psykosociala situation, med utredning, diagnosticering, behandling/åtgärd och uppföljning.

Kuratorer arbetar både ensamma och i team med andra discipliner och är verksamma inom alla hälso- och sjukvårdens sektorer/kliniker såsom barn- och ungdomspsykiatriska kliniker, vuxenpsykiatri och abortkliniker, såväl som inom barn- och allmänmedicinska och kirurgiska kliniker liksom neurologiska och rehabiliteringskliniker. Kuratorns insatser vid abortrådgivning är ibland avgörande för kvinnans beslut. Inom psykiatrin ansvarar kuratorer ofta för intagningssamtal med suicidbedömningar m.m. Vid förebyggande och behandlande arbete i samband med sexuella övergrepp är kuratorer ofta ansvariga. Inom primärvården utgör socionomens kompetens en nödvändig komplettering till den medicinska bedömningen.

Våld inom familjen, missbruk liksom psykiska och sociala störningar av annat slag m.m. kan likaledes leda till allvarliga skador för den enskilde. Socionomers insatser eller brist på insatser är i sådana fall av avgörande betydelse för barnets framtida utveckling och välbefinnande.

Sjukvården möter ofta människor i kris. Socionomer inom hälso- och sjukvården, kuratorer, arbetar i huvudsak med patienter där krisbearbetningen inte förlöpt adekvat utan förorsakat svårigheter på det personliga planet i form av psykosomatiska symtom och sociala problem.

I kuratorernas behandlingsarbete ingår motivationsarbete, krissamtal, krisintervention, stödsamtal och bearbetande/psykoterapeutiska samtal enskilt eller i grupp samt sociala informations- och stödinsatser.

Till kuratorers ansvarsområde hör också arbetet med anhöriga, familjer och nätverk, som har visat sig ha närmast avgörande betydelse för patienters tillfrisknande och rehabilitering.

Kuratorer arbetar också med utbildning och handledning av andra personalgrupper.

Utbildning

Socionomexamen uppnås enligt högskoleförordningen efter fullgjorda kursfordringar om sammanlagt 140 poäng. Som mål för utbildningen gäller (utöver de allmänna målen i 1 kap. 9 § högskolelagen) att studenten

-- förvärvat de kunskaper och den praktiska förmåga som krävs för socialt arbete på individ-, grupp- och samhällsnivå,

-- uppnått kompetens att medverka i förebyggande socialt arbete och socialt förändringsarbete på olika nivåer,

-- utvecklat förmågan att analysera och förstå sociala processer och problem samt kunna identifiera och strukturera behov av åtgärder och lösningar på olika nivåer,

-- uppnått förmåga att relatera olika typer av åtgärder inom verksamheten till de rättsregler och till de övergripande principer som styr lagstiftningen, bl. a. inom det sociala området.

Härutöver gäller de mål respektive högskola bestämmer.

Socionomutbildningen bedrivs utifrån forskning inom den egna disciplinen socialt arbete sedan 1979, och i huvudsak med disputerade lärare. Utbildningen ger, bl.a. via de praktikperioder som ingår, en grundläggande färdighetsträning för det praktiska arbetet inom socionomyrket. Genom ett omfattande magisterutbildningsprogram tillgodoses vidareutbildnings- och specialiseringsbehov inom en akademisk utbildningsram.

Socialtjänstkommittén har i förslag till ny socialtjänstlag och i sitt betänkande (SOU 1995:58) Kompetens och kunskapsutveckling - om yrkesroller och arbetsfält inom socialtjänsten särskilt fokuserat behovet av kvalificerad personal och socionomutbildningens plats härvidlag.

Efter vidareutbildning kan socionomer också arbeta inom psykoterapifältet med möjlighet att via en särskild kvot utbilda sig till legitimerad psykoterapeut samt till professionella handledare för framför allt socionomer.

Socionomer inom hälso- och sjukvården har i mycket hög utsträckning genomgått formaliserad vidareutbildning (Arbetsmiljöinstitutets rapport 1993:10).

Yrkesutövare

Antalet yrkesverksamma socionomer fördelar sig enligt SSR på följande sätt: 8.000 socialsekreterare och 1.500 skolkuratorer inom kommunerna; drygt 3.000 som kuratorer inom hälso- och sjukvården; 120 socialkonsulenter vid länsstyrelserna; knappt 600 behandlingsassistenter m.m. inom kriminalvården. Dessutom arbetar cirka 1.500 socionomer inom den enskilda sektorn.

Rättsliga regleringar

Socionomer inom hälso- och sjukvården kan betraktas som hälso- och sjukvårdspersonal om de biträder legitimerad yrkesutövare enligt 1 § första stycket 3 åliggandelagen.

I prop. 1993/94:149 till nuvarande åliggandelag anges (s. 60) att även när det gäller socionomer i deras kurativt behandlande verksamhet kan det hävdas att deras uppgifter ligger nära hälso- och sjukvårdens. Uppgifterna utgör dock inte hälso- och sjukvårdsinsatser i traditionell mening utan sociala insatser och skall därför i enlighet med lagens syfte inte omfattas av den.

De omfattas inte heller av kvacksalverilagens regler eftersom de inte ägnar sig åt sådan verksamhet som anges i den lagstiftningen.

Övrigt

1981 års behörighetskommitté behandlade i sitt betänkande (SOU 1983:33) Kompetens inom hälso- och sjukvården frågan om en rättslig reglering för kuratorer inom hälso- och sjukvården. Kommittén anförde bl.a. att det för kuratorers självständiga arbetsuppgifter, med krav på bedömningar som är av avgörande betydelse för patienterna krävs en kvalificerad utbildning. Likväl ansåg kommittén att kuratorernas arbetsuppgifter inte har betydelse för patientsäkerheten av den grad, att det enligt kommitténs bedömning fanns anledning för staten att i någon form rättsligt reglera t.ex. yrkesutövningen eller kompetensen för verksamhet inom den landstingskommunala hälso- och sjukvården (bet. s. 220).

Transaktionsanalytiker

Framställningar m.m.

Kommittén tar även i *avsnitt 12.3.4* upp frågor med anknytning till transaktionsanalytikernas verksamhet.

Samtliga skrivelser från transaktionsanalytiker till kommittén är ingivna av Svenska Transaktionsanalytiska Föreningen (STAF). I skrivelserna hemställer föreningen om möjlighet för psykoterapeututbildning i transaktionsanalys (TA) att bli legitimationsgrundande. Föreningen bemöter ett av Socialstyrelsen den 11 maj 1993 meddelat beslut att avslå STAF:s ansökan att legitimationsgrundande psykoterapiutbildning.

Sammanfattningsvis uppger föreningen att den nämnd som Socialstyrelsen utsåg för att pröva bl.a. TA som terapi delvis var sammansatt av personer som representerade andra terapier som sedermera godkändes som legitimationsgrundande och att dessa verkat för sina egna inriktningar och tillåtits värna om sin egen exklusivitet och därigenom utestängt TA. Socialstyrelsen har också enligt föreningen bedömt TA enligt andra och snävare kriterier än vad som gällt övriga godkända terapiformer. Man har varit ovetenskaplig i sina forskningskrav samt gått emot tre oberoende expertutredningar som man själv tillsatt vilka i sina slutsatser ansett att TA-terapeuter bör erhålla legititimation. Konsekvenserna av Socialstyrelsens beslut har bl.a. blivit att många TA-terapeuter i praktiken erhållit en form av yrkesförbud.

STAF anser att kunskapsnivån hos deras yrkesutövare garanteras på ett tillfredställande sätt genom ett internationellt examinationssystem.

I övriga skrivelser till kommittén har STAF lagt fram material som anger att TA numera erhållit legitimation i Österrike (och snart i Schweiz), att italienska transaktionsanalytiska institut fått rätt att utbilda legitimerade psykoterapeuter och att universitetsutbildningar med transaktionsanalys som viktig del börjat hållas vid universitetet i Nottingham, Storbritannien.

Arbetsuppgifter

Transaktionsanalys är, enligt STAF, ett slags gruppterapi, där transaktionerna människor emellan används för att definiera och analysera individens jag-tillstånd.

Transaktion betyder samspel. Det är den minsta beståndsdelen i socialt umgänge och består av stimulus från en person och respons från en annan i ett växelspel. I TA arbetar man med att bli medveten om sina transaktionsmönster, sitt sätt att kommuniciera. TA beskrivs som ett intellektuellt instrument för att försöka förstå grunden till beteende och känslor. Grundtanken är att man når en bättre självinsikt genom att analysera de olika typer av transaktioner eller meningsutbyten som man har med andra personer. TA är således en mål- och handlingsinriktad metod med pedagogiska förtecken. Den används i Sverige bl.a. på gruppdynamiska kurser inom arbetslivet och på behandlingshem för narkotikamissbrukare.

Utbildning

Examen som transaktionsanalytiker är en internationell examen. Utbildning och handledning sker i huvudsak i privat regi. Universitetsutbildning finns t.ex. i Nottingham. Examination sker av en av två organisationer: BOA (Board of certification) grundad av ITAA (International Transactional Analysis Association) och som genomför examinationer över hela världen eller COC (Council of Certification) som har grundats av EATA (European Association för Transactional Analysis). Dessa organisationer erkänner varandra ömsesidigt. En europé examinieras vanligen av COC men kan välja att bli examinerad av BOC.

Yrkesutövare m.m.

Enligt STAF fanns det cirka 40 examinerade transaktionsanalytiker i Sverige i december 1993 och ungefär lika många som inom kort

beräknas vara färdiga för examination. EATA organiserar cirka 4.500 medlemmar.

Rättsliga regleringar

Transaktionsanalytiker omfattas främst av kvacksalverilagen. de kan dock vara hälso- och sjukvårdspersonal om de biträder legitimerad personal eller är verksamma på sätt anges i 1 § 2 åliggandelagen.

Undersköterskor/Skötare i pykiatrisk vård

Undersköterskor

Framställningar m.m.

I skrivelser från enskilda undersköterskor samt i upprop från ett stort antal undersköterskor finns önskemål om legitimation av undersköterskorna. Det finns enligt skrivelserna en stor oro bland undersköterskorna att deras yrkesgrupp håller på att försvinna.

Man framför också önskemål om en höjning av undersköterskornas status. I ett från regeringen överlämnat ärende finns även en beskrivning av undersköterskornas arbetsuppgifter. Kommittén har också mottagit skrivelser med utdrag ur debatter i samband med konferenser och kurser om undersköterskornas arbetsuppgifter och yrkesroll.

Svenska Kommunalarbetarförbundet (SKAF) har vid en av kommitténs hearingar angett att man för närvarande inte eftersträvar en legitimering av undersköterskorna då man inte är säker på att det är den rätta vägen att lösa undersköterskornas yrkesproblem i dag som främst beror på omorganisationerna och neddragningarna inom vården. Dessa har fått till följd att antalet undersköterskorna minskar. SKAF har i många år diskuterat frågan om legitimering inom förbundet och det finns delade meningar där.

Kommittén kommenterar i *avsnitt 10.4.3* undersköterskornas verksamhet.

Arbetsuppgifter

Undersköterskor arbetar till övervägande del inom den offentliga hälso- och sjukvården. De deltar i omvårdnadsarbetet och på specialavdelningar med vissa medicintekniska uppgifter.

Utbildning

Utbildningen till undersköterska utgörs för närvarande av en treårig gymnasieutbildning, det s.k. omvårdnadsprogrammet. Detta program har två nationella grenar Omvårdnad och Tandvård. Tredje året delas grenen Omvårdnad upp på flera grenar. Grenarna Omvårdnad - akutsjukvård respektive primärvård leder till yrkestiteln undersköterska. Grenen Omvårdnad - sjuka barn och ungdomar till yrkestiteln barnsköterska samt grenen psykiatri till yrkestiteln skötare. Tandvårdsgrenen benämndes tidigare tandsköterskegrenen.

I ett särskilt ämne Social omsorgskunskap ger kursen Social omsorg A yrkestiteln vårdbiträde, kursen Omsorg om person med utvecklingsstörning yrkestiteln vårdare/vårdarinna samt kursen Rehabilitering och habilitering yrkestiteln terapibiträde (rehabiliteringspersonal).

I programmålet för omvårdnadsprogrammet anges att eleverna skall få den kompetens som motsvarar grundläggande yrkeskrav inom hälso- och sjukvård (somatisk vård och psykiatrisk vård), social omsorg och tandvård. Inom det sammanhållna programmet skall eleverna få möjlighet till specialiseringar. Utbildningen skall ge en grund för fortsatta studier bl.a. i högskolan.

Yrkesutövare m.m.

Enligt SKAF:s statistik för år 1993 uppgick antalet undersköterskor inom landstingen till 42.483, antalet sjukvårdsbiträden till 15.070 och antalet skötare till 17.016. Inom den kommunala vården arbetade i oktober 1994 39.000 undersköterskor och 130.000 vårdbiträden. I gruppen vårdbiträden är många undersköterskor men har titeln vårdbiträde.

Rättsliga regleringar

Undersköterskor är hälso- och sjukvårdspersonal i den omfattning som anges i 1 § första stycket 2 och 3 åliggandelagen och omfattas i de avseendena av såväl åliggandelagen som disciplinpåföljdslagen.

Skötare i psykiatrisk vård

Framställningar

I skrivelser samt vid en hearing med kommittén har Svenska Psykiatriföreningen för skötare framfört önskemål om en legitimation eller annan behörighetsreglering av yrkesgruppen. De har även frmfört

önskemål om att en gedigen rikslik mentalskötareutbildning som möjliggör en fortsatt existens för yrket kommer till stånd.

Arbetsuppgifter, utbildning, yrkesutövare och rättsliga regleringar

Se ovan angående undersköterskor.

Övrigt

Kommittén för alternativmedicin (KAM)

Kommittén för alternativmedicin (KAM), en branschorganisation för komplementär- och alternativmedicinare, har ingett skrivelser till kommittén och deltagit i en hearing med kommittén.

Framställningar

KAM har framställt yrkande om befrielse från mervärdesskatt för sina medlemmar för att uppnå konkurrensneutralitet mellan konventionell och alternativmedicinsk hälso- och sjukvård.

Verksamhet

KAM består av 13 medlemsförbund:
Nordiska Magnetterapiförbundet, Svenska Akademin för Klassisk Homeopati, Svenska Akupunkturförbundet, Svenska Biopatförbundet, Svenska Fotzonterapeuters Riksförbund, Svenska Homeopraktikers Riksförbund, Svenska Kroppsterapeuters Riksförbund, Svenska Naturläkarförbundet, Svenska Naturmedicinska Sällskapet, Svensk Medicinsk Qigong Riksförbund, Rosenterapeuters Riksförbund, Näringsmedicinska Terapeutförbundet och Alternativmedicinska Skolgruppen (bestående av 12 alternativmedicinska skolor).

KAM bildades 1984 i samband med Alternativmedicinkommitténs utredningsarbete och var remissinstans till dess förslag. KAM arbetar med information, spridning och utveckling av komplementär- och alternativmedicinska terapier, individens rätt att välja terapiform, rätten att fritt utöva dessa terapier, mervärdesskattebefrielse och branschauktorisation.

KAM har två auktorisationer. Nivå 1 är *Auktoriserad Kroppsterapeut* med basmedicinsk utbildning motsvarande minst 20 högskolepoäng. Terapeuten arbetar med manuella terapier. Nivå 2 är *Auktoriserad Komplementär- och Alternativmedicinare* med en basmedicinsk utbildning motsvarande minst 40 högskolepoäng. Terapeuten kan arbeta med både manuella och medicinska terapier.

KAM har i dag cirka 100 auktoriserade medlemmar.

För att bli medlem krävs enligt uppgift från KAM att man skall vara yrkesverksam och utföra minst en behandling per år. Det ställs inte krav på att en terapiform utgör etablerad vetenskap. Hittills har inget förbund nekats inträde men KAM skulle t.ex. inte ta in förbund som sysslar med healing.

II Kommitténs överväganden och förslag

6 Utbildningsfrågor m.m.

Sammanfattning

Den högskolereform som genomfördes den 1 juli 1993 innebar bl.a. att utbildningsanstalterna numera bestämmer innehållet i många utbildningar som tidigare reglerades centralt. Avregleringen har medfört vissa problem. Kommittén föreslår att utbildningarna för audionomer, biomedicinska analytiker, dietister, ortopedingenjörer och sjukhusfysiker regleras genom införandet av nya yrkesexamina i högskoleförordningen.

De s.k. medellånga vårdutbildningarna har numera förlängts. Kommittén har inte funnit skäl att föreslå ytterligare förlängningar av dessa utbildningar.

Den nya treåriga sjuksköterskeutbildningen är en generalistutbildning i allmän hälso- och sjukvård. Barnmorskeutbildningen är den enda vidareutbildning för sjuksköterskor som är reglerad. Socialstyrelsen har utfärdat nya allmänna råd med kompetenskrav för tjänstgöring som sjuksköterska och barnmorska. Kommittén anser att de allmänna råden inte ger tillräckliga garantier för att det i framtiden kommer att finnas sjuksköterskor med erforderlig kompetens inom alla centrala områden. Kommittén föreslår därför att ett antal vidareutbildningar för sjuksköterskor regleras i högskoleförordningen. Efter vidareutbildningen skall sjuksköterskorna få rätt att göra ett särskilt tillägg till sin yrkesbeteckning. Dessa titlar skall vara skyddade. För röntgensjuksköterskorna föreslås en treårig direktutbildning som leder till särskild legitimation som röntgensjuksköterska.

Utöver goda kunskaper inom relevanta ämnesområden är det också av stor betydelse att yrkesutövare inom hälso- och sjukvården besitter sådana egenskaper att de kan anses lämpliga för sitt yrke. Kommittén lämnar inga förslag till förändringar beträffande prövningen av den personliga lämpligheten, men betonar starkt vikten av att en sådan prövning kommer till stånd i ett så tidigt skede som möjligt.

6.1 Inledning

En modern hälso- och sjukvård kan inte fungera utan en välutbildad och i övrigt kompetent personal som utför sina arbetsuppgifter sakkunnigt och omsorgsfullt. Frågor om utbildning har därför stor betydelse vid utformningen av behörighetsregler för hälso- och sjukvården och andra närliggande områden.

Om den fria arbetsmarknaden inom EU skall bli en realitet för svenska yrkesutövare måste svenska utbildningar vara konkurrenskraftiga och uppfylla de krav som ställs i bl.a. EG-direktiv. För att bereda EU-medborgare möjlighet att flytta till ett annat EU-land och arbeta inom yrken som är reglerade, finns ett system för ömsesidigt erkännande av examen och yrkesbehörighet. Kommittén har i avsnitt 4 redogjort för relevanta EU-bestämmelser och direktiv.

Den högskolereform som genomfördes den 1 juli 1993 innebär bl.a. en konsekvent decentralisering av beslut till universitet och högskolor. Det tidigare centrala linjesystemet har avskaffats och regeringens möjligheter att bestämma över utbildningarnas omfattning och innehåll har begränsats till utbildningar som avslutas med en yrkesexamen. I avsnitt 6.2 beskrivs i korthet några tidigare högskolereformer och bakgrunden till den senaste reformen. Redogörelsen kan bidra till en ökad förståelse för den relativt stora frihet som kännetecknar den nya högskolelagen. I avsnittet finns vidare en översiktlig redogörelse för vissa bestämmelser i högskolelagen och högskoleförordningen.

Vid tidigare översyner av de s.k. medellånga vårdutbildningarna har förslag till förändringar lämnats. Det åligger enligt direktiven kommittén att beakta vissa påpekanden om de medellånga vårdutbildningarna. Dessa återges i avsnitt 6.3 där också utbildningen vid vårdhögskolorna beskrivs kortfattat. Några tidigare utredningar och uttalanden om de medellånga vårdutbildningarna refereras också.

Kommitténs ställningstaganden beträffande behovet av förlängning av vissa utbildningar och reglering av i dag oreglerade utbildningar redovisas i avsnitt 6.4.

Sjuksköterskeutbildningen behandlas i avsnitt 6.5. Kommittén lämnar i det avsnittet förslag beträffande sjuksköterskornas vidareutbildningar. Röntgensjuksköterskornas utbildningssituation tas också upp.

Prövningen av den personliga lämpligheten för yrken inom hälso- och sjukvården diskuterar kommittén i avsnitt 6.6.

6.2 Avregleringen av högskolan

6.2.1 Tidigare högskolereformer. En kort bakgrund

Under 1960-talet expanderade den högre utbildningen kraftigt i Sverige liksom i en stor del av övriga Europa. Detta gällde särskilt de traditionella universitetsutbildningarna inom t.ex. samhällsvetenskap och humaniora, där tillträdet för alla som var behöriga var fritt. Denna expansion medförde organisatoriska och ekonomiska problem. Försök att strukturera dessa utbildningar så att de mer anpassades till arbetsmarknadens behov inleddes, men det bedömdes snart som nödvändigt med en större utredning om den framtida högskoleutbildningen. 1968 års högeskoleutredning (U 68) presenterade sina förslag i betänkandet (SOU 1973:2) Högskolan. Efter viss bearbetning ledde kommitténs förslag till att det den 1 juli 1977 genomfördes en stor reform av den högre utbildningen.

De viktigaste målen för reformen var, enligt den proposition som föregick förändringarna, att öka utbildningens tillgänglighet, att bredda och differentiera utbildningsutbudet, att demokratisera utbildningens organisation och anpassa dess verksamhetsformer till en mer allsidig rekrytering av studenterna (prop. 1975:9). Genom reformen utvidgades högskoleområdet till att också omfatta vissa utbildningar som tidigare inte definierats som högre utbildning. Dit hörde bl.a. de medellånga vårdutbildningarna, socionomutbildningen och lärarutbildningarna.

Ett viktigt mål för den högre utbildningen vid 1977 års reform var att förbereda för yrkesverksamhet. Av detta skäl organiserades allt fler utbildningar i form av linjer med en fast studieorganisation. Därutöver fanns också resurser för ett fritt utbud av kurser, främst inom de filosofiska fakulteternas område. Linjerna inrättades av riksdagen. Budgetåret 1991/92 fanns 128 olika allmänna utbildningslinjer. För varje linje skulle det finnas en utbildningsplan som fastställts av Universitets- och högskoleämbetet. Innan en utbildningsplan fastställdes skulle berörda myndigheter och organisationer höras. På så sätt fick exempelvis Socialstyrelsen och berörda fackliga organisationer ett visst inflytande över de utbildningsplaner som fastställdes för hälso- och sjukvårdsområdets utbildningar.

Universitets- och högskoleämbetet hade ansvaret för antagningen till de allmänna utbildningslinjerna och fastställde också de särskilda behörighetskraven för varje linje. Reglerna för urval bland de sökande till en viss linje var centralt fastställda i högskoleförordningen.

6.2.2 1993 års högskolereform

Den starka betoningen på yrkesförberedelsen och den centrala styrningen över uppläggningen av utbildningarna i 1977 års reform föranledde kritik. Universitet och högskolor ville ha en betydligt större rätt att bestämma över utbildningarna.

Kritiken ledde fram till 1993 års högskolereform. Den nya högskolelagen (1992:1434) trädde i kraft den 1 juli 1993. Lagen innehåller bestämmelser om universitet och högskolor som står under statligt, kommunalt eller landstingskommunalt huvudmannaskap.

1993 års reform innebär, som tidigare nämnts, en konsekvent decentralisering av beslut till universitet och högskolor. Det centrala linjesystemet upphävdes och ersattes med en särskild examensordning som ingår som en bilaga till högskoleförordningen (1993:100). I examensordningen anges de examina som varje universitet och högskola får ge samt de krav som skall uppfyllas för att en viss examen skall få utfärdas. Detta gäller även de landstingskommunala högskolornas utbildningar. Ansvaret för uppläggningen av och innehållet i utbildningarna liksom för antagning och uppställande av särskilda behörighetskrav åvilar numera universiteten och högskolorna.

Universitet och högskolor skall enligt högskolelagen hålla en hög kvalitet såväl i utbildning som i forskning och konstnärligt utvecklingsarbete (1 kap. 4 §). Detta innebär dels att kvantiteten får underordnas kvaliteten, dels att universitet och högskolor inte skall ge sig in på områden där de inte förmår hålla godtagbar kvalitet (jfr prop. 1992/93:1 s. 79).

De grundläggande målen för all högskoleutbildning finns angivna i högskolelagen (1 kap. 9 §). I första hand skall studenterna förvärva kunskaper och färdigheter - vetenskapliga, konstnärliga eller professionella - inom det aktuella utbildningsområdet. Som centrala mål gäller därutöver att den grundläggande högskoleutbildningen skall ge förmåga till självständig och kritisk bedömning, förmåga till självständig problemlösning samt förmåga och intresse att följa kunskapsutvecklingen. Med det senare avses både den nationella och den internationella kunskapsutvecklingen (prop. 1992/93:1 s. 29). Forskarutbildningen skall, utöver vad som gäller för den grundläggande högskoleutbildningen, ge de kunskaper och färdigheter som behövs för att självständigt kunna bedriva forskning. Den eftersträvade friheten för universitet och högskolor bör, när det gäller uppläggningen av och innehållet i utbildningen, utgå från dessa övergripande mål.

Socialdemokraterna reserverade sig under utskottsbehandlingen (bet. 1992/93:UbU3 s. 99) och ville i ett tillägg till 1 kap. 9 § ange bl.a. att utbildningen skulle främja att de studerande förbereder sig för

skilda yrken eller vidareutvecklar sig inom yrken som de redan utövar.

All grundläggande högskoleutbildning skall enligt högskoleförordningen bedrivas i form av kurser, som får sammanföras till utbildningsprogram (7 kap. 1 §). I förordningen anges tre *generella examina*; magisterexamen (160 poäng), kandidatexamen (120 poäng) och högskoleexamen (80 poäng). Därutöver anges ett antal *yrkesexamina*. I anslutning till varje yrkesexamen anges vilka mål som, utöver de allmänna målen i 1 kap. 9 § högskolelagen, skall vara uppfyllda för att examen skall kunna utfärdas. De mål som anges är att betrakta som minimikrav. Utöver de mål som anges i förordningen kan sedan respektive högskola bestämma särskilda mål för varje examen.

Antalet yrkesexamina är i huvudsak begränsat till sådana utbildningar som är inriktade mot yrken där det finns olika former av officiellt fastställd legitimation eller behörighetskrav. Yrkesexamina finns också för vissa yrken som inte är behörighetsreglerade men som syftar till verksamhet inom vård samt omsorg om barn och äldre.

Av de yrkesexamina som regleras i högskoleförordningen har följande varit av särskilt intresse för kommittén: apotekarexamen, arbetsterapeutexamen, barnmorskeexamen, logopedexamen, läkarexamen, optikerexamen, psykologexamen, psykoterapeutexamen, receptarieexamen, sjukgymnastexamen, sjuksköterskeexamen, social omsorgsexamen, socionomexamen, specialpedagogexamen, tandhygienistexamen och tandläkarexamen. Det bör noteras att det inte längre finns någon särskild examen för påbyggnadslinjerna för sjuksköterskeutbildningen, även om dessa leder till vissa yrkesspecialiteter. Undantaget är utbildningen till barnmorska som leder till barnmorskeexamen. Anledningen till denna reglering är att barnmorskeexamen ligger till grund för legitimation som barnmorska. Kommittén återkommer i avsnitt 6.5 till frågan om sjuksköterskornas påbyggnadsutbildningar.

Regeringens möjligheter att påverka kursinnehållet är således begränsat till de utbildningar som avslutas med en yrkesexamen. De mål som i examensordningen uppställs beträffande olika yrkesexamina kan generellt beskrivas som tämligen översiktliga. Friheten för högskolorna att själva bestämma innehållet i olika utbildningar har därmed blivit relativt omfattande. Syftet med det nya systemet har varit att främja och upprätthålla kvalitet i utbildningen samtidigt som varje högskola ges ett större ansvar för studieorganisationen. Genom de målformuleringar som uppställs för varje examen skapas ett instrument för kvalitetskontroll och rätten att utfärda en viss examen skall kunna återkallas om utbildningen inte längre uppfyller de krav på kvalitet som uppställs (prop. 1992/93:169 s. 77). De mål som uppställs av de olika högskolorna har kommit att variera.

Högskoleförordningen föreskriver att de *EG-direktiv* rörande innehållet i vissa utbildningar som har blivit bindande för Sverige skall beaktas i tillämpliga delar i kurs- och utbildningsplaner (7 kap. 19 §).

Enskilda utbildningsanordnares möjligheter att utfärda examina regleras i lagen (1993:792) om tillstånd att utfärda vissa examina. Med enskild utbildningsanordnare avses en enskild fysisk eller juridisk person som anordnar utbildning. Särskilt tillstånd erfordras för att en enskild utbildningsanordnare skall kunna utfärda en sådan examen som regeringen meddelat föreskrifter om. För att tillstånd skall kunna lämnas krävs bl.a. att utbildningen uppfyller de krav som i 1 kap. högskolelagen uppställs på grundläggande högskoleutbildning. Dessutom krävs för varje examen som tillståndet avser att utbildningen svarar mot de särskilda krav som enligt regeringens föreskrifter gäller för denna examen vid de universitet och högskolor som omfattas av högskolelagen.

6.3 De medellånga vårdutbildningarna

6.3.1 Utbildningen vid vårdhögskolorna

Landstingens utbildningsverksamhet omfattar gymnasie-, högskole- samt folkhögskoleutbildning. Inom högskolan ges dels grundläggande högskoleutbildning och påbyggnadsutbildning, dels fristående kurser och uppdragsutbildning.

I samband med 1977 års högskolereform fördes flera utbildningar som tidigare tillhört gymnasieskolan inom den primärkommunala eller landstingskommunala utbildningsorganisationen över till högskolan. Därefter har vid flera tillfällen rests krav på att landstingens vårdutbildningar skall överföras till statligt huvudmannaskap. I betänkandet (SOU 1993:12) Vårdhögskolor -kvalitet -utveckling -huvudmannaskap redovisade Huvudmannaskapsutredningen tre olika modeller att helt eller delvis överföra vårdutbildningarna till statligt huvudmannaskap. I direktiven till utredningen framhölls att staten har ett särskilt ansvar för uppbyggnad av starka miljöer för forskning och utveckling. Ärendet bereds för närvarande inom regeringskansliet och förhandlingar pågår med landstingen.

Av de yrkesexamina inom hälso- och sjukvården samt närliggande områden som regleras i högskoleförordningen är det arbetsterapeut-, barnmorske-, sjukgymnast-, sjuksköterske-, social omsorgs- och tandhygienistexamina som kan avläggas vid vårdhögskolorna.

Utöver de ovannämnda utbildningarna som leder till yrkesexamina finns huvudsakligen följande grundutbildningar vid vårdhögskolorna: Audionomutbildning (120 poäng), utbildning i biomedicinsk laboratorievetenskap dvs. laboratorieassistentutbildning (120 poäng) och ortopedingenjörsutbildning (120 poäng). Utöver grundutbildningarna

finns också olika påbyggnadsutbildningar, bl.a. för sjuksköterskor. Vårdhögskolornas verksamhet styrs framför allt av landstingens och kommunernas behov av arbetskraft och kunskap. Utbildningsutbudet förändras därför kontinuerligt. Innehållet i utbildningarna varierar från högskola till högskola och det växer ständigt fram nya utbildningar.

6.3.2 Uttalanden och utredningar om de medellånga vårdutbildningarna

I kommitténs direktiv anförs att vissa påpekanden som Socialutskottet gjort angående de medellånga vårdutbildningarna bör beaktas. Dessa behandlas i det följande.

I sitt betänkande 1993/94:SoU4 (rskr. 1993/94:5) behandlade Socialutskottet motioner om legitimation eller behörighetsföreskrifter för ytterligare yrkesgrupper. Det var främst yrkesgrupperna naprapater och arbetsterapeuter som behandlades. Utskottet konstaterade att de frågor som aktualiserats kunde tas upp i den samlade översyn som vår kommitté skall göra när det gäller frågan om legitimation eller andra behörighetsföreskrifter för olika yrkesgrupper inom hälso- och sjukvården. Utskottet förutsatte att vid översynen beaktades vad som föreslagits om översynsutredningen för de medellånga vårdutbildningarna.

Behovet av yrkesexamina för de medellånga vårdutbildningarna behandlades i Utbildningsutskottets betänkande 1992/93:UbU3. I olika motioner hade föreslagits yrkesexamina för bl.a. utbildningarna till laboratorieassistent, hörselvårdsassistent, ortopedingenjör, ortopedtekniker och dietist. Utskottet förutsatte att regeringen prövade frågan om behovet av dessa yrkesexamina.

Med anledning av motionsyrkanden under 1989/90 angående förlängning av de s.k. medellånga vårdutbildningarna anförde Utbildningsutskottet bl.a. följande (bet. 1989/90:UbU21 s. 17 - 18, rskr. 232):

> Merparten av de medellånga vårdutbildningarna återfinns inom den kommunala högskolan. Utbildningarna har i allt väsentligt en mycket klar målsättning, nämligen att utbilda för en specifik yrkesroll inom vårdområdet i det svenska samhället. Detta har givit utbildningarna en speciell karaktär när det gäller uppläggning och innehåll. För flera av utbildningarna gäller att den mängd kunskap som skall förmedlas under en begränsad tid, bl.a. som följd av forskningens landvinningar, växer och blir alltmer komplicerad. I och med att den kommunala högskolan inlemmades i det svenska högskolesystemet har möjligheterna att från de medellånga vårdutbildningarna gå vidare till forskarutbildning öppnats, även om grundutbildningen i flera avseenden då måste kompletteras. I allt

ökande omfattning aktualiseras nu jämförelser mellan de svenska vårdutbildningarna och motsvarande utländska utbildningar.

Möjligheterna för de studerande att förlägga en del av sin utbildning utomlands eller att efter genomgången utbildning kunna verka i ett annat land får allt större betydelse.

Mot denna bakgrund finns det enligt utskottets mening nu anledning att mer ingående pröva om de medellånga vårdutbildningarnas längd är lämpligt avpassad till de förändrade krav som från olika utgångspunkter kan ställas på utbildningarna. Utskottets uppfattning är att en samlad, bred översyn nu måste göras av de medellånga vårdutbildningarnas längd (...).Det väsentliga i den översyn utskottet nu föreslår är att dels pröva utbildningens längd i förhållande till de krav på väl avvägd utbildning som arbetsmarknaden ställer, dels beakta de anpassningar till internationella förhållanden som blir alltmer nödvändiga. Behovet av påbyggnadsutbildningar i anslutning till grundutbildning på linje bör också omfattas av översynen liksom frågan om hur eventuella påbyggnadsutbildningar skall organiseras. I förekommande fall bör också vårdutbildningarnas samverkan med den statliga högskolan belysas, bl.a. i syfte att underlätta övergångar mellan de olika utbildningsorganisationerna.

En översyn av de medellånga vårdutbildningarna aktualiserades ånyo bl.a. vid Utbildningsutskottets behandling av skilda motionsyrkanden (bet. 1990/91:UbU12, 1991/92:UbU14).

Regeringen uppdrog i maj 1989 åt Universitets- och högskoleämbetet att se över sociala omsorgslinjen. Samtidigt utreddes hälso- och sjukvårdslinjen inom regeringskansliet. Universitets- och högskoleämbetet utredde också rehabiliteringslinjen. I budgetpropositionen 1990/91:100 bil. 10 s. 151 uttalade fördragande statsrådet att han utgick från att Universitets- och högskoleämbetet även skulle se över de övriga medellånga vårdutbildningarna vad gällde längd och internationell gångbarhet.

Universitets- och högskoleämbetets rapport om de medellånga vårdutbildningarna

Universitets- och högskoleämbetet har i rapporten Behov av förändring av de medellånga vårdutbildningarna - en probleminventering (UHÄ-rapport 1991:9) redovisat synpunkter och förslag beträffande de medellånga vårdutbildningarnas längd m.m. Rapporten byggde på en redovisning som lämnats av en arbetsgrupp bestående av rektorerna för vårdhögskolorna i Uppsala, Umeå och Örebro.

I rapporten redovisades huvudsakligen följande slutsatser och förslag.

1. Grundutbildningen till arbetsterapeut, hörselvårdsassistent (numera audionom), laboratorieassistent, sjukgymnast och sjuksköterska liksom utbildningarna inom sociala omsorgslinjen bör omfatta treåriga linjer som leder fram till en kandidatexamen i arbetsterapi, hörselvård, biomedicinsk laboratorievetenskap, sjukgymnastik, omvårdnad respektive social omsorg. Tandhygienistexamen bör omfatta två års studier med möjlighet till i första hand ett års påbyggnadslinjer.
2. Det allmänna behörighetskravet till de medellånga vårdutbildningarna bör vara treårig gymnasieutbildning med studieförberedande program.
3. Samtliga utbildningar bör i den mån det är möjligt ha en benämning som innehåller yrkestiteln.
4. Möjligheter till systematisk fortsatt utbildning för uppnående av högre examensnivåer bör tydliggöras för samtliga utbildningsnivåer. Påbyggnadsutbildningar bör därför inrättas med möjligheter till karaktärsämnesfördjupning och yrkesspecialicering. Dessa utbildningar bör leda till magisterexamen.
5. Möjligheter till samverkan mellan landstingskommunal och statlig högskola bör utnyttjas.
6. Hälso- och sjukvårdslinjens inriktning mot diagnostisk radiologi bör slås samman med laboratorieassistentlinjens inriktning mot klinisk fysiologi vilket skulle kunna leda till legitimation som medicinsk assistent.

Beträffande hälso- och sjukvårdslinjen hänvisade Universitets- och högskoleämbetet till en särskild utredning inom regeringskansliet och till en pågående försöksverksamhet med förlängning av utbildningen till 120/130 poäng. Linjen behandlades därför inte särskilt i rapporten. Fem andra utbildningslinjer togs upp. Förslagen i rapporten redovisas nedan i korthet i anslutning till varje utbildningslinje.

Hörselvårdslinjen: Universitets- och högskoleämbetet föreslog att utbildningen skulle förlängas från 80 till 120 poäng.

Laboratorieassistenlinjen: Enligt den utbildningsplan som gällde från hösten 1989 omfattade utbildningen 90 poäng och hade fem olika inriktningar. Universitets- och högskoleämbetet föreslog att utbildningen skulle förlängas till 120 poäng.

Rehabiliteringslinjen: I sin rapport anförde Universitets- och högskoleämbetet att det från olika utbildningsenheter hade framförts att rehabilitieringslinjens båda utbildningar borde brytas ut ur den gemensamma linjen och organiseras som arbetsterapeut- respektive sjukgymnastlinje. Förslag om en förlängning av utbildningarna från 100 till 120 poäng hade också framförts från utbildningsenheterna.

Sociala omsorgslinjen: Linjen var under 1990 föremål för översyn och remissbehandling. I det sammanhanget föreslogs att utbildningen skulle förlängas till 100 poäng. Universitets- och högskoleämbetet förordade i sin rapport en förlängning till 120 poäng. Som skäl för en

sådan förlängning anfördes bl.a. att omstruktureringar inom verksamhetsfälten skapat behov av en utbildning som förbereder för ett arbete som i många fall kan bli mycket självständigt. Ämbetet framhöll också möjligheterna till samordning med sociala linjen.

Tandhygienistlinjen: Tandhygienistutbildningen omfattade tidigare 40 poäng. År 1988 inleddes försök med förlängning till 80 poäng. Universitets- och högskoleämbetet bedömde en förlängning av utbildningen till 80 poäng som väl avvägd.

Högskoleverkets utvärdering av vårdutbildningar i högskolan

Regeringen gav i december 1994 dåvarande Kanslersämbetet i uppdrag att utvärdera de medellånga vårdutbildningarna. Uppdraget omfattade dels utbildningen vid vårdhögskolorna, dels sjukgymnastutbildning med statligt huvudmannaskap. Utvärderingen skulle bl.a. belysa utbildningarnas forskningsanknytning, biblioteks- och informationsförsörjningsresurser, lärarkompetens samt pågående kvalitets- och utvecklingsarbete. Syftet med uppdraget var att få underlag för regeringens senare bedömningar av lärosätens rätt att utfärda examina. Utvärderingen, som kom att omfatta sammanlagt 113 utbildningsprogram som leder till 12 skilda yrkes- eller högskoleexamina, redovisades i rapporten Vårdutbildningar i högskolan En utvärdering (Högskoleverkets rapportserie 1996:7 R).

Högskoleverket konstaterade att samtliga granskade utbildningar på ett grundläggande plan uppfyllde kraven på yrkesrelevans. Samtidigt ansåg verket att ett stort antal utbildningar inte nått en högskolemässig nivå.

Övrigt

Socionomutbildningen och sociala omsorgsutbildningen granskades av Socialtjänstkommittén. I avsnitt 15 återkommer kommittén till Socialtjänstkommitténs bedömningar beträffande dessa två utbildningar.

6.4 Kommitténs överväganden

6.4.1 Ingen förlängning av utbildningarna

De utbildningar som togs upp i Universitets- och högskoleämbetets rapport om de medellånga vårdutbildningarna (se avsnitt 6.3.2) ser i dag ut på följande sätt.

Hälso- och sjukvårdslinjen omfattar 120 poäng (sjuksköterskeexamen, yrkesexamen nr 33, högskoleförordningen). Utbildningen har

harmoniserats med befintliga EG-direktiv. Sjuksköterskeutbildningen behandlas vidare i avsnitt 6.5.

Audionomutbildningen omfattar 120 poäng. Utbildningen leder inte till någon yrkesexamen enligt högskoleförordningen och innehållet i utbildningen bestäms därför av huvudmannen för utbildningen.

Laboratorieassistentprogrammet (biomedicinsk laboratorievetenskap) omfattar 120 poäng. Utbildningen leder inte till någon yrkesexamen enligt högskoleförordningen och innehållet i utbildningen bestäms därför av huvudmannen för utbildningen.

Den tidigare *rehabiliteringslinjen* har delats upp i två olika utbildningar, arbetsterapeututbildningen som omfattar 120 poäng (yrkesexamen nr 5, högskoleförordningen) och sjukgymnastutbildningen som också den omfattar 120 poäng (yrkesexamen nr 32, högskoleförordningen).

Den *sociala omsorgsutbildningen* har förlängts och social omsorgsexamen uppnås numera efter fullgjorda kursfordringar om minst 100 poäng (yrkesexamen nr 37, högskoleförordningen). Social omsorgsexamen kan enligt högskoleförordningen utfärdas för två olika inriktningar. En för inriktning mot äldre, funktionshindrade och utvecklingsstörda och en mot socialpedagogiskt behandlingsarbete. I examensbeviset skall anges vilken inriktning utbildningen avser. I propositionen 1992/93:169 diskuterades förlängningen av den sociala omsorgsutbildningen. Departementschefen uttalade där att utbildningen borde omfatta 120 poäng för de studenter som antas fr.o.m. budgetåret 1994/95. Eftersom de som antagits till den nuvarande linjen måste få fullfölja sina studier i planerad omfattning uppstår behov av finansiering först 1997. Det är emellertid, anförde departementschefen, ingenting som hindrar att berörda vårdhögskolor inom ramen för sina resurser erbjuder studenter en motsvarande tillvalskurs. Regeringen avsåg att återkomma med förslag till förändringar i den nya högskoleförordningen så att social omsorgsutbildning förlängs till 120 poäng. Huvudmannaskapsutredningen utgick vid sina kostnadsberäkningar från att den sociala omsorgslinjen skulle förlängas till 120 poäng (SOU 1993:12 s. 159). Någon förlängning av utbildningen har ännu inte gjorts i högskoleförordningen (augusti 1996). En kontroll med studievägledare vid olika vårdhögskolor har emellertid visat att från och med hösten 1994 har den sociala omsorgsutbildningen förlängts till 120 poäng vid samtliga vårdhögskolor. En förlängning i högskoleförordningen skulle således innebära en anpassning till faktiska förhållanden.

Tandhygienistexamen uppnås efter fullgjorda kursfordringar om 80 poäng (yrkesexamen nr 42, högskoleförordningen).

Kommitténs genomgång av de aktuella utbildningarna visar således att de förlängningar av de medellånga vårdutbildningarna som föreslogs av Universitets- och högskoleämbetet redan har genomförts.

Vad som återstår är att i högskoleförordningen införa den förlängning av sociala omsorgsutbildningen till 120 poäng som i praktiken redan genomförts. När det gäller sociala omsorgsutbildningen hänvisar kommittén också till Socialtjänstkommitténs förslag angående utbildningen (avsnitt 15). Kommittén föreslår inga ytterligare förlängningar av de medellånga vårdutbildningarna.

De "medellånga vårdutbildningarna" har tidigare varit ett vedertaget begrepp. Det kan möjligen ifrågasättas om de utbildningar som förlängts till tre år kan betraktas som medellånga. Begreppet medellånga vårdutbildningar används inte av kommittén i den fortsatta framställningen.

6.4.2 Reglering av utbildningar

När det gäller utbildningarnas längd torde Universitets- och högskoleämbetets förslag således inte föranleda några ytterligare överväganden. En annan fråga är vilka utbildningar alternativt vilka yrken som bör vara reglerade. Utvecklingen inom hälso- och sjukvården går snabbt och det är viktigt att utbildningarna svarar upp mot de krav som ställs på yrkesutövarna. Kvalificerade utbildningar är också viktiga medel för att kunna möta ökade effektivitetskrav i verksamheten.

Behovet av en reglering av olika utbildningar bör avgöras med utgångspunkt från patienternas berättigade krav på en kvalificerad och säker vård. Yrkesutövare inom hälso- och sjukvården och andra närliggande områden måste ha den kompetens som erfordras för att patienterna skall kunna garanteras en god vård. Här är det inte bara utbildningarnas längd som är avgörande. Utbildningen måste självfallet också hålla en hög kvalitet.

Kraven på en god utbildning kan i vissa sammanhang behöva följas upp med behörighetsregler. Bestämmelser om hur lång en utbildning skall vara och vad den skall innehålla kan i många fall bli verkningslösa om arbetsgivare och andra inte anlitar personer med denna kompetens.

En del av de problem som kommit till kommitténs kännedom torde vara att hänföra till avsaknaden av en samlad reglering av utbildningen. Genom att det inte finns någon central reglering med minimikrav eller riktlinjer för hur en utbildning skall se ut kan utbildningslängd- och standard ibland komma att variera på ett otillfredsställande sätt. Det finns inte heller någon garanti för att en utbildning över huvud taget kommer att finnas kvar. Både arbetsgivare och patienter får svårigheter att avgöra vilken kompetens en yrkesutövare besitter.

Samtidigt får man inte glömma bort att en stor variation inom utbildningsväsendet kan vara av godo. Behovet av kunskap inom olika

ämnesområden varierar från plats till plats och från en tid till en annan. Den snabba och ständigt pågående utvecklingen inom sjukvården skapar behov av nya utbildningar och förändringar i befintliga utbildningar. Utbildningsanstalterna måste i viss mån kunna anpassa sig till efterfrågan. Detta hindrar inte att det i många sammanhang bl.a. ur patientsäkerhetsaspekt ter sig angeläget med en viss samordning av de mål eller minimikrav som bör gälla för en utbildning.

Det fria utbudet och avsaknaden av reglering av innehållet i utbildningarna är däremot en nackdel om man vill utöka behörighetsregleringen och reglera ytterligare yrken. Det uppstår då svårigheter att kontrollera utbildningarnas kvalitet. Innehållet i utbildningarna kan variera beroende på vilken högskola som bestämt kursutbudet. Vid en reglering av ytterligare yrken måste man också se över regleringen av utbildningarna. Om det stora problemet ur kompetens- och behörighetssynpunkt inom ett yrkesområde är avsaknaden av en reglerad utbildning är det enligt kommitténs uppfattning inte rimligt att gå omvägen över en legitimation för att komma till rätta med problemet. I stället ter det sig naturligt att i första hand överväga en reglering av den ifrågavarande utbildningen.

Av de utbildningar som togs upp i Universitets- och högskoleämbetets rapport är det audionomutbildningen och utbildningen för biomedicinska analytiker (laboratorieassistentutbildningen) som saknar reglering på central nivå. Även utbildningen för ortopedingenjörer saknar central reglering. Ingen av dessa tre utbildningar leder till någon yrkesexamen enligt högskoleförordningen och det är varje vårdhögskola/högskola som själv bestämmer utbildningens mål och innehåll. Krav på legitimation har framförts för dessa yrkesgrupper.

När det gäller *audionomutbildningen* anförde Högskoleverket i sin rapport (se avsnitt 6.3.2) att två av fyra högskolor hade en högskolemässig nivå på utbildningen. Övriga två högskolor bedömdes ha en utbildningsnivå som inte var högskolemässig. Audionomens verksamhet kräver kunskaper inom medicin, teknik och beteendevetenskap. Enligt uppgift från Svenska Audionomföreningen har omkring tio procent av befolkningen någon form av hörselnedsättning. Audionomerna måste även fortsättningsvis ha en hög kompetens för att kunna medverka i effektiv behandling av hörselproblem och hörselskador. För att garantera att det även i framtiden kommer att finnas en audionomutbildning av god kvalitet föreslår kommittén att utbildningen regleras. Regleringen bör ske genom införandet av en ny yrkesexamen i högskoleförordningen. Förslaget om en reglering av audionomutbildningen har också sin grund i kommitténs förslag om en särskild behörighetsreglering som innefattar audionomerna (avsnitt 10.3.1).

Biomedicinsk analytiker är den numera vedertagna yrkesbenämningen efter genomgången laboratorievetenskaplig utbildning. Utbild-

ningen ges vid 13 olika högskolor och omfattar, som tidigare nämnts, för närvarande 120 poäng. Innehållet i de utbildningar som ges i dag varierar. Avsaknaden av en reglerad utbildning gör det svårare för arbetsgivaren att avgöra vilken kompetens en biomedicinsk analytiker har. Även för tillsynsmyndigheten blir det svårare att bedöma kompetensen. För framtiden finns det inga garantier för att utbildningen för biomedicinska analytiker kommer att finnas kvar eller att den kommer att hålla samma standard som i dag. Beträffande specialistutbildningen inom cytologi (cytologassistenter) finns det enligt uppgift från Vårdförbundet SHSTF risk för att ingen vårdhögskola i framtiden kommer att tillhandahålla denna utbildning. Enligt kommitténs uppfattning är det viktigt att det även i framtiden kommer att finnas en utbildning i cytologi som håller en god standard. En reglering av grundutbildningen för biomedicinska analytiker skulle sannolikt åstadkomma ett större intresse för cytologutbildningen. Kommittén föreslår att utbildningen för de biomedicinska analytikerna regleras genom införandet av en ny yrkesexamen i högskoleförordningens examensbilaga. Yrkeskategorin biomedicinska analytiker behandlas vidare i avsnitt 10.3.2 där kommittén lämnar ytterligare förslag beträffande yrkeskategorin.

Ortopedingenjörsutbildningen ges endast vid Hälsohögskolan i Jönköping. Utbildningen omfattar som tidigare redovisats 120 poäng. Skolan tar emot elever från bl.a. Danmark och Island. I sin rapport (se avsnitt 6.3.2) anförde Högskoleverket att utbildningen väl möter kraven på högskolemässighet enligt kriteriekategorierna. Enligt verkets mening var ortopedingenjörsutbildningen högskolemässig och hade potential att i huvudämnet utveckla utbildningen till kandidatexamen. Utbildningen innefattar både medicinska och tekniska ämnen. Kommittén ser det som angeläget att det finns garantier för att utbildningen kommer att finnas kvar och att den även fortsättningsvis kommer att hålla en god kvalitet och föreslår därför att utbildningen regleras. Regleringen bör ske genom införandet av en ny yrkesexamen i högskoleförordningen. Förslaget om en reglering av ortopedingenjörsutbildningen har också sin grund i kommitténs förslag om särskild behörighetsreglering som innefattar ortopedingenjörerna (se avsnitt 10.3.4).

Dietistutbildningen har inte räknats till de "medellånga vårdutbildningarna". Kommittén har ändå valt att här redovisa sina ställningstaganden beträffande dietistutbildningen. Utbildningen var tidigare reglerad, men avreglerades i samband med högskolereformen 1993 och togs inte upp som någon särskild yrkesexamen i högskoleförordningen. Dietistutbildningen bedrivs vid tre universitet och omfattar 120 poäng. Avregleringen av utbildningen har medfört att det är svårt att kontrollera vilken kompetens en dietist har. Kommunernas verksamhet har breddats där nutritionsområdet ingår, t.ex. på

sjukhem, vårdhem, enskild äldrevård, storhushållsverksamhet, skolmatproduktion, utbildning och information. Numera anlitas ofta dietister som konsulter och det finns privata dietister med egen mottagningsverksamhet. Kommittén anser att det bör finnas garantier för att dietistutbildningen håller en hög kvalitet och att dietistutbildningen därför bör regleras genom att anges som en särskild yrkesexamen i högskoleförordningen. Förslaget om en reglering av dietistutbildningen har också sin grund i kommitténs förslag om särskild behörighetsreglering som innefattar dietisterna (se avsnitt 10.3.3.)

Kommittén föreslår vidare en reglering av utbildningen för *sjukhusfysiker*. Denna yrkeskategori behandlas vidare i avsnitt 10.2.3 och förslaget har också sin grund i de överväganden som görs i detta senare avsnitt.

Även inom området *medicinsk fotvård* finns det enligt kommitténs mening starka skäl som talar för införandet av en reglerad utbildning på högskolenivå. Kommittén återkommer i avsnitt 10.4.4 till frågor angående medicinska fotspecialister.

6.5 Sjuksköterskeutbildningen

6.5.1 Inledning

Sjuksköterskans roll och arbetsuppgifter har förändrats under de senaste årtiondena. Arbetsuppgifterna har vidgats och blivit mer kvalificerade bl.a genom tillkomsten av nya metoder och ny teknik för diagnostik och behandling. Samtidigt har kraven på effektivitet inom sjukvården ökat. Sjuksköterskor har också i allt större utsträckning kommit att ansvara för vårdplanering, ledning och samordning av det löpande vårdarbetet. Andra viktiga uppgifter är undervisning och handledning av personal och elever, information till patienter samt att i vårdlagen svara för mer kvalificerade insatser. Sjuksköterskan kan också fungera som samordnare när det gäller samarbetet mellan primärvården och exempelvis social- och arbetsvården.

Förändringarna av sjuksköterskans arbetsuppgifter har påverkat utbildningen och sjuksköterskeutbildningen har under senare decennier genomgått flera förändringar. Eftersom det under lång tid kommer att finnas sjuksköterskor som genomgått äldre utbildningar kan det finnas skäl att översiktligt beskriva de tidigare sjuksköterskeutbildningarna. En sådan beskrivning finns i avsnitt 6.5.2. Beskrivningen är i huvudsak hämtad från en bilaga till Socialstyrelsens allmänna råd SOSFS 1995:15 (M).

I avsnitt 6.5.3 redovisas de nuvarande sjuksköterske- och barnmorskeutbildningarna. Den nya sjuksköterskeutbildningen är en generalistutbildning i allmän hälso- och sjukvård. Barnmorskeut-

bildningen är numera den enda vidareutbildning som är reglerad. Från sjukvårdens sida har befarats att de nya generalistsjuksköterskorna inte kommer att ha den specialistkompetens som erfordras för att kunna tjänstgöra inom operationssjukvård, intensivvård, anestesisjukvård och andra centrala områden.

Socialstyrelsen har utfärdat nya allmänna råd om kompetenskrav för tjänstgöring som sjuksköterska och barnmorska. Dessa och andra kompetensråd och regleringar redovisas i avsnitt 6.5.4. Frågan är om dessa råd och regleringar ger en tillräcklig garanti för att vi i framtiden inom alla områden kommer att kunna få sjuksköterskor med erforderlig kompetens.

Vissa tidigare uttalanden om reglering av sjuksköterskornas vidareutbildningar/specialistkompetens refereras i avsnitt 6.5.5. Framställningar till kommittén redovisas i avsnitt 6.5.6.

I avsnitt 6.5.7 diskuterar kommittén olika metoder för reglering och redovisar sina ställningstaganden.

Röntgensjuksköterskornas utbildningssituation och förslag beträffande denna behandlas i avsnitt 6.5.8.

6.5.2 Tidigare sjuksköterske- och barnmorskeutbildningar

Sjuksköterskeutbildningen har förändrats ett flertal gånger sedan 1950-talet. Den största förändringen inträffade 1982 då utbildningen fördes över till högskolesektorn och tillträdeskraven höjdes från det tidigare kravet som i princip bara avsåg grundskola till de allmänna behörighetskrav som gäller all högskoleutbildning, dvs. minst två års gymnasieskola.

Sjuksköterskeutbildningen enligt 1952 års studieordning omfattade tre till tre och ett halvt år och hade föregåtts av en provtjänstgöring. Utbildningen inleddes med en tvåårig obligatorisk allmänutbildning. Därefter följde en specialutbildning inom något av områdena medicinsk sjukvård, kirurgisk sjukvård, kirurgisk poliklinik, sinnessjukvård, operationssköterskearbete, röntgenarbete, laboratoriearbete samt distriktsvård, barnsjukvård och barnmorskearbete. Under 1950-talet tillkom en vidareutbildning inom anestesi.

Genom 1966 års studieordning delades sjuksköterskeutbildningen i grundutbildning och vidareutbildning. Grundutbildningen omfattade fem terminer och berättigade till legitimation som sjuksköterska. För tillträde till vidareutbildningen krävdes viss yrkeserfarenhet. Vidareutbildningar fanns inom specialiteterna medicinsk och kirurgisk sjukvård, psykiatrisk vård och åldringsvård, anestesisjukvård, intensivvård, operationssjukvård, hälso- och sjukvård för barn och ungdom, öppen hälso- och sjukvård samt obstetrisk och gynekologisk vård.

Under 1960-talet infördes direktutbildningar till operations-, röntgen-, radioterapi- och oftalmologassistenter. Dessa utbildningar omfattade fyra respektive fem terminer. Genom övergångsbestämmelser har dessa utbildningar jämställts med motsvarande inriktning inom hälso- och sjukvårdslinjen för legitimation som sjuksköterska enligt 1982 års studieordning.

1982 års studieordning för sjuksköterskeutbildningen (hälso- och sjukvårdslinjen) omfattade 80 respektive 90 högskolepoäng. Gymnasieskolans vårdlinje eller motsvarande utgjorde krav för antagning till sjuksköterskeutbildningen. Hälso- och sjukvårdslinjen gav en grundläggande utbildning i omvårdnad och därtill en specialisering inom något av områdena allmän hälso- och sjukvård, operationssjukvård, psykiatrisk vård, ögonsjukvård, onkologi (radioterapi) och diagnostisk radiologi. Samtliga inriktningar berättigade till legitimation som sjuksköterska. Påbyggnadsutbildningar för vidareutbildning av sjuksköterskor fanns inom anestesisjukvård, intensivvård, hälso- och sjukvård för barn och ungdom, öppen hälso- och sjukvård, ortoptik (vardera omfattande 40 poäng), obstetrisk och gynekologisk vård (barnmorska, 50 poäng) samt onkologisk omvårdnad (20 poäng).

Från senare delen av 1980-talet anordnades försöksverksamhet med direktantagning till hälso- och sjukvårdslinjen av studerande som hade allmän behörighet för högskolestudier men inte hade genomgått gymnasial vårdutbildning.

6.5.3 Nuvarande sjuksköterske- och barnmorskeutbildningar

År 1993 infördes en ny sjuksköterskeutbildning som innebar en anpassning till de direktiv som finns inom EU för sjuksköterskeutbildningen (se avsnitt 4.3.2), nämligen en treårig utbildning med inriktning mot allmän hälso- och sjukvård. Äldre utbildningar kan i vissa fall komma att godkännas med stöd av övergångsbestämmelser till det första sjuksköterskedirektivet. När de generella direktiven tillkom (se avsnitt 4.3.3) ansåg man att regleringen av utbildning och yrkesverksamhet för sjuksköterskor med annan inriktning än allmän hälso- och sjukvård borde lösas inom ramen för de generella direktiven. Nu pågår emellertid diskussioner inom EU både om en översyn av basutbildningen för sjuksköterskor och en reglering av specialistutbildade sjuksköterskor. Även den nordiska överenskommelsen om en gemensam arbetsmarknad för personal inom hälso- och sjukvården och veterinärer (se avsnitt 4.1.3) avser med sjuksköterskor de som genomgått sjuksköterskeutbildning av generalistnatur med benämningen allmän hälso- och sjukvård. Sjuksköterskor med annan inriktning i sin utbildning godkänns av respektive stat efter individuell bedömning.

Genomförandet av 1993 års högskolereform innebär, som redovisats i avsnitt 6.2.2., en konsekvent decentralisering av centrala beslut till

universitet och högskolor. Systemet med centralt bestämda linjer upphävdes och ersattes med en särskild examensordning. I examensordningen, som ingår som en bilaga till högskoleförordningen, anges de examina inom grundläggande högskoleutbildning som varje universitet och högskola får utfärda samt vilka krav som skall uppfyllas för respektive examen. Ansvaret för utbildningens uppläggning och innehåll liksom antagning och behörighetsfrågor har decentraliserats till universitet och högskolor.

Enligt examensordningen omfattar sjuksköterskeexamen kursfordringar om sammanlagt 120 poäng, dvs. sex terminer (högskoleförordningen, yrkesexamen nr 33). Som allmänna mål, utöver de allmänna målen i högskolelagen, anges i examensordningen att studenten skall ha

-- förvärvat sådana kunskaper och färdigheter som fordras för att självständigt kunna arbeta som sjuksköterska,
-- tillägnat sig kunskaper i professionell omvårdnad,
-- utvecklat sin självkännedom och förmåga till inlevelse och därigenom, med beaktande av ett etiskt förhållningssätt och en helhetsbild av människan, utvecklat sin förmåga till goda relationer med patienter och deras närstående,
-- förvärvat kännedom om förhållanden i samhället som påverkar människors hälsa samt kunna initiera och delta i hälsobefrämjande och förebyggande arbete,
-- tillägnat sig kunskaper i sjukvårdens ekonomi och organisation som är av betydelse för alla sjuksköterskor.

Utöver dessa mål uppställer respektive högskola egna mål. Kraven beträffande behörighet till utbildningen varierar från högskola till högskola.

I högskoleförordningen föreskrivs att sådana direktiv inom EU rörande innehållet i vissa utbildningar som har blivit bindande för Sverige i tillämpliga delar skall beaktas i kursplaner och utbildningsplaner (7 kap. 19 §).

Studerande som påbörjat sin sjuksköterskeutbildning efter den 1 juli 1993 genomgår den nya sjuksköterskeutbildningen. De första sjuksköterskorna med den nya utbildningen utexaminerades således vårterminen 1996. Sjuksköterskeutbildning med inriktning mot visst specialområde kommer i framtiden endast att kunna bedrivas som vidareutbildning av redan legitimerade sjuksköterskor alternativt som en särskild utbildning. Med undantag för barnmorskeexamen saknas för sjuksköterskornas vidareutbildning såväl yrkesexamen som generellt utbildningsprogram. Varje högskola kan själv besluta om lokala kurser och utbildningsprogram. Utbudet har redan blivit både stort och varierat. Innehållet i utbildningarna liksom behörighetskraven bestäms av respektive högskola.

Barnmorskeutbildningen är således den enda vidareutbildning för sjuksköterskor som är reglerad. Barnmorskeexamen omfattar enligt examensordningen fullgjorda kursfordringar om sammanlagt 60 poäng, dvs. tre terminer (jfr högskoleförordningen, yrkesexamen nr 7). Därutöver ställs krav på avlagd sjuksköterskeexamen och av Socialstyrelsen utfärdad legitimation. Som allmänna mål, utöver de allmänna målen i högskolelagen, anges i examensordningen att studenten skall ha

-- förvärvat sådana kunskaper och färdigheter som fordras för att självständigt kunna arbeta som barnmorska,
-- utvecklat sin självkännedom och förmåga till inlevelse och därigenom, med beaktande av ett etiskt förhållningssätt och en helhetsbild av människan, utvecklat sin förmåga till goda relationer med patienter och deras närstående,
-- förvärvat kännedom om förhållanden i samhället som påverkar människans hälsa samt kunna initiera och delta i hälsobefrämjande och förebyggande arbete.

Utöver dessa mål uppställer respektiva högskola egna mål.

Den som avlagt barnmorskeexamen kan efter ansökan erhålla legitimation som barnmorska (se 2 § behörighetslagen). Tillträdet till yrket är reglerat och endast den som innehar legitimation som barnmorska eller som erhållit särskilt förordnande får utöva barnmorskeyrket (se 6 § behörighetslagen).

Eftersom barnmorskeutbildningen är en påbyggnadsutbildning för sjuksköterskor innebär det att en yrkesutövare kan bli innehavare av dubbla legitimationer, först som sjuksköterska och sedan som barnmorska. Den dubbla legitimationen var en konsekvens av att utbildningen till barnmorska tidigare var en direktutbildning och inte som senare kommit att bli fallet en påbyggnadsutbildning för sjuksköterskor.

Barnmorskans yrkesverksamhet omfattas av regleringen i åliggandelagen och åliggandeförordningen. När åliggandeförordningen infördes upphävdes Kungl. Maj:ts reglemente (1955:592) för barnmorskor.

Genom förlängningen av den svenska sjuksköterskeutbildningen till 120 poäng och förlängningen av den svenska barnmorskeutbildningen till 60 poäng uppfyller den svenska barnmorskeutbildningen villkoren i EG-direktiven avseende barnmorskor (jfr avsnitt 4.3.2). För yrkesverksamhet inom EU krävs dessutom att intyg företes om ett års yrkespraktik efter avlagd examen till barnmorska. Innehav av kompetensbevis som barnmorska är i samtliga länder en förutsättning för att få utöva yrket. Äldre utbildningar kan under vissa förutsättningar komma att godkännas med stöd av övergångsbestämmelser.

Den nordiska överenskommelsen om gemensam nordisk arbetsmarknad för viss hälso- och sjukvårdspersonal och veterinärer omfattar yrkesgrupperna barnmorskor och distriktssköterskor.

6.5.4 Reglering av kompetenskrav m.m.

Hälso- och sjukvårdslagen

Det finns i dag omkring 124.000 legitimerade sjuksköterskor i landet och dessa utgör således en stor andel av hälso- och sjukvårdspersonalen. Sjuksköterskornas yrkesverksamhet regleras bl.a. i åliggandelagen. I hälso- och sjukvårdslagen (HSL) uppställs generella krav på god kompetens hos hälso- och sjukvårdspersonalen. All hälso- och sjukvård skall enligt lagen bedrivas så att den uppfyller kraven på en god vård, vilket bl.a. innebär att vården skall vara av god kvalitet. Inom den landstingskommunala och kommunala sjukvården skall finnas den personal som behövs för att meddela god vård (jfr 13 och 23 §§). Det får anses naturligt att sjukvårdshuvudmännen strävar efter att hålla en så hög kompetens som möjligt hos sin personal. I praktiken torde kraven i HSL innebära att det för innehav av vissa sjuksköterskeljänster krävs utbildning utöver den grundläggande sjuksköterskeutbildningen.

HSL föreskriver bl.a. att det inom det verksamhetsområde som kommunen bestämmer skall finnas en sjuksköterska som svarar för
- att det finns sådana rutiner att kontakt tas med läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal när en patients tillstånd fordrar det,
- att beslut om att delegera ansvar för vårduppgifter är förenliga med säkerheten för patienterna,
- att anmälan görs till den nämnd, som har ledningen av hälso- och sjukvårdsverksamheten, om en patient i samband med vård eller behandling drabbats av eller utsatts för risk att drabbas av allvarlig skada eller sjukdom (se 24 §).

Regeringen bemyndigas i HSL att meddela föreskrifter om behörighet till tjänster inom kommunernas hälso- och sjukvård och om tillsättning (se 25 §). Regeringen får överlåta åt Socialstyrelsen att meddela sådana föreskrifter.

Förordningen om behörighet till vissa tjänster inom hälso- och sjukvården och om tillsättning av sådana tjänster

Allmänna bestämmelser om behörighet till bl.a. läkar- och sjuksköterskeljänster finns i förordningen om behörighet till vissa tjänster inom hälso- och sjukvården och om tillsättning av sådana tjänster (1982:771). Förordningen reglerar behörigheten till tjänster inom landstingens och kommunernas hälso- och sjukvård. I förordningen

föreskrivs bl.a. att den är behörig till tjänst som sjuksköterska som har legitimation för sådant yrke (jfr 6 §). För behörighet till vissa läkartjänster inom landstingens hälso- och sjukvård krävs specialistkompetens. Socialstyrelsen skall enligt förordningen meddela allmänna råd om kompetenskrav för arbetsterapeuter, sjukgymnaster, sjukhusfysiker, sjukhusingenjörer, sjuksköterskor och ambulanspersonal.

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd

I Socialstyrelsens numera upphävda kungörelse (MF 1975:121) föreskrevs att vissa tjänster som sjuksköterska skulle innehas av vidareutbildad sjuksköterska. Det gällde sjuksköterskeketjänster inom områdena anestesisjukvård, intensivvård (intensivbehandling), mottagning för olycksfall och akut sjuka, operationssjukvård, distriktsvård och barnhälsovård (barnavårdscentral). Vidareutbildning krävdes också för sjuksköterskeketjänster i ledande ställning (avdelningsföreståndare) eller med ständig nattjänstgöring inom områdena barnsjukvård, psykiatrisk vård eller omsorger om psykiskt utvecklingsstörda och annan vård av medicinsk eller kirurgisk karaktär.

Kungörelsen från 1975 ersattes 1985 med allmänna råd, *allmänna råd om kompetenskrav för sjuksköterskeketjänster* (SOSFS 1985:12). Dessa byggde på 1982 års studieordning. I de allmänna råden anfördes att det med hänsyn till patienternas säkerhet i vården var angeläget att det vid varje enhet fanns tillräckligt antal sjuksköterskor med rätt specialutbildning, som kunde ansvara för de arbetsuppgifter som kräver specialkunnande. Enligt Socialstyrelsens uppfattning var det nödvändigt att ställa särskilda krav på sjuksköterskans kompetens vad gällde verksamheterna anestesi, intensivvård och vård av barn. Även anställningen som distriktssköterska ställde särskilda krav på sjuksköterskans förutsättningar för yrkesutövningen. När sjuksköterskor anställdes till dessa verksamheter/funktioner ansågs det nödvändigt att kräva att sjuksköterskan genomgått specialutbildning för verksamheten. Innan en sjuksköterska anställdes i en särskilt krävande funktion, som exempel nämns sjuksköterska i ledande ställning (avdelningsföreståndare) eller sjuksköterska med ständig nattjänstgöring, borde hon enligt de allmänna råden ha haft möjlighet att uppöva sin yrkesskicklighet som sjuksköterska och inhämta yrkeserfarenheter. Vid anställning till dessa funktioner borde krävas att sjuksköterskan genomgått specialutbildning för verksamheten och hade yrkeserfarenhet. Verksamhetsområdena psykiatrisk vård, ögonsjukvård, diagnostisk radiologi och onkologi nämndes inte bland de områden som ansågs kräva särskild kompetens. Detta får ses mot bakgrund av att de allmänna råden byggde på sjuksköterskeutbildningen enligt 1982 års studieordning. Denna utbildning hade, som tidigare redovisats, särskilda utbildningar med inriktning mot dessa områden. I de

allmänna råden angavs att de verksamheter som sjuksköterskornas olika specialutbildningar var avsedda för skilde sig från varandra och att en sjuksköterska som genomgått en av specialutbildningarna inte utan vidare kunde tjänstgöra inom en verksamhet som någon av de övriga specialutbildningarna var avsedd för. Generellt borde därför enligt råden gälla att varje sjuksköterska borde ha specialutbildning för den verksamhet som anställningen avsåg.

De allmänna råden från 1985 har ersatts med nya allmänna råd och kompetensbeskrivningar. De nya allmänna råden SOSFS 1995:15 (M) *Kompetenskrav för tjänstgöring som sjuksköterska och barnmorska* kompletteras av särskilda kompetensbeskrivningar för sjuksköterskor och barnmorskor (publicerade i skriftserien Allmänna råd från Socialstyrelsen 1995:5). I de nya allmänna råden har, som framgår av rubriceringen, även barnmorskornas verksamhet tagits med. Råden avser landstingens och kommunernas hälso- och sjukvård, men Socialstyrelsen anser att de bör tillämpas även inom privat verksamhet.

Behovet av introduktion i arbetet betonas i de allmänna råden. Efter avslutad utbildning behöver sjuksköterskan, anförs i råden, få möjlighet att uppöva sin yrkesskicklighet innan hon anförtros de mest krävande arbetsuppgifterna. Sjuksköterskornas och barnmorskornas möjligheter till ett kompetensinriktat lärande i arbetet behöver beaktas i arbetets organisation på varje arbetsplats. Det kompetensinriktade lärandet behöver stödjas genom planerad utbildning.

Angående vidareutbildningarna anförs att det i vissa fall finns behov av vidareutbildning för specialisering inom ett område eller för en verksamhet. Patienternas behov inom varje specialområde skall vara avgörande för vad en sjuksköterska eller barnmorska behöver kunna. I de kompetensbeskrivningar för olika specialområden som kompletterar de allmänna råden har krav formulerats för specialområdena

* distriktsvård,
* hälso- och sjukvård för barn och ungdomar,
* geriatrisk vård,
* psykiatrisk vård,
* ögonsjukvård,
* ortoptik och barnoftalmologi,
* onkologisk vård,
* intensivvård,
* anestesisjukvård,
* operationssjukvård,
* diagnostisk radiologi,
* särskilt medicinskt ansvar inom den kommunala hälso- och sjukvården m.m. samt
* obstetrisk och gynekologisk vård (legitimerad barnmorska).

Kompetensbeskrivningarna har utarbetats inom Socialstyrelsen med hjälp av sjuksköterskor och barnmorskor från respektive område inom Vårdförbundet SHSTF. I slutfasen har bl.a. företrädare för Landstingsförbundet, Svenska kommunförbundet och Vårdförbundet SHSTF haft möjligheter att lämna synpunkter. Också synpunkter från högskolornas lärare har inarbetats i materialet.

I de allmänna råden anförs att innan en sjuksköterska anställs till en särskilt krävande funktion, t.ex. sjuksköterska med ständig nattjänstgöring, bör hon ha haft möjlighet att uppöva sin yrkesskicklighet som sjuksköterska och inhämta yrkeserfarenhet från området.

Funktionen som sjuksköterska/barnmorska i ledande ställning vid en avdelning/enhet framhålls i de allmänna råden också som någonting som kräver särskild kompetens. Här gäller det arbetsledning och administration inklusive budgetarbete och insikt i hälsoekonomi samt förmåga att initiera och leda utvecklingsarbete inom verksamheten m.m.

Vissa specialiserade vård- och behandlingsformer för vissa patientgrupper anses också ställa krav på specifik kompetens. Som exempel nämns akutsjukvård, diabetesmottagningar, dialysavdelningar och ambulansverksamhet. I de allmänna råden erinras vidare om de särskilda kompetenskrav som finns för sjuksköterskor och barnmorskor med förskrivningsrätt.

Med hänsyn till patienternas säkerhet i vården är det, framhålls i de allmänna råden, angeläget att det inom varje ansvarsområde finns tillräckligt antal sjuksköterskor med rätt kompetens som kan ansvara för de arbetsuppgifter som kräver specifikt kunnande. Med hänsyn till patienternas säkerhet och vårdens kvalitet kommer Socialstyrelsen i fortsättningen att vara restriktiv när det gäller att medge dispens för att förordna en person som saknar legitimation som sjuksköterska till vikarie på en sjuksköterskетjänst.

I samband med ÄDEL-reformen utformade Socialstyrelsen *allmänna råd om kompetenskrav för tjänstgöring som sjuksköterska med ett särskilt medicinskt ansvar inom den kommunala hälso- och sjukvården m.m.* (SOSFS 1991:10). Även dessa allmänna råd bygger på 1982 års studieordning och de håller på att omarbetas.

Förskrivningsrätten för barnmorskor och sjuksköterskor har reglerats på olika sätt. Rätt att förskriva läkemedel som används i födelsekontrollerande syfte infördes på försök för vissa barnmorskor i januari 1978. Regeringen uppdrog under 1992 åt Läkemedelsverket att i samråd med Socialstyrelsen utreda barnmorskors möjlighet att självständigt förskriva läkemedel som används i födelsekontrollerande syfte. Uppdraget redovisades i mars 1993. Läkemedelsverket har därefter beslutat *föreskrifter om ändring i Läkemedelsverkets receptföreskrifter* LVFS 1990:27 (LVFS 1993:8). Föreskrifterna har utfärdats med stöd av läkemedelsförordningen och efter samråd med

Socialstyrelsen. I föreskrifterna anges vilka läkemedel som barnmorskornas förskrivningsrätt omfattar. Socialstyrelsen har samtidigt meddelat föreskrifter och allmänna råd om *rätt för barnmorskor att förskriva läkemedel i födelsekontrollerande syfte* (SOSFS 1993:19 M). För att kunna erhålla förskrivningsrätt skall en legitimerad barnmorska ha genomgått fortbildning i antikonception och preventivmedelsrådgivning anordnad av Socialstyrelsen eller av landsting enligt Socialstyrelsens utbildningsplan eller ha utexaminerats som barnmorska efter den 1 januari 1974. Vidare krävs avslutad och godkänd inskolning i preventivmedelsrådgivning. Efter anmälan till Socialstyrelsen medges rätt att förskriva läkemedel under förutsättning att barnmorskan genomgått inskolning med godkänt resultat. Uppgiften införs bl.a. i Socialstyrelsens register över hälso- och sjukvårdspersonal (HOSP).

Läkemedelsverket har meddelat föreskrifter om förskrivningsrätt för distriktssköterskor (LVFS 1994:3). Socialstyrelsen har i sin tur utfärdat föreskrifter och allmänna råd om *rätt för sjuksköterskor i öppen hälso- och sjukvård att förskriva vissa läkemedel* (SOSFS 1994:11). Enligt Socialstyrelsens föreskrifter får "legitimerad sjuksköterska som genomgått vidareutbildning till distriktssköterska - påbyggnadslinjen i öppen hälso- och sjukvård, 40 poäng (eller motsvarande) - och är anställd inom öppen hälso- och sjukvård som distriktssköterska eller motsvarande" förskriva sådana läkemedel som Läkemedelsverket angett i LVFS 1994:3 under förutsättning att Socialstyrelsen lämnat särskilt medgivande.

Socialstyrelsen har meddelat föreskrifter och allmänna råd om *behörighet att förskriva kostnadsfria förbrukningsartiklar samt om beskaffenhet av kostnadsfria förbrukningsartiklar, m.m. (SOSFS 1994:22)*. Förskrivningsrätten för legitimerade sjuksköterskor har knutits till två kompetensnivåer - grundkompetens och specialisering - för respektive diagnosgrupp:

- Sjuksköterska med grundkompetens inom diabetes-, stomi- respektive inkontinensvård har förskrivningsrätt på de förbrukningsartiklar som erfordras för patienter som vårdas i den kommunala hälso- och sjukvården och som tillhör dessa diagnosgrupper. För att få denna kompetens genomgår sjuksköterskan antingen en kompletterande utbildning inom vårdområdet eller vidareutbildning till distriktssköterska.
- Sjuksköterska med specialisering inom diabetes-, stomi- respektive inkontinensvård har förskrivningsrätt på samtliga artiklar i sortimentet inom sitt område.
För att få denna kompetens genomgår sjuksköterskan en vidareutbildning för specialisering inom respektive vårdområde.

Reglering av specialistkompetens

Bestämmelser om specialistkompetens finns i behörighetslagen för yrkesgrupperna läkare och tandläkare. En legitimerad läkare eller tandläkare som har genomgått den vidareutbildning som regeringen eller, efter regeringens bemyndigande, Socialstyrelsen föreskriver skall på ansökan få specialistkompetens (se 4 § behörighetslagen). Titeln är skyddad och en läkare eller tandläkare får för allmänheten ange att han är specialist inom sitt yrke endast om han har specialistkompetens.

I behörighetsförordningen finns angivet inom vilka specialiteter specialistkompetens kan erhållas för läkare respektive tandläkare (se 3 och 12 §§). I förordningen anges också de grundläggande kraven som ställs på en läkare eller tandläkare som vill uppnå specialistkompetens. Kraven i behörighetsförordningen kompletteras av Socialstyrelsens föreskrifter om krav på kunskaper och färdigheter m.m. som skall gälla för varje specialistkompetens. För läkare finns Socialstyrelsens föreskrifter om målbeskrivningar för specialiteter inom ramen för läkarnas specialiseringstjänstgöring (SOSFS 1992:3) och Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om läkarnas specialiseringstjänstgöring m.m. (SOSFS 1992:4). För tandläkare finns Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om tandläkarnas specialiseringstjänstgöring (SOSFS 1993:4).

Behörighetslagen reglerar också läkares möjligheter att få kompetens som allmänpraktiserande läkare, s.k. Europaläkare (3 a §). En läkare som vill uppnå kompetens som Europaläkare skall, enligt vad som föreskrivs i 2 a § behörighetsförordningen, genomgå den utbildning med huvudsakligen praktisk inriktning som Socialstyrelsen föreskriver. I föreskrifter om ömsesidigt erkännande av yrkesbehörighet inom hälso- och sjukvården (SOSFS 1994:27) har Socialstyrelsen bl.a. angivit kompetenskrav för Europaläkare.

6.5.5 Tidigare uttalanden om en reglering av sjuksköterskornas vidareutbildningar/specialistkompetens

1981 års behörighetskommitté

1981 års kommitté ansåg sig inte ha möjlighet att, inom ramen för sitt arbete, göra några ingående bedömningar i frågan om det - utöver det generella kravet på legitimation som sjuksköterska - borde ställas upp statliga föreskrifter om påbyggnadsutbildning. Kommittén anförde emellertid att de vid tidpunkten gällande bestämmelserna i MF 1975:121 torde kunna vara vägledande när det gällde att utforma de krav på påbyggnadsutbildning som skulle kunna gälla i framtiden. Kommittén anförde vidare (SOU 1983:33 s. 199).

> Vid en bedömning av om det är nödvändigt att meddela föreskrifter, måste som nämnts här i likhet med i övrigt göras en avvägning mellan patientsäkerhetens krav och kraven att organisationerna inte binds i ett stelt system, som inte medger den anpassning som är en förutsättning för en effektiv vård. I kommittén har - med hänvisning till denna totalbedömning som krävs - diskuterats såväl skilda verksamhetsområden som speciella sjuksköterskefunktioner. I fråga om verksamhetsområden har anestesi särskilt pekats ut. Bland olika funktioner har det ansetts särskilt angeläget att närmare studera de arbetsuppgifter som ankommer på distriktssköterskor och sjuksköterskor med ständig nattjänstgöring. För dessa områden och grupper måste enligt kommitténs uppfattning speciell vikt tillmätas patientsäkerheten.

I samband med behörighetslagens tillkomst anfördes att något behov av att vidga kretsen som kan erhålla specialistkompetens till andra yrkesutövare än läkare och tandläkare inte har funnits (prop. 1983/84:179 s. 37). Möjligen får det uttalandet ses mot bakgrund av att sjuksköterskornas vidareutbildningar vid den tidpunkten var reglerade och att detta medförde en viss kontroll.

Landstingsförbundets rapport

På uppdrag av Landstingsförbundets VD har en projektgrupp diskuterat några modeller och idéer till hur sjuksköterskans vidareutbildning till specialist skulle kunna utformas. Gruppens arbete redovisades i Rapport från Landstingsförbundets projekt Ny sjuksköterskeutbildning, 1994. I rapporten diskuterades två modeller.

Den första modellen innebar en reglering liknande den som i dag gäller för läkares specialiseringstjänstgöring. Verksamhetens krav skulle, sägs i rapporten, kunna formuleras av företrädare för hälso- och sjukvården, företrädare för kommunal vård och företrädare för Vårdförbundet SHSTF:s riksföreningar. När enighet nåtts om kraven överlämnas förslagen till Socialstyrelsen som utfärdar föreskrifter beträffande målen för utbildningen. Sjuksköterskan anställs som allmänsjuksköterska och efter en tids yrkesverksamhet inom ett specialområde ges möjlighet att komplettera den praktiska erfarenheten med kurser för att uppnå specialistkompetens inom detta specialområde. Detta skulle innebära att hälso- och sjukvården tog på sig ett ansvar för sjuksköterskornas vidareutbildning. Vårdhögskolorna svarade sedan för att utarbeta kursplaner för de teoretiska kurser som måste komplettera den praktiska utbildningen.

Den andra modellen innebar att företrädare för hälso- och sjukvården och den kommunala vården formulerade krav som överlämnades till Socialstyrelsen. Styrelsen utfärdade sedan, efter samråd med huvudmannen, fackliga organisationer och studenter, allmänna råd om

kompetenskrav för sjuksköterskeljänster. I de allmänna råden skulle anges vad som krävs för att upprätthålla tjänst som sjuksköterska inom olika specialområden inom hälso- och sjukvård och kommunal vård. Socialstyrelsens allmänna råd borde inte, anfördes i rapporten, omfatta fler specialområden än vad som är erforderligt för vårdens kvalitet och säkerhet. Vårdhögskolorna skulle därefter utarbeta kursplaner som tillgodosåg de av Socialstyrelsen fastställda kompetenskraven för utbildningen och genomföra utbildningen.

I rapporten förordades den andra modellen eftersom den ansågs bäst tillgodose krav på en enkel och överskådlig hantering. Projektgruppen ville ändå pröva den första modellen för några vidareutbildningar.

6.5.6 Framställningar till kommittén

Till kommittén har överlämnats ett stort antal skrivelser från olika sjukhus och kliniker samt från representanter för olika specialiteter inom sjuksköterskornas verksamhetsområden. Kommittén har också vid en hearing sammanträffat med företrädare för föreningar inom Vårdförbundet SHSTF som representerar vidareutbildade sjuksköterskor inom anestesi och intensivvård, hälso- och sjukvård för barn och ungdom, distriktsvård, geriatrisk vård och rehabilitering, vård vid medicinsk och kirurgisk enhet, olycksfalls och akutsjukvård, onkologisk vård, operationssjukvård, psykiatrisk vård, ögonsjukvård samt med röntgensjuksköterskor. Kommittén har också fått synpunkter från representanter för bl.a. skolsköterskor och företagssköterskor. Samtliga har framhållit att den nya treåriga generalistutbildningen för sjuksköterskor inte ger erforderlig kompetens för tjänstgöring inom alla specialområden. De har vidare framfört att det erfordras någon form av tvingande reglering och att Socialstyrelsens allmänna råd inte utgör en tillräcklig garanti för upprätthållandet av en hög kompetens.

Framställningar angående röntgensjuksköterskornas utbildningssituation redovisas i avsnitt 6.5.8.

6.5.7 Kommitténs överväganden

Inledning

En mycket stor andel av antalet sjuksköterskeljänster i landet upprätthålls av vidareutbildade sjuksköterskor. Specialiserat kunnande är en nödvändighet i hälso- och sjukvårdsarbetet och en förutsättning för fortsatt höjning av vårdkvalitén. Sjukvårdspersonalens kompetens ökar självfallet genom den erfarenhet de vinner vid sin tjänsteutövning. Den grundläggande kompetensen bör dock erhållas under utbildningen, vid inskolningen till nya arbetsuppgifter och under den ständigt pågående fortbildning, som arbetsgivaren bör ansvara för. Sjuksköterskans

förändrade roll inom sjukvården, ökade krav på effektivitet, ny teknik och nya behandlingsmetoder kräver betydande specialkunskaper och särskild erfarenhet. Misstag kan ofta få allvarliga konsekvenser. Sjuksköterskans arbete utförs också många gånger under tidspress.

Det är således angeläget att sjuksköterskorna får tillgång till erforderliga vidareutbildningar och att dessa är av god kvalité. Vårdhögskolorna tillhandahåller ett stort och varierat utbud av vidareutbildningar för sjuksköterskor. Sedan det centrala linjesystemet avskaffats är, som tidigare redovisats, barnmorskeutbildningen den enda vidareutbildning som är centralt reglerad. Socialstyrelsens nya allmänna råd (SOSFS 1995:15) har av naturliga skäl kommit att bli relativt allmänt formulerade. Mer detaljerade beskrivningar av vilka krav som bör ställas på sjuksköterskor och barnmorskor i olika funktioner finns i de kompetensbeskrivningar som kompletterar de allmänna råden. Kompetensbeskrivningarna är i förhållande till de tidigare centralt fastställda utbildningsplanerna mer detaljerade. Den stora skillnaden ligger förstås i att kompetensbeskrivningarna inte är någon tvingande reglering.

Ett flexibelt och i princip oreglerat system för vidareutbildning har flera positiva effekter. Ett sådant system gör det lättare att tillgodose lokala behov av kompetens. Den pågående utvecklingen inom sjukvården skapar ständigt ett behov av nya utbildningar och förändringar av befintliga utbildningar. Avsaknaden av regleringar kan underlätta för utbildningsinstituten att anpassa sig till den efterfrågan på utbildning som finns.

Även ett system som reglerar vidareutbildningar och/eller kompetenskrav har sina fördelar. Det kan exempelvis ge samhället en möjlighet att garantera att de utbildningar som behövs också tillhandahålls. En reglering kan också göra det lättare att uppställa särskilda kompetenskrav vid tillsättandet av tjänster. Vidare kan en reglering underlätta för sjukvårdshuvudmannen att rekrytera vidareutbildade sjuksköterskor som har den kompetens som erfordras. Den omständigheten att ett yrke är reglerat kan också, som kommittén tidigare konstaterat, innebära vissa fördelar för yrkesutövare som vill arbeta inom EU. Samtidigt riskerar man med en reglering att kostnadsökningarna blir större och att flexibiliteten minskar.

Vid en bedömning av om det krävs någon reglering av sjuksköterskornas specialistkompetens eller vidareutbildningar bör framför allt omsorgen om patienternas säkerhet vara avgörande. Sjuksköterskor måste, liksom andra yrkesutövare inom hälso- och sjukvården, ha den kompetens som krävs för att patienterna skall kunna garanteras en god vård. Frågan är om det är möjligt att med enbart allmänna råd kunna garantera att en tillräckligt hög kompetens upprätthålls, eller om det krävs en tvingande reglering.

Inom sjukvården finns enligt vad kommittén erfarit en stor oro för att de nya generalistsjuksköterskorna inte skall ha erforderlig kompetens för tjänstgöring inom särskilda specialiteter inom sjukvården. Kommittén har också uppfattningen att det erfordras en fastare reglering än allmänna råd från Socialstyrelsen för att garantera en hög kompetens hos framtidens sjuksköterskor.

Någon möjlighet att förändra sjuksköterskeutbildningen och gå tillbaka till ett system med specialisering under grundutbildningen torde inte finnas. Sjuksköterskeutbildningen måste uppfylla kraven i EG-direktiven, i annat fall får svenskutbildade sjuksköterskor inte automatiskt tillgång till den fria arbetsmarknaden inom EU. På något sätt måste samhället ändå garantera att det även i framtiden kommer att finnas sjuksköterskor med erforderlig kompetens inom alla centrala vårdområden. En förutsättning för upprätthållandet av en hög kompetens är självfallet att det finns utbildningar inom dessa områden.

Kommittén har diskuterat följande två olika regleringsmodeller.

Reglering av specialistkompetens

Den modell för reglering av sjuksköterskornas specialistkompetens som kommittén övervägt har regleringen av läkarnas och tandläkarnas specialistkompetens som förebild. Regleringen skulle innebära att legitimerade sjuksköterskor genom en ny bestämmelse i behörighetslagstiftningen gavs möjlighet att efter viss genomgången vidareutbildning erhålla kompetens som specialist. På förordningsnivå skulle anges inom vilka specialiteter sjuksköterskor kunde erhålla specialistkompetens. Dessa bestämmelser fick kompletteras med ett bemyndigande för Socialstyrelsen att utfärda föreskrifter om målbeskrivningar för de olika specialiteterna. Här skulle de nuvarande kompetensbeskrivningarna för sjuksköterskor och barnmorskor kunna utgöra ett förträffligt underlag. Eventuellt skulle en reglering av specialistkompetensen behöva följas upp med allmänna råd och/eller behörighetsföreskrifter angående tillsättandet av vissa tjänster.

En reglering av specialistkompetensen på angivet sätt skulle innebära många fördelar. Bl.a. skulle det bli lättare för arbetsgivaren att anställa sjuksköterskor med erforderlig kompetens. Genom målbeskrivningarna skulle samhället också kunna påverka innehållet i utbildningarna.

Sjuksköterskornas vidareutbildningar skiljer sig emellertid på ett avgörande sätt från läkarnas och tandläkarnas specialiseringstjänstgöring. Även om sjuksköterskornas vidareutbildningar också måste innefatta en del praktik är de ändå skolinriktade på ett helt annat sätt än läkarnas och tandläkarnas specialiseringstjänstgöring som är inriktad på tjänstgöring ute i vården. En reglering av sjuksköterskornas vidareutbildningar bör därför knytas till den lagstiftning som

reglerar högskoleutbildningarna. Kommittén förordar därför den reglering som skisseras i följande avsnitt.

Reglering av vissa vidareutbildningar

Specialiseringarna för legitimerade sjuksköterskor bör bygga på att grundutbildningen ger en tillräckligt bred utbildning inom olika delar av hälso- och sjukvården och att viss tjänstgöring inom den aktuella specialiseringen har ägt rum innan man påbörjar vidareutbildningen. Även om specialistutbildningen sammantaget måste omfatta både praktik och teori bör huvudansvaret ligga på högskolan.

För att garantera att det i framtiden kommer att finnas vidareutbildningar av erforderlig kvalitet och längd inom centrala områden bör enligt kommitténs uppfattning vissa utbildningar regleras. En sådan reglering sker lämpligast genom att utbildningarna förs in som yrkesexamina i examensordningen i högskoleförordningen. Här kan också anges vilka utbildningsanstalter som får tillhandahålla de olika utbildningarna.

För tillträde till vidareutbildningarna bör uppställas krav på legitimation som sjuksköterska och viss praktik inom det område som utbildningen avser.

I och för sig skulle det vara möjligt att ge de sjuksköterskor som genomgått en reglerad vidareutbildning en särskild legitimation såsom i dag sker beträffande barnmorskor. En sådan dubbellegitimation skulle emellertid innebära en utökad administrativ hantering utan att för den skull medföra någon förbättring av patientsäkerheten. Kommittén är därför emot en dubbellegitimation för andra än barnmorskorna. De sjuksköterskor som genomgått en reglerad vidareutbildning bör i stället ges rätt att göra ett tillägg till sin yrkesbeteckning, exempelvis "legitimerad sjuksköterska, operationssjukvårdsspecialist". Specialistbeteckningen bör skyddas genom en reglering i behörighetslagstiftningen. Genom att specialistbeteckningen regleras på detta sätt i behörighetslagstiftningen räknas yrket enligt EU:s generella direktiv som reglerat, vilket kan innebära fördelar för yrkesutövare som vill arbeta inom EU.

Även om kommittén betonar utbildningarnas stora betydelse måste i sammanhanget också framhållas att det självfallet är arbetsgivaren som har ansvaret för att personal med rätt kompetens anställs. Det är också arbetsgivaren som har det yttersta ansvaret för att verksamheten ger utrymme för erforderlig introduktion, reflektion, vidareutbildning m.m. Arbetsgivare och kollegor kan i den löpande verksamheten utöva kontroll av kvaliteten i vården.

I samband med överväganden om att införa en reglering av sjuksköterskornas vidareutbildning bör man se över vilka verksamhetsområden och/eller yrkesfunktioner som kräver att en sjuksköterska

genomgått en vidareutbildning. Följande yrkesområden respektive yrkesfunktioner är av central betydelse och bör enligt kommitténs uppfattning ingå i en diskussion kring en reglering av vidareutbildningarna:

* distriktsvård (distriktssköterska),
* hälso- och sjukvård för barn och ungdomar,
* geriatrisk vård,
* psykiatrisk vård,
* ögonsjukvård,
* ortoptik,
* onkologisk vård,
* intensivvård,
* anestesisjukvård,
* operationssjukvård,
* allmän vård, eventuellt inkluderande geriatrik,
* företagshälsovård,
* sjuksköterskor med särskilt medicinskt ansvar inom den kommunala hälso- och sjukvården,
* sjuksköterskor med tjänster som innebär arbetsledande ställning och
* sjuksköterskor med tjänster som innebär ständig nattjänstgöring.

Även barnmorskorna skulle kunna omfattas av ett system med specialistkompetens för sjuksköterskor.

En svårighet vid reglering av specialistkompetens kan vara att avgränsa olika verksamhetsområden. Dagens sjukvård ställer också stora krav på anpassning. Mycket talar därför för en begränsning av antalet specialistinriktningar. Kommittén lämnar en skiss till reglering som innefattar nio olika verksamhetsområden/specialiteter. Inom varje specialitet bör det finnas möjlighet att välja olika inriktningar. Kommittén vill betona att förslaget är att betrakta som en skiss och att det även i ett reglerat system måste finnas stort utrymme för flexibilitet. Sjuksköterskor som genomgått en reglerad vidareutbildning är heller inte färdigutbildade. Självfallet är det även i fortsättningen viktigt med en kontinuerlig fortbildning.

Förslag till reglerade vidareutbildningar/specialiteter med underordnade inriktningar

1. *Akutsjukvård* inkluderande olycksfall/akutmottagning, intensivvård, anestesi, operation och ambulanssjukvård.
2. *Allmän sjukvård* inkluderande onkologisk vård, rehabilitering, smärtlindring, specialiserad kirurgi (t.ex. neuro-, thorax- och öronkirurgi) samt specialiserad medicin (t.ex. njurmedicin, diabetes).
3. *Barn och ungdom* inkluderande barnhälsovård, skolhälsovård, barnsjukvård och neonatalvård.

4. *Barnmorskeutbildning* inkluderande obstetrisk- och gynekologisk vård.
5. *Företagshälsovård.*
6. *Geriatrisk vård.*
7. *Psykiatri* inkluderande vuxenpsykiatri, barn- och ungdomspsykiatri samt missbrukarvård.
8. *Ögonsjukvård* inkluderande ortoptik.
9. *Öppen hälso- och sjukvård* inkluderande distriktssjukvård.

I examensbilagan måste också utbildningens längd regleras. Även om behovet av utbildning självfallet kan variera mellan olika specialiteter, skulle det ändå vara en fördel om en genomsnittslängd eller minimilängd kunde anges. Den modell för specialistutbildning som kommittén föreslår förutsätter att den del av vidareutbildningen som sker under viss tidsbestämd tjänstgöring som legitimerad sjuksköterska kompletteras med en teoretisk utbildning vid en högskola. Genom att grundutbildningen för sjuksköterskor reformerats och förlängts till tre år bör den kunna innehålla en grund inom samtliga centrala specialområden. Det bör därför generellt sett vara möjligt att tidsmässigt begränsa den teoretiska delen av vidareutbildningen. En bedömning av hur lång en vidareutbildning bör vara måste göras särskilt för varje specialitet. Barnmorskeutbildningen måste, bl.a. med hänsyn till EG-direktiven för barnmorskor, även fortsättningsvis omfatta 60 poäng. Liksom för närvarande bör, som tidigare anförts, barnmorskorna kunna erhålla en särskild barnmorskelegitimation.

Behovet av flexibla övergångsbestämmelser skulle bli stort om en ny reglering infördes eftersom det under lång tid framöver kommer att finnas sjuksköterskor som genomgått någon av de sjuksköterskeutbildningar/vidareutbildningar som funnits tidigare. Svårigheter kan också uppkomma vid bedömningen av kompetensen hos personer som utbildats utomlands.

Ett annat problem är att en reglering av sjuksköterskornas vidareutbildningar kan bli verkningslös om den inte följs upp med krav på inrättande av specialisttjänster. Avsikten med kommitténs förslag är emellertid inte att samtliga sjuksköterskeutjänster inom de olika medicinska verksamhetsområdena skall behöva upprätthållas av vidareutbildade sjuksköterskor.

Även andra yrkesgrupper har, som redovisats i andra sammanhang, framställt önskemål om en reglering av vidareutbildning/specialistkompetens. Kommittén utesluter inte att det i framtiden kan visa sig erforderligt med en reglering av andra yrkeskategoriers påbyggnadsutbildningar. För kommitténs del har emellertid nödvändigheten av en reglering av sjuksköterskornas vidareutbildningar ställts i förgrunden genom de problem som den förändrade grundutbildningen och avregleringen av påbyggnadsutbildningarna medfört.

6.5.8 Särskilt om röntgensjuksköterskorna

Hälso- och sjukvårdslinjens utbildning med inriktning mot diagnostisk radiologi enligt 1982 års studieordning ledde, som tidigare redovisats, till legitimation som sjuksköterska. Den nya treåriga sjuksköterskeutbildningen som startade 1993 innefattar (se även avsnitt 6.5.3) endast inriktningen allmän hälso- och sjukvård. Någon inriktning mot diagnostisk radiologi finns således inte längre inom den grundläggande sjuksköterskeutbildningen. Genom införandet av en övergångsbestämmelse i behörighetslagen (prop. 1994/95:195, bet. 1994/95:SoU24, rskr. 1994/95:383, SFS 1995:841) kan den som efter den 1 juli 1993 gått igenom treårig högskoleutbildning med inriktning mot diagnostisk radiologi på ansökan få legitimation som sjuksköterska enligt tidigare gällande ordning. I propositionen (s. 78) uttalades, att det i avvaktan på Behörighetskommitténs förslag borde skapas garantier för att utbildningen av sjuksköterskor med inriktning mot diagnostisk radiologi skulle fortsätta.

Skrivelse från Vårdförbundet SHSTF

Vårdförbundet SHSTF har i en skrivelse till Socialdepartementet den 14 juni 1994 tagit upp frågor om hur yrkesfunktionen för sjuksköterskor med inriktning mot diagnostisk radiologi skall se ut i framtiden och hur yrket skall vara reglerat samt begärt att frågan om legitimation för studerande som efter den 1 juli 1993 påbörjar en direktutbildning till sjuksköterska med denna inriktning snarast skall lösas.

Socialstyrelsen och Landstingsförbundet har avgivit yttranden med anledning av framställningen. Landstingsförbundet har förordat att direktutbildningen för sjuksköterskor med inriktning mot diagnostisk radiologi fortsätter i avvaktan på vår kommittés ställningstaganden och att studerande som går igenom utbildningen får legitimation enligt tidigare regler.

Vårdförbundets skrivelse har, vad avser frågor om den framtida utformningen av yrkesfunktionen för sjuksköterskor med inriktning mot diagnostisk radiologi och regleringen av yrket, av regeringen överlämnats till vår kommitté för övervägande.

Vårdförbundet har i sin skrivelse anfört följande beträffande röntgensjuksköterskans yrkesfunktion.

> Röntgensjuksköterskan i Sverige kombinerar ett naturvetenskapligt-tekniskt synsätt och ett omvårdnadsperspektiv i sitt arbete. Denna kombination har rönt stort intresse i Europa och USA, där detta är ovanligt. En arbetsdelning mellan tekniker och sjuksköterskor är där en mer vanlig form, vilket splittrar ansvaret för patienten på ett olyckligt sätt. Med stöd av sin utbildning ska röntgensjuksköterskan kunna se sambandet mellan tekniska data och undersöknings-

resultatet och dess betydelse för patientens fortsatta vård. Förutom omvårdnadskunskap måste röntgensjuksköterskan ha tekniska kunskaper för att kunna handha den komplicerade utrustning som används. Röntgensjuksköterskan har det primära ansvaret för att patienten inte får mer röntgenstrålning än vad som är absolut nödvändigt.

När det gäller utbildningen har Vårdförbundet anfört.

Utbildningen inom hälso- och sjukvårdslinjens inriktning mot diagnostisk radiologi ersatte den tidigare röntgenassistentutbildningen. Utbildningen omfattar 90 poäng, varav den yrkesinriktade kursen utgör 50 poäng. Inför framtiden kommer två olika lösningar att prövas på vårdhögskolorna.

Alternativ 1 Förutsättningarna att i den nya sjuksköterskeutbildningen ge studenterna en radiologisk utbildning är små. Ett alternativ är då att anordna en specialistutbildning inom området. För att studenten ska nå samma kunskapsnivå som i dag behöver en sådan omfatta mellan 40 - 60 poäng efter sjuksköterskeexamen.

Alternativ 2 Ett treårigt studieprogram med karaktärsämnet radiologisk omvårdnad som leder fram till en funktion som motsvarar dagens röntgensjuksköterska.

Vårdförbundet SHSTF och professionens företrädare, röntgensjuksköterskor och röntgenläkare, är överens om att arbeta för en direktutbildning på cirkaa 120 poäng. En utbildning som förbereder för en yrkesfunktion som kombinerar ett naturvetenskapligt tekniskt kunnande med en tydlig omvårdnadskompetens.

Skrivelse från Statens strålskyddsinstitut

Statens strålskyddsinstitut (SSI) har i en skrivelse, som av regeringen överlämnats till kommittén, föreslagit att kommittén särskilt skall uppmärksamma problemen med utbildningen av röntgensjuksköterskor. För att bibehålla sjuksköterskornas strålskyddskompetens på kliniker med radiologisk verksamhet har SSI föreslagit att extraordinära rekryteringsinsatser till vidareutbildning av legitimerade sjuksköterskor övervägs av sjukvårdshuvudmännen. SSI kommer att följa utvecklingen på röntgenklinikerna, bl.a. genom sina systeminspektioner.

SSI:s skrivelse redovisas även i avsnitt 10.2.3 angående sjukhusfysikerna.

Kommitténs ställningstaganden

De EG-direktiv om sjuksköterskor som finns är minimidirektiv som anger vilken omfattning en utbildning skall ha för att godkännas.

Enligt direktiven erkänns den nya treåriga, sammanhållna sjuksköterskeutbildningen som startade i Sverige den 1 juli 1993 och som enbart har inriktningen allmän hälso- och sjukvård. Den nordiska överenskommelsen om en gemensam arbetsmarknad för hälso- och sjukvårdspersonal m.m. godkänner både sjuksköterskor som genomgått den nya sammanhållna treåriga utbildningen och sjuksköterskor som genomgått den tidigare tvååriga utbildningen med inriktning mot allmän hälso- och sjukvård. Sjuksköterskor som har en utbildning med annan inriktning godkänns inom Norden av respektive stat efter individuell bedömning.

Eftersom både EG-direktiven om sjuksköterskor och den nordiska överenskommelsen gäller sjuksköterskor med utbildningsinriktning mot allmän hälso- och sjukvård kan det bli problem om Sverige väljer att ge sjuksköterskelegitimation till den som genomgått sjuksköterskeutbildning med annan inriktning.

Ett alternativ skulle kunna vara att den radiologiska omvårdnadsutbildningen blir en påbyggnadsutbildning till sjuksköterskeutbildningen. Vidareutbildningen borde i sådant fall regleras i högskoleförordningen på sätt som föreslagits i avsnitt 6.5.7. En sådan utbildning skulle emellertid, i förhållande till vad som gällt under lång tid, bli relativt omfattande. Det framstår därför som mycket tveksamt om en så lång utbildning skulle vara något attraktivt alternativ för studerande som står i begrepp att välja inriktning.

Ett annat alternativ skulle kunna vara att, i linje med vad Vårdförbundet m.fl. förordar, göra om den radiologiska omvårdnadsutbildningen till en särskild utbildning. Denna kan då inte leda till sjuksköterskelegitimation.

Kommittén anser att alternativet med vidareutbildning medför en utbildningstid som i jämförelse med dagens utbildning framstår som så lång att det sannolikt kommer att bli svårt att rekrytera sökande till utbildningen. Den lösning som framstår som mest tilltalande är därför att den radiologiska omvårdnadsutbildningen görs om till en ny direktutbildning. Mycket talar för att utbildningen bör omfatta 120 poäng. Utbildningen bör kunna leda till legitimation, dock inte som sjuksköterska. En särskild titel bör följa på utbildningen. Kommittén har övervägt olika titelförslag men stannat för yrkestiteln legitimerad röntgensjuksköterska. Den nya yrkestiteln bör självfallet regleras och skyddas på samma sätt som övriga legitimationstitlar.

För röntgensjuksköterskor som i framtiden önskar övergå till annan verksamhet bör det finnas möjlighet att genom vissa kortare kompletteringskurser erhålla legitimation som sjuksköterska.

6.6 Prövning av lämplighet för yrken inom hälso- och sjukvården

6.6.1 Inledning

En form av prövning av lämpligheten för yrket sker i samband med ansökan om legitimation. Denna prövning beskrivs i avsnitt 6.6.2.

I avsnitt 6.6.3 behandlas den prövning eller kontroll som sker under yrkesutövningen.

Det är av stor vikt att en prövning av lämpligheten kommer till stånd så tidigt som möjligt. Redan i samband med ansökan till en utbildning finns det möjligheter att uppställa krav på och bedöma personlig lämplighet. Under studietiden finns också vissa möjligheter att avskilja studenter från högskolestudier. Möjligheterna till prövning i samband med studier redovisas i avsnitt 6.6.4.

I avsnitt 6.6.5 refereras till några i sammanhanget relevanta utredningar.

Kommitténs ställningstaganden redovisas i avsnitt 6.6.6.

6.6.2 Prövning i samband med ansökan om legitimation

Legitimation får inte meddelas om förhållandena är sådana att legitimationen skulle ha återkallats om sökanden varit legitimerad (3 § behörighetslagen). I den proposition som föregick behörighetslagen uttalades att Socialstyrelsen, innan legitimation meddelas, skall granska sökandens utbildning, praktiska tjänstgöring och lämplighet (prop. 1983/84:179 s. 26). Innehållet och omfattningen av granskningen blir enligt propositionen beroende av vilken yrkesgrupp det gäller. För de grupper där praktisk tjänstgöring inte utgör något krav för legitimation blir det i första hand frågan om att kontrollera att den sökande har erhållit kompetensbevis från utbildningen. Prövningen av om sådana omständigheter föreligger som kan utgöra grund för återkallelse av legitimationen kan, enligt vad som uttalas i propositionen, ske genom en underhandskontakt med HSAN eller med ledning av den personkännedom som handläggaren hos Socialstyrelsen besitter. För de grupper där viss praktisk tjänstgöring är ett krav för legitimation blir prövningen mera omfattande och saknar naturlig anknytning till utbildningsanstalterna. I propositionen diskuterades möjligheten att decentralisera legitimationärenden till utbildningsanstalterna. En sådan decentralisering ansågs dock inte kunna leda till minskade arbetsinsatser för handläggning av dessa ärenden. Bedömningen av utländska utbildningar aktualiserar också ofta frågor av mycket speciellt slag och det ansågs inte realistiskt att sprida dessa specialkunskaper till ett större antal myndigheter. En sådan spridning

skulle också, framhölls i propositionen, kunna leda till en bristande enhetlighet i rättstillämpningen. I propositionen föreslogs därför att Socialstyrelsen även i framtiden skulle svara för prövningen av legitimationsärenden och utfärdanden av bevis om specialistkompetens.

Tillsynsutredningen konstaterade i sitt betänkande (SOU 1991:63) Tillsynen över hälso- och sjukvården att Socialstyrelsens prövning av legitimationsansökningar i de allra flesta fall är av rent formell art (bet. s. 234). Utredningen ansåg sig inte kunna lämna något definitivt och detaljerat förslag om hur man kan få Socialstyrelsens lämplighetsprövning i bättre överenstämmelse med behörighetslagens bestämmelser om att legitimation inte får meddelas om sådana omständigheter föreligger att legitimationen skulle ha återkallats om sökanden varit legitimerad. Tillsynsutredningen menade emellertid att en mer systematiserad lämplighetsprövning skulle ses som en förebyggande insats i patientsäkerhetens intresse och borde dessutom rimligen kunna leda till färre ärenden om återkallelse av legitimation.

I avsnitt 2.7 har kommittén lämnat en beskrivning av Socialstyrelsens handläggning av legitimationsärenden. Som framgått är handläggningen av ansökningar om legitimation, särskilt för sökande med sedvanlig svensk utbildning, av väsentligen formell natur. Socialstyrelsen kontrollerar att de formella villkoren är uppfyllda och det sker en kontroll med HSAN. För övrigt har Socialstyrelsen inga resurser att göra en mera omsorgsfull bedömning av sökandenas lämplighet för yrket. Antalet ansökningar är stort - årligen inkommer omkring 8.000 legitimationsansökningar - och kunskapen om den enskilde sökande saknas i regel hos Socialstyrelsen. Under den praktiska tjänstgöring som i vissa fall är ett krav för legitimation finns det betydligt större möjligheter att bedöma den personliga lämpligheten för det tänkta yrket. När det gäller läkarnas allmäntjänstgöring sker i regel en bedömning av om tjänstgöringen fullgjorts på ett "tillfredsställande sätt" eller på ett "ej tillfredsställande" sätt. Varje år utfärdas omkring tio tjänstgöringsintyg med omdömet "ej tillfredsställande".

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1986:43) om legitimation av psykologer innehåller följande avsnitt om den personliga lämplighetsprövningen:

> Frågan om den personliga lämplighetsprövningen är komplicerad och några strikt och enkelt tillämpliga kännetecken på personlig lämplighet låter sig inte utformas för psykologrollen. Det har dock i enstaka fall inträffat att personer vid klientkontakter visat sig uppenbart olämpliga för psykologarbetet. Det är svårt att göra ställningstaganden av denna typ och att presentera dem för den det berör. Problemet kompliceras av att utbildningen och erfarenheten under PTP självklart väntas ha effekt också på de personliga förutsättningarna att arbeta som psykolog. Det är önskvärt att en

person som bedöms som klart olämplig som psykolog, blir medveten om detta så tidigt som möjligt. Den slutliga bedömningen sker dock under PTP. Handledaren gör inför Socialstyrelsens beslut om legitimation en bedömning om PTP-psykologens tjänstgöring är tillfredsställande fullgjord och om vederbörande kan rekommenderas till psykologlegitimation. Det innebär att PTP-psykologen bedöms lämplig att arbeta som psykolog i självständig ställning.

Enligt kommitténs uppfattning har Socialstyrelsen här fångat upp några av de problem som en prövning av den personliga lämpligheten innefattar. Styrelsen framhåller vikten av att en person som bedöms som olämplig som psykolog blir medveten om detta så tidigt som möjligt. Kommittén återkommer i avsnitt 6.6.4 till frågan om en lämplighetsprövning i samband med studier.

6.6.3 Prövning av hälso- och sjukvårdspersonal

I avsnitt 2.4 och 2.5 har kommittén redogjort för hälso- och sjukvårdspersonalens åligganden och möjligheterna att med stöd av disciplinpåföljdslagen ingripa vid missförhållanden. HSAN:s verksamhet finns beskriven främst i avsnitt 2.8.

Utöver ingripanden i form av inskränkningar i förskrivningsrätten och delegitimering kan pekas på den möjlighet som disciplinpåföljdslagen ger att återkalla andra behörigheter enligt behörighetslagen. Detta kan ske på grund av oskicklighet, olämplighet i yrket, vid sjukdom och liknande. I sådana sammanhang krävs inte lika tungt vägande omständigheter som vid delegitimering.

Eftersom den granskning som sker hos Socialstyrelsen i samband med ansökan om legitimation är av väsentligen formell karaktär kommer den egentliga lämplighetsprövningen att ske först i tillsynen efter legitimationen. Hur pass effektiv tillsynen och prövningen under yrkesutövningen är har diskuterats i olika sammanhang. Bl.a. har hävdats att det finns ett stort mörkertal när det gäller lex Maria-anmälningar.

En undersökning av HSAN-ärenden[1] har visat på stora geografiska skillnader i anmälningsfrekvensen. Anmälningsbenägenheten är störst i Stockholms län. Läkarna är den kategori som anmäls mest. Därefter kommer sjuksköterskor, tandläkare, psykologer och barnmorskor. Anmälningarna berör främst verksamhetsområdena allmänmedicin och allmän psykiatri. Under den period som granskades (budgetåret 1992/93) var den vanligaste anledningen till anmälan "felaktig behandling, allmänt". I andra hand åberopades "bemötande" och därefter följde "annat fel". På fjärde plats kom "diagnosfel". Det

[1] Göran Ringblom, Fälld av Ansvarsnämnden? Lidingö 1996

föreligger vissa skillnader i allmänhetens anmälningar till HSAN och Socialstyrelsens anmälningar. Allmänheten anmäler främst felaktig behandling, bemötande och felaktig diagnos. Socialstyrelsen anmäler främst fel vid medicinering och förskrivning av narkotiska läkemedel.

Under HSAN:s 14 första verksamhetsår blev 1.544 läkare föremål för olika former av beslut. Besluten innebar i 58 fall delegitimering, i 805 fall varning, 761 erinran och 110 inskränkningar i förskrivningsrätten. Tillsynsutredningen räknade med att i medeltal fyra läkare och en tandläkare delegitimerades varje år (SOU 1991:63 s. 237).

6.6.4 Prövning i samband med studier

Ibland framkommer det i disciplinärenden att den person som är föremål för prövning haft problem redan under studietiden[2]. När det gäller antagningen till högskoleutbildningar har universitet och högskolor i dag relativt stora möjligheter att själv bestämma antagningskraven. Om inte regeringen, eller den myndighet som regeringen föreskriver, meddelat föreskrifter för antagningen avgör den högskola som anordnar en utbildning vilka behörighetsvillkor som skall gälla vid antagningen (4 kap. 2 § högskolelagen). Högskoleförordningen innehåller vissa bestämmelser om krav för antagning till grundläggande högskoleutbildning, men lämnar således relativt stor frihet för universitet och högskolor att själv bestämma antagningskraven. Några särskilda bestämmelser om antagning till vårdyrken finns inte inom högskolans regelsystem.

År 1991 inleddes med stöd av regeringsbeslut en försöksverksamhet med ändrade urvalsmetoder för antagning till läkarutbildningarna vid Karolinska institutet och vid Hälsouniversitetet i Linköping. Försöksverksamheten innebar att ett visst antal platser användes för ett särskilt urval av sökande. Syftet med det särskilda urvalet av sökande var att högskolan skulle kunna väga in den sökandes personliga förutsättningar för och förväntningar på utbildningen och yrket. Antagningen gjordes därför inte enbart med utgångspunkt från teoretiska betyg. Även skriftliga moment ingick, liksom en enskild intervju. Sedan 1993 års högskolereform beslutar, som kommittén tidigare redovisat, högskolorna själva vilka urvalsregler som skall tillämpas.

Studerande kan avstängas tillfälligt under studietidens gång. Högskolelagen föreskriver att regeringen får meddela föreskrifter om tillfällig avstängning av studenter (4 kap. 5 §). Föreskrifter om att en

---

[2] Se Eva Claar, Lämplighetsbedömningen i legitimationsyrken, uppsats Stockholms Universitet, högre akademisk utbildning med inriktning på vårdsystem, hälsa och välfärd, 1994-11-10.

student tills vidare skall avskiljas från utbildningen får meddelas i fall då studenten

1. lider av psykisk störning,
2. missbrukar alkohol eller narkotika, eller
3. har gjort sig skyldig till allvarlig brottslighet.

Som ytterligare förutsättning för ett avskiljande gäller att det till följd av sådant förhållande som avses i punkterna 1 - 3 bedöms föreligga en påtaglig risk att studenten kan komma att skada annan person eller värdefull egendom under utbildningen (1 kap. 6 §). Olämplighet för det blivande yrket är således inte någon grund för avskiljande. Däremot kan det naturligtvis ofta förhålla sig på det sättet att en person som lider av psykisk störning, är missbrukare eller har gjort sig skyldig till allvarlig brottslighet också är att anse som olämplig för hälso- och sjukvårdsyrken.

Frågor om avskiljande prövas av en för högskolan gemensam nämnd, Högskolans avskiljandenämnd. Nämndens verksamhet regleras i förordningen om avskiljande av studenter från högskoleutbildning (1987:915). Ett beslut om avskiljande innebär alltid att studenten tills vidare inte får fortsätta den pågående utbildningen. Beslutet kan också innehålla förordnande om att studenten tills vidare inte heller får antas till någon annan högskoleutbildning. Om det finns grundad anledning att anta att en student bör avskiljas från högskoleutbildning får Högskolans avskiljandenämnd vid behov anmoda studenten att låta sig undersökas av anvisad läkare.

Högskolans avskiljandenämnd hade från bildandet 1987 fram till mars 1995 avgjort omkring 20 ärenden. Av dessa hade 17 anmälningar lett till avskiljande. I samband med överprövning hade två avskiljanden upphävts. Den vanligaste orsaken till avskiljande var psykisk störning. Ett flertal ärenden rörde studenter i vårdutbildningar. (Prop. 1995/96:184 s. 41.)

Disciplinära åtgärder i form av varning och avstängning får vidtas mot studenter som fuskar, stör eller hindrar utbildningsverksamheten eller stör verksamheten vid högskolans bibliotek eller annan inrättning inom högskolan (11 kap. 1 och 2 §§ högskoleförordningen). Ett beslut om avstängning får avse en period om högst sex månader.

6.6.5 Tidigare förslag

Riksdagens revisorers granskning

Riksdagens revisorer har på initiativ av Socialutskottet granskat lämplighetsbedömningen för legitimerade yrkesutövare inom hälso-

och sjukvården. Revisorerna uttalade i sin rapport[3] att trots att staten genom legitimering av sjukvårdspersonal garanterar den enskildes teoretiska kunnande och lämplighet för yrket görs ingen egentlig lämplighetsprövning inför legitimationen. Enligt revisorerna bör man överväga möjligheterna att överlåta prövningen av studerande vars lämplighet ifrågasatts till HSAN, samtidigt som Socialstyrelsen även i fortsättningen ansvarar för att en prövning av lämpligheten görs inför legitimering.

Revisorerna framförde att det finns ett behov av ett riksövergripande register över sjukvårdspersonal som ådömts disciplinpåföljd. Enligt revisorerna skulle ett sådant register kunna vara ett arbetsredskap för Socialstyrelsen och utnyttjas för en systematisk uppföljning av den personal som tilldelats påföljder.

Utredningen om förbättrad tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonalen

Socialutskottet anförde i sitt betänkande 1993/94:SoU26 att frågan om ett införande av ett riksövergripande register över hälso- och sjukvårdspersonal som ådömts påföljd och därmed sammanhängande frågor borde övervägas ytterligare av regeringen med beaktande bl.a. av de register som redan finns hos Socialstyrelsen. Riksdagen beslutade i enlighet med utskottets förslag.

Utredningen om förbättrad tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonalen fick i sina direktiv i uppdrag att överväga frågan om ett riksövergripande register över hälso- och sjukvårdspersonal som tilldelats disciplinpåföljd. I sitt betänkande (SOU 1995:147) Förbättrad tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonal anförde utredningen att utformningen av ett sådant särskilt register över hälso- och sjukvårdspersonal som utsatts för anmärkningar på yrkesutövningen m.m. lämpligen borde utredas parallellt med eller sedan utredningar angående kriminal-, polis- och körkortsregister samt datalagen slutförts. För det fall det inte ansågs möjligt att avvakta dessa utredningar föreslog utredningen en temporär lösning som innebar att det skapades ett register för tillsynsändamål vid sidan av nuvarande register. Ändamålet med det nya registret skulle vara tillsyn och det skulle även få användas för framställning av statistik. Registret avsågs innehålla uppgifter om personer som är eller har varit legitimerade yrkesutövare inom hälso- och sjukvården och som erhållit anmärkningar på yrkesutövningen genom beslut av Socialstyrelsen, HSAN eller domstol eller som gjort sig skyldiga till brott av betydelse för yrkesutövningen. Underrättelseskyldigheten till Socialstyrelsen borde

---

[3] Disciplinärenden inom hälso- och sjukvården, Riksdagens revisorer, Rapport 1993/94.4, intagen som bilaga 2 i 1993/94:RR7.

enligt förslaget utvidgas så att styrelsen underrättades även om avgöranden som rör konkreta missbrukssituationer avseende legitimerade yrkesutövare. Utredningen föreslog att absolut sekretess skulle gälla för uppgift i registret. Förslaget har remissbehandlats och bereds för närvarande inom regeringskansliet.

Förslag till ändringar i reglerna för tillträde till högre utbildning

I propositionen Tillträde till högre utbildning m.m. (prop. 1995/96:184) har regeringen lagt fram förslag till ändringar i reglerna för tillträde - behörighet och urval - till högre utbildning. Syftet med ändringarna uppges vara att skapa ett system som är tydligt, överblickbart och rättssäkert för sökande till universitet och högskolor.

Förslaget innebär bl.a. att särskilt prov får användas som urvalsinstrument till utbildningar som leder fram till sådana yrken som ställer särskilda krav på vissa personliga egenskaper, t.ex. vård- eller lärarutbildningarna, eller en särskild kompetens (prop. s. 30.). Syftet med det särskilda provet och vilka kvalifikationer hos den sökande som provet skall mäta skall framgå tydligt för den sökande. De särskilda proven skall användas restriktivt.

I propositionen hänvisas till Högskolans avskiljandenämnds yttrande över ovannämnda rapport från Riksdagens revisorer. I sitt yttrande har Högskolans avskiljandenämnd bl.a. anfört att nämnden vid sina studiebesök på olika högskolor erfarit att det i princip, även i fall där nämnden inte kan fatta beslut om avskiljande, finns ett behov av att skilja den studerande från en utbildning när det är uppenbart att den studerande på grund av bristande förutsättningar är olämplig för det yrke som studierna syftar till. När företrädare för nämnden och högskolan har penetrerat frågan har det ofta visat sig att det avsedda resultatet hade kunnat nås genom en mer konsekvent och fast tillämpning av gällande regler om prövning och bedömning av olika prov och av praktik, där sådan ingår i utbildningen.

Regeringen uttalar i propositionen som sin mening att det främst är i utbildningar som leder till vård- eller undervisningsyrken som det kan vara aktuellt att avskilja studenter som är olämpliga för det yrke studierna syftar till. Regeringen instämmer i Högskolans avskiljandenämnds uppfattning att sådant avskiljande bör kunna göras genom att den studerande inte godkänns vid prövning och bedömning av olika prov och av praktikmoment. I propositionen (s. 43) framhåller regeringen att det är viktigt att högskolorna har förmåga att hantera dessa svåra ärenden. Frågorna bör lyftas upp och diskuteras inom högskolorna för att underlätta framtida beslut. En diskussion mellan högskolorna är nödvändig för att få fram tydliga principer för i vilka fall underkännande eller avrådan bör tillgripas. Det bör också finnas

rutiner, som är kända för både lärare och studenter, för hur dessa frågor skall hanteras. Propositionen har antagits av riksdagen.

6.6.6 Kommitténs överväganden

Utöver goda kunskaper inom relevanta ämnesområden är det för patientsäkerheten också av stor betydelse att yrkesutövare inom hälso- och sjukvården besitter sådana egenskaper att de kan anses lämpliga för sitt yrke. Vad som avses med personlig lämplighet kan dock vara svårt att definiera. Varierande krav ställs på olika yrkeskategorier. Kraven på personer inom en och samma yrkeskategori kan också variera beroende på hur verksamheten är organiserad. Generellt kan dock sägas att yrkesverksamhet inom hälso- och sjukvården i princip alltid kräver förmåga att kommunicera med andra människor. Många gånger krävs också förmåga att handla rationellt i stressade, akuta situationer och förmåga att utföra sitt yrke med yttersta noggrannhet. Ett flertal andra lämplighetskriterier skulle kunna diskuteras.

Att avgöra en persons lämplighet för ett visst yrke är en grannlaga uppgift som kräver ett visst mått av personlig kännedom om den som skall bedömas. Avgörandet är av stor betydelse för den enskilde eftersom det kan påverka hela hans framtida yrkesverksamhet. Rättssäkerhetsaspekter måste därför vid prövningen ges en framträdande ställning. De krav som uppställs måste vara klart definierade och kända för den som skall prövas, annars kan bedömningen lätt få inslag av godtycklighet.

Eftersom det inte kan anses realistiskt att inom Socialstyrelsen avsätta resurser för en omsorgsfull granskning av varje person som ansöker om legitimation eller annat kompetensbevis blir det desto viktigare att en sådan granskning sker på ett tidigare stadium. Kunskap om den blivande yrkesutövarens personlighet och kompetens finns ofta hos utbildningsanstalterna. I den mån det är möjligt kan man också tänka sig att det sker en lämplighetsprövning i samband med ansökningen och antagningen till en viss utbildning, såsom i dag är fallet vid antagningen till viss läkarutbildning. Vad som kan prövas innan en utbildning startar är dock i viss mån begränsat och det är viktigt att prövningen följs upp under utbildningen.

Ur patientsäkerhetssynpunkt vore det naturligtvis bäst om en person som är att anse som olämplig för ett visst yrke inom hälso- och sjukvården aldrig kommer ut i sådan yrkesverksamhet. Dessutom torde det ligga i den enskildes intresse att så tidigt som möjligt få vetskap om att han eller hon bedöms som olämplig. Det ligger också i sakens natur att ju senare en lämplighetsbedömning görs, desto strängare krav kommer att uppställas för att avskilja personen från utbildningen. När en person kommit ut i yrkesverksamhet måste det

föreligga förhållandevis grava anmärkningar för att någon skall kunna delegitimeras eller skiljas från sin anställning.

Inom verksamhet på hälso- och sjukvårdens område är det, liksom på många andra håll, av stor betydelse att det finns en god organisation som fångar upp problem med olämplig personal. Då ökar möjligheterna att genom olika åtgärder förhindra att misstag begås inom vården.

Kommittén lämnar inga förslag beträffande lämplighetsprövningen, men vill ändå starkt betona betydelsen av att en prövning sker i ett så tidigt skede som möjligt och helst redan i samband med utbildningen. Universitet och högskolor måste utnyttja de möjligheter som i dag finns att utforma prov och praktiktjänstgöring på ett sådant sätt att studerande som bedöms vara olämpliga för det yrke studierna syftar till kan underkännas. Eventuellt kan det också finnas skäl att överväga en utvidgning av möjligheterna att avskilja studerande. I vissa fall kan det ifrågasättas om en studerande bör få fortsätta på en utbildning som leder till ett yrke som omfattas av bestämmelserna om legitimation. Det gäller exempelvis när man redan under studietiden kan konstatera att förhållandena är sådana att om den studerande innehaft legitimation skulle det ha funnits skäl att återkalla denna.

Avslutningsvis kan tilläggas att resultatet av den diskussion om principer för underkännande eller avrådan till fortsatta studier som initieras i propositionen om tillträde till högre utbildning (se avsnitt 6.6.5) bör kunna vara vägledande också vid lämplighetsprövningar som sker på ett senare stadium, exempelvis under praktisk tjänstgöring inför legitimationen.

7 Grundlagsskydd av närings- och yrkesfriheten

Sammanfattning

I kommitténs direktiv anges att konsekvenserna av den nya grundlagsregeln till skydd för närings- och yrkesfriheten samt inkorporeringen av Europakonventionen för de mänskliga rättigheterna i svensk lagstiftning bör genomlysas närmare för behörigheten inom hälso- och sjukvården m.m.

Kommittén konstaterar att behörighetsregleringar inom hälso- och sjukvården medför begränsningar i möjligheterna att utöva vissa yrken och därigenom utgör begränsningar i närings- och yrkesfriheten. Enligt den nya grundlagsbestämmelsen får inskränkningar göras i närings- och yrkesfriheten endast för att tillgodse angelägna allmänna intressen och aldrig i syfte enbart att ekonomiskt gynna vissa personer eller företag.

Motivet för att införa begränsningar i närings- och yrkesfriheten inom hälso- och sjukvården har främst varit att skydda patienternas säkerhet i vården. Detta skydd har hittills ansetts vara ett angeläget allmänt intresse. Införandet av den nya grundlagsregeln är inte tänkt att ändra det förhållandet och regeln hindrar inte införandet av sådana begränsningar.

Kommittén konstaterar vidare att gällande normgivningsregler skall tillämpas även på den nya grundlagsregeln. Till följd härav skall begränsningar i närings- och yrkesfriheten som huvudregel meddelas genom lag men såväl regering som förvaltningsmyndighet har möjlighet att meddela föreskrifter på området i den omfattning som riksdagen anger i lag.

Kommmittén konstaterar också att inkorporeringen av Europakonventionen i svensk lagstiftning bl.a. berör frågor om rätten till domstolsprövning. Vi konstaterar att enligt svensk lagstiftning finns möjlighet till domstolsprövning såväl när det gäller fråga om att

erhålla legitimation eller annan behörighet som vid återkallelse av sådan behörighet.

7.1 Bakgrund

Regeringen föreslog i prop. 1993/94:117 *Inkorporering av Europakonventionen och andra fri- och rättighetsfrågor*, bl.a att ett skydd för närings- och yrkesfriheten införs i Regeringsformen (RF) som en ny grundläggande fri- och rättighet. Begränsningar i rätten att driva näring eller utöva yrke får införas endast för att skydda angelägna allmänna intressen och aldrig i syfte enbart att ekonomiskt gynna vissa personer eller företag. I propositionen föreslogs också att konventionen angående skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna (Europakonventionen) inkorporeras i svensk lagstiftning genom en särskild lag. Härutöver föreslogs att en ny bestämmelse införs i RF enligt vilken lag eller annan föreskrift inte får meddelas i strid med Sveriges åtaganden på grund av Europakonventionen. Propositionen antogs av riksdagen (bet. 1993/94:KU24, rskr. 1993/94:246, bet. 1994/95:KU5, rskr. 1994/95:11) och bestämmelserna trädde i kraft från och med årsskiftet 1994/95.

Enligt direktiven skall kommittén närmare genomlysa konsekvenserna för behörigheten inom hälso- och sjukvården m.m. av propositionen. Det förhållandet att närings- och yrkesfriheten regleras i en grundlag kan enligt kommitténs direktiv t.ex föranleda att viss behörighetsreglering, som för närvarande beslutas på myndighetsnivå, blir frågor som regering och riksdag bör besluta om.

Kommittén har funnit det angeläget att i detta sammanhang beskriva normgivningsmaktens legala uppbyggnad och de grundlagsreglerade fri- och rättigheterna.

Den följande beskrivningen av gällande rätt är till stor del hämtad från professor emeritus Håkan Strömbergs bok *Normgivningsmakten enligt 1974 års regeringsform, andra upplagan, Juristförlaget i Lund, 1989* .

7.2 Allmänt om normgivningsmakten

7.2.1 Inledning

Endast de rättsregler som beslutas av riksdagen får enligt RF betecknas *lag*. Andra offentliga organs föreskrifter betecknas därför på annat sätt såsom förordning, föreskrift etc. *Normgivning* är den sammanfattande beteckningen på den verksamhet varigenom de

offentliga organen beslutar bindande och generella, i viss språklig form fixerade rättsregler.

I 1 kap. 1 § RF anges att all offentlig makt i Sverige utgår från folket. Normgivningsmakten utgör ett av de viktigaste medlen för att utöva denna makt och styra landet. Enligt 1 kap. 4 § RF är riksdagen folkets främsta företrädare och det är enligt samma bestämmelse riksdagen som stiftar lag. Eftersom den offentliga makten enligt 1 kap. 1 § RF utövas under lagarna måste all offentlig normgivning utövas av riksdagen eller med stöd av riksdagens bemyndigande.

De grundläggande reglerna om normgivningsmakten finns i grundlagarna och då främst i RF. Reglerna har som huvudsaklig uppgift att fördela normgivningskompetensen mellan riksdagen och regeringen och huvuddelen av bestämmelserna rör denna fråga. I RF finns emellertid också bestämmelser om delegering av denna kompetens till bl.a. förvaltningsmyndigheter och kommuner.

Det har inte varit möjligt att fullständigt reglera normgivningsmaktens fördelning mellan riksdag och regering i grundlagen. I stället ger grundlagen en förstahandsfördelning av normgivningsmakten.

Man kan gruppera ämnena för normgivning i två områden: riksdagens primärområde (*det primära lagområdet*) och regeringens primärområde.

Det primära lagområdet indelas i det *obligatoriska lagområdet* och det *fakultativa lagområdet*.

Till det obligatoriska lagområdet hör grundlagarna dvs. RF, successionsordningen, tryckfrihetsförordningen och yttrandefrihetsgrundlagen. Till detta område hör också riksdagsordningen som såvitt avser tillkomstsätt intar en mellanställning mellan grundlag och vanlig lag.

Till det obligatoriska lagområdet hör också, som framgår av uttrycket, föreskrifter som endast kan meddelas i lag medan det inom det fakultativa lagområdet är möjligt för riksdagen att delegera normgivningen till regeringen (*delegation)* och ge tillstånd till regeringen att delegera vidare till andra offentliga organ (s.k. *subdelegation*).

Den återstod av normgivningsmakten som grundlagarna inte uttryckligen har tillagt riksdagen tillkommer regeringen. Denna normgivningskompetens, som regeringen har direkt med stöd av RF, brukar benämnas *regeringens restkompetens*. Denna omfattar sådan normgivning som inte tillhör det primära lagområdet. Den skall således skiljas från den nyss nämnda normgivningskompetens som regeringen kan erhålla genom delegation från riksdagen. Restkompetensen ingår tillsammans med regeringens rätt att meddela verkställighetsföreskrifter i regeringens primärområde.

7.2.2 De grundläggande fri- och rättigheterna

I 2 kap. RF regleras de s.k. grundläggande fri- och rättigheterna. Av dessa friheter kan enligt 2 kap. 12 § första stycket RF vissa inskränkas genom lag, *de s.k. relativa rättigheterna*. De fri- och rättigheter i RF som på detta sätt kan inskränkas är yttrandefriheten, informationsfriheten, mötesfriheten, demonstrationsfriheten, föreningsfriheten, skydd för den personliga integriteten i vissa avseenden, rörelsefriheten och offentlighet vid domstolar.

Vad gäller rätten att vidta fackliga stridsåtgärder (2 kap. 17 § RF) får denna rätt inskränkas såväl genom lag som avtal.

Vad gäller expropriation av någons egendom anges i 2 kap. 18 § RF att ersättning skall utgå enligt grunder som bestäms i lag. I den nu aktuella propositionen förslogs även vissa ändringar i denna bestämmelse.

Författare, konstnärer och fotografer äger enligt 2 kap. 19 § RF rätt till sina verk enligt bestämmelser som meddelas i lag.

I vissa undantagsfall kan enligt 2 kap. 12 § första stycket RF efter bemyndigande i lag rättighetsbegränsningar även göras genom annan författning än lag.

Övriga fri- och rättigheter enligt 2 kap. RF kan i princip endast inskränkas genom grundlagsändring. I 8 kap. 1 § RF erinras härom. Där anges att det av bestämmelserna i 2 kap. RF om grundläggande fri- och rättigheter följer att föreskrifter av visst innehåll inte får meddelas.

De fri- och rättigheter som på detta sätt inte får inskränkas brukar kallas för *de absoluta rättigheterna*. Till att börja med gäller det motsatsvis de fri- och rättigheter som *inte* omfattas av de nyss nämnda relativa rättigheterna i 2 kap. 12 § första stycket RF. De utgörs av bestämmelserna i 2 kap. 1 § första stycket 6, 2-5, 7, 9 och 10 §§ samt 11 § 1 st RF. De nämnda stadgandena behandlar religionsfriheten, de negativa yttrande-, mötes-, demonstrations- och föreningsfriheterna, förbud mot politisk åsiktsregistrering, förbud mot dödsstraff, kroppsstraff och tortyr, förbud mot landsförvisning och berövande av medborgarskap, rätt till domstolsprövning av frihetsberövanden, förbud mot retroaktiv straffrättskipning och retroaktivt uttagande av skatt eller statlig avgift samt förbud mot tillfälliga domstolar. De nu uppräknade fri- och rättigheterna kan således endast inskränkas genom grundlagsändring.

Härutöver finns i 2 kap. 12 § andra stycket RF samt i 13 och 14 §§ särskilda skyddsbestämmelser som inskränker möjligheten att begränsa vissa fri- och rättigheter. Dessutom är bestämmelserna i 15 och 16 §§ om förbud mot minoritets- och könsdiskriminering också absoluta. Sådana inskränkningar får således inte införas i lagstiftning. Om

sådana skall införas måste först dessa bestämmelser i RF ändras i den form som är stadgad för grundlagsändring.

7.2.3 Närmare om fördelningen av normgivningsmakten

Vad som utöver de grundläggande fri- och rättigheterna omfattas av det primära lagområdet anges främst i 8 kap. 2-5 §§ RF medan regeringens primärområde huvudsakligen är bestämt i 8 kap. 13 § RF.

De föreskrifter som enligt 8 kap. 2-5 §§ RF omfattas av det primära lagområdet och som *i princip* skall meddelas genom lag är följande.

- Föreskrifter om enskildas personliga ställning samt om deras personliga och ekonomiska förhållanden, bl.a. föreskrifter om svenskt medborgarskap, om rätt till släktnamn, om äktenskap och föräldraskap, om arv och testamente samt om familjeförhållanden i övrigt (8 kap. 2 §),
- föreskrifter om förhållandet mellan enskilda och det allmänna, som gäller åligganden för enskilda eller i övrigt avser ingrepp i enskildas personliga eller ekonomiska förhållanden (8 kap. 3 §),
- föreskrifter om rådgivande folkomröstning i hela riket och om förfarandet vid folkomröstning i grundlagsfråga (8 kap. 4 §) samt
- föreskrifter om grunderna för ändring i rikets indelning i kommuner samt grunderna för kommunernas organisation och verksamhetsformer och för den kommunala beskattningen samt om kommunernas befogenheter i övrigt och om deras åligganden (8 kap. 5 §).

Bestämmelsen om att föreskrifter enligt 8 kap. 2-5 §§ RF skall meddelas av riksdagen genom lag är inte utan undantag. Undantagen finns främst angivna i 8 kap. 6-9 §§ RF. Där regleras gränsen mellan det obligatoriska lagområdet och det fakultativa lagområdet dvs. i vilka fall riksdagen har exklusiv normgivningsmakt och i vilka fall denna normgivningsmakt kan delegeras.

Av särskilt intresse för kommitténs arbete är 8 kap. 7 § RF. Enligt denna bestämmelse kan nämligen riksdagen genom bemyndigande i lag låta regeringen meddela föreskrifter i vissa ämnen utan hinder av bestämmelserna i 8 kap. 3 eller 5 §. De ämnen som räknas upp i 8 kap. 7 § är följande.

1. Skydd för liv, personlig säkerhet eller hälsa,
2. utlännings vistelse i riket,
3. in- eller utförsel av varor, av pengar, eller av andra tillgångar, tillverkning, kommunikationer, kreditgivning, näringsverksamhet, ransonering eller utformning av byggnader, anläggningar och bebyggelsemiljö,
4. jakt, fiske, djurskydd eller natur och miljövård,
5. trafik eller ordning på allmän plats,
6. undervisning och utbildning,

7. förbud att röja sådant som någon har erfarit i allmän tjänst eller under utövande av tjänsteplikt.

Bestämmelsen innebär med andra ord att regeringen kan, efter riksdagens bemyndigande i lag, meddela föreskrifter som omfattas av 8 kap. 3 § RF dvs. förhållandet mellan enskilda och det allmänna som gäller åligganden för enskilda eller ingrepp i enskildas personliga eller ekonomiska förhållanden. De föreskrifter som regeringen kan meddela får dock endast omfatta de i 8 kap. 7 § RF uppräknade ämnena däribland enligt punkten 1 frågor om skydd för liv, personlig säkerhet och hälsa och enligt punkten 3 bl.a. frågor om näringsverksamhet.

Enligt 8 kap 8 § RF kan regeringen dessutom meddela föreskrifter om moratorium dvs. anstånd med att fullgöra förpliktelse. Härutöver kan regeringen enligt 8 kap 9 § RF meddela föreskrifter om införseltullar och avgifter enligt 8 kap. 3 § RF.

Enligt 8 kap. 11 § RF kan regeringen vidare i ämnen som anges i 8 kap. 7 § första stycket RF, dvs. de ovan uppräknade ämnena och däribland näringsverksamhet, överlåta åt förvaltningsmyndighet eller kommun att meddela bestämmelser i ämnet, under förutsättning att riksdagen i lag givit bemyndigande därtill. Detta är den s.k. subdelegationen.

I 8 kap. 13 § RF anges slutligen att regeringens primärområde omfattar dels föreskrifter om verkställighet av lag, dels föreskrifter som ej enligt grundlag skall meddelas av riksdagen. Det senare området benämns, som tidigare angetts, regeringens restkompetens.

7.2.4 Giltigheten av äldre författningar

En viktig fråga är vad som händer med äldre författningar som fanns före nuvarande RF:s tillkomst år 1974 och som på ett eller annat sätt avviker från RF:s regler om normgivningsmakten.

Det är inte ovanligt att en äldre författning tillkommit på ett sätt som mer eller mindre avviker från vad RF föreskriver. Sådana avvikelser kan vara av olika slag. En bestämmelses innehåll kan ha grundlagsstridigt innehåll men den kan även ha tillkommit på ett sätt som strider mot gällande normgivningsregler. Störst är avvikelserna i fråga om äldre regeringsförfattningar i ämnen som numera bara kan regleras genom lag eller med stöd av bemyndigande i lag. Det har inte varit praktiskt möjligt att omedelbart anpassa alla författningar efter RF:s nya regler om normgivningsmakten. En sådan anpassning sker fortfarande. Ett medel har varit att införa särskilda övergångsbestämmelser.

Frågan om äldre författningars giltighet har reglerats i punkt 6 av de ursprungliga övergångsbestämmelserna till RF samt i övergångsbestämmelserna till senare ändringar i RF.

Enligt övergångsbestämmelserna 1974 punkt 6 skall äldre författning eller föreskrift äga fortsatt giltighet utan hinder av att den inte har tillkommit i den ordning som skulle ha iakttagits vid tillämpningen av nya RF. Samma bestämmelse finns i punkt 5 av övergångsbestämmelserna till 1976 års ändring i RF.

Om en äldre författning direkt strider mot en ny grundlagsbestämmelse kan den äldre författningen komma att bedömas som ogiltig.

Genom övergångsbestämmelserna bevaras dock giltigheten hos många av Kunglig Maj:t beslutade förordningar, kungörelser, reglementen, stadgor m.m. som gäller ämnen vilka numera faller inom lagområdet. De behåller således sin giltighet även om de innebär inskränkningar i de relativa rättigheterna som enligt 2 kap. 12 § RF numera skall beslutas endast genom lag.

Vid ändringar i sådana äldre författningar måste emellertid RF tillämpas och det kan då bli nödvändigt att använda lagformen. I den mån ämnet enligt RF är delegerbart eller faller inom regeringens primärområde är det möjligt att genom ändring eller upphävande av den äldre författningen överföra normgivningsmakten till regeringen.

I den gamla RF sades ingenting om delegation av normgivningsmakten till regeringen eller lägre myndigheter. Sådan delegation förekom dock i viss omfattning. Enligt övergångsbestämmelserna ges emellertid fortsatt giltighet tills vidare åt äldre bemyndiganden, som inte skulle varit möjliga enligt nya RF. Detta måste, enligt Strömberg a.a. s 55, rimligen betyda att ett äldre bemyndigande gäller, även om det avser ett ämne som numer måste regleras i lag och alltså inte kan bli föremål för delegation, och även om det innebär en i dag otillåten direktdelegation till en förvaltningsmyndighet. Detta förutsätter att det äldre bemyndigandet har bevarat sin identitet. Har det fått nytt innehåll måste det betraktas som ett nytt bemyndigande och då krävs det att normgivningen överensstämmer med RF.

Övergångsbestämmelsen om äldre bemyndigandens giltighet omfattar inte bemyndiganden i äldre regeringsförfattningar. Bemyndiganden till förvaltningsmyndigheter inom det primära lagområdet är, som tidigare nämnts, i viss utsträckning tillåten enligt RF under förutsättning att *riksdagen* har beslutat om delegation till regeringen och i samband därmed har tillåtit subdelegation. I vissa äldre regeringsförfattningar finns ännu bemyndiganden som inte uppfyller dessa förutsättningar. Sådana bemyndiganden måste, enligt Strömberg s. 57, anses "hänga i luften" så länge den författning vari de funnits inte fått någon förankring i lag som 8 kap. 11 § RF kräver.

7.3 Det nya grundlagsskyddet av närings- och yrkesfriheten

Genom regeringens proposition 1993/94:117 infördes bl.a ett skydd för närings- och yrkesfriheten som en ny särskild grundlagsbestämmelse i 2 kap. 20 § RF. (Tidigare 2 kap. 20 § RF benämns numera 2 kap. 22 § RF.) Den nya bestämmelsen har följande lydelse.

> Begränsningar i rätten att driva näring eller utöva yrke får införas endast för att skydda angelägna allmänna intressen och aldrig i syfte enbart att ekonomiskt gynna vissa personer eller företag.
> Samernas rätt att bedriva renskötsel regleras i lag (2 kap. 20 § RF).

Propositionen överensstämde med det förslag som Fri- och rättighetskommittén lämnat i sitt delbetänkande Fri- och rättighetsfrågor Del A Regeringsformen (SOU 1993:40). I propositionen s. 20f anför regeringen inledningsvis följande.

> Gällande lagstiftning utgår från att det i princip skall råda full frihet för svenska medborgare att här i landet driva näring och utöva yrke. Inte desto mindre finns det sedan lång tid en omfattande reglering på detta område. Denna reglering begränsar i stor utsträckning närings- och yrkesfriheten i olika hänseenden, t.ex. på grund av säkerhets-, hälsovårds-, arbetarskydds- och ordningssynpunkt eller för att tillgodose krav på särskilda kvalifikationer som ställs upp för många yrken. I praktiken är således närings- och yrkesfriheten begränsad i ganska stor utsträckning.(---) Behovet av inskränkningar i närings- och yrkesfriheten har tidigare ansetts utgöra hinder för en grundlagsbestämmelse till skydd för dessa friheter. Regeringen delar (Fri- och rättighets)kommitténs uppfattning att det kan vara svårt att ge närings- och yrkesfriheten ett reellt innehåll med hänsyn till de möjligheter till begränsningar som nödvändigtvis måste finnas. Det är av det skälet missvisande att såsom vissa remissinstanser önskar i grundlagen tala om dessa friheter som rättsligt bindande rättigheter. Vi delar i stället (Fri- och rättighets)kommitténs uppfattning att den s.k. likhetsprincipen är en lämplig utgångspunkt för en grundlagsändring.

Regeringen beskriver därefter i propositionen vad likhetsprincipen innebär. Kortfattat kan man säga att den innebär att alla skall ha möjlighet att konkurrera på lika villkor under förutsättning att de i övrigt uppfyller de krav som kan ställas på t.ex. kompetens.

Regeringen tillägger att likhetsprincipen som utgångspunkt för en grundlagsreglering inte får hindra att det införs generella begränsningar i närings- och yrkesfriheten för att tillgodose intressen som från allmänna utgångspunkter bedöms angelägna. Av det skälet kan man

inte utan vidare garantera likhetsprincipen en överordnad ställning i förhållande till viktiga skyddsintressen. Regeringen tar därför liksom Fri- och rättighetskommittén fasta på en viktig sida av likhetsprincipen, den ekonomiska, vilken, enligt regeringen, utan svårigheter kan ges en överordnad ställning.

Likhetsprincipen innebär med andra ord att alla regleringar på närings- och yrkesfrihetens område måste vara generella på så sätt att alla skall ha möjlighet att konkurrera på lika villkor under förutsättning att de i övrigt uppfyller de krav som kan ställas upp för just det yrket eller den näringsgrenen. Detta har uttryckts i lagtexten på så sätt att begränsningar i rätten att driva näring och utöva yrke får införas endast för att skydda angelägna allmänna intressen och aldrig i syfte enbart att ekonomiskt gynna vissa personer eller företag.

Regeringen anger i propositionens författningskommentar s. 50f att exempel på angelägna allmänna intressen som även i fortsättningen kan medföra begränsningar i närings- och yrkesfriheten är sådana intressen som Fri- och rättighetskommittén i detta sammanhang nämnt dvs. bl.a. hälsovårdsintressen samt bestämmelser om kompetens och vissa krav för att en person skall få utöva visst yrke. Fri- och rättighetskommittén har även angett att i vissa fall måste också näringsidkarens ekonomiska förhållanden bedömas för att utröna viljan och förmågan att fullgöra kommande skyldigheter gentemot det allmänna. Regeringen slår fast att sådana begränsningar i närings- och yrkesfriheten som tillgodoser angelägna allmänna intressen även i fortsättningen måste kunna införas.

I detta sammanhang bör nämnas att i Fri- och rättighetskommitténs uppdrag ingick att göra en genomgång av författningsbeståndet på näringsområdet. En redovisning av de författningsbestämmelser som kommittén ansett kan sägas begränsa närings- och yrkesfriheten finns intagen som bilaga 2 till det tidigare angivna delbetänkandet. I bilagan nämns kvacksalverilagen. Däremot räknas inte 1984 års behörighetslag upp trots att motsvarande lagstiftning avseende veterinärer (Lagen (1965:61) om behörighet att utöva veterinäryrket) finns medtagen.

I propositionen anges vidare att det under remissbehandlingen framförts dels att det av bestämmelsen bör framgå att inskränkningar i närings- och yrkesfriheten får införas i lag eller med stöd av lag, dels att det bör anges att begränsningar endast skall kunna göras i lag.

Regeringen redogör i anledning av dessa synpunkter i propositionen för hur normgivningsmakten regleras i RF, se även föregående avsnitt. Regeringen anger att föreskrifter som rör ingrepp i enskildas personliga eller ekonomiska intressen som huvudregel i enlighet med 8 kap. 3 § RF skall meddelas genom lag samt att regeringen enligt 8 kap. 7 § RF efter bemyndigande kan meddela föreskrifter som kan innebära begränsningar i bl.a. närings- och yrkesfriheten (riksdagens delega-

tionsmöjlighet). Dessutom tillägger regeringen att det av 8 kap. 11 § RF följer att riksdagen även kan medge att regeringen överlåter åt förvaltningsmyndighet eller kommun att meddela sådana föreskrifter (subdelegationen).

Regeringen anger därefter, uppenbarligen som svar på de synpunkter som framförts under remissbehandlingen, följande.

> Gällande bestämmelser om normgivningen innebär således att det redan finns krav på att föreskrifter på det offentligrättsliga området som innebär begränsningar i närings- och yrkesfriheten i första hand skall ha lagform och i vart fall meddelas med stöd av lag. Det bör även tilläggas att civilrättsliga föreskrifter som kan anses beröra en juridisk persons "personliga ställning" enligt regeringsformens normgivningsregler faller under det obligatoriska lagområdet.

7.4 Kommitténs slutsatser

I kommitténs direktiv anges att konsekvenserna av det numera genomförda förslaget till särskilt grundlagsskydd för närings- och yrkesfriheten bör genomlysas närmare vad gäller konsekvenserna för behörigheten inom hälso- och sjukvården m.m. I direktiven anges vidare att det förhållandet att närings- och yrkesfriheten regleras i en grundlag t.ex. kan föranleda att viss behörighetsreglering, som för närvarande beslutas på myndighetsnivå, blir frågor som regering och riksdag bör besluta om.

Bestämmelsen infördes i syfte att stärka den enskildes rättsställning. I prop. 1993/94:117 avseende bl.a. grundlagsskyddet för närings- och yrkesfriheten angav regeringen att det i princip skall råda full frihet för svenska medborgare att här i landet driva näring och utöva yrke. Inom näringsområdet finns inte desto mindre en omfattande reglering som i stor utsträckning begränsar närings- och yrkesfriheten i olika hänseenden bl.a. av hänsyn till hälsovårdens intressen eller för att tillgodose krav på särskilda kvalifikationer som ställs upp för många yrken. Dessa nödvändiga inskränkningar i närings- och yrkesfriheten har hittills gjort det svårt att ge en grundlagsreglering av dessa friheter ett reellt innehåll.

Regeringen ansåg med hänsyn härtill att en lämplig utgångspunkt för en grundlagsbestämmelse till skydd för närings- och yrkesfriheten är den s.k. likhetsprincipen. Den innebär att alla skall ha möjlighet att konkurrera på lika villkor under förutsättning att de i övrigt uppfyller de krav som kan ställas på t.ex. kompetens. Likhetsprincipen får samtidigt inte hindra att det införs generella inskränkningar i näringsfriheten för att tillgodose intressen som från allmänna utgångspunkter bedöms angelägna. Av den anledningen har regeringen i propositionen

angett att man bör ta fasta på en väsentlig sida av likhetsprincipen, nämligen den ekonomiska. Syftet med en begränsning av närings- och yrkesfriheten får således inte enbart vara att ekonomiskt gynna vissa näringsidkare eller yrkesutövare framför andra. För att en begränsning skall få införas krävs att syftet är att skydda något från samhällets synpunkt skyddsvärt intresse.

Det skydd som den nu införda grundlagsbestämmelsen ger hindrar inte, enligt propositionen, att bestämmelser införs som begränsar närings- och yrkesfriheten med hänsyn till sådana angelägna allmänna intressen. Inskränkningen måste emellertid vara generell och får inte leda till att likhetsprincipen åsidosätts. Samtidigt kan det inte uteslutas att en införd inskränkning kan komma att leda till att vissa näringsidkare gynnas; sådana gynnsamma ekonomiska konsekvenser får dock aldrig vara det egentliga syftet med inskränkningen. Motsatsvis följer att någon annan härvid också kan komma att missgynnas. Det skall i princip inte vara tillåtet att införa regler som innebär att nyetableringar inom viss näring eller visst yrke förhindras såvida det inte samtidigt finns något angeläget allmänt intresse av regleringen.

Som framgått av tidigare avsnitt innehåller den särskilda lagregeln till skydd för närings- och yrkesfriheten i RF en bestämmelse om att vissa begränsningar i närings- och yrkesfriheten som huvudregel inte får göras. De begränsningar som får göras får införas endast för att skydda angelägna allmänna intressen. I bestämmelsen anges inte i vilken författningsform tillåtna begränsningar skall göras. Enligt kommitténs uppfattning torde man av det kunna dra slutsatsen att RF:s allmänna bestämmelser om normgivning och om hur fördelningen av normgivningsmakten skall ske, bör kunna tillämpas även på denna bestämmelse.

I tidigare avsnitt har kommittén också konstaterat att ingrepp i enskildas personliga eller ekonomiska intressen som huvudregel skall meddelas genom lag men att regeringen, i vissa fall - efter riksdagens bemyndigande i lag - kan meddela föreskrifter till skydd för liv, personlig säkerhet eller hälsa (jfr 8 kap. 7 § 1 RF) eller som innebär begränsningar i bl.a. näringsverksamheten (jfr 8 kap. 7 § 3 RF) samt att sådana föreskrifter också efter delegation från regeringen kan beslutas av förvaltningsmyndighet efter delegation från riksdagen i lag.

Hälsovården utgör ett område där begränsningar av närings- och yrkesfriheten kan vara nödvändiga, främst för att säkerställa patienternas behov av säkerhet och trygghet i vården. För närvarande sker detta bl.a. genom att samhället ställer krav på särskilda kvalifikationer och särskild kompetens för den personal som skall handha vården. För läkare, tandläkare och barnmorskor krävs således en av samhället utfärdad legitimation för att få utöva yrket. De har också ensamrätt till yrkestiteln. För att få utöva yrke som apotekare och receptarie krävs

apotekare- respektive receptarieexamen. Även för andra yrkesgrupper finns möjlighet att erhålla legitimation. I de fallen ger legitimationen ensamrätt till yrkesbeteckningen dvs. rätten att använda begreppet legitimerad tillsammans med yrkestiteln. För psykologer och psykoterapeuter krävs legitimation för yrket även för att få använda själva yrkestiteln.

De nu angivna kraven utgör otvivelaktigt begränsningar i närings- och yrkesfriheten. Motivet för att införa dem har främst varit att skydda patienternas säkerhet i vården. Ett sådant skydd har ansetts vara ett angeläget allmänt intresse. Avsikten med införande av den nya bestämmelsen i RF har inte varit att ändra detta förhållande. Begränsningar med hänsyn till patientsäkerheten torde därför, enligt kommitténs mening, inte strida mot bestämmelsen. Inte heller hindrar den att man på motsvarande eller annat liknande sätt reglerar ytterligare yrkesgrupper, om relevanta skäl finns.

Det sagda torde också innebära att begränsningar av närings- och yrkesfriheten efter den nu aktuella grundlagsändringen som huvudregel skall fattas av riksdagen i lagform men att riksdagen har möjlighet att, på samma sätt som nu, om förutsättningarna i övrigt är uppfyllda, såväl delegera normgivningen till regeringen som att ge regeringen möjlighet att delegera den vidare till förvaltningsmyndigheter. Propositionens uttalanden ovan måste tolkas så att gällande bestämmelser om normgivning även skall gälla den numera grundlagsfästa närings- och yrkesfriheten.

Inom hälso- och sjukvården finns flera bestämmelser som beslutats av regeringen eller förvaltningsmyndighet som innebär inskränkningar i såväl närings- som yrkesverksamheten. Det gäller exempelvis bestämmelser i behörighetsförordningen och i Socialsstyrelsens föreskrifter om villkor för behörighet och andra kompetensregler. Såvitt kommittén kunnat utröna har dessa bestämmelser tillkommit i enlighet med gällande normgivningsregler. Även om så inte skulle ha skett är bestämmelserna dock giltiga även fortsättningsvis i enlighet med vad som redovisats ovan angående giltighet av äldre författningsbestämmelser.

7.5 Europakonventionens införlivande med svensk rätt

I den här aktuella prop. 1993/94:117 föreslog regeringen också att konventionen (d. 4 nov. 1950) angående skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna, Europakonventionen, inkorporeras med svensk rätt genom att en särskild lag om Europakon-

ventionen införs samt att en ny bestämmelse införs i RF 2 kap. 23 § med följande innehåll.

> Lag eller annan föreskrift får ej meddelas i strid med Sveriges åtaganden på grund av den europeiska konventionen angående skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna (2 kap. 23 § RF).

Sedan riksdagen antagit propositionen anges således numera i en särskild lag 81994:1219) att Europakonventionen jämte ändringar genom tilläggsprotokollen nr 3, 5, 8 och 9 samt tillägg genom tilläggsprotokollen 1, 2, 4, 6 och 7 skall gälla som lag här i landet. Dessutom är konventionens och tilläggsprotokollens engelska och franska originaltexter tillsammans med en svensk översättning intagna som bilaga till lagen.

Det kan vara värt att notera att den svenska översättningen är något föråldrad och dessutom inte språkligt överensstämmer med vissa centrala delar av originaltextens uttryck såsom de tolkats av Europadomstolen. Det är dock de engelska och franska originaltexterna som skall gälla som svensk rätt.

Inkorporeringen sker genom vanlig lag. Att en särskild bestämmelse införts i 2 kap. § RF ändrar inte det förhållandet. Konventionen ges således inte grundlagsstatus genom det angivna stadgandet. Det innebär bl.a. att en eventuell konflikt mellan konventionen och annan lag måste lösas genom lagtolkning eller med hjälp av rättstillämpningsmetoder. I propositionen s. 37f har regeringen närmare redogjort för hur en sådan lagtolkning kan göras. I allmänhet torde svensk lagstiftning uppfylla konventionens krav. Det är dock en fortlöpande uppgift för lagstiftaren att se till att den inhemska rätten överensstämmer med konventionen. Det får samtidigt avgöras från fall till fall om en äldre svensk lagregel skall gälla före Europakonventionen eller ej.

Vad gäller de frågor kommittén haft att arbeta med kan kommittén konstatera att närings- och yrkesfriheten inte åtnjuter något särskilt skydd enligt Europakonventionen. I vissa fall omfattas dock redan etablerad näringsverksamhet av skyddet för äganderätten enligt artikel 1 i första tilläggsprotokollet från år 1952. Den artikeln har följande lydelse.

> Envar fysisk eller juridisk persons rätt till sin egendom skall lämnas okränkt. Ingen må berövas sin egendom annat än i det allmännas intresse och under de förutsättningar som angivas i lag och av folkrättens allmänna grundsatser.
>
> Ovanstående bestämmelser inskränka likväl icke en stats rätt att genomföra sådan lagstiftning som staten finner erforderlig för att reglera utnyttjandet av viss egendom i överensstämmelse med

> det allmännas intresse eller för att säkerställa betalning av skatter och andra pålagor eller av böter och viten.

Bestämmelsen är som framgår allmänt hållen. Den får sitt huvudsakliga innehåll genom de tolkningar som Europadomstolen gör i sina avgöranden. Vad gäller kravet att ett egendomsberövande skall ske i det allmännas intresse är det i första hand de nationella organen, dvs. regering och riksdag eller motsvarande, som har att göra denna bedömning. De nationella myndigheterna har därvid en betydanderam att agera inom, enligt vad domstolen har uttalat, se Fri- och rättighetskommitténs delbetänkande SOU 1993:40 s 76f.

I övrigt kan generellt sägas att begränsningar i Europakonventionens skydd för de personliga fri- och rättigheterna får göras för vad som i ett demokratiskt samhälle är nödvändigt med hänsyn till landets yttre säkerhet, den allmänna säkerheten, landets ekonomiska välstånd, förebyggandet av oordning och brott, hälsovården, skyddandet av sedligheten eller andra personers fri- och rättigheter. (Sådana inskränkningar är angivna bl.a. i artikel 8 angående envars rätt till skydd för sitt privat- och familjeliv, sitt hem och sin korrespondens, i artikel 9 angående envars rätt till tankefrihet, samvetsfrihet och religionsfrihet, i artikel 10 angående envars rätt till yttrandefrihet samt i artikel 11 angående mötesfrihet och föreningsfrihet.)

Frågan om rätt att erhålla legitimation eller annat kompetensbevis kan vara en fråga som kan komma att omfattas av Europakonventionens artikel 6 om rätt att få sin sak prövad vid domstol (access to court) om den gäller en fråga om civila rättigheter (civil rights).

Frågan om uppfyllande av vissa kompetenskrav för viss auktorisation har varit föremål för prövning inför Europadomstolen.

> I fallet Van Marle m.fl. hade klagandena befunnits inte uppfylla kompetenskraven för auktorisation som revisorer, och frågan var om de enligt art 6:1 hade rätt att få beslutet härom överprövat av domstol. Europadomstolen konstaterade att klagandena inte hade gjort gällande annat än att deras allmänna lämplighet för yrket hade värderats felaktigt. En sådan värdering av kunskaper och erfarenheter påminde enligt domstolens mening om den bedömning som görs vid en skol- eller universitetsexamen, och den låg så långt ifrån en normal domstolsprövning att det inte kunde anses föreligga en sådan tvist som avses i artikel 6:1.

Även om frågan om uppfyllande av vissa kompetenskrav för att erhålla t.ex. legitimation skulle kunna bli en tvist som omfattas artikel 6:1 uppstår inget problem för svensk del. I 3 § behörighetslagen anges att det är Socialstyrelsen som prövar frågor om legitimation. I 11 § samma lag anges vidare att beslut av Socialstyrelsen enligt lagen får

överklagas hos allmän förvaltningsdomstol. Således är konventionens krav på möjlighet till domstolsprövning under alla förhållanden uppfyllda.

Även *frågan om Europakonventionens tillämpning på fråga om delegitimering* har blivit föremål för prövning i Europadomstolen.

> I fallet H./.Belgien (1987) hade advokaten H. strukits ur advokatrullorna på grund av ett antal allvarliga förseelser. H. hade därmed inte längre rätt att kalla sig advokat och uteslutningen ansågs definitiv. Det fanns dock möjlighet att återinträda, i första hand sedan mer än tio år förflutit och om "exceptional circumstances warrant it". Domstolen ansåg att frågan gällde "civil rights" och att uttrycket "exceptional circumstances" förutsatte prövning av en opartisk domstol. I Belgien utfördes prövningen av en nämnd inom "Ordre des avocats". Europadomstolen ansåg att nämnden visserligen till stora delar motsvarade de krav som skall ställas på en "tribunal" i Europakonventionens mening men då H. inte haft tillgång till en regelrätt motpartsställning ansågs nämnden inte uppfylla de krav som skall ställas på en domstol.

Andra exempel vad gäller återkallelse av auktorisation att utöva läkaryrket eller att bedriva läkarklinik är König, ser A no 27, Le Compte m.fl., ser A no 43, Albert et le Couple, ser. A no 58. I fallet Le Comte accepterade Europadomstolen att en medicinsk besvärsnämnd i Belgien, vilken bestod av lika många läkare som domare, var en oberoende och opartisk domstol.

Den svenska lagstiftningen inom hälso- och sjukvården uppfyller konventionens krav på opartisk domstolsprövning även när det gäller återkallelse av kompetensbevis. I disciplinpåföljdslagen anges att det är HSAN som prövar frågor om disciplinpåföljd, inklusive frågan om återkallelse av legitimation. HSAN:s beslut enligt lagen kan enligt 35 § disciplinpåföljdslagen överklagas hos kammarrätten och vidare till Regeringsrätten. Socialstyrelsen är därvid enligt 40 § disciplinpåföljdslagen motpart till yrkesutövare som överklagat HSAN:s eller domstols avgörande.

8 Utgångspunkter för behörighetsregleringen inom hälso- och sjukvården

Sammanfattning

Kommittén konstaterar att den nuvarande behörighetsregleringen främst används för att uppnå de samhälleliga målen om att hälso- och sjukvården skall vara av god kvalitet och tillgodose patientens behov av trygghet i vården och behandlingen dvs. för att upprätthålla en hög patientsäkerhet.

Legitimationens huvudfunktion är i dag att vara en garanti för en viss kunskapsnivå och för sådana personliga egenskaper hos yrkesutövaren att denna är förtjänt av allmänhetens och myndigheternas förtroende. Dessutom fyller legitimationen ett väsentligt informationsbehov gentemot såväl allmänhet, myndigheter som arbetsgivare. Legitimationen bör förbehållas sådana yrkesgrupper av yrkesutövare som har en yrkesfunktion med kvalificerade arbetsuppgifter och ett särskilt ansvar för patienternas säkerhet i vården. Det förhållandet att en yrkesgrupp i inte oväsentlig utsträckning vänder sig direkt till allmänheten t.ex. i egenskap av fria yrkesutövare, bör tillmätas särskild betydelse.

Kommittén konstaterar att det inte finns några sakliga skäl att frångå de principer som dagens behörighetsreglering bygger på. Det innebär att de nuvarande bedömningsgrunderna i huvudsak bör finnas kvar. Kommittén anser dessutom att eftersom omsorgen om patientens säkerhet i vården utgör det grundläggande skälet för en behörighetsreglering måste varje förändring eller utvidgning av bestämmelserna ha patientens berättigade krav på säkerhet som ledstjärna. Samtidigt understryker kommittén att behörighetsreglering endast är ett styrmedel eller instrument som staten förfogar över för att kontrollera att yrkesutövare inom hälso- och sjukvården har den nödvändiga kompetens som behövs för att upprätthålla en hög patientsäkerhet. Kompetenskontroll under utbildningen, återkommande kontroller och kvalitetssäkring av vårdgivaren och myndighetstillsynen är exempel på andra viktiga instrument.

Kommittén konstaterar också att det under senare år har skett flera viktiga förändringar som berör hälso- och sjukvården. Det gäller avregleringen av vissa vårdutbildningar inom högskolan, nya organisationsformer inom den offentliga vården, en ökad etablering av yrkesgruppper inom den privata vården samt Sveriges medlemskap i EU. Härtill kommer införandet av en ny mer samlad tillsynslagstiftning. De nya omständigheterna ökar behovet av en tydlig och utvecklad behörighetsreglering och har dessutom gjort att skälen för att i behörighetsregleringen i något väsentligt avseende skilja på offentligt och privat anställd vårdpersonal har minskat i betydelse.

I avsnitt 9 redovisar kommittén närmare principerna för en framtida behörighetsreglering.

8.1 Mål och medel för hälso- och sjukvårdens verksamhet

De övergripande målen för hälso- och sjukvården har formulerats i 2 § hälso- och sjukvårdslagen (HSL). Där anges att målen är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vilka krav som därigenom ställs på såväl den offentliga som den privata hälso- och sjukvården preciseras i 2 a § HSL. Hälso- och sjukvården skall bedrivas så att den uppfyller kraven på en god vård. I bestämmelsen preciseras i fyra punkter närmare vad detta innebär. Vården skall särskilt

1. vara av god kvalitet och tillgodose patientens behov av trygghet i vården och behandlingen,
2. vara lätt tillgänglig,
3. bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet,
4. främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen.

Hälso- och sjukvården skall också enligt 2 b § arbeta för att förebygga ohälsa. Den som vänder sig till hälso- och sjukvården skall när det är lämpligt ges upplysningar om metoder för att förebygga sjukdom eller skada. Enligt 2 c § skall hälso- och sjukvårdens uppgifter även mot en avliden fullgöras med respekt och de efterlevande skall visas hänsyn och omtanke. I en ny 2 d § som träder i kraft den 1 januari 1997 anges att där hälso- och sjukvård bedrivs skall det finnas den personal, de lokaler och den utrustning som behövs för att god vård skall kunna ges.

För att uppnå målen om en god vård använder samhället flera styrmedel. En grundläggande förutsättning för att den offentliga hälso- och sjukvården skall kunna erbjuda en god vård är givetvis att den har en tillräcklig ekonomisk ram att arbeta inom. Huvuddelen av hälso-

och sjukvården i Sverige sker i dag i offentlig regi och finansieras av det allmänna, främst genom den landstingskommunala beskattningen. Utöver dessa direkta ekonomiska styrmedel ger samhället emellertid också ekonomiskt stöd på andra sätt för att uppnå målen. Det gäller t.ex. genom finansiering av *utbildning* av hälso- och sjukvårdspersonal, *forskning* och olika former av *myndighetsverksamhet*.

Lagstiftning är ett annat viktigt styrmedel som samhället använder för att uppnå målen inom hälso- och sjukvården. Lagstiftningen används på flera sätt. Målen för hälso- och sjukvården anges som nyss nämnts i HSL. Såväl utbildningen av personal inom hälso- och sjukvården som rätten att utöva olika yrken som har anknytning till vården regleras på olika sätt genom lagstiftning.

Med god vård menas som nyss angavs bl.a. att vården skall vara av god kvalitet och tillgodose patientens behov av trygghet i vården och behandlingen. Med det menas att vården skall hålla en god personell och materiell standard, med andra ord bedrivas av en personal med adekvat utbildning och med behövlig teknisk utrustning i ändamålsenliga lokaler. För att uppnå detta mål ställer samhället bl.a. vissa krav på hälso- och sjukvårdspersonalens utbildning. Samhället anger således de övergripande målen för utbildningarna i bl.a. högskolelagen. Kommittén har redovisat dessa förhållanden i avsnitt 6. Samhället anger därutöver också förutsättningarna för anställning inom vissa yrken inom den offentliga hälso- och sjukvården. Även detta styrmedel regleras i författningsform.

Utöver dessa krav på själva utbildningen och förutsättningarna för anställning inom den offentliga vården har samhället i lagstiftning angett vilka åligganden som åvilar personalen samt vilka disciplinpåföljder som kan meddelas om personalen bryter mot sina åligganden, se närmare härom kommitténs redovisning av åliggandelagen och disciplinpåföljdslagen i avsnitt 2. Kontroll av personalens kompetens och arbete sker självfallet också i stor utsträckning genom vårdgivarnas försorg.

Samhället kontrollerar såväl hur den offentliga som hur den enskilda vården utövas. De grundläggande bestämmelserna om en god vård i HSL gäller även den enskilda vården. I samband med införandet av den nya lagen (1996:786) om tillsyn över hälso- och sjukvården införs som tidigare nämnts en ny 2 d § i HSL som innehåller en bestämmelse om att där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet skall det finnas den personal, de lokaler och den utrustning som behövs för att god vård skall kunna ges. Såväl den lagreglerade individtillsynen som den lagreglerade verksamhetstillsynen sker genom offentliga organ, främst Socialstyrelsen. Etableringsrätten inom privat verksamhet är i viss mån

begränsad genom olika regleringar. Det gäller i första hand för läkare, tandläkare och sjukgymnaster.

I syfte att garantera en viss kunskapsnivå och sådana personliga egenskaper hos yrkesutövaren att denne är förtjänt av allmänhetens och myndigheternas förtroende har samhället, utöver i nyss angiven lagstiftning, särskilt reglerat behörigheten att utöva yrken inom hälso- och sjukvården. Denna reglering sker främst i 1984 års behörighetslag.

Enligt förarbetena till denna lagstiftning är legitimationens huvudfunktion att vara en garanti för en viss kunskapsnivå och för sådana personliga egenskaper hos yrkesutövaren att denna är förtjänt av allmänhetens och myndigheternas förtroende. Det förhållandet att legitimationen vid behov kan dras in har i detta sammanhang en central betydelse. Dessutom fyller legitimationen ett väsentligt informationsbehov dels gentemot allmänheten, som behöver en lättfattlig "varudeklaration" av olika yrkesutövares kvalifikationer, dels gentemot statliga och kommunala myndigheter som måste kunna lita på yrkesutövarna t.ex. i fråga om recept och intyg och dels gentemot sjukvårdshuvudmännen för att undvika att personer anställs som visar sig vara uppenbart olämpliga för yrket. Legitimation bör förbehållas sådana yrkesgrupper av yrkesutövare som har en yrkesfunktion med kvalificerade arbetsuppgifter och ett särskilt ansvar för patienternas säkerhet i vården. Det förhållandet att en yrkesgrupp i inte oväsentlig utsträckning vänder sig direkt till allmänheten t.ex. i egenskap av fria yrkesutövare, bör tillmätas särskild betydelse. Vidare bör restriktivitet iakttas när det gäller att statligt reglera områden, där flertalet yrkesutövare är anställda av sjukvårdshuvudmännen. Rättslig reglering bör komma i fråga endast när behovet av skydd för patienternas säkerhet påkallar det (se prop. 1983/84:179 s. 12-15).

För yrkesutövare som inte omfattas av denna lagstiftning men som ändå mot ersättning utövar hälso- och sjukvårdande verksamhet finns bl.a. förbud mot att behandla vissa sjukdomar och att använda vissa behandlingsmetoder i kvacksalverilagen, se närmare härom avsnitt 2.6 och 13.

Som framgått använder samhället således ett flertal olika instrument för att uppfylla målen för hälso- och sjukvårdsverksamheten. I det följande avsnittet redovisas direktiven till kommittén vad gäller frågorna om behörigheten inom hälso- och sjukvården samt hur vi tolkat direktiven i dessa delar. Vi för också en diskussion kring olika alternativ till reglering av legitimation och annan behörighet inom hälso- och sjukvården.

8.2 Grundläggande principer för behörighetsregleringen

Kommitténs uppdrag framgår av direktiven, bilaga 1. I uppdraget ingår främst att göra en översyn av gällande behörighetslagstiftning inklusive kvacksalverilagen, med andra ord en översyn av några av de legala styrmedel som samhället använder för att uppnå målen inom hälso- och sjukvården. Behörighetslagstiftningen används främst för att uppnå målet om att vården skall vara av god kvalitet och tillgodose patientens behov av trygghet i vården och behandlingen dvs. för att upprätthålla en hög patientsäkerhet.

I kommitténs uppdrag ingår inte att utvärdera eller se över de ekonomiska förutsättningarna för hälso- och sjukvården; inte heller föreligger något direkt uppdrag att se över de utbildningar som leder till olika yrken inom vården. Utbildningen har emellertid stor betydelse när det gäller möjligheten att upprätthålla en erforderlig kompetens inom hälso- och sjukvården. Kommittén har därför funnit anledning att i olika sammanhang peka på vissa brister inom detta område samt föreslå förändringar. Det ingår däremot uttryckligen i kommitténs uppdrag att analysera om den genomförda avregleringen inom högskolan av bl.a. vissa vårdutbildningar innebär ökat behov av regler på behörighetsområdet. Den sistnämnda frågan har kommittén diskuterat i avsnitt 6. Kommittén skall vid sin översyn av behörighetsregleringen utöver hälso- och sjukvårdsområdet även se på närliggande områden.

Enligt kommitténs direktiv bör de hittillsvarande grundläggande principerna för legitimation och behörighet i allt väsentligt kunna ligga till grund även för den översyn och de överväganden kommittén skall göra. Detta är en viktig utgångspunkt för kommitténs arbete. Någon form av reglering av rätten att utöva yrken inom hälso- och sjukvården har funnits sedan mycket lång tid tillbaka. Sådana regleringar är väl förankrade i samhället. Den kritik som framförs mot legitimationsreglerna grundar sig främst på åsikten att reglerna *inte tillräckligt effektivt* skyddar patienterna från yrkesutövare som missköter sig. Kritik på den grunden att reglerna skulle vara alltför ingripande mot yrkesutövarna är däremot sällsynt och har inte framförts till kommittén.

En kritik som riktats mot nuvarande legitimations- och behörighetsregler är således att de inte innebär någon reell kontroll av en persons lämplighet för ett visst yrke utöver kontrollen av att personen genomgått den utbildning och i vissa fall den praktik som är en förutsättning för legitimationen. Kritikerna menar att ur det perspekti-

vet utgör legitimationen inget annat än en ytterligare bekräftelse på att personen genomgått utbildningen vilket lika gärna skulle kunna ske enbart genom utfärdandet av examens- eller utbildningsbeviset.

En viktig och avgörande skillnad mellan examens- eller utbildningsbeviset och legitimationen är emellertid att legitimationen till skillnad från examens- eller utbildningsbeviset kan dras in om en yrkesutövare missköter sig i yrket eller drabbas av sjukdom som omöjliggör fullgod yrkesutövning. I sin yttersta konsekvens innebär en sådan indragning av legitimationen i praktiken ofta ett yrkesförbud, en i svensk rättstradition mycket ingripande sanktion. Detta utgör ett skäl att vara restriktiv vid bedömningen av vilka yrkesgrupper som skall omfattas av reglerna. Härutöver fyller legitimationen ett viktigt informationsbehov för bl.a. allmänheten genom att samhället med legitimationen ger en form av garanti för att yrkesutövaren har en viss kunskapsnivå och vissa personliga egenskaper som gör honom eller henne lämplig att utöva yrket. Det gäller särskilt avseende yrkesgrupper som i inte obetydlig utsträckning är verksamma i privat regi. Man kan heller inte bortse från att legitimationen har viss betydelse för att underlätta det internationella arbetskraftutbytet. De nu angivna skälen låg bl.a. till grund för nuvarande principer för legitimation. Enligt kommittén har det inte framkommit något som förringar hållbarheten i dessa argument.

Kommittén ser således inga sakliga skäl för att frångå de principer som dagens reglering bygger på. Det torde innebära att de nuvarande bedömningsgrunderna för om en yrkesgrupp skall omfattas av särskilda legitimationsregler i huvudsak bör finnas kvar. En huvuduppgift för kommittén är samtidigt att undersöka om det, främst med hänsyn till patientsäkerheten, finns skäl att låta ytterligare yrkesgrupper omfattas av legitimationsreglerna. Enligt direktiven ingår det också i kommitténs uppdrag att pröva om det finns andra former av rättsliga regleringar av yrken eller verksamheter som ett alternativ eller komplement till legitimation. Detta torde få till konsekvens att kommittén är oförhindrad att, om det visar sig befogat, föreslå att någon i dag legitimerad yrkesgrupp överförs till en sådan reglering.

Som tidigare framgått är det grundläggande skälet till införandet av rättsliga regleringar av yrken inom hälso- och sjukvården *omsorgen om patienternas säkerhet i vården*, patientsäkerheten. Varje förändring eller utvidgning av bestämmelserna måste därför ha patientens berättigade krav på säkerhet som ledstjärna.

Kommittén ser det som angeläget att tydligt markera att det är dessa, patientens välmotiverade krav på säkerhet och trygghet i vården, som måste vara utslagsgivande när man bedömer behovet av lagstiftning för att reglera och begränsa rätten att utöva olika yrken inom hälso- och sjukvården t.ex. genom särskilda legitimationsregler.

Kommittén vill i detta sammanhang också upprepa att legitimations- och behörighetsregleringen endast är ett styrmedel eller instrument som staten förfogar över för att kontrollera att yrkesutövare inom hälso- och sjukvården har den nödvändiga kompetens som behövs för att upprätthålla en god patientsäkerhet.

Redan utbildningsbeviset ger således både viss information om och garanti för yrkesutövarens kompetens. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd är andra hjälpmedel för att upprätthålla en god kompetens hos personalen bl.a. som ett stöd för vårdgivaren i hans skyldighet att upprätthålla en god vårdkvalitet.

För flera yrken saknas emellertid i stort sett möjlighet att regelbundet kontrollera yrkesutövarens kompetens. Den kontroll som i dag sker genom legitimationen eller andra behörighetsregler och genom Socialstyrelsens tillsyn fungerar främst i situationer där en incident, olyckshändelse eller skada redan inträffat, t.ex. med hjälp av den anmälningsskyldighet som föreligger enligt den s.k. lex Maria. En återkommande kontroll av kompetensen skulle kanske på ett bättre sätt kunna förebygga sådana händelser. Avsaknaden av sådana återkommande kontroller torde främst bero på bristande ekonomiska resurser.

Minst lika viktig som myndighetstillsynen är dock den kompetenskontroll och kvalitetssäkring som vårdgivaren är skyldig att göra. Denna skyldighet har genom den nya lagstiftningen om förstärkt tillsyn över hälso- och sjukvården (prop. 1995/96:176) uttryckligen reglerats genom bestämmelser i 31 § HSL som anger att inom hälso- och sjukvården skall kvaliteten i verksamheten systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras.

Personalens åligganden kommer samtidigt till sitt legala uttryck genom bestämmelserna i åliggandelagen och de som bryter mot dessa åligganden kan erhålla påföljd enligt disciplinpåföljdslagen. I det dagliga vårdarbetet torde emellertid sådana kontroll- och sanktionsmöjligheter ha mindre betydelse än personalens ansvarsfulla medverkan för att förebygga och avhjälpa brister i vården. Det är nämligen enligt kommitténs bestämda uppfattning så att det viktigaste instrumentet för en god patientsäkerhet inom hälso- och sjukvården är ett fungerande samarbete mellan olika personalkategorier och vårdgivaren i ett aktivt kvalitetssäkringsarbete. Härmed vill kommittén inte förringa behovet av aktiv myndighetstillsyn. Vårdgivarens och de anställdas kvalitetssäkringsarbete kan inte ersätta den kontroll som sker genom myndighetstillsynen. Denna tillsyn får heller inte användas som ett argument från vårdgivarens sida att frångå sitt eget ansvar.

De förhållanden kommittén nu pekat på utgör i sak inga nyheter men de torde vara viktiga att hålla i minnet i samband med en

diskussion om behovet av att införa nya *legala* styrmedel eller instrument för att stärka patientsäkerheten.

Kommittén kan samtidigt konstatera att sedan de nuvarande bestämmelserna om legitimation och annan behörighet tillkom år 1984 har viktiga förändringar skett som berör hälso- och sjukvården. Det gäller avregleringen av vissa vårdutbildningar inom högskolan. Även en ökad etablering av yrkesgrupper inom den privata vården är en förändring som har betydelse i sammanhanget. Sveriges anslutning till EU har också medfört nya förpliktelser för Sverige, bl.a. skyldighet att tillämpa EU:s regler för erkännande av kompetensbevis för verksamheter inom hälso- och sjukvården. Dessa regler har tillkommit för att underlätta en fri rörlighet och utbyte av arbetskraft och tjänster mellan medlemsländerna. Inom den offentliga vården har dessutom nya organisationsformer utvecklats, bl.a. genom ett ökat kommunalt engagemang. Det sist nämnda förhållandet har bl.a. lett till att riksdagen för att stärka den s.k. verksamhetstillsynen fattat beslut om den tidigare nämnda lagen (1996:786) om tillsyn över hälso- och sjukvården. I förarbetena till lagen konstateras att utvecklingstendenserna inom vården, med en integrering mellan den offentliga och den enskilda hälso- och sjukvården, en mer varierad vårdstruktur med starka ekonomiska incitament i verksamheten samt nya vård- och behandlingsmetoder medför att gränserna mellan offentlig och enskild vård blir alltmer flytande. Verksamhetsområdena uppvisar också allt större likheter. I propositionen konstateras därför sammanfattningsvis att regelsystemet angående verksamhetstillsyn bör vara lika för offentlig och enskild vård (prop. 1995/96:176 s. 44f).

De nyss angivna omständigheterna minskar inte behovet av särskilda legitimations- och behörighetsregler inom hälso- och sjukvården, tvärtom. Behovet av en tydlig och utvecklad behörighetsreglering ökar. De skäl som angavs i propositionen till nuvarande behörighetslag för att det bör finnas sådana bestämmelser gör sig i dag gällande med än större kraft. Man kan samtidigt, med hänsyn till den utveckling inom vården som beskrivits i den nyss nämnda propositionen, konstatera att argumenten för att i behörighetslagstiftningen i något väsentligt avseende skilja på offentligt och enskilt anställd vårdpersonal har minskat i betydelse.

Kommittén har tidigare i avsnitt 7 konstaterat att regleringar av behörigheten att utöva yrken inom hälso- och sjukvården innebär begränsningar i den grundlagsskyddade närings- och yrkesfriheten, begränsningar som kommittén samtidigt konstaterat under vissa omständigheter är godtagbara i ett demokratiskt samhälle. Regleringarna strider inte mot grundlagsskyddet av närings- och yrkesfriheten så länge de är nödvändiga för att skydda ett angeläget allmänt intresse, i detta fall patientsäkerheten.

Regler om legitimation och annan behörighet som förutsättning för att få utöva yrken inom hälso- och sjukvården har som vi tidigare nämnt funnits i Sverige i många år. Liknande regleringar finns i så gott som alla länder med en hälso- och sjukvård jämförbar med den svenska. I såväl de nordiska länderna som flera länder inom EU är regleringen av olika yrken dessutom mer omfattande och detaljerad än här i landet. De internationella förhållandena utgör således inget hinder mot en fortsatt reglering av yrken inom hälso- och sjukvården. Tvärtom torde en anpassning av de svenska reglerna till förhållandena i de nordiska länderna och länderna inom EU kunna gynna de svenska yrkesutövare som vill söka sig ut på den internationella arbetsmarknaden. Kommittén har mer ingående redovisat dessa förhållanden i avsnitt 4.3.

Ytterligare regleringar av behörigheten att utöva yrke inom hälso- och sjukvården bör däremot inte ske enbart av det skälet att yrket ifråga är reglerat i andra länder, utan patientsäkerheten bör vara utgångspunkten även för en sådan reglering. Däremot kan det internationella perspektivet vara en omständighet som vägs in vid en slutlig bedömning av om t.ex. ett yrke som i dag är oreglerat skall regleras.

8.3 Närmare om nuvarande behörighetsreglering

8.3.1 Översiktligt om legitimationsreglerna m.m.

I nuvarande lagstiftning finns en ganska vildvuxen flora av bestämmelser som reglerar och begränsar rätten att utöva olika yrken inom hälso- och sjukvården. Bestämmelserna gäller ofta för flera yrkeskategorier och i vissa fall omfattas samma yrke av flera regleringar. De reglerar bl.a. ensamrätt till yrke, ensamrätt till yrkestitel, ensamrätt till yrkesbeteckning dvs. skydd för beteckningen legitimerad i kombination med yrkestitel samt skydd för specialistbeteckningar.

I den följande tabellen har kommittén vid I) gjort en sammanställning av de väsentligaste behörighetsregleringarna. Dessa återfinns främst i behörighetslagen, behörighetsförordningen, förordningen om behörighet till vissa tjänster m.m. och tandvårdsförordningen samt i kvacksalverilagen. I tabellen anges även till höger de huvudsakliga rättsverkningarna inom hälso- och sjukvården för de yrken som anges vid respektive punkt, dvs. de rättsverkningar som främst regleras i åliggandelagen och disciplinpåföljdslagen.

Man bör i detta sammanhang understryka att det skydd som erhålls endast gäller för verksamhet inom hälso- och sjukvården. Det innebär t.ex. att yrkestiteln läkare endast är förbjuden att användas av obehöriga *inom hälso- och sjukvården* men däremot inte inom andra sam-

hällsområden. Kommittén diskuterar denna fråga i avsnitt 8.3.3 och 9.4. Frågor om legitimationens betydelse i andra sammanhang, t.ex. vid EU-reglering av yrkena och vid beskattning diskuteras i avsnitten 6 och 16.

Utöver författningsregleringar förekommer det att olika yrkesförbund också erbjuder auktorisation/kompetensbevis/specialistexamen eller liknande. Yrkesförbundet ställer i det sammanhanget upp vissa krav för godkännande av organisationen. Exempel härpå redovisas i tabellen vid II).

Ett annat sätt är att låta fristående kontrollorgan direkt eller indirekt bedöma ykesutövarnas kompetens. Detta kan t.ex. ske genom ackreditering eller certifiering. Kommittén redogör i avsnitt 9.5.4 närmare för detta såsom det sker inom bl.a. SWEDAC:s verksamhetsram. I tabellen redovisas bl.a. ackreditering och certifiering vid III).

Reglering	Yrkesgrupper	Allmänna rättsverkningar enligt Åliggandelagen m.m.
I:1) *Behörighetslagen (BehL) m.fl.*		
a) Examensbevis ger ensamrätt till yrket, 7 § BehL	Apotekare Receptarier	Hälso- och sjukvårds-personal (HoS-pers). Socialstyrelsen (SoS) tillsyn och disciplinärt förfarande. Ingen möjlighet till de-legitimering. Avtalsreglering - Avtal mellan staten och Apoteksbolaget att anställa kompetent personal.
b) Legitimation ger ensamrätt till yrket, yrkestitel och yrkesbeteckning 9 § 1 st. 1. BehL	Läkare Tandläkare Barnmorskor	HoS-pers. SoS tillsyn och disciplinärt förfarande. Möjlighet till delegitimering.
c) Legitimation ger ensamrätt till yrkes-titel och yrkes-beteckning 9 § 1 st. 3. BehL	Psykologer Psykoterapeut.	se föregående.
d) Legitimation ger skydd för yrkes-beteckning 9 § 1 st 2. BehL	Optiker Kiropraktorer Logopeder Naparapater Sjukgymnaster Sjuksköterskor Tandhygienister	se föregående.
e) Legitimation ger ensamrätt till anställning inom offentlig hälso- och sjukvård - F. (1982:771) om behörighet till vissa tjänster m.m. - TandvårdsF	Barnmorskor Läkare Sjukgymnaster Sjuksköterskor Tandläkare Tandhygienister	se föregående.
f) Särskilda kompetenskrav - SoS föreskrifter och allmänna råd	Ambulanspers. Arbetsterapeuter Sjukgymnaster Sjukhusfysiker Sjukhusingenjörer Sjuksköterskor	HoS-pers vid offentlig anställning. SoS tillsyn och disciplinärt förfarande.

Reglering	Yrkesgrupper	Allmänna rättsverkningar enligt åliggandelagen m.m.
g) Specialist-behörighet ger ensamrätt till titeln specialist 4 § BehL - Europaläkare	Läkare Tandläkare	Bevis om behörighet kan inte återkallas men faller vid delegitimation.
I:2) KvacksalveriL		
a) ej leg. med skol-medicinsk inriktning/ utbildning	Arbetsterapeuter Biomed.analyt. Dietister Med.tekn. ing. Sjukhusfysiker Undersköterskor Skötare i psykiatrisk vård Barnsköterskor Viss tandvårds-personal m.fl.	HoS-pers i off. vård och som bitr till leg. pers. och då SoS tillsyn och disciplinärt förfarande. Ej delegitimation. Arbetsterapeuter dock HoS-pers även i enskild vård, annars KvacksalvL. Om dömd för hälsofarligt kvacksalveri, möjligt för SoS medd. förbud att utöva verksamhet.
b) alternativmedcinsk inriktning/utbildning	Akupunktörer Homeopater m.fl.	Ej delegitimation. I undantagsfall HoS-pers som bitr. till leg. pers. annars KvacksalveriL. Om dömd för hälsofarligt kvacksalveri möjligt för SoS att medd. förbud att utöva verksamhet.
II) *Auktorisation/ Kompetensbevis* genom yrkesförbund o.a.		
a) Auktorisation av tandtekn. lab.	Tandtekniker	Ej HoS-pers etc.
b) Kompetensbevis av yrkesförbund eller motsvarande KAM och yrkesförbund för altn. med. verk.	Läkare (spec.) Psykologer(spec.) Med. tekn. ing. Sjukgymnaster Socionomer inom barnpsyk. verk. Familjerådgivare	Ej delegitimation.
III) *Ackreditering m.m.*		
a) Ackreditiering	Viss laboratorie-personal	Ej HoS-pers som följd av ackreditering. Kan dock vara en förutsättning för uppdrag av offentlig vårdgivare.
b) Certifiering		Ej HoS-pers som följd av certifiering.
c) Kollektivavtal		

Ursprungligen var det yrkesutövare i ett mycket begränsat antal yrken som betraktades som hälso- och sjukvårdspersonal. Det var läkare, tandläkare, sjuksköterskor och barnmorskor. Man kan vidare konstatera att fram till sekelskiftet var det endast läkaryrket som skyddades av särskilda legitimationsregler och genom ett titelskydd. Under 1900-talet har legitimation och titelskydd sedan successivt införts för ytterligare yrkesgrupper. Förändringar i sjukvårdsorganisationens struktur och sjukvårdens innehåll har medfört att ett stort antal yrkesgrupper, i många fall med förändrade eller mer omfattande utbildningar, nu vill omfattas av det skydd för yrkesutövningen och de andra rättsverkningar som en reglering av deras behörighet medför.

Som också framgår av tabellen får legitimationen olika rättsverkningar för olika yrkesgrupper.

För *läkare*, *tandläkare* och *barnmorskor* medför legitimationen i praktiken ensamrätt såväl till yrket som till själva yrkestiteln. Dessutom har de ett skydd för beteckningen legitimerad i kombination med yrkestiteln, det som i lagtexten benämns skyddad yrkesbeteckning.

För *psykologer* och *psykoterapeuter* ger legitimationen ensamrätt till själva yrkestiteln och yrkesbeteckningen.

För *övriga legitimerade yrkesgrupper* ger legitimationen ett skydd för yrkesbeteckningen dvs. beteckningen legitimerad i kombination med yrkestiteln. Däremot är yrkestiteln inte skyddad för dessa yrkesgrupper.

Man bör i detta sammanhang särskilt notera att yrkesgrupperna apotekare och receptarier, som i dag inte är legitimerade, trots det har ensamrätt till yrket redan genom examensbeviset. Deras yrkestitlar är däremot inte skyddade i behörighetslagstiftningen.

För flera yrken ger legitimationen ensamrätt till anställning inom den offentliga hälso- och sjukvården.

De nu angivna regleringarna ger således olika rättsverkningar för olika yrkesgrupper. En uppställning av de centrala behörighetsreglerna kan också presenteras på följande sätt.

1. Examensbeviset ger ensamrätt till yrket (7 § behörighetslagen)
   apotekare
   receptarier

2. Legitimationen ger ensamrätt till yrket, yrkestiteln och yrkesbeteckningen (6 §, 9 § första stycket 1 och 10 § behörighetslagen)
   barnmorska
   läkare
   tandläkare

3. Legitimationen ger ensamrätt till yrkestiteln och yrkesbeteckningen (9 § första stycket 3 behörighetslagen)
psykolog
psykoterapeut

4. Legitimationen ger ensamrätt till yrkesbeteckningen (9 § första stycket 2 behörighetslagen)
legitimerad kiropraktor
legitimerad logoped
legitimerad naprapat
legitimerad optiker
legitimerad sjukgymnast
legitimerad sjuksköterska
legitimerad tandhygienist

Dessa bestämmelser gäller samtliga nu angivna yrkesutövare oberoende av om de arbetar i offentlig eller privat regi. Legitimerade yrkesutövare är också befriade från skyldighet att redovisa mervärdesskatt. Legitimation (och specialistkompetens) har också, för yrkesutövare i privat regi, avgörande betydelse t.ex. för samverkans- och vårdavtal med landstingen. För vissa icke legitimerade yrkesutövare finns särskilda kompetenskrav för anställning i offentlig regi. Kommittén återkommer till dessa förhållanden. I det följande avsnittet ger kommittén en kort redovisning av bakgrunden till de olika bestämmelserna.

8.3.2 Ensamrätt till yrket

Apotekare och *receptarier* är i dag de enda yrkesgrupper som har ensamrätt till sina respektive yrken (inom detaljhandel med läkemedel) redan genom examensbeviset. Apotekare var legitimerade fram till att en ny organisation för läkemedelsförsörjningen infördes år 1971.

I förarbetena till nuvarande behörighetslagstiftning angavs att det var uppenbart att starka krav måste ställas på den personal som hanterar läkemedel. Det allmännas inflytande över verksamheten och personalens kompetens ansågs emellertid vara så stor att det inte var nödvändigt att låta dessa yrkesgrupper omfattas av t.ex. legitimationsreglerna. I stället infördes en bestämmelse i 7 § behörighetslagen att endast den som avlagt apotekarexamen respektive receptarieexamen är behörig att utöva yrke som apotekare respektive receptarie.

Bestämmelsen i 7 § behörighetslagen är inte kombinerad med någon straffbestämmelse. Man kan förmoda att det ansågs tillräckligt att staten hade en avgörande kontroll över vilka som anställs som apotekare och receptarier inom detaljhandeln med läkemedel genom

det statliga Apoteksbolaget AB. I propositionen till nuvarande behörighetslag (prop. 1983/84:179 s. 23) angavs att det enligt avtal mellan staten och Apoteksbolaget AB åligger bolaget att bl.a. svara för att personalen uppfyller de krav som erfordras ur säkerhetssynpunkt. Som framgår av kommitténs redovisning av olika yrkesgrupper i avsnitt 5 arbetar många apotekare och receptarier även utanför detta område.

Det är enligt nuvarande bestämmelser inte heller straffbart att utan att ha angiven examen använda yrkestitlarna apotekare eller receptarie.

Den numera i 6 § första stycket behörighetslagen angivna ensamrätten att utöva *barnmorske-, läkar- och tandläkaryrket* för dem som har legitimation för dessa yrken har funnits under lång tid. I förarbetena till nuvarande lagstiftning angavs bl.a. att sådana behörighetskrav kan begränsas till områden där en inte obetydlig enskild verksamhet förekommer - eller kan komma att utvecklas - och där dessutom riskerna för patienterna är betydande (prop. 1983/84:179 s. 22).

Man bör i detta sammanhang notera att det enligt 10 § behörighetslagen inte är straffbart för annan än läkare som fått sin legitimation indragen eller sin behörighet begränsad att utöva läkaryrket. Däremot kan en sådan yrkesutövare dömas enligt kvacksalverilagen. Obehörigt utövande av tandläkaryrket kan däremot straffas enligt nämnda bestämmelse. Ytterligare straffbestämmelser finns inte i behörighetslagen. Vad gäller obehörigt utövande av barnmorskeyrket är detta endast straffbart i den mån åtgärderna strider mot de begränsningar som anges i kvacksalverilagen. Bakgrunden till att straffbestämmelserna skiljer sig åt för dessa yrken är följande.

I propositionen till nuvarande behörighetslag föreslogs införande av en 9 § med innebörd att den som obehörigen utövar yrke som barnmorska, läkare eller tandläkare skulle kunna straffas med böter eller fängelse i högst sex månader (prop. 1983/84:179 s. 23f.). Lagrådet anförde i anledning av detta förslag bl.a. följande.

> Någon legaldefinition av läkaryrket och tandläkaryrket finns inte. Vid tillkomsten av läkarlagen uttalades att någon definition av begreppet läkaryrket inte behövdes. Lagen utgick ifrån att annan än den i erkända former utbildade läkaren faktiskt inte kunde utöva läkaryrket och därför ej berördes av lagen. Något förbud för andra än läkare att utöva läkaryrket avsågs inte. En definition ansågs helt omöjlig att utforma enligt med hänsyn till de oerhört skiftande uppgifter som förekommer inom läkarens olika, mer eller mindre specialiserade verksamhetsområden (prop. 1960:141 s. 34-35). Den som varken är eller varit behörig att utöva läkaryrket men likväl utövar det drabbas således inte av straff för sin yrkesutövning i och för sig. Han blir dock underkastad de begränsningar och straffbud

som gäller enligt kvacksalverilagen (jfr prop. 1960:141 s. 96). Inte heller i fråga om tandläkaryrket ansågs någon definition nödvändig vid tillkomsten av tandläkarlagen. Härvid hänvisades bl.a. till en fast praxis innebärande att arbete i patientens mun eller på patienten är förbjuden för lekmän (prop. 1963:127 s. 16 och 33). (---)

Utformningen av 9 § i det remitterade förslaget synes emellertid kunna medföra att det straffbara området utvidgas såvitt avser läkaryrket och barnmorskeyrket. Som framgår av det förut sagda finns inte nu något generellt förbud för lekmän att utöva dessa yrken. Frågan huruvida ett sådant förbud kan vara befogat torde kräva en mer ingående utredning än vad som kunnat ske inom ramen för det på behörighetskommittén (SOU 1983:33) grundade remissförslaget. Framför allt kan det inte anses förenligt med rättssäkerhetens krav att straffbelägga en yrkesutövning utan att det anges vilken verksamhet detta yrke omfattar.

Lagrådet föreslog efter dessa uttalanden att straffbestämmelsen till sitt innehåll borde begränsas till att motsvara då gällande straffbestämmelser i 11 § läkarlagen och 12 § tandläkarlagen. Den gällande lagstiftningen motsvarar det av lagrådet lämnade förslaget.

För tandläkaryrket gäller således att obehörigt utövande av tandläkaryrket är straffbart enligt 10 § behörighetslagen. I 10 § andra stycket infördes 1991 dessutom den begränsningen att yrkesverksamhet som utövas av legitimerad tandhygienist eller av den som har föreskriven kompetens som tandhygienist eller tandsköterska inte anses som obehörig utövning av tandläkaryrket.

I propositionen till 1984 års behörighetslag föreslogs också som nämnts att obehörigt utövande av barnmorskeyrket skulle vara straffbart. Lagrådet anförde i det sammanhanget att det i och för sig kunde anses godtagbart att obehörigt utövande mot ersättning av det yrket straffbelades. I dåvarande 6 § barnmorskereglementet angavs den huvudsakliga omfattningen av verksamheten. Samtidigt ansåg lagrådet emellertid att det i det lagstiftningsärendet, dvs. nuvarande behörighetslag, inte fanns tillräckliga skäl att införa ett generellt straffbelagt förbud för lekmän att utöva just det yrket (prop. 1983/84:179 s. 47). Att utöva barnmorskeyrket kan däremot vara straffbart enligt kvacksalverilagen. I detta sammanhang kan dessutom nämnas att 3 § i det före behörighetslagen gällande barnmorskereglementet angavs att annan än läkare eller legitimerad barnmorska endast i nödfall fick låta begagna sig till förrättande av förlossning.

8.3.3 Ensamrätt till yrkestiteln och yrkesbeteckningen

Bakgrund

I dag är skyddet för yrkestiteln förbehållen fem legitimerade yrkesgrupper, *barnmorskor, läkare, psykologer, psykoterapeuter och tandläkare*. Ursprungligen omfattade skyddet endast läkartiteln. När den nuvarande behörighetslagen infördes 1984 erhöll även barnmorskor och tandläkare motsvarande skydd. Det infördes i 9 § första stycket första punkten. Ensamrätten till yrkestiteln för dessa grupper knöts till rätten att utöva yrket. Detta skydd har enligt förarbetena tillkommit för att ge allmänheten ett skydd mot mindre kompetenta yrkesutövare.

Psykologer och psykoterapeuter erhöll, som tidigare redovisats, skyddet genom lagstiftning år 1994. Det infördes som en tredje punkt i 9 § första stycket och knöts till legitimationen. Anledningen till att skyddet för psykolog- och psykoterapeuttitlarna lades i en särskild punkt var att dessa yrkesgrupper till skillnad från barnmorskor, läkare och tandläkare inte har en ensamrätt att utöva yrket. Den behöriga användningen av yrkestiteln måste därför, enligt förarbetena, knytas till något annat faktum än behörigheten att utöva yrket. Ett sådant faktum som var lätt konstaterbart är innehavet av legitimation (se prop. 1992/93:83 s.38).

Som nämnts ovan har även apotekare och receptarier ensamrätt att utöva sina respektive yrken. Deras rätt har knutits till examensbeviset.

Den minst ingripande rättsverkan av legitimationen är att beteckningen legitimerad tillsammans med yrkestiteln endast får användas av den som är legitimerad för ett visst yrke (ensamrätt till yrkesbeteckningen). Här återfinns övriga av de i dag legitimerade yrkesgrupperna. Regleringen infördes i huvudsak genom 1984 års behörighetslag. För barnmorskor, läkare och tandläkare samt psykologer och psykoterapeuter gäller motsvarande skydd enligt 9 § första stycket första punkten respektive tredje punkten. Före behörighetslagens tillkomst fanns endast ett straffrättsligt skydd för yrkesbeteckningarna legitimerad läkare och legitimerad psykolog. Vad gällde sjuksköterskor fanns en bestämmelse att endast den som var legitimerad som sjuksköterska fick kalla sig det. Den bestämmelsen saknade emellertid straffsanktion.

Närmare om skyddet av yrkestiteln och yrkesbeteckningen

När det gäller omfattningen av förbudet att använda vissa yrkestitlar för andra än de som har legitimation för respektive yrke har kommittén funnit det angeläget att i detta sammanhang redovisa och kommen-

tera de nuvarande reglerna och en framtida tillämpning av dem på fler yrkesgrupper.

Förbudet att använda vissa yrkestitlar och yrkesbeteckningar har sitt ursprung i ett tidigt författningsreglerat skydd för läkartiteln. Det har ifrågasatts om de nuvarande titelskydden är tillräckligt långtgående. Frågan har då främst fokuserats på läkartiteln. Kommittén har kunnat konstatera att begreppet läkare används i olika sammanhang i reklam för verksamheter med anknytning till hälso- och sjukvården, t.ex. vid försäljning av och behandling med naturmedicinska preparat. Således har i sådan reklam uppträtt personer som presenterar sig som naturläkare. Det har påstått att sådana yrkesbenämningar inte är möjliga att förhindra med nuvarande lagstiftning.

Kommittén vill med anledning härav erinra om en del uttalanden i förarbetena till den lagstiftning som ursprungligen låg till grund för de nuvarande reglerna.

För närvarande finns som tidigare anförts skyddet för yrkestitlar och beteckningen legitimerad i 9 § till 1984 års behörighetslag. Där anges i första stycket att

> I verksamhet på hälso- och sjukvårdens eller tandvårdens område får inte någon
> 1. obehörigen ge sig ut för att vara barnmorska, läkare eller tandläkare eller på annat sätt ge sken av att ha sådan kompetens, eller
> 2. ge sig ut för att vara legitimerad optiker, kiropraktorer, logoped, naprapat, sjukgymnast, sjuksköterska eller tandhygienist utan att ha legitimation för yrket, eller
> 3. ge sig ut att vara psykolog eller psykoterapeut utan att ha legitimation för yrket eller, såvitt gäller psykologtiteln, utan att genomgå sådan praktisk tjänstgöring som psykolog som anges i 2 §.

Bestämmelsen i första punkten hade, vad gäller läkartiteln, sin föregångare i 6 § andra stycket kvacksalverilagen. I 6 § angavs ursprungligen följande.

> Har den som utövar i 1 § första stycket avsedd verksamhet förvärvat läkar- eller doktorstitel och begagnar han den i sin verksamhet, åligger det honom därvid att tydligt utmärka titelns ursprung och beskaffenhet.
>
> I övrigt må ej den som utövar i 1 § första stycket avsedd verksamhet i samband därmed beteckna sig läkare eller doktor eller begagna titel eller yrkesbeteckning, vari sådan benämning ingår eller som giver sken av att han är legitimerad eller eljest auktoriserad av myndighet eller har specialistkompetens såsom läkare.

Hänvisningen till i 1 § första stycket avsedd verksamhet avsåg omfattningen av kvacksalverilagens tillämpning på den som mot ersättning undersöker annans hälsotillstånd eller behandlar annan för sjukdom eller därmed jämförligt tillstånd genom att vidta eller förskriva åtgärd i förebyggande, botande eller lindrande syfte.

Något motsvarande skydd för barnmorske- respektive tandläkartiteln fanns inte innan bestämmelsen i 9 § behörighetslagen infördes. I förarbetena angavs att den nya bestämmelsen var avsedd att till sitt sakliga innehåll ge samma skydd som den tidigare bestämmelsen i kvacksalverilagen men omfatta även titlarna barnmorska och tandläkare (se prop. 1983/84:179 s. 42). På samma ställe i propositionen angavs också följande.

> I samband med att straffbestämmelsen om obehörig användning av läkartiteln infördes i kvacksalverilagen framfördes farhågor för att den praktiska tillämpningen skulle kunna medföra svårigheter. Såvitt nu kan bedömas har så inte blivit fallet. I de allra flesta fall torde det inte vara svårt att avgöra när ett otillåtet användande av titeln föreligger. En förutsättning för straffbarhet måste vara att titeln obehörigen används när någon mot ersättning undersöker eller behandlar annan, dvs. i detta fall utövar verksamhet inom hälso- och sjukvården eller tandvården. Den som i andra sammanhang t.ex. i umgängeslivet kallar sig för t.ex. barnmorska läkare, tandläkare eller doktor bör däremot inte straffas.

För att ytterligare belysa denna bestämmelses innebörd kan man studera vad som sades i förarbetena till 6 § kvacksalverilagen. Till grund för den lagstiftningen låg Kvacksalveriutredningens förslag *Betänkande (SOU 1956:29) med förslag till lag om behörighet att utöva läkekonsten*. I propositionen till kvacksalverilagen citerade departementschefen den utredningen bl.a. vad gällde frågan om användning av läkartiteln och omfattningen av ett förbud att använda titeln. Utredningen anförde bl.a. följande (se även prop. 1960:141 s. 168).

> Vad så angår läkartiteln såsom sådan och doktorstiteln synes följande vara att beakta. De personer, som bedriva läkarverksamhet utan att ha behörighet men som likväl äro läkare eller doktorer, kunna såsom förut klarlagts icke skäligen berövas sin rätt att använda sina titlar. Det rör sig härvid om läkare med utländsk utbildning, utländska medicine doktorer samt doktorer inom andra vetenskapsgrenar - det kan nämnas att en för några år sedan avliden filosofie doktor praktiserade såsom kvacksalvare - men även under vissa förutsättningar om doctors of chiropractic

e.d. Det bör icke vara tillåtet för en sådan person att i samband med läkarverksamhet använda enbart sin läkar- eller doktorstitel utan att markera titelns ursprung eller närmare beskaffenhet och givetvis angiva sin titel korrekt. Såsom exempel kunna nämnas tysk läkare, medicine doktor vid universitetet i Paris, filosofie doktor. En så speciell titel som doctor of chiropractic bör användas i sin helhet. Skulle vederbörande använda enbart doktorstiteln, torde med skäl kunna sägas att han gör sig sken av att vara svensk läkare.

Den som - utan att vara läkare - vid utövande av läkekonsten falskeligen använder läkar- eller doktorstitel missleder otvivelaktigt allmänheten. Detta måste ovillkorligen förhindras. Vi vilja i detta sammanhang framhålla, att vissa homeopaters och homeopatsammanslutningars vana att benämna homeopatin en läkar- eller läkekonst icke kan godtagas. En homeopat får icke med utgångspunkt härifrån kalla sig läkare eller ens homeopatisk läkare. Åtskilliga homeopater beteckna sig emellertid lojalt endast homeopat.

Under förbudet böra falla också beteckningar såsom "hom. läk.", "hom. dr" och även "utövare av homeopatisk läkarkonst" eller "innehavare av läkarmottagning". Hit höra också titlarna naturläkare, hårdoktor, bendoktor etc.

Utredningen ansåg vidare att det även i andra fall var nödvändigt med ett förbud. Såsom exempel härpå anförde utredningen att en kvacksalvare kallar sig ögonspecialist, hårspecialist, hudspecialist och dylikt eller ortoped, dermatolog, gynekolog, psykiater eller använder en liknande erkänd beteckning för specialist inom läkarkåren.

I propositionen anförde departementschefen därefter följande (a.a. s. 170)

Det torde i allmänhet förhålla sig så, att just det kvacksalveri, som det är mest angeläget att tränga tillbaka, söker ge sig sken av respektabilitet genom att låna de yttre tecknen på vederhäftighet från läkaryrket. Sådana utövare av icke erkända eller icke auktoriserade behandlingsmetoder, som driver sin verksamhet i uppriktig övertygelse om den egna metodens överlägsenhet, har självfallet ingen anledning att hämta några attribut från den vetenskapliga medicinens utövare eller att på annat sätt söka sudda ut skillnaderna mellan deras egen verksamhet och de efter erkända linjer arbetande läkarnas yrkesutövning. Med beteckningen "läkare" eller "doktor" förstås i medicinska sammanhang utan tvekan endast den som utövar erkänd medicinsk verksamhet. När dessa titlar användes av andra än de efter erkända linjer utbildade läkarna, kan det -- bortsett från fall av ren fåfänga - enligt det sagda knappast förutsättas något annat motiv hos vederbörande än en önskan att ge sken av större eller i vart fall en helt annan kompetens än som svarar mot verkligheten. En sådan

önskan kan uppenbarligen respekteras lika litet som den fåfänga, som tar sig uttryck i bruk av titlar utan täckning. Det synes däremot rimligt att kräva, att den som utan att ha medicinsk utbildning i erkända former är beredd att påtaga sig ansvaret för sjuka människor också skall ha modet att framträda under sin adekvata beteckning eller åtminstone utan det stöd, som från vederhäftig verksamhet hämtade yttre attribut ger. Jag kan sålunda icke finna att några intressen, som förtjänar respekt, skulle trädas för nära, om ett förbud mot användning av läkar- eller doktorstitel eller annan titel, som ger vid handen att bäraren har vedertagen medicinsk utbildning, infördes för den som ej genom medicinsk utbildning meriterat sig därför. Däremot är det ett klart intresse av att allmänheten icke vilseledes i fråga om kompetensen hos dem, som ägnar sig åt sjukdomsbehandling, och detta intresse motiverar ett förbud av angivet slag. Jag förordar därför ett dylikt förbud.

Förbudet bör emellertid icke göras vidsträcktare än som är påkallat med hänsyn till dess syfte att förhindra att den allmänhet, som söker hjälp mot sjukdomar, vilseledes. Det torde med hänsyn härtill vara tillräckligt att förbjuda obehörigt bruk av läkar- och doktorstitlarna i samband med utövning av verksamhet på hälso- och sjukvårdens område. Såsom obehörigt bruk av titlarna bör givetvis icke betraktas att de användes av den som genom utbildning i utlandet förvärvat motsvarande utländska titel eller av den som eljest meriterat sig för titeln, exempelvis erhållit doktorsgrad vid annan fakultet än medicinsk. För att förhindra att titeln i dylika fall användes vilseledande vid utövning av kvacksalveri bör emellertid föreskrivas att titelns bärare skall tydligt utmärka titelns ursprung och beskaffenhet.

Läkar- och doktorstitlarna bör enligt det sagda omfattas av skyddet. Lika med dessa titlar bör behandlas sammansättningar, i vilka titlarna ingår. Dessutom synes det befogat att låta skyddet gälla även sådana titlar eller yrkesbeteckningar, som ger sken av att vederbörande är legitimerad eller eljest auktoriserad av myndighet eller innehar specialistkompetens såsom läkare. Med en dylik utvidgning av förbudet motverkas obehörig användning av beteckningar såsom ortoped, psykiater, hudspecialist etc. Med hänsyn till att enligt den samtidigt föreslagna läkarlagen specialiteterna inom läkarvetenskapen förutsättes skola officiellt avgränsas torde några svårigheter ej behöva uppstå för en kvacksalvare att avgöra huruvida en beteckning är tillåten eller ej. Rena fantasibenämningar, vilka kan vara nog så vilseledande för den fåkunnige, torde däremot ej kunna förbjudas. Använder kvacksalvaren en dylik beteckning torde det emellertid finnas goda skäl att undersöka, huruvida hans verksamhet ej är ren humbug och följaktligen straffbar såsom bedrägeri.

Med hänsyn till att förbuden att använda vissa titlar måste straffsanktioneras för att få någon effekt, torde förbuden böra

utformas under särskilt beaktande av att man på förhand skall kunna bedöma huruvida en beteckning är tillåten eller ej. Såvitt gäller de hittills berörda beteckningarna synes rimliga anspråk härvidlag kunna anses uppfyllda. Däremot synes det närmast ogörligt att formulera en regel av samma tydlighet, varigenom det skulle kunna förbjudas att kvacksalvaren gav sin verksamhet en beteckning, som lätt kan förväxlas med verksamhet på det erkända medicinska området. Även om det skulle vara önskvärt att hindra användningen av benämningar såsom klinik, medikoinstitut etc. för kvacksalvarmottagningar, synes man med hänsyn till dessa tekniska svårigheter få avstå från att införa förbud däremot. Vad en kvacksalvare kan vinna genom att ge sin verksamhet beteckningar, lånade från eller inspirerade av den erkända medicinens terminologi, synes emellertid väsentligt reduceras genom att han, enligt vad jag nu förordat, icke skall kunna ge sig själv någon i sammanhanget förtroendeingivande titel.

Enligt förarbetena till behörighetslagen är bestämmelserna om skydd för yrkestitlarna läkare, tandläkare och barnmorska avsedda att till sitt sakliga innehåll ge samma skydd som den tidigare bestämmelsen i kvacksalverilagen. Med hänsyn härtill och till de återgivna uttalandena i förarbetena till kvacksalverilagen torde man kunna dra slutsaten att användningen av beteckningar av typen "naturläkare" inom hälso- och sjukvårdande verksamhet inte är tillåten för den som inte är behörig att använda yrkestiteln läkare. Motsvarande torde gälla titelkombinationer med yrkestitlarna psykolog och psykoterapeut.

En fråga i detta sammanhang är vad som avses med verksamhet inom hälso- och sjukvården. Reklam för naturmedel i massmedia av s.k. naturläkare kan kanske inte i alla fall bedömas som hälso- och sjukvårdande verksamhet och skulle i de fallen inte omfattas av den nu beskrivna regleringen. Däremot är det fullt möjligt att sådan reklam i vart fall kan bedömas som vilseledande och därigenom är straffbar enligt marknadsföringslagen (1975:418).

Kommittén vill i detta sammanhang också nämna att det danska sundhetsministeriet nyligen mottagit en offentlig utredning om reglering av reklam på hälso- och sjukvårdens område (*Regulering af reklameadgangen for sundhedsydelser*, betaenkning nr.1310/Köpenhavn, januar 1996). I utredningen föreslås bl.a. att det införs ett mer balanserat och sammanhängande regelsystem för reklam inom det danska hälso- och sjukvårdsområdet, att dessa regler skall rikta sig mot verksamhetsområden och inte endast individer, att det skall finnas särskilda standardbestämmelser som anger grundnormer för reklamen och att lagstiftningen även skall reglera s.k. gränsöverskridande reklam dvs. reklam som görs av personer i utlandet riktad till danska konsumenter.

8.3.4 Något om gränsdragningen mellan åliggandelagen och kvacksalverilagen

Åliggandelagen samspelar, liksom tidigare medicinalpersonalkungörelsen och tillsynslagen, med kvacksalverilagen. De två lagarnas tillämpningsområde skall utesluta varandra. Således är kvacksalverilagen endast tillämplig på den som inte står under Socialstyrelsens tillsyn dvs. yrkesutövare som definitionsmässigt inte är hälso- och sjukvårdspersonal och där således åliggandelagen och samt bl.a. disciplinpåföljdslagen inte är tillämplig. Vad som menas med hälso- och sjukvårdspersonal har redovisats i avsnitt 2.4.2., se även avsnitt 9.5.2.

Enligt 2 § åliggandelagen skall den som är hälso- och sjukvårdspersonal bl.a. utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. Om så inte är fallet kan han eller hon erhålla disciplinpåföljd enligt 4 § disciplinpåföljdslagen. Det förutsätter dock enligt 1 § samma lag att det är fråga om yrkesutövning inom hälso- och sjukvården.

Vad som avses med hälso- och sjukvård definieras i 1 § HSL, nämligen åtgärder att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador. Till hälso- och sjukvård hör även sjuktransporter samt att ta hand om avlidna. I fråga om tandvård finns särskild bestämmelser i främst tandvårdslagen.

Kvacksalverilagen skall enligt 1 § tillämpas på den som mot ersättning undersöker annans hälsotillstånd eller mot ersättning behandlar annan för sjukdom eller därmed jämförligt tillstånd genom att vidta eller föreskriva åtgärd i förebyggande, botande eller lindrande syfte.

Bestämmelserna i kvacksalverilagen gäller dock enligt paragrafen inte den som innehar behörighet att utöva läkaryrket eller som eljest är i sin verksamhet på hälso- och sjukvårdens område ställd under socialstyrelsens tillsyn.

Med utgångspunkt från dessa definitioner torde man med fog kunna påstå att en yrkesutövare som är legitimerad eller som omfattas av begreppet hälso- och sjukvårdspersonal inte kan bli föremål föremål för prövning för brott mot kvacksalverilagen så länge han är legitimerad eller omfattas av begreppet hälso- och sjukvårdspersonal. Om en sådan yrkesutövare vidtar hälso- och sjukvårdande åtgärder eller behandlar någon sjukdom som i och för sig omfattas av kvacksalverilagens regler oavsett om det är med hjälp av någon alternativmedicinsk behandlingsmetod eller ej torde han eller hon inte kunna dömas för hälsofarligt kvacksalveri enligt 9 § kvacksalverilagen, eftersom den lagen inte gäller den som är ställd under Socialstyrelsens tillsyn.

För att en sådan yrkesutövare skall kunna bli föremål för prövning enligt kvacksalverilagen skulle det förutsätta att det var en verksamhet som låg utanför det område där han eller hon står under Socialstyrelsens tillsyn dvs. för legitimerade yrkesutövare utanför hälso- och sjukvårdens område men samtidigt innanför kvacksalverilagens definition i 1 §. Om man jämför hur begreppet hälso- och sjukvård är definierat i HSL med definitionen i 1 § första stycket kvacksalverilagen och i vilka vårdsituationer den lagen är tillämplig torde det inte finnas något utrymme för en legitimerad yrkesutövare att kunna vidta åtgärder som faller inom ramen för kvacksalverilagen men utanför HSL:s hälso- och sjukvårdsbegrepp. Slutsatsen blir därför att en legitimerad yrkesutövare inte kan bli föremål för prövning för brott mot kvacksalverilagen så länge han är legitimerad. Samma sak gäller övrig vårdpersonal så länge de omfattas av begreppet hälso- och sjukvårdspersonal dvs. främst biträder legitimerad yrkesutövare eller är anställda i offentlig tjänst.

Om dessa yrkesutövares behandling t.ex. med alternativmedicinska metoder inte överensstämmer med vetenskap och beprövad erfarenhet strider detta mot åliggandelagens bestämmelser och de torde i princip kunna bli föremål för disciplinpåföljd eller i förekommande fall få sin legitimation indragen enligt disciplinpåföljdslagen.

Denna slutsats kan i vissa situationer te sig stötande ur humanitär synvinkel.

Innebörden av begreppet "vetenskap och beprövad erfarenhet" är samtidigt inte självklar och dessutom föremål för kontinuerlig diskussion.

HSAN föregångare, Medicinalväsendets ansvarsnämnd, har behandlat frågan. I ett fall (beslut den 31 oktober 1975) konstaterade man att det inte kan bedömas som fel eller försummelse om en läkare, utöver godtagbar behandling med sådana metoder som står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet, dessutom använder sig av så kallade naturläkemedel under förutsättning att dessa saknar biverkningar. Kritik kunde enligt nämndens mening inte riktas mot en läkare som ger s.k. naturläkemedel till en patient som uttryckt önskemål härom och som lider av en sjukdom som konstaterats inte kunna påverkas med vetenskapligt och erfarenhetsmässigt beprövade metoder. Det synes från humanitär synpunkt ej vara rimligt kräva att en läkare i ett sådant läge avvisar patientens önskemål och grusar en förhoppning i en förtvivlad situation (se härom och för ytterligare exempel Jan Sahlin, *Hälso- och sjukvårdslagen, med kommentar*, fjärde upplagan 1994, s. 262- 265, angående andra fall se s.265 not. 41).

Även Alternativmedicinkommittén tog upp denna fråga i sitt huvudbetänkande *(SOU 1989:60) Alternativmedicin 1*. Alternativ-

medicinkommittén konstaterade sammanfattningsvis, att dåvarande tillsynslag och de andra föreskrifterna för hälso- och sjukvårdspersonalen inte kan tolkas som något generellt förbud att använda alternativmedicinska metoder. De restriktioner som trots allt synes gälla syftar till att tillförsäkra patienterna säkerhet i vård och behandling och här har den av samhället auktoriserade hälso- och sjukvården ett särskilt ansvar som garant för medicinsk kompetens. Alternativmedicinkommittén ansåg att det mot den bakgrunden inte var påkallat att föreslå ny lagstiftning på området. De uttalanden som kommittén gjorde om begreppen "sakkunnig vård" och "vetenskap och beprövad erfarenhet" liksom behovet av stor förståelse för patienternas önskemål borde ändå kunna vara till hjälp för rättstillämpningen när dessa frågor aktualiseras (se a.a. s. 61f).

De angivna uttalanden grundades på då gällande tillsynslagens bestämmelser. I nu gällande åliggandelag har kvalitetskraven i vården skärpts. I en kommentar till denna lagstiftning har Susanne Billum och Jan Sahlin i boken *Hälso- och sjukvårdspersonalens åligganden och ansvar*, Publica 1995, s.35-41) angett att det legala utrymmet för att tillgripa alternativmedicinska metoder genom åliggandelagen möjligen har blivit mindre än tidigare. Det kan, enligt författarna, dock knappast anses helt uteslutet att tillgripa behandlingar av detta slag under förutsättning att det finns åtminstone någon förankring i vetenskap och beprövad erfarenhet. Det får överlämnas åt rättstillämpningen att efter hand klargöra hur gränsen mellan tillåtet och otillåtet skall dras upp (s. 35). Kommittén delar denna uppfattning.

9 Principer för den framtida behörighetsregleringen inom hälso- och sjukvården

Sammanfattning

Kommittén anser att patientsäkerheten bör vara ledstjärna och utgångspunkt för en framtida behörighetsreglering. Med denna utgångspunkt och med hänsyn till de nuvarande bedömningsgrunderna, de nya omständigheter som tillkommit sedan lagstiftningen infördes samt de förändrade internationella förhållandena har kommittén försökt precisera och utveckla vad som bör krävas för att ett yrke skall få omfattas av legitimation. De kriterier som bör väga tyngst vid bedömningen har kommittén delat in i tre kategorier; yrkesrollens innehåll, utbildningsnivå och internationella förhållanden. Frågan om yrkesrollens innehåll gäller bl.a. bredden och självständigheten i yrkesrollen, det direkta patientansvaret och risknivån vid felbehandling.

Som ett komplement till legitimationen föreslår kommittén att det införs ett system med skyddade yrkestitlar. Kommittén föreslår således att huvuddelen av de yrkeskategorier som i dag omfattas av legitimationsbestämmelserna erhåller skydd för sina yrkestitlar genom legitimationen. Dessutom föreslår kommittén att ytterligare yrkesgrupper, som inte omfattas av legitimationsbestämmelserna, erhåller ett skydd för sin yrkestitel. Rätten till en skyddad yrkestitel knyts i dessa senare fall till ett visst examens- eller kompetensbevis. Regleringen innefattar inte någon exklusiv rätt att utöva yrket. Yrkesutövare med skyddad yrkestitel räknas som hälso- och sjukvårdspersonal när de i sin verksamhet inom hälso- och sjukvården använder den skyddade yrkestiteln och står därmed under samhällets tillsyn.

Kommittén ser den framväxande verksamheten med ackreditering och certifiering som ett viktigt komplement till statens tillsyn. Det kan finnas skäl att utreda frågan om ett obligatoriskt certifieringsförfarande

för vissa personalkategorier inom hälso- och sjukvården. Innan ett sådant system kan utvecklas måste emellertid bl.a. rättssäkerhetsaspekterna analyseras.

Kommittén anser att det f.n. inte finns något uttalat behov av att, utöver befintlig lagstiftning, införa bestämmelser om en fast övre åldersgräns för legitimerade yrkesutövare eller andra restriktioner av äldre legitimerade personers verksamhet.

9.1 Inledning

Som framhölls i föregående avsnitt och som också framgår av tabellen i avsnitt 8.3.1 regleras rätten att utöva yrken på hälso- och sjukvårdens område på flera sätt. Legitimationen ger således olika rättsverkningar för olika grupper. För läkare, tandläkare och barnmorskor ger legitimationen både ensamrätt till yrket, till yrkestiteln och till yrkesbeteckningen, dvs. respektive yrkestitel i kombination med beteckningen legitimerad. För psykologer och psykoterapeuter ger den ensamrätt till yrkestiteln och yrkesbeteckningen medan legitimationen för övriga legitimerade yrkesgrupper ger skydd för yrkesbeteckningen. Anmärkningsvärt i sammanhanget är att yrkesgrupperna apotekare och receptarier, som i dag inte är legitimerade, trots det har ensamrätt till yrket redan genom examensbeviset men däremot inte något skydd för yrkestiteln. Härtill kommer bl.a. att legitimationen ger ensamrätt till anställning inom den offentliga hälso- och sjukvården för flera yrken.

Som också framgått utgör legitimationen sedan lång tid det mest framträdande beviset på en yrkesutövares kompetens inom hälso- och sjukvården. Legitimationen är också i flera fall en förutsättning för annan behörighet, t.ex. ensamrätt till att utöva yrket, rätt till yrkestitel och är i vissa fall en förutsättning för anställning inom offentlig hälso- och sjukvård. Legitimationens främsta betydelse ligger emellertid i att den ger samhället möjlighet att på ett märkbart och tydligt sätt reagera när en legitimerad yrkesutövare allvarligt missköter sig - genom indragning av den.

Sammanfattningsvis är legitimationen ett viktigt styrmedel eller instrument för att värna patientsäkerheten. För kommittén är det därför naturligt att låta legitimationen vara utgångspunkten vid en diskussion om framtida behörighetsregleringar inom området. I det följande avsnittet diskuterar kommittén legitimationens huvudfunktioner och vilka krav som bör ställas på ett yrke för att det skall omfattas av särskilda legitimationsregler och vilka yrken som bör omfattas av dessa regler. Därefter diskuterar kommittén andra former av regleringar av yrkesverksamheten, t.ex. ensamrätt att utöva yrket, skydd för yrkestiteln och yrkesbeteckningen m.m.

9.2 Legitimationens huvudfunktioner i dag och i framtiden

Till kommittén har framförts önskemål från många icke legitimerade yrkesgrupper att de skall omfattas av olika behörighetsregleringar, främst legitimation. Det gäller såväl yrkesgrupper inom skolmedicinen som yrkesgrupper som ägnar sig åt s.k. alternativmedicinsk verksamhet.

Skälen för dessa yrkesgruppers önskemål att omfattas av behörighetsregleringar är flera. I bland synes ett viktigt skäl vara önskan att kunna använda den särskilda behörigheten eller legitimationen i marknadsföringen. Man vill för allmänheten kunna visa att man står under offentlig kontroll. Därigenom kommer det också att framstå som att den verksamhet som yrkesgruppen utövar har en särskild betydelse och att den är legitim - den är godkänd av samhället. Detta blir en konsekvens av en reglering. Men en reglering av det skälet att yrkesgrupper vill kunna etablera sig och driva en lönsam verksamhet kan inte vara vägledande för kommitténs bedömning. En annan sak är att man måste eftersträva att en reglering av detta slag i så stor utsträckning som möjligt är konkurrensneutral dvs. inte gynnar vissa yrkesutövare på andras bekostnad. Kommittén har i avsnitt 7 diskuterat frågan om i vilken utsträckning sådana inskränkningar i närings- och yrkesfriheten kan anses godtagbara. En reglering av behörigheten som gynnar vissa yrkesutövare bör endast ske om patientsäkerheten kräver det.

Om samhället skulle avstå från att lägga in vissa "kvalitetskrav" på yrkesverksamheten, t.ex. avstå från någon eller några av de kriterier för en legitimation som gäller i dag kan värdet av en reglering också komma att urholkas och tendera mot att endast bli en registrering av olika hälso- och sjukvårdande verksamheter eller yrkesgrupper. En sådan reglering torde knappast vara motiverad för att upprätthålla en god patientsäkerhet.

Enligt förarbetena till nuvarande behörighetslag är legitimationens huvudfunktion, som tidigare framhållits, att dels vara en garanti för att personalen har en viss kunskapsnivå och vissa personliga egenskaper och dels vara en varudeklaration för personalens kvalifikationer. Rätten till legitimation skall förbehållas sådana grupper av yrkesutövare som har en självständig yrkesfunktion med kvalificerade arbetsuppgifter och ett särskilt ansvar för patienternas säkerhet i vården samt i inte oväsentlig utsträckning vänder sig direkt till allmänheten, t.ex. i egenskap av fria yrkesutövare.

Om man spaltar upp dessa kriterier skall legitimation således i första hand vara förbehållen sådana yrkesgrupper som

1. har en självständig yrkesfunktion med
2. kvalificerade arbetsuppgifter och
3. ett särskilt ansvar för patienternas säkerhet i vården samt
4. i inte oväsentlig utsträckning vänder sig direkt till allmänheten.

I Finland har man i förarbetena till den år 1994 införda lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården på liknande sätt räknat upp fem kriterier som ansetts ha särskild betydelse när det gäller frågan om vilka yrkesutbildade personer som skall legitimeras. De är följande.

1) En klart definierbar, av en myndighet godkänd utbildning leder till yrket i fråga.

2) Den yrkesutbildade personen är verksam på ett självständigt sätt så att patientsäkerheten förutsätter behörig yrkeskompetens.

3) Den risk för patientskador som yrkesutövningen medför är större än i genomsnittet.

4) Arbetet innebär omedelbar kontakt med patienterna och omfattar också ofta åtgärder som intimt påverkar människan fysiskt och psykiskt.

5) Internationell praxis och internationella överenskommelser.

Som kommittén angett vid flera tillfällen bör ledstjärnan och utgångspunkten för en framtida behörighetsreglering vara patientsäkerheten. Denna utgångspunkt torde kunna få ett brett stöd. Motsvarande utgångspunkt finns t.ex. i den finska lagstiftningen. I den uppräkning av olika kriterier som angetts ovan är patientsäkerheten ett kriterium. Enligt kommitténs mening bör detta kriterium vara överordnat övriga.

Om man accepterar att *patientsäkerheten* är utgångspunkten för en av samhället beslutad behörighetsreglering är nästa fråga vilka ytterligare kriterier som bör ställas upp.

Legitimationen meddelas vissa *yrkesutövare*. Det torde ligga i sakens natur att en nödvändig förutsättning för att dessa yrkesutövare skall kunna pekas ut är att de har *en väl definierad utbildning* som leder till ett *särskilt yrke*.

En annan fråga är om det skall vara en förutsättning för reglering att *yrkesgruppen vänder sig till allmänheten* som t.ex. fria yrkesutövare. I förarbetena är det för närvarande uttryckt så att det bör tillmätas särskild betydelse att yrkesgruppen i inte ringa utsträckning vänder sig till allmänheten, t.ex. i egenskap av fria yrkesutövare. Detta har fått till följd att om en yrkesgrupp så gott som uteslutande är verksam inom den offentliga sektorn har statsmakterna hittills ansett att det finns mindre anledning att låta yrkesgruppen omfattas av vissa behörighetsregleringar eftersom det då redan finns en offentlig kontroll genom arbetgivaren. Exempel härpå är yrkesgrupperna apotekare, arbetsterapeuter och receptarier.

Även sådana yrkesutövare har emellertid direktkontakt med allmänheten. Deras yrkesuppgifter har ofta stor betydelse för patientsäkerheten. Dessutom har utvecklingen visat att vården i allt större utsträckning sker i mellanformer mellan offentlig och privat vård. Det finns anledning att anta att denna utveckling kommer att öka i framtiden.

Som kommittén tidigare konstaterat har riksdagen nyligen infört en ny lagstiftning om tillsyn över hälso- och sjukvården. I lagen har verksamhetstillsynen över offentlig och privat vård likställts. Skälen härför är bl.a. att gränsen mellan dessa vårdformer blivit alltmer flytande. Verksamhetsområdena uppvisar också allt större likheter. Enligt propositionen (prop. 1995/96:176 s. 43-45) bör därför regelsystemet angående verksamhetstillsyn vara lika för offentlig och enskild vård.

Motsvarande synsätt torde kunna läggas även på tillsynen över olika personalkategorier inom vården, den s.k. individtillsynen. De nya samarbetsformerna mellan offentlig och privat hälso- och sjukvård medför således enligt kommitténs mening att man numera på ett nytt och mer differentierat sätt måste se på frågan om legitimation för vissa yrkesgrupper som hittills i huvudsak varit verksamma inom den offentliga sektorn. Skälen för att i behörighetslagstiftning i något väsentligt avseende skilja på offentligt och enskilt anställd vårdpersonal har minskat i betydelse. Kommittén anser därför att yrkesgrupper som har särskild betydelse för patientsäkerheten bör omfattas av en reglering genom t.ex. legitimation oberoende av att de f.n. så gott som uteslutande tjänstgör i offentlig regi. Kommittén återkommer till detta i samband med att vi diskuterar vissa enskilda yrkesgrupper.

Frågan om *självständig yrkesfunktion och kvalificerade arbetsuppgifter* har också samband med patientsäkerhet. Om en yrkesfunktion inte är självständig torde ansvaret för det rätta utförandet av arbetsuppgiften ofta åvila någon annan. Skälen för en reglering minskar. Likaså skulle man kanske kunna påstå att en arbetsuppgift som betraktas som mindre kvalificerad i regel också har mindre betydelse för patientsäkerheten. I vart fall torde yrkesutövaren stå under tillsyn av någon med mer kvalificerade uppgifter och därigenom större ansvar för patientsäkerheten.

Ett annat sätt att uttrycka det på är att självständig yrkesfunktion och kvalificerade arbetsuppgifter är ett par omständigheter som tyder på att yrkesutövarens verksamhet har väsentlig betydelse för patientsäkerheten och därigenom kan komma ifråga för en behörighetsreglering. Dessa omständigheter bör dock inte utgöra några absoluta kriterier för en reglering. De bör däremot ingå som en del av helhetsbedömningen.

Givetvis utgör en behörighetsreglering en hjälp och informationskälla för såväl allmänhet, vårdgivare som myndigheter i bedömningen av om man skall anlita en viss yrkesutövare. En förutsättning för att regleringen skall ha denna funktion är emellertid, som kommittén tidigare angett, att de krav som ställs upp för att erhålla behörighet har viss nivå. Genom behörigheten kan man då, i vart fall mer generellt, avgöra om en yrkesutövare kan förväntas uppfylla vissa kvalitetskrav.

I den finska lagstiftningen finns ett kriterium som kanske särskilt bör kunna vägas in vid bedömningen om en yrkesgrupp skall legitimeras. Det gäller *internationell praxis och internationella överenskommelser*. Det kan således hända att vissa internationella förhållanden gör att yrkesverksamheter som vi i Sverige traditionellt sett inte har gett särskild behörighet ändå med hänsyn till dessa förhållanden bör omfattas av en reglering. I våra direktiv anges också uttryckligen att kommittén skall fästa särskild vikt vid konsekvenserna av Sveriges närmande till EU. Som vi tidigare konstaterat i avsnitt 4.3 kan det bl.a. vara en fördel för en svensk medborgare med svensk yrkesutbildning att yrket är reglerat i Sverige när han eller hon vill utöva motsvarande yrke i ett annat EU-land. Som vi också angett bör emellertid sådana omständigheter inte utgöra ett exklusivt skäl för t.ex. legitimering.

I detta sammanhang kan det också vara värt att notera att det i kommitténs direktiv anges att våra förslag om kompetensbevis och behörighetskrav bör ta *hänsyn till marknadseffektiviteten* och att vi skall beakta såväl *etableringsmöjligheterna* som att *villkoren är konkurrensneutrala*. Dessa frågor bör på ett naturligt sätt kunna vägas in i den helhetsbedömning som måste göras. Kommittén skall också belysa *de skattetekniska konsekvenserna* av lämnade förslag på grund av att bl.a. sjukvård, tandvård och social omsorg undantas från skatteplikt enligt mervärdesskattelagen. Detta gäller bl.a. vård som tillhandahålls av någon med särskild legitimation att utöva yrke inom hälso- och sjukvården. Dessa frågor behandlas i avsnitt 16.

9.3 Legitimationsgrundande kriterier

Kommittén har med utgångspunkt från de nuvarande bedömningsgrunderna eller kriterierna, de nya omständigheter som tillkommit sedan lagstiftningen infördes samt de förändrade internationella förhållandena försökt precisera och utveckla vad som bör krävas för att ett yrke skall få omfattas av en särskild legitimation.

Kommittén har valt att dela upp bedömningsgrunderna eller kriterierna i tre grupper. Den första gruppen anger yrkesrollens innehåll, den andra vilken utbildningnivå yrket har och den tredje behandlar internationella förhållanden. Kriterierna är av olika slag.

Vissa kriterier är utformade på så sätt att en yrkesgrupp antingen omfattas av kriteriet eller inte omfattas av det. Andra kriterier är utformade så att en yrkesgrupp kan uppfylla dem mer eller mindre. Kriterierna har också olika tyngd. Utgångspunkten för kommitténs allmänna bedömning har varit att ju fler kriterier en yrkesgrupp uppfyller i hög grad desto mer talar detta för att yrket har sådan betydelse för patientsäkerheten att en reglering bör övervägas, i första hand genom en legitimation. Det är dock självfallet inte fråga om någon matematisk summering av de olika kriterierna. Den slutliga bedömningen måste utgöra en sammanvägning av samtliga omständigheter. Kriterierna bör också kunna vara utgångspunkt vid en bedömning av om en yrkesgrupp som inte bör erhålla legitimation i stället skall omfattas av någon annan, mindre omfattande behörighetsreglering.

Det är viktigt att upprepa att kommitténs bedömningsgrunder inte på några väsentliga punkter skiljer sig från de bedömningsgrunder som hittills använts och som kommit till uttryck i de tidigare återgivna uttalandena ur förarbetena. Istället får den följande redovisningen ses som en precisering och utveckling av nuvarande grunder för regleringen.

I Yrkesrollens innehåll

Under denna rubrik har kommittén försökt utveckla de kriterier som för närvarande främst ligger till grund för reglerna om legitimation enligt uttalanden i förarbetena på följande sätt.

- Bredd i yrkesrollen
- Självständighet i yrkesrollen
- Direkt patientansvar
- Risknivå vid felbehandling
- Egen förskrivnings-, intygs- och remissrätt
- Privat verksamhet vanlig

Bredd i yrkesrollen

Härmed avses att yrkesrollen kan omfatta ett brett spektrum av diagnostik och behandlingsinsatser (gäller t.ex. sjuksköterskor och läkare) eller kan vara snävt avgränsad till en speciell sjukdom, en speciell behandlingsform etc. Det kan vara mer angeläget att överväga en legitimation om yrkesrollen är bred än om den är mycket smal.

Självständighet i yrkesrollen

Härmed avses i vilken utsträckning yrkesutövaren självständigt ställer diagnos och föranstaltar om olika typer av behandlingar. Ju självständigare yrkesroll, desto starkare skäl för legitimation.

Direkt patientansvar

Härmed avses i vilken utsträckning yrkesutövaren direkt arbetar med patienter och direkt tar ansvar för diagnostiska och terapeutiska förfaranden. Om yrkesutövare mer arbetar som rådgivare och konsult, pedagog etc. och inte direkt tar patientansvar och därmed t.ex. sällan eller aldrig blir föremål för anmälan till HSAN kan det förhållandet vara en omständighet som minskar behovet av legitimation. Även om yrkesutövaren inte har någon direkt patientkontakt kan emellertid hans eller hennes bedömning i vissa fall ändå ha beaktansvärd betydelse för patientens säkerhet t.ex. genom att den som har den direkta patientkontakten inte kan göra motsvarande bedömning eller endast med svårighet kan göra den.

Risknivå vid felbehandling

Under denna rubrik bedöms hur riskfyllt yrkesutövandet kan vara för den enskilde patienten/klienten. I första hand gäller det direkta risker av typ missad diagnos och helt felaktig, skadlig eller dödlig behandling men också indirekta risker som gör att patienten kan undanhållas adekvat och verksam behandling vid allvarlig sjukdom och skada.

Egen förskrivnings-,remiss- och intygsrätt

Egen förskrivningsrätt
Om det i yrkesrollen ingår rätt att förskriva läkemedel, hjälpmedel m.m. som helt eller delvis finansieras genom allmänna medel kan det utgöra en omständighet som talar för legitimation.

Egen remissrätt
Om det ligger i yrkesrollen att vid behov kunna remittera till t. ex. en specialist - och vederbörande därmed måste ha kompetens att bedöma om och när och till vem detta bör ske är det också en omständighet som talar för legitimation. Vid denna bedömning kan man också väga in hur vanligt förekommande det är att yrkesgruppen utövar en sådan remissrätt.

Intyg till myndigheter
Intyg till försäkringskassa, domstolar och andra myndigheter är en viktig uppgift för viss sjukvårdspersonal. Om detta i väsentlig utsträckning ingår i yrkesrollen - och mottagarna och användarna av intygen således måste kunna ställa särskilda krav på intygens kvalitet, kan det vara ett argument för att yrket kan vara lämpligt att karaktärisera som legitimationsyrke.

Privat verksamhet vanligt

Om yrkesrollen enbart utövas i offentlig anställning kan behovet av legitimation vara mindre än om det finns möjligheter att - med eller utan finansiellt stöd från samhällskassor - etablera och bedriva verksamhet i privat regi.

II Utbildning och examen

Utbildningens nivå, längd och innehåll samt den vetenskapliga förankringen är omständigheter som bör ha betydelse för om ett yrke skall omfattas av särskild legitimation. Det är självfallet svårt att se sådana kriterier fristående från de nyss uppräknade - yrkesrollens innehåll avspeglas oftast i utbildningens nivå och längd - men utbildningsaspekten bör vägas in i bedömningen.

- Högskoleutbildning eller motsvarande
- Grundutbildning/tilläggsutbildning
- Statligt reglerad yrkesexamen
- Vetenskaplig förankring

Högskoleutbildning eller motsvarande

Enligt förarbetena till nuvarande behörighetslagstiftning finns inte uttryckligen angivet någon generell gräns för vilken nivå en utbildning skall ligga på eller hur lång den skall vara för att kunna vara legitimationsgrundande. Enligt kommitténs mening är utbildningens nivå och längd emellertid ett relevant kriterium vid en diskussion om ett yrke skall erhålla legitimation. För att en yrkesgrupp skall kunna komma ifråga för legitimation bör den ha en förhållandevis kvalificerad utbildning. Ett rimligt krav kan vara att utbildningen är av högskolekaraktär och att den är av ej obetydlig längd och således inte enbart en kort kurs. (Jämför även nedan angående tilläggsutbildningar.) I detta sammanhang kan också forskningsverksamhet vägas in. Om svensk högskoleutbildning eller motsvarande saknas får en bedömning göras av eventuell utländsk utbildning och examen.

Statligt reglerad yrkesexamen

För att utbildningen skall kunna ligga till grund för legitimation bör den leda till ett någorlunda avgränsat yrke. En omständighet som kan vara av betydelse vid den bedömningen är om utbildningen avslutas med en särskilt reglerad/godkänd yrkesexamen.

För närvarande är det främst de legitimerade yrkena som också har en särskilt reglerad yrkesexamen. Härutöver finns emellertid en särskild yrkesexamen för apotekare, arbetsterapeuter och receptarier.

Grundutbildning/tilläggsutbildning

Om yrkeskunnandet grundas på speciell grundutbildning eller om yrket har uppkommit genom en tilläggsutbildning är en omständighet som kan ha betydelse vid bedömningen av om yrket skall omfattas av legitimationsregler. Ett exempel härpå är en legitimerad sjuksköterska som genom tilläggsutbildning blir kompetent att sköta en hjärt--lungmaskin. Om det finns en grundutbildning i botten kan det vara mindre relevant att karaktärisera tilläggsfunktionen som legitimationsgrundande. Man bör således vid bedömningen se på hur lång och självständig tilläggs-utbildningen är.

Vetenskaplig förankring

I åliggandelagen (2 §) anges att den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen skall utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. Detta medför att ett legitimationsyrke måste ha en väsentlig förankring i en vetenskaplig grund för yrkesutövningen i fråga. Inget av de nuvarande 12 legitimationsyrkena har kanske 100-procentig vetenskaplig förankring, men de flesta får anses ligga högt på skalan.

III Internationella förhållanden

Som tidigare angetts är det angeläget att de svenska behörighetsreglerna inom hälso- och sjukvården i så stor utsträckning som möjligt harmonierar med EU:s regler. Enligt kommitténs direktiv är det också angeläget att reglerna i de nordiska länderna överensstämmer, detta särskilt som den klart dominerande delen av arbetskraftsutbytet mellan Sverige och andra länder sker med de nordiska länderna. Av den anledningen har kommittén satt upp två särskilda kriterier avseende dessa förhållanden.

- Ingår i den nordiska överenskommelsen/reglerat i andra nordiska länder
- EU-reglerat genom direktiv

Ingår i nordiska överenskommelsen/reglerat i andra nordiska länder

Om yrket omfattas av den nordiska överenskommelsen beträffande gemensam nordisk arbetsmarknad inom hälso- och sjukvården m.m. och/eller är legitimerat i andra nordiska länder kan det vara ett argument för legitimation för att ytterligare integrera ländernas arbetsmarknader.

EU-reglerat genom direktiv

Om yrket kan räknas till dem som genom befintliga specialdirektiv skall ömsesidigt erkännas i EU-länderna är det en omständighet som talar för legitimation. Det samma kan sägas om de generella direktiven. Man bör dock i det sammanhanget notera att så gott som alla yrken inom hälso- och sjukvården kan komma att omfattas av de generella direktiven om de regleras i något EU-land. Den senare omständigheten bör därför inte ha samma tyngd vid bedömningen.

9.4 Skydd av yrkestitlar

Kommittén ifrågasätter om skyddet för yrkestiteln skall vara förbehållet de fem yrkesgrupperna barnmorskor, läkare, psykologer, psykoterapeuter och tandläkare. Den nuvarande ordningen medför att det är möjligt att kalla sig t.ex. sjuksköterska eller sjukgymnast utan att ha utbildning eller legitimation för yrket bara man inte kombinerar denna yrkestitel med uttrycket legitimerad. Man kan påstå att allmänheten/patienterna utgår från att den som har yrkestiteln sjukgymnast eller sjuksköterska också har legitimation för yrket. Att så i verkligheten inte med nödvändighet behöver vara fallet torde med fog kunna uppfattas som en brist i lagstiftningen.

Kommittén har svårt att se att det finns ett så angeläget behov för någon att få kalla sig t.ex. sjukgymnast eller sjuksköterska utan att ha legitimation för yrket att detta behov väger tyngre än främst patienternas krav på att även yrkestiteln ger en tydlig varudeklaration/information om vad yrkesutövaren har för kompetens. Detta särskilt med hänsyn till att flertalet av de yrkesgrupper det gäller i dag i princip erhåller legitimationen genom att inge sitt examensbevis till Socialstyrelsen.

Enligt kommitténs uppfattning bör därför de yrkesgrupper som omfattas av legitimationsreglerna också som huvudregel ha ensamrätt

till yrkestiteln och inte enbart skydd för beteckningen legitimerad i kombination med yrkestiteln. En sådan reglering skulle generellt sett stärka patientsäkerheten och göra behörighetsregleringen avsevärt enhetligare och tydligare.

För de nu legitimerade yrkesgrupperna *logopeder*, *sjukgymnaster*, *sjuksköterskor* och *tandhygienister* torde en ensamrätt till yrkestiteln kopplad till legitimationen inte vålla några större problem. Visserligen får en sådan reglering till följd att de yrkesutövare som genomgått utbildning och erhållit examen för dessa yrken men som inte erhållit legitimation inte kan använda yrkestiteln.

I förarbetena till regleringen av psykologernas och psykoterapeuternas titelskydd anges att det måste vara tillåtet för de som har psykologexamen att i verksamhet på hälso- och sjukvårdsområdet få ange att de har denna examen även om de inte har erhållit legitimation. Det måste dock ske på ett sådant sätt att en förväxling med titeln psykolog inte sker (se prop. 1992/93:83 s.38 och 45). Det gäller även sådana personer som har utländsk examen som kan förväxlas med svensk.

Om man inför en ensamrätt till yrkestiteln för de legitimationsgrundande yrkena logopeder, sjukgymnaster, sjuksköterskor och tandhygienister måste det vara möjligt för dem som har avlagd examen i något av dessa yrken att, på motsvarande sätt som i dag gäller för dem som avlagt psykolog- eller psykoterapeutexamen, i verksamhet på hälso- och sjukvårdens område få ange sin yrkesexamen även om de inte har erhållit legitimation.

En regel om titelskydd för legitimationsyrkena logopeder, sjukgymnaster, sjuksköterskor och tandhygienister bör dessutom, på samma sätt som vad gäller psykologer och psykoterapeuter, kombineras med en regel om att en liknande titel skall anges på ett sätt som tydligt skiljer den från de skyddade yrkestitlarna.

Vad gäller *kiropraktorer* och *naprapater* är förhållandena annorlunda. Inom dessa yrkesgrupper finns ett inte obetydligt antal yrkesverksamma, främst enskilda yrkesutövare, som har en annan utbildning än den som f.n. är legitimationsgrundande. Detta gäller även *optiker*.

För att bli legitimerad som *kiropraktor* gäller, som kommittén redovisar i avsnitt 11, att man förutom examen från vissa godkända utländska skolor även skall ha ett års handledd tjänstgöring inom svensk hälso- och sjukvård samt kunskap om svenska hälso- och sjukvårdsförfattningar av betydelse för den kiropraktiska verksamheten.

För att bli legitimerad *naprapat* krävs, vilket också framgår av avsnitt 11, förutom examen som Doctor of Naprapathy även ett års praktisk tjänstgöring under handledning.

En reglering som innebär ensamrätt till yrkestiteln kiropraktor för de i dag legitimerade kiropraktorerna skulle bl.a. få till följd att kiropraktorer med annan utbildning inte skulle få rätt att använda denna yrkestitel. Detta skulle skapa stora praktiska problem och skulle med all sannolikhet innebära ett kraftigt ingrepp i deras närings- och yrkesfrihet. Om man inte vill acceptera detta skulle det krävas antingen att man ger även de svenskutbildade kiropraktorerna legitimation eller gör ett undantag för dem vad gäller skyddet av yrkestiteln, med andra ord låter även dessa kiropraktorer omfattas av titelskyddet.

Kommittén föreslår i avsnitt 11.5 att frågan om utbildning och verksamhet inom de s.k. manuella behandlingsmetoderna utreds närmare. Det gäller bl.a. legitimerade kiropraktorer och naprapater. Med hänsyn härtill och till dessa yrkesgruppers speciella förhållanden bör man för närvarande inte låta dem omfattas av ett titelskydd utöver det skydd för yrkesbeteckningen, dvs. yrkestitel i kombination med beteckningen legitimerad, som finns i dag. Kommittén diskuterar också de svenskutbildade kiropraktorerna i avsnitt 11.2 och 11.5.

Vad gäller yrkesgruppen *optiker* arbetar de i mycket stor utsträckning som enskilda yrkesutövare. En betydande del av dem saknar legitimation. En ensamrätt till yrkestiteln för dem som genomgått den nuvarande treåriga optikerutbildningen eller tidigare legitimationsgrundande utbildning skulle i praktiken på ett ingripande sätt begränsa närings- och yrkesfriheten för många optiker om man inte hade generösa dispens- eller undantagsregler.

Enligt kommitténs mening är det därför för närvarande inte lämpligt att låta även optiker omfattas av det nu angivna titelskyddet. På litet längre sikt bör dock även denna yrkesgrupp omfattas av ett titelskydd. I avsnitt 13 diskuteras vissa frågor med anknytning till optikerna. Det gäller kontaktlinsverksamhet och ordination av synhjälpmedel till barn.

Skyddet för yrkestitlarna läkare, tandläkare, barnmorska, psykolog och psykoterapeut samt för begreppet legitimerad för övriga yrken gäller i dag endast för verksamhet inom hälso- och sjukvården respektive tandvården eller med andra ord, den som använder yrkestiteln eller yrkesbeteckningen i andra sammanhang utanför hälso- och sjukvårdens område t.ex. i umgängeslivet kan inte straffas för detta. Detta konstaterade redan 1981 års behörighetskommitté i sitt betänkande (SOU 1983:33) Kompetens inom hälso- och sjukvården s. 256 och det framgår också av propositionen till 1984 års behörighetslag (prop. 1983/84:179 s. 42). I 10 § behörighetslagen finns som nyss nämnts särskilda straffbestämmelser för läkare som obehörigen och mot ersättning utövar läkaryrket trots att han eller hon fått sin legitimation återkallad eller en behörighet indragen. Där finns också en straffbestämmelse för den som i övrigt bryter mot förbudet att använda yrkestitlarna eller begreppet legitimerad.

Det har ifrågasatts om inte ett skydd för yrkestitlarna också borde gälla utanför hälso- och sjukvårdens respektive tandvårdens område. Enligt kommitténs mening torde en sådan lagstiftning emellertid föra för långt. Det har inte till kommittén framkommit några omständigheter som tyder på att avsaknaden av ett sådant förbud skulle vara ett problem. Om någon i annat sammanhang använder yrkestiteln i missledande syfte som inte har samband med hälso- och sjukvården etc. kan det, som anförts i avsnitt 8.3.3, vara att bedöma som brott mot marknadsföringslagen eller vara straffbart enligt brottsbalken som t.ex. försök till bedrägeri.

För de yrkeskategorier som omfattas av legitimationsbestämmelserna gäller i dag att de i sin verksamhet på hälso- och sjukvårdens område kommer under tillsyn genom erhållandet av legitimationen. De yrkesutövare som eventuellt väljer att *inte* ansöka om legitimation står utanför samhällets tillsyn, om de inte av annan anledning - exempelvis på grund av att de biträder en legitimerad person - skall räknas som hälso- och sjukvårdspersonal. Kommitténs förslag innebär inte några förändringar härvidlag.

9.5 Kompletterande regleringar

9.5.1 Inledning

I kommitténs uppdrag har, enligt direktiven, ingått att överväga om det kan finnas andra former för rättslig reglering av yrken eller verksamheter som kan utgöra ett alternativ till legitimationen. Vid sådana överväganden bör, enligt kommitténs uppfattning, utgångspunkten i grunden vara densamma som vid överväganden kring legitimationen. Patientsäkerheten skall således stå i centrum. Frågan som måste ställas är följaktligen om en alternativ reglering i något avseende skulle kunna medföra en ökad patientsäkerhet.

Diskussioner kring alternativa regleringsmetoder kan inte föras utan att man samtidigt ser till vilka yrkeskategorier eller verksamheter som skulle kunna komma i fråga för den tänkta regleringen. Hur ser dessa yrkesverksamheter ut och vilket behov finns det av en reglering för att förstärka patientsäkerheten inom dessa områden?

I avsnitt 9.3 har kommittén redogjort för vilka grundläggande kriterier som bör vara uppfyllda för att en yrkeskategori skall kunna komma i fråga för legitimation. Som framgått är det förhållandevis höga krav som uppställs, inte minst beträffande utbildning, självständighet i yrket och risknivå vid felbehandling.

Legitimationen innebär en form av garanti från samhällets sida. Framför allt av hänsyn till risknivån i yrkesutövningen är det viktigt att det för de legitimerade yrkesgrupperna finns en så effektiv till-

synsverksamhet som möjligt. Kommittén är också av den åsikten att kretsen av legitimerade yrkesutövare inte bör göras alltför vid. Detta ställningstagande innebär att det kommer att finnas ett antal yrkeskategorier som inte fullt svarar upp mot de krav som kommittén anser bör ställas för att legitimation skall kunna komma i fråga, men där det ändå kan finnas ett behov av någon form av reglering. Det är samtidigt inte självklart att legitimation alltid utgör det effektivaste medlet för att uppnå en god patientsäkerhet.

Om det stora problemet ur kompetens- och behörighetssynpunkt inom ett yrkesområde är avsaknaden av en reglerad utbildning har kommittén uttalat att det inte är rimligt att gå omvägen om en legitimation för att komma till rätta med problemen. Kommittén lämnar därför beträffande vissa yrkeskategorier förslag om en reglering av utbildningen. Utbildningsfrågorna behandlas särskilt i avsnitt 6.

I avsnitt 9.5.2 tar kommittén upp frågan om en utvidgning av begreppet hälso- och sjukvårdspersonal genom tillägg i de bestämmelser som definierar detta begrepp. I avsnitt 9.5.3 redovisar kommittén förutsättningarna för krav på särskild behörighet för anställning inom offentlig hälso- och sjukvård. För mer tekniskt inriktade yrkesverksamheter diskuteras i avsnitt 9.5.4 den möjlighet till kontroll som ett system med certifiering innebär. Frågan om en reglering av alternativmedicinsk verksamhet behandlas i avsnitt 9.5.5. I avsnitt 9.5.6 diskuterar kommittén olika metoder för reglering som skulle kunna utgöra ett komplement till bestämmelserna om legitimation. Kommitténs förslag till kompletterande reglering redovisas i avsnitt 9.5.7. I avsnitt 9.5.8 erinrar kommittén om möjligheterna till egenkontroll och självreglering.

9.5.2 Utvidgning av begreppet hälso- och sjukvårdspersonal

Bakgrund

Vid sekelskiftet räknade man med att vårdpersonalen i huvudsak bestod av fyra yrkesgrupper, läkare, tandläkare, sjuksköterskor och barnmorskor. Därtill kom även apotekare. År 1964 infördes begreppet medicinalpersonal genom kungörelsen (1964:428) om medicinalpersonal under Socialstyrelsens inseende (den s.k. medicinalpersonalkungörelsen). Till denna personalgrupp räknades förutom ovan angivna yrkesgrupper sjukgymnaster, legitimerade optiker, vissa assistentgrupper t.ex. operationsassistenter, oftamologassistenter och laboratorieassistenter, undersköterskor med viss utbildning, inom hälso- och sjukvården verksamma kuratorer, vårdare med viss utbildning, tandsköterskor och tandtekniker m.fl. Sammanlagt omfattade medici-

nalpersonalen 16 yrkesgrupper. Till medicinalpersonalen hörde också några yrkesgrupper som inte hade arbetsuppgifter som man vanligen förbinder med hälso- och sjukvårdsverksamhet bl.a. hälsovårdsinspektörer. Genom medicinalpersonalkungörelsens utformning, med uppräkning av de yrkesgrupper som omfattades av den, förelåg inga definitionsproblem av begreppet medicinalpersonal och vilka som därigenom stod under Socialstyrelsens tillsyn.

Genom införandet av 1980 års tillsynslag upphävdes medicinalpersonalkungörelsen och ändrades utgångspunkterna för vilka yrkesgrupper inom hälso- och sjukvården som skulle omfattas av Socialstyrelsens tillsyn. I lagen utgick man från tjänstgöringsställe och arbete i patientvården i stället för som tidigare ett antal uppräknade yrkesgrupper. Skälet till detta var främst att arbetet inom hälso- och sjukvården i allt större utsträckning började bedrivas som ett lagarbete där resultatet är beroende av mångas samlade insatser. En uppdelning i medicinalpersonal och annan personal ansågs inte motsvara vårdarbetets bedrivande i verkligheten.

I propositionen angavs att tillsynslagen skulle omfatta personal inom hälso- och sjukvården för vars kvalitet samhället påtagit sig ett ansvar (prop. 1978/79:220 s. 38). Personalbegreppet vidgades till att omfatta alla dem vilkas arbetsinsatser krävs för att vården skall fungera och således - förutom den egentliga vårdpersonalen - även administrativ personal, teknisk personal, ambulanspersonal m.fl. (prop. 1978/79:220 s. 40). Genom en särskild punkt i 1 § fick regeringen dessutom rätt att föreskriva att också andra grupper av yrkesutövare skulle omfattas av tillsynslagens bestämmelser och att Socialstyrelsen kunde bemyndigas att utfärda sådana föreskrifter. Genom bemyndigande från regeringen meddelade Socialstyrelsen föreskrifter för larmoperatörer och arbetsterapeuter.

År 1994 ersattes, som kommittén tidigare redovisat i avsnitt 2 1980 års tillsynslag med åliggandelagen och disciplinpåföljdslagen. Definitionen av begreppet hälso- och sjukvårdspersonal överfördes till åliggandelagens 1 §. Där anges att med hälso- och sjukvårdspersonal menas

1. den som har legitimation för yrke inom hälso- och sjukvården
2. personal verksam vid sjukhus och andra vårdinrättningar som medverkar i vård, behandling eller undersökning av patienter,
3. den som i annat fall vid vård, behandling eller undersökning biträder en legitimerad yrkesutövare,
4. personal inom sådan detaljhandel med läkemedel för vilken det gäller särskilda föreskrifter och personal inom den särskilda giftinformationsverksamheten som bedrivs av Apoteksbolaget Aktiebolag och som tillverkar eller expedierar läkemedel eller lämnar råd och upplysningar,

5. personal vid larmcentral som förmedlar hjälp eller lämnar råd och upplysningar till vårdsökande,
6. arbetsterapeuter när det gäller åtgärder för att förebygga, utreda eller behandla medicinska besvär,
7. andra grupper av yrkesutövare inom hälso- och sjukvården som skall omfattas av lagen enligt föreskrifter som meddelas av regeringen,
8. den som i annat fall enligt föreskrifter som har utfärdats med stöd av 8 § lagen (1984:542) om behörighet att utöva yrke inom hälso- och sjukvården m. m. tillhandahåller tjänster inom yrket under ett tillfälligt besök i Sverige utan att ha svensk legitimation för yrket.

Vissa kompletteringar av begreppet hälso- och sjukvårdspersonal skedde i förhållande till 1980 års tillsynslag. Således anges numer uttryckligen i lagen att larmpersonal och arbetsterapeuter omfattas av begreppet hälso- och sjukvårdspersonal (punkterna 5 och 6).

Omfattningen av ansvarsområdet begränsades också till att avse arbete som är av särskild betydelse för patientsäkerheten. Detta har fått till följd att fel som begås av hälso- och sjukvårdspersonal men där felet saknar anknytning till den medicinska vården inte skall behandlas inom ramen för denna lagstiftning. Bemötandefrågor och liknande frågor bör enligt förarbetena i allmänhet behandlas av arbetsgivarna i samma ordning som gäller för andra arbetstagare om det inte haft betydelse för vård eller behandling.

Enligt 1980 års tillsynslagstiftning omfattades all personal vid sjukhus och andra inrättningar för vård av patienter som drevs av det allmänna eller av enskilda med bidrag från det allmänna eller efter särskilt tillstånd av lagen. Enligt den lagstiftningen gjordes således ingen åtskillnad mellan personal som arbetade med uppgifter rörande undersökning, vård eller behandling och personal med andra serviceinriktade funktioner som städpersonal, hantverkare och liknande. Genom den nya utformningen av lagstiftningen utesluts dessa personalgrupper från begreppet hälso- och sjukvårdspersonal. Däremot omfattar begreppet, enligt propositionen, även personal som fullgör *indirekta patientuppgifter*. Det gäller t.ex. den medicin-tekniska personal som handhar dialysmaskiner och röntgenapparatur såsom medicintekniska ingenjörer, perfusionister och sjukhusfysiker. Deras arbetsuppgifter sammanhänger i mycket hög grad med den medicinska behandlingen och de omfattas av åliggandelagens bestämmelser.

Enligt förarbetena omfattas t.ex. dietister och annan personal som arbetar utifrån individuella patienters behov av lagen men däremot inte kökspersonal generellt.

Ytterligare redovisning av huruvida olika yrkesgrupper omfattas av åliggandelagens bestämmelser eller ej finns i propositionen till åliggandelagen, se prop. 1993/94:149 s. 58f.

Kommitténs överväganden

I departementspromemorian (Ds 1995:35) Förstärkt tillsyn över hälso- och sjukvården påpekas att samhället behöver förstärka sina möjligheter till insyn i den hälso- och sjukvårdsverksamhet som regleras av kvacksalverilagen. Regeringen har överlämnat promemorian i den del som behandlar denna fråga till kommittén. I övriga delar har promemorian legat till grund för regeringens prop. 1995/96:176 om ny tillsynslag. Propositionen har antagits av riksdagen (se bet. 1995/96SoU:18, rskr. 1995/96:281, SFS 1996:786).

Det problem som överlämnats till kommittén berör det förhållandet, som kommittén redovisat tidigare, att vissa yrkesutövare inom hälso- och sjukvården är att betrakta som hälso- och sjukvårdspersonal när de är offentligt anställda och därigenom omfattas av samhällets tillsyn enligt åliggandelagen och disciplinpåföljdslagen medan de i privat verksamhet inte är hälso- och sjukvårdspersonal och därför endast underkastade kvacksalverilagens regler. Det gäller även yrkesgrupper som inte utövar alternativmedicinsk verksamhet - vilket kvacksalverilagen vanligen förknippas med - utan som har en av samhället fastställd utbildning och som ägnar sig åt skolmedicinsk verksamhet. I departementspromemorian har det exemplifierats med bl.a. enskilt verksamma terapeuter, ej legitimerade optiker, dietister, viss tandvårdspersonal, fotvårdsspecialister, undersköterskor och liknande personal.

Kommittén instämmer i slutsatserna i departementspromemorian att de beskrivna förhållandena är en brist i nuvarande lagstiftning och att det finns ett behov av en förstärkt tillsyn från samhällets sida över flera av de angivna yrkesgruppernas privata hälso- och sjukvårdsverksamhet.

Det finns flera sätt att lösa detta problem. Kommittén föreslår att vissa yrkesgrupper erhåller legitimation medan andra får sin utbildning reglerad och erhåller en särskild yrkesexamen. En ny reglering som innebär ett komplement till legitimationen - skyddad yrkestitel - föreslås i avsnitt 9.5.7.

De yrkesgrupper som kommittén föreslår få legitimation blir därigenom hälso- och sjukvårdspersonal.

Kommittén föreslår vidare att de yrkesgrupper som med stöd av bestämmelserna om skyddad yrkestitel använder en sådan därigenom omfattas av begreppet hälso- och sjukvårdspersonal. Genom en sådan

reglering ställs dessa yrkesutövare under samhällets tillsyn när de använder yrkestiteln.

Härutöver föreslår kommittén att även andra yrkesutövare som har en av samhället fastställd vårdutbildning, t.ex. på gymnasienivå, genom en särskild bestämmelse i kommitténs lagförslag (1 kap. 3 § första stycket 6) blir hälso- och sjukvårdspersonal när de bedriver vård, behandling eller undersökning av patienter. Härigenom ställs under samhällets tillsyn även yrkesutövare med skolmedicinsk utbildning som i dag endast är hälso- och sjukvårdspersonal när de uppfyller kriterierna i nuvarande 1 kap. 3 § första stycket 2 eller 3 åliggandelagen dvs. är verksammma inom offentlig vård eller biträder en legitimerad yrkesutövare.

Genom detta tillägg torde samtliga skolmedicinska yrkesutövare som på något avgörande sätt kan påverka patientsäkerheten komma att omfattas av begreppet hälso- och sjukvårdspersonal.

Någon ytterligare utvidgning av begreppet hälso- och sjukvårdspersonal finns det för närvarande enligt kommitténs uppfattning inte behov av.

9.5.3 Krav på särskild behörighet för anställning inom offentlig hälso- och sjukvård

I förordningen (1982:771) om behörighet till vissa tjänster inom hälso- och sjukvården m.m. regleras vad som krävs för att vara behörig att anställas på vissa tjänster inom den offentliga hälso- och sjukvården.

Enligt förordningen krävs för anställning som läkare avlagd läkarexamen. För anställning som barnmorska, sjukgymnast eller sjuksköterska krävs legitimation för yrket. Socialstyrelsen är enligt förordningen därutöver skyldig att meddela allmänna råd om kompetenskrav för arbetsterapeuter, sjukgymnaster, sjukhusfysiker, sjukhusingenjörer, sjuksköterskor och ambulanspersonal.

I tandvårdsförordningen regleras vad som krävs för anställning som tandläkare inom den offentliga tandvården.

Genom de angivna förordningarna har staten viss möjlighet att kontrollera och ställa särskilda krav på de anställdas kompetens inom den offentliga hälso- och sjukvården samt tandvården.

Som framgår sträcker sig denna kontroll längre än att avse enbart legitimerade yrkesutövare. Socialstyrelsens allmänna råd är visserligen inte bindande men torde ändå ha genomslag hos sjukvårdshuvudmännen.

Kommittén har tidigare konstaterat att regleringar som inskränker närings- och yrkesfriheten, bl.a. med hänsyn till grundlagsregleringen av dessa friheter, i större utsträckning än i dag bör meddelas på lag- eller förordningsnivå.

Ett alternativ till en reglering genom föreskrifter eller allmänna råd från Socialstyrelsen av vissa yrkesgruppers verksamheter är därför att regeringen reglerar verksamheterna i behörighetsförordningen.

9.5.4 Certifiering

Bakgrund

För att underlätta den fria rörligheten för varor mellan medlemsländerna har inom EU utvecklats ett system för provning och kontroll av varor. Samordningen av lagstiftningen inleddes med beslut om direktiv som ställde vissa krav på produkter, provningar och certifieringar. De äldre produktdirektiven var ofta mycket detaljerade, och täckte i regel bara begränsade produktområden. Direktiven tog lång tid att arbeta fram och visade sig inte vara tillräckligt effektiva när det gällde att undanröja handelshinder.

De nyare direktiven omfattar större produktområden och anger de väsentliga säkerhetskrav som skall ställas på en produkt för att denna skall få säljas inom EU. År 1989 antogs inom EG en resolution som anger hur direktivens produktkrav skall kontrolleras. Resolutionen innebär bl.a. att tillverkaren av en produkt skall lämna en garanti som intygar att produktdirektivets krav är uppfyllda och att varan är kontrollerad på föreskrivet sätt. För vissa produkter gäller att bedömningen skall utföras av ett anmält organ, dvs. en organisation som uppfyller vissa krav på oberoende ställning, kompetens m.m. Bedömningen kan, utöver produkter, även avse exempelvis personal och kvalitetssystem.

SWEDAC har genom *lagen (1992:1119) om teknisk kontroll* utsetts till nationellt ackrediteringsorgan. En av SWEDAC:s uppgifter som sådant är att kompetenspröva laboratorier, certifierings- och besiktningsorgan. Kompetensprövningen och kompetensbekräftelsen - benämnd ackreditering - utgår från europeiska kvalitetsstandarder (EN 45 000 serien) som utarbetats på EU:s uppdrag. SWEDAC:s verksamhet som ackrediteringsorgan får inte generera vinst, endast täcka uppkomna kostnader. Staten bidrar dessutom med medel för att upprätthålla ackrediteringssystemet rent generellt, t.ex. vad gäller internationellt förhandlingsarbete.

SWEDAC kompetensprövar även anmälda organ bl.a. inom det medicintekniska området. Grundkraven baseras på relevanta delar av EN 45 000 serien, samt de krav som framgår av varje enskilt direktiv. detta innebär i praktiken att samma krav som ställs på ackrediterade laboratorier och certifieringsorgan enligt 45 000 serien i relevanta delar även ställs på anmälda organ.

Med ackreditering avses således ett formellt erkännande av att ett organ är kompetent att utföra den verksamhet som ackrediteringen avser. Det kan exempelvis vara specificerade provningar, kalibreringar, mätningar och certifieringar. En produkt som uppfyller alla tillämpbara direktivs krav och som genomgått föreskriven kontroll kan åsättas en symbol som visar detta, den s.k. CE-symbolen.

Inom området laboratorieverksamhet finns direktiv om principer för god laboratoriesed. På läkemedelsområdet finns system för att säkra kvaliteten på läkemedel. Det är också vanligt att produkter provas och certifieras på frivillig väg, utan att några sådana krav uppställs i direktiv.

En *certifiering* görs av en tredje part (certifieringsorgan). Vid en jämförelse mellan certifiering av ett kvalitetssystem och en ackreditering av laboratorier kan man säga att certifiering av kvalitetssystem avses att det allmänna kvalitetssystemet (organisation, med ansvar och befogenheter, personalkompetens, inköpsrutiner etc.) kompetensprövas. Vad gäller ackreditering av laboratorier ingår även bedömning av teknisk kompetens (tekniska metoder, validering av utrustning etc.). Certifiering av personal innebär att ett kompetent organ (certifieringsorgan) återkommande prövar en persons reella kompetens teoretiskt och/eller praktiskt utifrån en fastställd kravspecifikation. Normalt utarbetas kravspecifikationen av experter inom området och kan sedan även fastställas av den föreskrivande myndigheten, i detta fall Socialstyrelsen om man vill göra certfieringen av personal obligatorisk. Certifieringsorganet ackrediteras av SWEDAC för att kunna certifiera personal inom det specifika området.

Sverige har tidigare haft ett kontrollsystem som bl.a. inneburit att ett antal riksprovplatser haft monopol på att prova produkter. Riksprovplatserna har både kontrollerat nya produkter och genomfört fortlöpande besiktningar.

Genom lagen om teknisk kontroll har Styrelsen för teknisk ackreditering (SWEDAC) således utsetts att handha ackreditering av

1. laboratorier för provning eller mätning,
2. certifieringsorgan för certifiering av produkter, kvalitetssystem eller personal,
3. besiktningsorgan för besiktning eller liknande kontroll (jfr 14 § lagen om teknisk kontroll).

SWEDAC:s beslut om ackreditering gäller för viss tid eller tills vidare. SWEDAC:s styrelse får återkalla en ackreditering om det ackrediterade organet inte längre uppfyller fordringarna för ackreditering eller i något väsentligt hänseende bryter mot de villkor som gäller för verksamheten.

Ackreditering av ett laboratorium innebär en systematisk och återkommande kontroll av dess tekniska kompetens för varje använd

provningsmetod. Vidare uppställs krav på att laboratoriet har ett sammanhållet kvalitetssystem, att använda metoder är verifierade och tillämpliga, att utrustningen är provad m.m. Också personalens kompetens kontrolleras. Medverkan i internationella eller nationella program för laboratoriejämförelse är obligatoriskt för ackrediterade laboratorier. Tillsyn över verksamheten sker minst en gång per år. Normalt sett sker en fullständig omprövning vart fjärde år, medan övriga återkommande prövningar är mera översiktliga eller avser vissa punkter. Ackrediteringen innebär således en kontinuerlig uppföljning på plats av att ett ackrediterat laboratorium uppfyller kvalitetskraven. Bedömningarna vid ackrediteringen görs av särskilt anlitade tekniska experter inom området. Ackrediteringen omfattar inte användning av analysresultat i den medicinska vården eller medicinska bedömningar i den medicinska vården.

Ackrediteringsprocessen inom området laboratoriemedicin har styrts av frivilliga initiativ tagna av branschen själv. Hittills har omkring 50 laboratorier inom det laboratoriemedicinska området uppfyllt ackrediteringskraven. Ytterligare ett femtiotal laboratorier arbetar för att bli ackrediterade. Hälso- och sjukvårdsnämnden i Stockholm har fattat ett principbeslut att endast köpa tjänster från ackrediterade laboratorier inom vissa områden. Ett motsvarande beslut har även tagits av det nybildade Skånelandstinget.

SEQLA är laboratoriebranschens eget organ för kvalitetsgranskning. Anslutning, som är frivillig, innebär att laboratoriet låter sig fortlöpande bedömas och testas. Detta sker genom att prover skickas ut till deltagande laboratorier och att resultaten från analyserna sedan samlas in och jämförs (laboratoriejämförelse). Någon granskning på plats sker inte, vilket däremot sker vid ackreditering av laboratorier.

Huvudintressenter i SEQLA är Landstingsförbundet, Svenska Läkaresällskapet och Institutet för Biomedicinsk laboratorievetenskap (IBL).

SWEDAC ackrediterar även certifieringsorgan för produkter, kvalitetssystem och personer. Certifieringsorganen utför sedan arbetet mot kunderna. Certifieringsorgan kan vara både kommersiella och icke-kommersiella. Flera sjukvårdshuvudmän överväger att kvalitetssystemcertifiera sin verksamhet. Trots den formella förpliktelsen att bedöma alla organ som söker ackreditering, har SWEDAC ännu inte ackrediterat något organ inom detta område. Detta beror främst på att diskussioner om innehållet inte är slutförda med föreskrivande myndigheter och att konkreta tillämpningar för certifiering inom området inte är utarbetade. Denna typ av revisioner är en växande verksamhet i många länder och enligt SWEDAC:s bedömning torde det bara vara en tidsfråga innan den första organisationen ackrediteras för certifiering inom sjukvården i Sverige.

Frågor om certifiering och ackreditering diskuterades i departementspromemorian (Ds 1995:35) Förstärkt tillsyn över hälso- och sjukvården. I promemorian anfördes att förfarandet i de flesta fall kan antas medföra kvalitetsvinster, men att det också är förenat med vissa nackdelar. Systemet kan exempelvis bli kostsamt och resurskrävande.

I propositionen Förstärkt tillsyn över hälso- och sjukvården (prop. 1995/96:176 s. 59) ville regeringen fästa uppmärksamhet på systemet med ackreditering. Regeringen ansåg att Socialstyrelsen är oförhindrad att utnyttja SWEDAC:s kompetens i tillsynen och hävdade att ackreditering av laboratorier och certifiering av kvalitetssystem borde kunna fungera som ett kvalitetshöjande hjälpmedel för vårdgivaren. En positiv effekt av ackrediterings- och certifieringsverksamhet skulle kunna vara att den kan effektivisera tillsynsinsatserna därigenom att en första granskning av verksamheten kan ske utifrån det av vårdgivaren tillämpade kvalitetssystemet. Regeringen underströk vikten av ett nära samråd och samarbete mellan aktörerna på området i syfte att skapa så klara förhållanden som möjligt. En utgångspunkt för regeringens förslag om en förstärkt tillsyn över hälso- och sjukvården var dock att tillsynsansvaret bör ligga på en myndighet.

Kommitténs överväganden

Ackreditering av laboratorier och certifiering av kvalitetssystem kan fungera som ett komplement och hjälpmedel för ansvarig myndighet i dess tillsyn över vissa funktioner. I ett sådant system skulle myndigheten (Socialstyrelsen) kunna göra tillägg till ackrediteringskraven. Vad gäller kvalitetssäkring inom övrig sjukvård (certifiering av kvalitetssystem) har SWEDAC anfört att ytterligare arbete måste genomföras för att fastställa hur certifiering skall tillämpas inom sjukvårdssektorn innan en optimal verksamhet kan bedrivas inom området.

I framtiden skulle man också kunna tänka sig ett obligatoriskt krav på ackreditering respektive certifiering för vissa delar av en sjukvårdsverksamhet. Inom flera andra områden är system för personcertifiering redan väl etablerad, t.ex. för personal vid kärnkraftverk. Systemen för personcertifiering håller på att utvecklas även inom sjukvården. En certifiering av personal innebär att den faktiska kompetensen granskas. När det gäller personal inom sjukvården med mera tekniskt inriktade yrken har diskussioner om certifiering förekommit mellan representanter från primärvården och SWEDAC.

Internationella beräkningar indikerar att det inom hälso- och sjukvården, handikappomsorgen och tandvården på marknaden finns mellan 400.000 och 700.000 produkter eller cirka 6.000 produkttyper. Även om motsvarande siffror är lägre för Sveriges del är antalet

produkter betydande. Enligt *lagen (1993:584) om medicintekniska produkter* är det Socialstyrelsen som utövar tillsynen över medicintekniska produkter. Styrelsen har i föreskrifter och allmänna råd beslutat om krav och villkor till skydd för liv, personlig säkerhet och hälsa. Inom det medicintekniska området finns fler myndigheter än Socialstyrelsen som utfärdar föreskrifter och allmänna råd. Utöver Statens Strålskyddsinstitut har även bl.a. Elsäkerhetsverket och Läkemedelsverket ett ansvar för säkerheten.

Med det stora antal medicintekniska produkter som finns och den betydelse tekniken har inom sjukvården är det självfallet viktigt att upprätthålla en hög teknisk kompetens. Många yrken innefattar både direkta patientkontakter och användning av avancerad teknik. Som exempel kan nämnas sjukhusfysiker, perfusionister, röntgensjuksköterskor och ortopedingenjörer. En del yrkesgrupper har emellertid i huvudsak tekniska uppgifter och innefattar i ringa utsträckning patientkontakter. Sådana yrkesgrupper är exempelvis medicintekniska ingenjörer. För de senare grupperna skulle en certifiering av ett av SWEDAC ackrediterat certifieringsorgan kunna vara ett komplement till legitimation eller annan behörighetsreglering. Det bör dock poängteras att en certifiering inte inverkar på myndighetens tillsynsansvar. Bestämmelser om certifiering gör inte heller att en yrkeskategori automatiskt kommer att omfattas av gällande tillsynsbestämmelser.

Certifiering används således redan i dag som ett instrument för kvalitetskontroll av olika verksamheter. Systemet med personcertifiering har emellertid i Sverige ännu inte prövats för hälso- och sjukvårdspersonal. Ett argument som kan anföras mot ett obligatoriskt certifierings- eller ackrediteringssystem är den brist på rättssäkerhet som ett sådant system kan innebära. Den som efter ansökan om certifiering inte anses uppfylla de krav som ställs har i princip inga möjligheter att överklaga ett sådant ställningstagande. Dock är certifieringsorganet skyldigt enligt EN 45 013 att ha rutiner upprättade för behandling av överklaganden av dess beslut. Visserligen kan SWEDAC:s styrelse göra en omprövning och ett certifieringsorgan som inte uppfyller de krav som ställs kan få sin ackreditering indragen, men någon formell besvärsordning finns inte. I det fall flera certifieringsorgan är verksamma inom samma område står det dock den enskilde fritt att vända sig till vilket certifieringsorgan han önskar.

Kommittén ser den verksamhet med ackreditering och certifiering som håller på att växa fram som ett viktigt komplement till statens tillsyn. Det finns också skäl att utreda frågan om ett obligatoriskt certifieringsförfarande för vissa personalkategorier inom hälso- och sjukvården. Därvid måste bl.a. rättssäkerhetsaspekterna analyseras. Vidare bör klarläggas hur systemet med ackreditering och certifiering

fungerar i större skala. Kommittén anser att det är angeläget att dessa frågor snarast får en allsidig belysning så att systemet kan utvecklas och få en större spridning.

9.5.5 Reglering av alternativmedicinsk verksamhet

Alternativmedicinkommitténs förslag

Alternativmedicinkommitténs förslag till lag om alternativmedicinsk verksamhet innebar en något utökad kontroll av den alternativmedicinska verksamheten. Enligt förslaget skulle lagen omfatta de som utövade alternativmedicinsk verksamhet och som inte omfattades av (den då gällande) lagen om tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonal. De alternativmedicinska yrkesutövarna skulle enligt förslaget kunna bli registrerade och därigenom få rätt att marknadsföra sig som registrerade yrkesutövare. För registrering skulle krävas viss medicinsk grundkompetens. Alternativmedicinkommittén diskuterade olika förslag när det gällde vilken myndighet som skulle föra registret över alternativmedicinska yrkesutövare, men stannade för att förorda Socialstyrelsen som registerförande myndighet.

Alternativmedicinkommitténs förslag gav den som blivit registrerad rätt att använda beteckningen registrerad alternativmedicinsk yrkesutövare vid marknadsföringen. I viss utsträckning gav utbildningen också ensamrätt till alternativmedicinsk behandling av barn under 15 år. I verksamhet på hälso- och sjukvårdens område fick enligt kommitténs förslag inte någon obehörigen ge sig ut för att vara registrerad alternativmedicinsk yrkesutövare. Yrkesbeteckningen gavs således ett rättsligt skydd. Obehörigt användande av yrkesbeteckningen var straffsanktionerat i förslaget.

Under remissbehandlingen framfördes kritik mot en rad punkter i Alternativmedicinkommitténs förslag. Bl.a. ställde sig Socialstyrelsen och HSAN avvisande till en registrering. Skälen angavs vara att en registrering av allmänheten skulle kunna tolkas som en slags kvalitetsgaranti från samhällets sida och i vissa sammanhang förväxlas med legitimation. Annan kritik gällde främst omfattningen av de åtgärder alternativmedicinska utövare fick vidta. Några remissinstanser var emellertid positiva till en reglering. TCO ville gå längre än Alternativmedicinkommittén och föreslog en särskild lagstiftning avseende alternativmedicinsk vård som utfördes av personal som omfattas av lagen om tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonal m.m. Landstingsförbundet ansåg att en fördjupad dialog mellan den etablerade medicinen och alternativmedicinen var angelägen.

Våra överväganden

En svårighet vid bedömningen av vilka yrkeskategorier som skulle kunna komma i fråga för en ny kompletterande reglering är vilka krav som bör uppställas beträffande effekterna av en terapi- eller behandlingsform, dvs. krav på vetenskaplig forskning, utvärdering och dokumentation. Om effekten av alternativmedicinsk verksamhet kan verifieras med vetenskapliga metoder kommer verksamheten naturligt att accepteras av den etablerade medicinen och den kommer därmed inte längre att räknas som alternativmedicin.

Inledningsvis måste man bestämma sig för om enbart grupper verksamma inom det skolmedicinska området, så långt nu detta område låter sig definieras, skall omfattas av en reglering eller om en reglering även skall kunna omfatta verksamheter som i dag betraktas som alternativmedicin/kvacksalveri.

Gränsdragningen mellan alternativmedicin och skolmedicin kan, som kommittén diskuterat i anslutning till bestämmelserna i kvacksalverilagen, många gånger vara svår att göra. Den omständigheten att en yrkesutövare vid verksamhet i offentlig regi betraktas som hälso- och sjukvårdspersonal, men i privat verksamhet omfattas av kvacksalverilagen är ett problem som kommittén så långt det låter sig göra vill försöka undanröja. Detta kan exempelvis ske genom att ytterligare yrkeskategorier förs in under definitionen hälso- och sjukvårdspersonal vilket kommittén föreslagit i avsnitt 9.5.2. En annan fråga är i vilken mån staten skall utöva tillsyn över alternativmedicinsk verksamhet utövad av personer som inte räknas som hälso- och sjukvårdspersonal.

Kommitténs utgångspunkt är att i stort sett varje form av kompletterande reglering i grunden kommer att utgöra någon form av garanti från samhällets sida. Garantin kan bl.a. avse utbildning, personlig lämplighet eller kontroll över verksamheten. När det gäller alternativmedicinsk verksamhet är det kommitténs uppfattning att staten inte bör lämna några egentliga garantier. Självfallet bör dock samhället även fortsättningsvis ha möjlighet att ingripa mot hälsovådlig verksamhet inom alternativmedicinen.

Kommitténs ställningstagande mot en samhällsgaranti beträffande personer verksamma inom alternativmedicinen innebär självfallet inte att det saknas anledning att uppställa vissa grundläggande krav på dessa yrkesutövare. Tvärtom finns det flera viktiga kompetenskrav som det är önskvärt att dessa yrkesgrupper svarar upp mot. Ett sådant krav är att yrkesutövaren har förmåga att bedöma vilka sjukdomar och tillstånd han kan och får behandla, respektive vilka vårdsökande som bör rekommenderas att anlita läkare eller annan personal inom hälso- och sjukvården. Många frågor rörande utbildning, kontroll av kunskap och lämplighet bör emellertid kunna skötas av branschorganisationer

och på liknande sätt. Kommittén återkommer i avsnitt 9.5.8 till frågan om egenkontroll och självreglering.

Även om staten, enligt kommitténs uppfattning, inte bör lämna garantier beträffande alternativmedicinsk verksamhet måste det även fortsättningsvis finnas en reglering som anger vilka områden som bör vara förbehållna hälso- och sjukvårdspersonal. Denna fråga behandlar kommittén i avsnittet om begränsningar i rätten att vidta vissa hälso- och sjukvårdande åtgärder (avsnitt 13). I avsnitt 8.3.4 har kommittén diskuterat gränsdragningen mellan åliggandelagen och kvacksalverilagen.

Utgångspunkten för kommitténs fortsatta överväganden kring en kompletterande reglering är således att endast de yrkeskategorier som bedriver en verksamhet som kan påvisa någon form av vetenskaplig resultatdokumentation bör komma i fråga för en reglering.

9.5.6 Diskussion kring nya kompletterande regleringar

Kommittén har redan i det inledande avsnittet angett att en reglering som skall utgöra ett alternativ eller komplement till legitimationen bör innebära en förstärkning av patientsäkerheten. Patientsäkerheten kan, som kommittén tidigare konstaterat, påverkas på många olika sätt. Det kan bl.a. ske genom en förstärkning av statens tillsyn, genom krav på särskild behörighet för anställning samt olika former av kontroll av kompetens och personlig lämplighet. Även en reglering som syftar till att underlätta för patienter/klienter att välja adekvat och kompetent vårdgivare kan innebära en förstärkning av patientsäkerheten.

Ett viktigt inslag i diskussionerna kring en reglering av detta slag är möjligheten att utestänga mindre kompetenta eller av annan anledning olämpliga yrkesutövare. Det är väsentligt att klargöra om det finns ett uttalat behov av att skilja ut olämpliga yrkesutövare inom de yrkesområden som i dag faller utanför behörighetsregleringen. I vilken omfattning förekommer det att verksamhet inom hälso- och sjukvårdens område bedrivs av mindre kompetenta eller av annan anledning olämpliga yrkesutövare? Förekommer det att patienter/klienter skadas eller utsätts för risker under behandling av yrkesgrupper som i dag inte omfattas av någon behörighetsreglering eller egentlig tillsyn?

Kommittén har, som tidigare redovisats, vid hearingar sammanträffat med ett stort antal yrkesgrupper, främst sådana som i dag inte omfattas av några särskilda behörighetsbestämmelser. Det allmänna intryck som företrädarna för dessa yrkeskategorier lämnat är att det i stort sett inte förekommer någon direkt hälsovådlig verksamhet på området. Konkreta exempel på skadeverkningar som har sin grund i yrkesutövarens bristande kompetens har i princip lämnats endast av representanter för yrkeskategorierna arbetsterapeuter och dietister.

Som bekant omfattas redan arbetsterapeuterna av samhällets tillsyn. Också dietister i viss verksamhet omfattas av tillsynen. Måhända talar omständigheterna för att behovet av en reglering som gör det möjligt att skilja ut inkompetenta eller av annan anledning mindre lämpliga yrkesutövare inte är särskilt stort.

Även om hälsovådlig verksamhet inte förefaller vara särskilt vanligt förekommande har i stort sett samtliga yrkeskategorier som kommittén sammanträffat med pekat på de risker som är förknippade med en icke professionell yrkesutövning inom det egna verksamhetsområdet. De har också upplevt avsaknaden av en reglering som ett problem. Det kan exempelvis förekomma att en person med en veckoslutskurs i en terapi- eller behandlingsform är verksam inom ett område där det krävs betydligt längre utbildning och erfarenhet för att kunna tillhandahålla en god vård och behandling. Akupunktur kan ses som ett exempel på sådan verksamhet. Kommittén har tidigare anfört att de flesta former av statlig reglering utgör någon sorts garanti från samhällets sida. Denna omständighet kan i sin tur kräva möjlighet att skilja ut personer som inte motsvarar samhällets "garanti".

Utöver en förstärkning av patientsäkerheten bör också krävas att de yrken som kan komma i fråga för en kompletterande reglering inte är alltför få. Ett nytt regleringssystem kräver bl.a. relativt omfattande informationsinsatser och kan knappast vara något realistiskt alternativ om antalet reglerade yrken är alltför ringa.

Sverige har, sett i ett europeiskt perspektiv, förhållandevis få yrken som är reglerade. Om ett yrke är oreglerat i Sverige kan EU-medborgare i princip fritt etablera sig här och ge vård och behandling. För att Sverige skall kunna uppställa krav på kompetens etc. på andra EU-medborgare krävs, enligt de generella direktiven, att yrket är reglerat här i landet. Det är i det sammanhanget inte tillräckligt att utbildningen är reglerad, det krävs att yrket omfattas av en reglering. En lagstiftning som innebär att ytterligare yrken regleras medför således ökade möjligheter för Sverige att kontrollera yrkesutövare och uppställa krav på kompetens etc.

Bland de yrken som enligt kommitténs förslag inte kommer att omfattas av legitimationsbestämmelserna finns verksamheter som i och för sig innebär risker från patientsynpunkt och där yrkesutövaren har en mer eller mindre självständig yrkesroll. I många fall verkar yrkesutövarna också utanför den offentliga hälso- och sjukvården. Här kan man peka på yrkeskategorierna akupunktörer, audionomer, biomedicinska analytiker, cytologassistenter, dietister, icke legitimerade kiropraktorer och osteopater.

Kommittén har främst diskuterat tre olika system som komplement till bestämmelserna om legitimation:

a) En reglering i form av skyddade yrkestitlar.

b) Ett frivilligt registreringsförfarande förenat med vissa rättsverkningar.
c) Ett obligatoriskt anmälningsförfarande, eventuellt förenat med vissa rättsverkningar.

En reglering i form av skyddade yrkestitlar, *modell a)*, skulle ge ensamrätt till de yrkestitlar som omfattades av regleringen. Endast personer med viss angiven utbildning skulle ha rätt att använda yrkestiteln. Yrkesutövare som i sin verksamhet på hälso- och sjukvårdens område använder en skyddad yrkestitel skulle i sin verksamhet stå under samhällets tillsyn.

Ett anmälningsförfarande enligt *modell b)*, dvs. ett frivilligt registreringsförfarande förenat med vissa rättsverkningar (dock inte någon exklusiv rätt att använda en viss titel) är en annan kompletterande reglering som kommittén diskuterat. För registrering skulle vissa krav uppställas beträffande framför allt utbildning och eventuellt också praktik. De yrkesutövare som registrerades skulle genom registreringen ställas under samhällets tillsyn. Registreringen skulle således vara en förutsättning för tillsyn, vilket samtidigt skulle göra det möjligt för de yrkesutövare som så önskade att ställa sig utanför samhällets tillsyn. Eftersom ett registreringsförfarande av här angivet slag inte skulle vara kopplat till någon exklusiv rätt att använda en särskild titel eller yrkesbeteckning skulle systemet inte ge någon möjlighet att ta ifrån en yrkesutövare rätten att använda en viss titel. Däremot skulle regleringen kunna innebära att en uppenbart olämplig yrkesutövare förlorade rätten att vara registrerad. Systemets nackdel kan därmed sägas ligga i det förhållandet att den som missköter sig och verkligen skulle behöva kontrolleras av samhället kommer att hamna utanför tillsynen. Är den verksamhet som bedrivs direkt hälsovådlig har dock samhället andra möjligheter att ingripa. Exempel på registrering som ett alternativ till legitimation/auktorisation kan bl.a. hämtas från Storbritannien som registrerar osteopater i ett särskilt register.

Ett obligatoriskt anmälningsförfarande, eventuellt kombinerat med vissa rättsverkningar enligt *modell c)*, skulle kunna vara ett alternativ till de två regleringsformer som skisserats under a) och b). Anmälningsförfarandet skulle kunna utformas på sådant sätt att en anmälan till Socialstyrelsen måste göras innan en viss i lag angiven (i dag oreglerad) verksamhet startades. Den verksamhet som anmälts skulle stå under samhällets tillsyn. Man skulle självfallet också kunna tänka sig att det blev frågan om en individtillsyn och att den yrkesutövare som uppgivits i anmälan ställdes under tillsyn. Ett sådant anmälningsförfarande kunde underlätta samhällets tillsyn, men skulle inte innebära någon garanti för att en yrkesutövare besitter erforderlig kompetens. Med ett obligatoriskt anmälningsförfarande torde det heller inte vara möjligt att med anledning av misskötsamhet avföra någon

från anmälningsregisteret. Däremot borde det i ett sådant system finnas andra möjligheter att ingripa mot uppenbart olämpliga yrkesutövare, exempelvis genom utdömande av vissa disciplinpåföljder eller möjlighet att vid vite förbjuda någon att utöva viss verksamhet. Den nya lagen om tillsyn över hälso- och sjukvården (prop. 1995/96:176) innehåller krav på anmälan av verksamhet som omfattas av Socialstyrelsens tillsyn enligt lagen.

Kommittén har tagit ställning för modell a), dvs. en reglering i form av skyddade yrkestitlar. Förslaget utvecklas närmare i det följande avsnittet.

9.5.7 Kommitténs förslag om skyddade yrkestitlar

Behörighetslagen ger i dag de legitimerade yrkesutövarna ett skydd för yrkesbeteckningen, dvs. yrkestiteln i kombination med beteckningen legitimerad och i vissa fall även för yrkestiteln (se 9 §). Genom legitimationen blir de också hälso- och sjukvårdspersonal. Kommittén föreslår att ett motsvarande skydd införs för vissa i lag uppräknade yrkesgrupper. Rätten att använda en yrkestitel knyts till ett visst examens- eller kompetensbevis och endast personer med föreskriven kompetens får använda den skyddade yrkestiteln. Yrkestiteln kommer därmed att utgöra en form av varudeklaration gentemot patienterna.

Skyddet för yrkestiteln innefattar inte någon exklusiv rätt att utöva yrket, utan endast en ensamrätt till de yrkestitlar som omfattas av den nya regleringen. Kommitténs förslag innebär vidare att de yrkesutövare som erhåller ensamrätt till en yrkestitel räknas som hälso- och sjukvårdspersonal om de i sin verksamhet på hälso- och sjukvårdens område använder en skyddad yrkestitel. De ställs därmed under samhällets tillsyn. Bedömningen av om en person har rätt att använda en skyddad yrkestitel skall enligt förslaget grundas på en granskning av om yrkesutövaren uppfyller kraven såvitt avser utbildning etc.

Personer som biträder en yrkesverksam med skyddad yrkestitel räknas inte härigenom automatiskt som hälso- och sjukvårdspersonal, såsom fallet är när någon biträder en legitimerad yrkesutövare.

Genom att de nu aktuella yrkesutövarna blir hälso- och sjukvårdspersonal när de använder den skyddade yrkestiteln ställs de, som nyss angetts, under samhällets tillsyn. De kan därigenom erhålla de disciplinära påföljderna erinran och varning. Kommittén har övervägt en reglering där det även är möjligt för samhället att ta i från en sådan yrkesutövare yrkestiteln om han eller hon missköter sig, på samma sätt som i dag gäller för legitimerade yrkesutövare. Kommittén har dock ansett att det inte finns behov av en så ingripande påföljd när det gäller de yrkesutövare som kommer att omfattas av denna kompletterande reglering.

Som kommittén konstaterat i näst sista stycket i avsnitt 9.4 gäller det nuvarande skyddet av yrkestitlar endast för verksamhet inom hälso- och sjukvården. Det nu föreslagna titelskyddet bör få samma omfattning, vilket innebär att skyddet för yrkestiteln gäller endast inom hälso- och sjukvården. Således är det inte straffbart enligt den föreslagna regleringen att använda en skyddad yrkestitel inom privatlivet eller i sammanhang som inte har anknytning till hälso- och sjukvården.

Kommittén har diskuterat om personer med skyddad yrkestitel borde registreras i ett centralt register. Detta för att underlätta tillsynen, men också för att underlätta för patienter/klienter att bilda sig en uppfattning om kompetensen hos en viss yrkesutövare. Kommittén har emellertid velat skapa ett system som ger ett visst skydd för patienterna utan att för den skull kräva alltför stora administrativa insatser från samhällets sida. Något register över personer med skyddad yrkestitel, som exempelvis finns i Finland, bör därför enligt kommitténs uppfattning f.n. inte upprättas.

Förslaget om en exklusiv rätt att använda vissa yrkestitlar kräver övergångsbestämmelser som tillgodoser personer med äldre utbildningar och yrkesutövare som under lång tid använt den yrkestitel som skyddas. Kommittén har emellertid inte utarbetat några övergångsbestämmelser.

I överensstämmelse med vad kommittén konstaterat i avsnitt 9.4 måste det vara möjligt för en yrkesutövare som avlagt en yrkesexamen att ange denna, även om yrkesutövaren inte har rätt att använda den skyddade yrkestitel som en liknande yrkesexamen leder till. Kommittén återkommer i avsnitt 10 till vilka yrkestitlar som bör skyddas.

Även om yrkesutövare med skyddad yrkestitel enligt kommitténs förslag inte har någon exklusiv rätt att utöva ett visst yrke skulle man kunna diskutera om en yrkesutövare med skyddad yrkestitel bör ha större behörighet än de yrkesutövare som helt faller utanför en behörighetsreglering. Kommittén har inte funnit att det för närvarande finns ett uttalat behov av ett så differentierat system. Hälso- och sjukvården är emellertid, som kommittén konstaterat i andra sammanhang, stadd i ständig förändring. Nya arbetsuppgifter och yrkeskategorier växer fram. Systemet med skyddade yrkestitlar kan sägas vara flexibelt genom att det enbart genom ett tillägg i uppräkningen av vilka yrkestitlar som är skyddade är möjligt att skydda ytterligare yrkestitlar och därmed ställa ytterligare yrkeskategorier under samhällets tillsyn. Skulle det i framtiden finnas behov av en differentiering som exempelvis innefattar större befogenheter för vissa yrkeskategorier kan sådana bestämmelser relativt enkelt knytas till den eller de skyddade yrkestitlar som avses.

Den föreslagna regleringen innebär en förstärkning av patientsäkerheten. Fler yrkesutövare ställs under samhällets tillsyn. Regleringen underlättar också för vårdsökande att välja adekvat och kompetent vårdgivare. Den verksamhet i form av tillsyn och administration av dispensansökningar som systemet medför torde inte bli mera omfattande än att den ryms inom Socialstyrelsens nuvarande budgetramar.

Övriga frågor

Den fråga som naturligt inställer sig vid diskussioner kring en ny kompletterande reglering är i vad mån den nya regleringen skall innefatta även bestämmelser som i dag gäller för legitimerad personal och/eller annan personal inom hälso- och sjukvården.

När en skada inträffat inom hälso- och sjukvården är det för den drabbade i regel av stor betydelse om vårdgivaren tecknat en *patientförsäkring*. För vissa av de yrkeskategorier som skulle kunna komma i fråga för en kompletterande reglering skulle man mycket väl kunna tänka sig en skyldighet att inneha patientförsäkring. Eftersom kommittén inte diskuterar någon reglering av verksamhet som faller utanför skolmedicinen torde en sådan skyldighet att hålla försäkring inte föranleda några problem. Enligt den nya patientskadelag som träder i kraft den 1 januari 1997 (SFS 1996:799) är både offentliga och privata vårdgivare skyldiga att ha en patientförsäkring. Lagen omfattar skador som uppkommit i samband med hälso- och sjukvård i Sverige. Med hälso- och sjukvård avses i lagen sådan verksamhet som omfattas av hälso- och sjukvårdslagen eller tandvårdslagen, annan liknande medicinsk verksamhet samt verksamhet inom detaljhandeln med läkemedel, allt under förutsättning att det är fråga om verksamhet som utövas av personal som omfattas av åliggandelagen (se 5 § patientskadelagen).

Möjligheterna till *disciplinpåföljd* har berörts i det föregående. Enligt kommitténs uppfattning bör de yrkeskategorier som ingår i en kompletterande reglering så långt möjligt omfattas av samma disciplinära bestämmelser som de i dag reglerade yrkeskategorierna. Genom att personer med skyddad yrkestitel räknas som hälso- och sjukvårdspersonal kommer de också att omfattas av de disciplinära bestämmelser som gäller för sådan personal. Enligt kommitténs mening får dessa disciplinära åtgärder anses vara tillräckliga. Någon förslag med möjlighet att ta i från en yrkesutövare som använder en skyddad yrkestitel rätten härtill innehåller kommitténs förslag således inte.

Journalföringsplikten är en viktig fråga inom vården. Journalföringen kan underlätta kontroll av och ingripanden mot oskickliga yrkes-

utövare och får därmed stor betydelse för arbetet med att stärka patientsäkerheten. Skyldighet att föra patientjournal åvilar inte all hälso- och sjukvårdspersonal (se 9 § patientjournallagen). Hälsodatakommittén har i sitt betänkande (SOU 1995:95) Hälsodataregister Vårdregister föreslagit att personregister som inrättas och förs för patientjournalföring enligt patientjournallagen och vissa andra personregister inom vården bör författningsregleras. Enligt förslaget skall dock denna reglering inte omfatta personregister som används inom verksamhet som avses i kvacksalverilagen (bet. s. 154). Enligt vår kommittés uppfattning måste en avvägning av om det finns anledning att föreskriva journalföringsplikt göras för varje yrkesgrupp för sig. Några sådana avvägningar har det emellertid inte funnits utrymme för inom ramen för kommitténs arbete.

En annan viktig fråga är vilka yrkesutövare som bör åläggas en skyldighet att rapportera skador och skaderisker enligt nuvarande förordningen (1982:772) om skyldighet att anmäla vissa allvarliga skador m.m. i hälso- och sjukvården (*lex Maria*). Den nuvarande anmälningsskyldigheten omfattar vård, behandling eller undersökning som lämnas inom den offentliga hälso- och sjukvården eller inom annan hälso- och sjukvård som en legitimerad yrkesutövare svarar för.

Genom prop. 1995/96:176 införs från och med den 1 januari 1997 en ny bestämmelse 7 a § i åliggandelagen med innebörd att den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen blir skyldig att rapportera till vårdgivaren om en patient i samband med vård, behandling eller undersökning drabbats av eller utsatts för risk att drabbas av allvarlig skada eller sjukdom. Paragrafen är ett komplement till bestämmelsen i den nya tillsynslagens 5 § som anger att sådana incidenter skall anmälas av vårdgivaren till Socialstyrelsen. Dessa bestämmelser ersätter förordningen (lex Maria) (se prop. 1995/96:176 s. 105). Dessa nya bestämmelser gäller oberoende av i vilken driftform vården ges. Genom kommitténs förslag till utvidgning av begreppet hälso- och sjukvårdspersonal kommer den nu angivna anmälningsskyldigheten att omfatta även de av kommittén i detta avsnitt och avsnitt 9.5.2 diskuterade yrkesutövarna.

Mervärdesskatten är en annan för yrkesutövare och patienter väsentlig fråga. De yrkesutövare som berörs är de som arbetar enskilt och som inte är legitimerade eller arbetar hos någon som är legitimerad. Mervärdesskatteplikten skulle självfallet kunna knytas till en kompletterande reglering. Exempelvis skulle samtliga eller vissa av de yrkesgrupper som omfattades av en kompletterande reglering kunna befrias från mervärdesskatteplikt. Kommittén återkommer i avsnitt 16 till frågor om mervärdesskatt.

9.5.8 Egenkontroll och självreglering

Den yrkesverksamhet eller metodik som inte passar in i någon av de ovannämnda regleringarna/kontrollerna kan ändå få en viss kvalitetsstämpel. Många yrkesorganisationer har egen kursverksamhet och särskilda krav beträffande utbildning och etik vid antagning av nya medlemmar. Några förbund har också en egen auktorisation av medlemmar. Exempel på internreglering av olika vidareutbildningar finns också. I övriga Europa är det vanligt förekommande att yrkesförbunden sköter kontrollen och auktorisationen av de egna medlemmarna.

Sveriges Psykologförbund utfärdar specialistbehörighet för psykologer enligt en särskild specialistordning. Basen i de kvalifikationskrav som uppställs utgörs av psykologexamen med psykologlegitimation. Därutöver krävs fem års yrkesverksamhet, varav tre år inom sökt specialistområde. Specialistbehörighet utfärdas inom områdena arbetslivets psykologi, klinisk psykologi, neuropsykologi och pedagogisk psykologi. Fördjupning kan ske inom vissa funktioner.

Svensk förening för medicinsk teknik och fysik, en sektion inom Svenska Läkaresällskapet, har på eget initiativ etablerat ett certifieringsförfarande i två nivåer, certifiering av medicinska civilingenjörer och medicinska ingenjörer. För certifiering uppställs krav på både grundutbildning och kvalificerad yrkesverksamhet. Certifieringen utförs av en kommitté som utses av Svensk förening för medicinsk teknik och fysik. Avsikten med certifieringssystemet uppges vara att säkerställa att sjukvården har tillräckligt kompetent teknisk sakkunskap.

Legitimerade Sjukgymnasters Riksförbund har genom sitt vetenskapliga råd fastställt 16 olika specialistkompetensområden i sjukgymnastik. Som exempel på sådana specialistkompetensområden kan nämnas ergonomi, gerontologi och geriatrik, habilitering samt idrottsmedicin. Socialstyrelsen håller för närvarande på att utarbeta allmänna råd om kompetenskrav för sjukgymnaster, liknande dem som under våren 1996 antogs för sjuksköterskor.

Kommittén anser att de exemplifierade verksamheterna med certifiering och självreglering av specialistkompetens kan ha ett värde i sig som komplement till samhällets reglering. Sådan verksamhet underlättar för vårdtagarna att söka rätt kompetens.

Inom alternativmedicinen finns också exempel på självreglering/-kontroll. *Kommittén för Alternativ Medicin (KAM)* är en organisation som skapat en egen auktorisationsverksamhet. För auktorisation på olika nivåer uppställs krav på viss utbildning. Medlemmar som missköter sig kan bli desauktoriserade och eventuellt uteslutna ur förbundet.

Genom denna och liknande verksamheter kan olika branschorganisationer sörja för en sanering och utmönstring av olämpliga yrkesutövare. För att en sådan egenkontroll skall få genomslag krävs givetvis att organisationen når ut med sin information till aktuella och blivande patienter.

9.6 Behovet av en fast övre åldersgräns

Inledning

I kommitténs direktiv anges att behovet av en fast övre åldersgräns för giltigheten av legitimation bör diskuteras. Frågan tas i direktiven upp i samband med en kort diskussion om återkallelse av legitimation eller annat kompetensbevis. En avvägning bör, uttalas i direktiven, ske mellan patienternas intresse av säkerhet i vården och den legitimerade yrkesutövarens rättssäkerhet.

Socialstyrelsen har genomfört en begränsad studie av äldre läkares och tandläkares yrkesutövning. Studien redovisas nedan. Den 1 januari 1996 trädde nya regler om läkarvårdsersättning och ersättning för sjukgymnastik i kraft. Bestämmelserna innebär förändringar vad gäller privatpraktiserande läkares och sjukgymnasters möjligheter att erhålla ersättning efter 65 års ålder. Den nya lagstiftningen behandlas i detta avsnitt. Här finns också en kort beskrivning av de norska bestämmelserna för bl.a. läkare över 75 år. Sist i avsnittet redovisar kommittén sina ställningstaganden i frågan om en fast övre åldersgräns för legitimerad personal.

Socialstyrelsens studie

Socialstyrelsens regionala tillsynsenheter i Umeå, Örebro, Stockholm, Jönköping och Malmö genomförde under 1992 en studie av yrkesverksamma läkare och tandläkare över 70 år. Resultatet av studien redovisades i maj 1993 i rapporten *Äldre privatpraktiserande läkare och tandläkare En studie av 49 läkare och 20 tandläkare äldre än 70 år.*

Enligt de ursprungliga planerna skulle personal från de regionala tillsynsenheterna besöka alla yrkesverksamma läkare och tandläkare födda 1921 eller tidigare. Den nedre åldersgränsen för de läkare som besöktes kom i Stockholms- och Malmöregionerna att höjas till 75 år och i Stockholm kom denna åldersgräns att gälla även för tandläkare.

Det första urvalet togs fram genom Socialstyrelsens register över hälso- och sjukvårdspersonal (det s.k. HOSP). Genom jämförelser med andra register föll ett stort antal läkare och tandläkare bort eftersom det framstod som sannolikt att de inte var yrkesverksamma.

Återstående läkare och tandläkare erhöll en enkät med begäran om beskrivning av sin yrkesverksamhet. Med ledning av enkätsvaren gallrades ytterligare ett antal personer bort eftersom de upphört eller planerade att upphöra med sin verksamhet. Därefter kvarstod 118 läkare och 27 tandläkare. Beslut om att avstå från att besöka någon yrkesutövare fattades självständigt av respektive tillsynsenhet och motiverades i regel med att man på annat sätt skaffat sig kännedom om verksamheten och uppfattade dess kvalitet som tillfredsställande. Resultatet blev att besök genomfördes hos 49 läkare och 20 tandläkare.

Medelåldern hos de besökta läkarna och tandläkarna kom genom åldersurvalet att bli 78 år. Summan av patientbesök som de besökta läkarna uppgav sig ha per år uppgick till 61.000, motsvarande ungefär 1.200 besök per läkare varje år. Tandläkargruppens sammanlagda patientbesök uppgavs till 11.000 per år, motsvarande 550 besök per tandläkare varje år. Flertalet av de besökta läkarna hade en verksamhet av rent allmänmedicinsk karaktär. Deras patienter var till största delen äldre personer som hade haft kontakt med läkaren sedan många år. Hos 13 läkare fann Socialstyrelsen skäl till kritik mot verksamhetens yttre förutsättningar. Högst standard fanns hos flerläkarmottagningar och läkargrupper. Hälften av de besökta tandläkarmottagningarna var helt modernt utrustade och endast tre kunde betecknas som mer eller mindre föråldrade.

Socialstyrelsens åtgärder i anledning av studien blev bl.a. att två läkare anmäldes till HSAN, i det ena fallet med yrkande om delegitimation, i det andra med yrkande om inskränkning i rätten att förskriva narkotiska läkemedel. Två läkare fick påpekanden om bristande hygien vid mottagningen. I sex fall har styrelsen muntligen rekommenderat vederbörande att upphöra med sin verksamhet. Styrelsen planerar att följa upp 18 av de besökta läkarnas verksamhet. En tandläkare anmäldes till HSAN för allvarliga brister i journalföringen och för att han utfört kliniskt omotiverade behandlingar. En annan tandläkare skulle komma att bli föremål för ny inspektion med anledning av mottagningens bristfälliga ordning och hygien.

Den urvalsmetod som i praktiken kom att tillämpas vid genomförandet av inventeringen innebar att den äldsta åldersgruppen blev kraftigt överrepresenterad bland dem som besöktes, samtidigt som ett antal läkare inte besöktes därför att det ansågs styrkt att de bedrev en verksamhet av god kvalitet. Resultatet kan därför inte sägas vara representativt för hela kategorin äldre läkare och tandläkare. Det antal läkare och tandläkare som besöktes var också förhållandevis lågt.

Enligt Socialstyrelsens uppfattning kan undersökningsresultatet inte användas för något ställningstagande beträffande en övre åldersgräns för legitimation. I rapporten konstaterar emellertid Socialstyrelsen att

det antal observationer rörande bristande kvalitet hos mottagningslokaler och verksamhet som gjordes vid besöken även utslaget på hela gruppen av yrkesverksamma läkare och tandläkare över 70 år indikerade behovet av fortsatt tillsyn riktad speciellt mot dessa kategorier.

HSAN - anmälningar

Antalet anmälningar till HSAN uppgick under verksamhetsåret 1994/95 till 2.352. Av dessa avsåg omkring 80 procent läkare. Anmälningarna mot tandläkare svarade för mellan fem och tio procent medan resterande del av anmälningarna främst avsåg sjuksköterskor och barnmorskor.

En studie av de 1.000 först inkomna anmälningarna mot läkare under kalenderåret 1995 ger vid handen att tjugo anmälningar hänför sig till läkare födda mellan 1925 och 1930. Sex anmälningar avser läkare födda före 1925.

Lagstiftning om begränsad ersättning

Nya regler om läkarvårdsersättning (d.v.s. ersättningar till läkare i privat verksamhet i primärvården och den öppna hälso- och sjukvården i övrigt) gäller från den 1 januari 1996. Bestämmelserna innebär bl.a. att läkarvårdsersättning inte lämnas till en läkare som vid vårdtillfället har fyllt 65 år (se 9 § andra stycket *lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning*). Förändringen innebär emellertid inte att möjligheterna för läkare över 65 år att erhålla läkarvårdsersättning är uttömda. Lagen erbjuder en möjlighet för läkare i privat verksamhet och landstinget att teckna ett särskilt vårdavtal. Tecknas ett vårdavtal gäller detta i stället för lagen om läkarvårdsersättning och läkaren erhåller ersättning från landstinget på de villkor och enligt de grunder som landstinget och läkaren kommit överens om (5 § andra stycket). Övergångsbestämmelser ger de läkare som under 1995 uppnått 65 års ålder rätt till ersättning till utgången av 1996.

Motsvarande bestämmelser om åldersgräns har samtidigt införts avseende ersättningar till sjukgymnast i privat verksamhet i den öppna hälso- och sjukvården (se 9 § andra stycket *lagen (1993:1652) om ersättning för sjukgymnastik*). Liksom beträffande läkare är det möjligt för privatpraktiserande sjukgymnaster över 65 år att genom vårdavtal bli berättigade till ersättning från landstinget (5 § tredje stycket).

När det gäller tandläkare och tandhygienister fanns tidigare ett förslag med motsvarande åldersbegränsningar i fråga om den offentliga finansieringen av tandvården. Propositionen återkallades under 1996.

I den proposition som föregick ändringarna i lagen om läkarvårdsersättning uttalades (prop. 1994/95:195 s. 68), att åldersgränsen inte har någon inverkan på legitimationen och i sig inte förhindrar en privat vårdgivare att fortsätta sin verksamhet. Verksamheten kan fortsätta med offentlig finansiering om vårdavtal med sjukvårdshuvudmannen träffas eller drivas enbart med patientintäkten som finansieringskälla. Flera skäl talar enligt regeringens mening för införandet av en åldersgräns för läkare och sjukgymnaster i lagen om läkarvårdsersättning respektive lagen om ersättning för sjukgymnastik. Ett av dessa är att en sådan åldersgräns, för närvarande 65 år, finns för offentliganställda läkare och sjukgymnaster. De offentliganställda kan dock behålla sin anställning i ytterligare två år om huvudmannen lämnar sitt godkännande av detta. På motsvarande sätt bör landstingen, enligt uttalanden i propositionen, pröva de privatpraktiserande vårdgivarnas möjligheter att fortsätta sin verksamhet i ytterligare två år med offentlig finansiering genom vårdavtal. Ett sådant kan utsträckas ytterligare.

Ytterligare skäl som, enligt vad regeringen anför i propositionen, talar för en åldersgräns i fråga om ersättningarna är landstingens behov av att kunna bedöma avgångar från hälso- och sjukvårdsverksamhet i privat regi i samband med planeringen av läkarnas specialistutbildning. Regeringen erinrar också om den principiella inställning som riksdagen tagit i fråga om rätten att kvarstå i arbete efter 65 års ålder mot bakgrund av regeringens förslag i prop. 1993/94:250 *Reformering av det allmänna pensionssystemet*. Denna innebär att arbetstagare genom tvingande lagstiftning avses få rätt att kvarstå i arbete till 67 års ålder och att detta skall vara genomfört till 1998. Om avtal med sådant innehåll träffats dessförinnan mellan arbetsmarknadens parter behövs dock ingen lagreglering.

Patienternas behov bör ägnas särskild uppmärksamhet när frågor om verksamhet genom vårdavtal till följd av införandet av åldersgräns diskuteras mellan parterna framhålls det i prop. 1994/95:195 s. 69. För vissa patienter med kroniska eller långvariga sjukdomar som kräver långvarig behandling och där behovet av kontinuitet är stort, t.ex. vid psykoanalys, är det särskilt viktigt att så sker. Vissa privata vårdgivare som under de närmaste åren fyller 65 år kan ha gjort betydande investeringar de senaste åren i sin verksamhet som inte är avskrivna. Regeringen förutsätter att landstingen, i de fall de inte vill teckna vårdavtal, lämnar skälig ersättning för dessa investeringar.

Under utskottsbehandlingen (bet. 1994/95:SoU24 s. 60 f) reserverade sig moderaterna, kds och folkpartiet mot införandet av en åldersgräns.

Förslag om receptregister

HSU 2000 har i sitt delbetänkande (SOU 1995:122) Reform på recept föreslagit att ett nytt receptregister för apoteken skall inrättas. Registret skall enligt förslaget innehålla alla förskrivningar av läkemedel och andra artiklar som omfattas av det s.k. högkostnadsskyddet. Registret skall bl.a. användas för att kontrollera all receptförskrivning. Förslaget har remissbehandlats och bereds för närvarande inom regeringskansliet.

Norge

Ett närliggande exempel på bestämmelser om åldersgränser för legitimerad personal finns i Norge. Den norska legeloven innehåller bestämmelser om att auktorisation och licens upphör att gälla när läkaren fyller 75 år. Det finns dock möjlighet för läkare att få tidsbegränsad licens även efter fyllda 75 år. Motsvarande regler finns för tandläkare och barnmorskor. En läkare som fyllt 75 år kan ges licens maximalt för tre år åt gången till dess han fyller 80 år. Efter 80 års ålder kan licens ges för två år åt gången.

Statens helsetilsyn ändrade under 1995 sin praxis när det gäller hanteringen av licensfrågan. Vid ansökan om licens skall ett läkarintyg bifogas som ger en värdering av sökandens psykiska och fysiska hälsa, bl.a. syn och hörsel och med speciell inriktning på den verksamhet som bedrivs. En offentlig läkare skall uttala sig om läkarens lämplighet för fortsatt tjänstgöring. Läkare kan ansöka antingen om full eller begränsad licens. Begränsad licens kan ges för att driva verksamhet av mindre omfång. Både vid full och begränsad licens uppställs krav på uppdatering inom fackområdet. Sökanden måste dokumentera sina kunskaper. Begränsad licens innebär bl.a. att läkaren inte har förskrivningsrätt för alla läkemedelstyper.

Vid licensprövningen görs en bedömning av sökandens samlade kvalifikationer och hälsotillstånd i förhållande till den läkarverksamhet som ansökan avser. Vid bedömningen tas inte hänsyn till läkartäckningen på orten eller efterfrågan på viss läkarspecialitet.

Bestämmelserna om åldersgräns har i första hand tillkommit för att skydda patienterna. Vid licensprövningen granskas särskilt läkarens förskrivningspraxis av narkotiska och vanebildande läkemedel. Ett villkor för att licens skall kunna beviljas är att sökanden samtycker till att både den offentlige läkaren och den läkare som undertecknat läkarintyget lämnar upplysningar till tillsynsmyndigheten.

Kommitténs ställningstagande

I den nuvarande behörighetsregleringen för hälso- och sjukvården finns inga begränsningar som hänför sig till yrkesutövarnas ålder. Omsorgen om patienternas säkerhet i vården har, liksom i frågan om legitimation och annan behörighetsreglering, varit en viktig utgångspunkt vid kommitténs överväganden om en fast övre åldersgräns. Patienterna måste kunna ställa krav på att legitimationen, oavsett yrkesutövarens ålder, så långt det är möjligt utgör en garanti för vårdens kvalitet. Obestridligen kan det i många fall vara förenat med vissa svårigheter för en yrkesutövare, som har en äldre grundutbildning, att vidareutbilda sig i en hälso- och sjukvård stadd i ständig förändring och utveckling.

Den studie av läkare och tandläkare över 70 år som Socialstyrelsen företagit är begränsad till sin omfattning och enligt Socialstyrelsens uppfattning kan undersökningsresultatet inte användas för något ställningstagande beträffande en övre åldersgräns för legitimation. Någon mera omfattande undersökning av äldre legitimerade yrkesutövares verksamhet har, såvitt kommittén känner till, inte genomförts i landet. Även om det därför är svårt att direkt visa på de risker som kan vara förknippade med yrkesverksamhet i hög ålder inom legitimationsyrkena, anser kommittén, liksom Socialstyrelsen, att en riktad tillsyn mot äldre yrkesutövare inom hälso- och sjukvården vore värdefull.

Uppgifter om antalet yrkesverksamma legitimerade personer över 65 år inom andra yrkeskategorier i hälso- och sjukvården än läkare och tandläkare saknas. Det finns dock, enligt kommitténs uppfattning, skäl att anta att läkarna svarar för den övervägande delen av den vård som lämnas av yrkesverksamma legitimerade personer över 65 år.

För en övre åldersgräns talar således patienternas berättigade krav på att legitimationen alltid, oavsett yrkesutövarens ålder, skall utgöra en garanti för vårdens kvalitet. Mot en övre åldersgräns talar bl.a. behovet av en kontinuitet i vården. För patienterna är det ofta betydelsefullt att slippa läkarbyten. Särskilt vid långvariga sjukdomar och inom psykiatrin kan detta, vilket också framhölls i propositionen 1994/95:195, vara av stort värde. Möjligheten att ta tillvara värdefull kompetens hos äldre legitimerade yrkesutövare är ett annat argument mot en fast övre åldersgräns.

Vid sina överväganden kring behovet av en fast övre åldersgräns har kommittén särskilt beaktat de ovan refererade bestämmelserna om läkarvårdsersättning och ersättning för sjukgymnastik. De nya bestämmelserna ger kommunerna och landstingen möjlighet att i samband med avtal om fortsatt verksamhet i varje enskilt fall göra en bedömning av behovet av fortsatt verksamhet och kvaliteten på den

verksamhet som bedrivs. Ersättningsbestämmelserna torde därmed komma att medföra en ökad kontroll av äldre personers yrkesverksamhet. Följs intentionerna i lagstiftningen får läkare möjlighet att erhålla ersättning för gjorda investeringar som inte är avskrivna. Därmed tillgodoses läkarnas rättssäkerhet i ekonomiskt hänseende såvitt avser gjorda investeringar. Övergångsbestämmelserna är också ägnade att i viss mån skapa en successiv övergång till det nya systemet. De nya reglerna hindrar inte att legitimerad personal bedriver verksamhet finansierad enbart genom patientavgifter. I de fall patienterna svarar för hela kostnaden av vården kan det dock måhända hävdas att patienternas valfrihet bör väga tyngre än samhällets intresse av kontroll.

Även förslaget om ett receptregister har haft betydelse för kommitténs ställningstaganden. Ett receptregister av föreslagen modell skulle underlätta kontrollen av äldre läkares (och andras) receptförskrivning och ge möjlighet till snabba ingripanden vid missbruk av förskrivningsrätten.

Den svårighet som det innebär för äldre yrkesutövare att följa med i den snabba utvecklingen inom hälso- och sjukvården måste, enligt kommitténs uppfattning, i en del fall ha betydelse för patientsäkerheten. Av detta skäl har kommittén övervägt förslag om en övre åldersgräns. Emellertid anser kommittén att det, bl.a. med tanke på de nya ersättningsreglerna och förslaget om receptregister, för närvarande inte finns något uttalat behov av att införa bestämmelser om en fast övre åldersgräns för legitimation eller yrkesutövning eller andra restriktioner av äldre legitimerade personers yrkesverksamhet. Kommittén vill dock betona att det är viktigt att följa utvecklingen och utvärdera ny lagstiftning.

10 Behörighetsreglering för vissa yrkesgrupper m.m.

Sammanfattning

Kommittén föreslår att fyra nya yrkeskategorier skall omfattas av bestämmelserna om *legitimation*: Apotekare och receptarier (farmaceuter) samt arbetsterapeuter och sjukhusfysiker. Apotekare och receptarier föreslås erhålla ensamrätt till yrket genom legitimationen i stället för som i dag genom examensbeviset. Vad gäller sjukhusfysikerna förordar kommittén också en reglering av utbildningen i högskoleförordningen och en yrkesexamen som sjukhusfysiker. Därutöver föreslår kommittén i avsnitt 6 att röntgensjuksköterskor erhåller en särskild legitimation.

Kommittén har i avsnitt 9 föreslagit att huvuddelen av de yrkeskategorier som omfattas av bestämmelserna om legitimation också erhåller skydd för sin yrkestitel. I avsnitt 9 har kommittén vidare föreslagit en ny kompletterande reglering om skyddade yrkestitlar för vissa yrkesgrupper som inte omfattas av legitimationsbestämmelserna. Fyra yrkeskategorier blir aktuella för den nya föreslagna regleringen om *skyddad yrkestitel*: Audionomer, biomedicinska analytiker, dietister och ortopedingenjörer.

När det gäller den medicinska fotvården anser kommittén att det kan finnas skäl att reglera denna exempelvis genom bestämmelser om skyddad yrkestitel, men att sådana överväganden bör anstå till dess utbildningen inom området byggts ut och reglerats.

Beträffande övriga yrkeskategorier som kommittén diskuterar i avsnittet lämnas inte några förslag till ny behörighetsreglering.

10.1 Inledning

Kommittén kan konstatera att de yrken som i dag omfattas av bestämmelserna om legitimation huvudsakligen uppfyller flertalet av de i förra avsnittet angivna kriterierna eller bedömningsgrunderna,

antingen så tillvida att de omfattas av dem eller att de väl uppfyller de krav som dessa anger. Vad gäller de senast legitimerade yrkesgrupperna, dvs. vissa i utlandet utbildade kiropraktorer samt naprapater, diskuterar kommittén deras verksamhet särskilt i avsnitt 11.

Ett stort antal yrkesgrupper har till kommittén uttryckt önskemål om att bli legitimerade. Kommittén har utifrån de principiella ståndpunkter som vi redovisat i föregående avsnitt övervägt behovet av en utvidgning av gruppen legitimerade yrkesutövare inom hälso- och sjukvården. Kommittén har därvid kommit till slutsatsen att det endast är några enstaka yrkesgrupper som det nu är aktuellt att överväga en reglering för genom legitimation. Vi har därutöver konstaterat att för några yrkesgrupper räcker det med vissa andra åtgärder för att en tillfredsställande samhällelig kontroll skall kunna upprätthållas. De krav som bör ställas på legitimerade yrkesgrupper har redovisats i föregående kapitel.

I avsnitt 10.2 redovisar kommittén vilka nya yrkesgrupper som bör komma i fråga för legitimation. Vilka yrkesgrupper som bör omfattas av de föreslagna bestämmelserna om skyddad yrkestitel redovisas under avsnitt 10.3. I avsnitt 10.4 tar kommittén upp ytterligare ett antal yrkesgrupper, dock utan att lämna förslag till ny reglering beträffande dessa.

10.2 Förslag om legitimation

10.2.1 Arbetsterapeuter

Vad gäller arbetsterapeuterna utgör de en yrkesgrupp som redan vid tillkomsten av nuvarande behörighetslagstiftning var föremål för särskild uppmärksamhet. 1981 års behörighetskommitté ansåg att deras verksamhet låg nära sjukgymnasternas och att de i rättsligt avseende såvitt möjligt borde behandlas lika. Med hänsyn till att arbetsterapeuterna vid den tiden endast i ringa utsträckning var verksamma som fria yrkesutövare undantogs de från legitimation. I dag är förhållandena annorlunda. Arbetsterapeuter är i dag i inte obetydligt antal verksamma i privat regi. Dessutom har deras arbetsuppgifter blivit alltmer omfattande och differentierade. Arbetsterapeuternas utbildning är också lång och av hög kvalitet. För en mer utförlig redovisning av såväl arbetsuppgifter som utbildning hänvisas till avsnitt 5.

Arbetsterpaueterna har vidare förskrivningsrätt avseende tekniska hjälpmedel. De är också skyldiga att föra patientjournal som omfattar datainsamling, problemformulering, mål med behandlingen, vidtagna åtgärder och uppnådda resultat och de har en författningsgrundad skyldighet att utfärda intyg. Staten har redan i dag reglerat utbild-

ningen med en särskild yrkesexamen. I övriga nordiska länder omfattas de av särskilda legitimationsregler.

Inom den kommunala sjukvården har arbetsterapeuter fått allt större betydelse. Enligt 24 § HSL kan således en arbetsterapeut inom ett verksamhetsområde som i huvudsak omfattar rehabilitering fullgöra de uppgifter som åligger en s.k. medicinsk ansvarig sjuksköterska. I det arbetet ingår bl.a. att svara för att beslut om att delegera ansvar för vårduppgifter är förenliga med säkerheten för patienterna samt att göra s.k. lex Maria anmälan.

Sammantaget har arbetsterapeuterna således ett självständigt medicinskt ansvar för patienterna. De är också hälso- och sjukvårdspersonal enligt 1 § första stycket 6 åliggandelagen. Den lagtekniska utformningen av 1 § åliggandelagen får emellertid till följd att personal som biträder en arbetsterapeut i hans eller hennes arbete *inte* blir att betrakta som hälso- och sjukvårdspersonal eftersom endast den som biträder *legitimerad* yrkesutövare vid vård, behandling eller undersökning blir detta.

Enligt kommitténs uppfattning har arbetsterapeuternas kontakter med patienter i dag sådan omfattning och innehåll att det, tillsammans med vad som nyss angetts, med hänsyn till patientsäkerheten är nödvändigt att de omfattas av legitimationsreglerna.

10.2.2 Farmaceuter (apotekare och receptarier)

Apotekare har tidigare varit legitimerade. Skälet till att de inte längre omfattas av en legitimation är att de med hänsyn till apoteksverksamhetens uppbyggnad och organisation så gott som uteslutande tjänstgör inom en verksamhet där samhället har avgörande inflytande och kontroll. Samtidigt intar apotekarna tillsammans med receptarierna en särställning bland hälso- och sjukvårdspersonalen eftersom redan deras examensbevis ger ensamrätt att utöva respektive yrke. Deras utbildning uppfyller höga krav, de är självständiga i sin yrkesroll och risknivån i verksamheten är hög. De omfattas också av den nordiska överenskommelsen. Apotekarna omfattas även av ett av EU:s specialdirektiv. De är hälso- och sjukvårdspersonal i sin verksamhet inom detaljhandeln med läkemedel enligt 1 § första stycket 4 åliggandelagen. Staten saknar dock i dag möjlighet att ta ifrån apotekare och receptarier som visat sig olämpliga i sin yrkesutövning deras yrkestitel eftersom den grundar sig på examensbeviset. Eftersom de inte omfattas av legitimationsreglerna kan de av naturliga skäl ej heller delegitimeras. Detta kan få till följd att apotekare och receptarier som i vårt land visat sig olämpliga för yrket trots det obehindrat kan söka arbete inom sitt yrke i övriga EU-länder. De nu angivna omständig-

heterna talar enligt kommitténs mening sammantaget med styrka för att dessa yrkesgrupper bör omfattas av legitimationsreglerna.

Kommittén har övervägt om det finns anledning att särskilja apotekare och receptarier såvitt avser legitimation. Apotekarnas högskoleutbildning är femårig. Receptariernas högskoleutbildning är tvåårig. Samtidigt kan man konstatera att deras arbetsuppgifter inom detaljhandeln med läkemedel i stor utsträckning sammanfaller. Receptarierna är också den klart dominerande yrkesgruppen bland farmaceuter. Det finns i dag inom Apoteksbolaget AB cirka 4.900 receptarier och 900 apotekare. Av landets cirka 850 apotekschefer är drygt 500 receptarier. Med hänsyn härtill och till receptariernas självständiga yrkesroll och risknivån i verksamheten finns det därför inte någon anledning att särskilja apotekare och receptarier vid en bedömning av om de skall omfattas av legitimationsreglerna.

Som kommittén angett tidigare erhåller apotekare och receptarier ensamrätt till sina respektive yrken genom examensbeviset medan barnmorskor, läkare och tandläkare erhåller en sådan ensamrätt genom legitimationen. Vid en legitimering av apotekare och receptarier ter det sig naturligt att låta legitimationen i stället för yrkesexamen vara en förutsättning för ensamrätten att utöva yrket. Detta skydd bör kombineras med ett skydd för yrkestitlarna och yrkesbeteckningarna, vilket saknas i dag.

Sammantaget anser kommittén således att det numera finns mycket starka skäl som talar för att apotekares och receptariers yrkesverksamhet bör regleras utöver vad som för närvarande sker. Med hänsyn till främst patientsäkerheten bör en sådan reglering ske genom att de erhåller legitimation och att de i stället för att få ensamrätt till yrket genom examen erhåller detta genom legitimationen på samma sätt som för närvarande gäller för läkare, tandläkare och barnmorskor.

10.2.3 Sjukhusfysiker

Inledning

Sjukhusfysikerna är en yrkesgrupp vars verksamhet delvis regleras på ett annorlunda sätt än de yrkeskategorier kommittén behandlat i det föregående. Kommittén har därför funnit anledning att redovisa yrkeskategorin sjukhusfysiker något mera ingående.

I det följande lämnas en beskrivning av sjukhusfysikernas utbildning samt deras verksamhet och regleringen av densamma. En internationell utblick finns med en beskrivning av bl.a. EU- direktivet om strålskydd och ett förslag till nytt direktiv om strålskydd.

Statens Strålskyddsinstitut, SSI, har gjort en utvärdering av strålskyddskompetensen inom svensk sjukvård. I utredningen, som i

relevanta delar sammanfattas nedan, konstateras vissa brister i strålskyddskompetensen. I utredningen diskuteras också röntgensjuksköterskornas utbildning och läkarnas (bristande) kunskaper i strålskydd. SSI har lämnat förslag till åtgärdande av bristerna. Utredningen har av regeringen överlämnats till vår kommitté.

I förevarande avsnitt redogörs kortfattat för sjukhusfysikernas framställningar till kommittén. Sist i avsnittet återfinns kommitténs ställningstagande beträffande sjukhusfysikerna.

Utbildning, reglering och tillsyn

Sjukhusfysiker har dels en grundläggande utbildning i bl.a. fysik och matematik från universitet eller teknisk högskola (minst två år eller 80 poäng), dels minst 80 poäng i radiofysik. Inom ämnet radiofysik (eller medicinsk radiofysik) studeras radioaktiva ämnen, röntgenstrålning och annan joniserande strålning samt icke joniserande strålning såsom mikrovågor och laser. Vidare studeras strålningens fysikaliska och biologiska egenskaper, dess detektering och strålskydd samt tillämpningarna inom sjukvården. Utbildningen, som anordnas vid fyra universitet, är inte särskilt reglerad som yrkesexamen i högskoleförordningen. Forskarutbildning är vanlig hos yrkesverksamma sjukhusfysiker och forskarutbildning bedrivs vid sex olika universitet. Praktik erhåller sjukhusfysiker i form av vikariat eller genom upprätthållande av tjänster som sjukhusfysiker. I avtalet med Landstingsförbundet finns tre nivåer av tjänster, cheffysiker, 1:e sjukhusfysiker och sjukhusfysiker.

Användningen av joniserande strålning reglerades i lag för första gången år 1941. Dåvarande medicinalstyrelsen utfärdade år 1958 kompetenskrav för sjukhusfysiker och uttalade att sjukhusfysikerna borde beredas självständig ställning, arbeta på eget ansvar och sortera direkt under styresmannen.

Strålskyddsverksamhet regleras numera i *strålskyddslagen* (1988:220). Lagen omfattar både joniserande och icke-joniserande strålning. I lagen finns bl.a. bestämmelser om skyldighet för den som bedriver verksamhet med strålning att vidta åtgärder och försiktighetsmått för att hindra eller motverka skador, att kontrollera och upprätthålla strålskydd och väl underhålla tekniska anordningar (6 §). Den som bedriver verksamhet med strålning skall svara för att den som är sysselsatt i verksamheten har god kännedom om de förhållanden, villkor och föreskrifter under vilka verksamheten bedrivs (7 §). Särskilt tillstånd krävs för hantering av radioaktiva ämnen och användande av joniserande strålning (20 §). Frågor om tillstånd prövas enligt *strålskyddsförordningen* (1988:293) av SSI. SSI, som bemyndigats att meddela vissa föreskrifter enligt strålskyddslagen, utövar

tillsynen över efterlevnaden av lagen och av föreskrifter eller villkor som har meddelats med stöd av lagen.

Misstankar om att någon till följd av verksamhet med joniserande strålning kan ha skadats genom strålningen samt missöden eller tillbud som kan ha betydelse från strålskyddssynpunkt skall genast anmälas till SSI av den som bedriver strålskyddsverksamheten (5 § strålskyddsförordningen). Enligt uppgift från SSI är det ytterst få anmälningar som görs.

SSI har meddelat *föreskrifter om strålskyddsorganisation och strålskyddskommitté m.m. i medicinsk verksamhet med joniserande strålning* (SSI FS 1994:6). Föreskrifterna innehåller bl.a. bestämmelser om kvalitetssäkringsprogram och strålskyddsorganisation. Varje tillståndshavare skall upprätta en strålskyddsorganisation som dokumenteras i en organisationsplan. Aktuell organisationsplan skall sändas till SSI. Tillståndshavaren svarar enligt föreskrifterna för att de personer som tilldelas uppgifter enligt organisationsplanen har tillräcklig strålskyddskompetens för sina uppgifter samt tilldelas erforderliga resurser och befogenheter.

I SSI:s *tillståndsvillkor* för verksamhet med strålning avseende medicinsk röntgendiagnostik finns bestämmelser om att strålskyddsorganisationen skall ha tillgång till sjukhusfysiker (eller någon som har likvärdig kompetens). Vidare föreskrivs att röntgenutrustning får användas endast av den som är förtrogen med dess riktiga handhavande och som är medveten om strålriskerna. Rutiner för erforderlig utbildning av personal skall finnas skriftligt dokumenterade. Av dokumentet skall framgå vilka utbildningsmoment de olika personalkategorierna måste ha gått igenom för att få utföra ett visst arbete. Personalen skall genom kvittering bekräfta att säkerhetsrutiner och andra utbildningsmoment genomgåtts. Denna tillståndsbundna utbildning har kommit att kallas "körkortsutbildning" och det intyg som utfärdas efter genomgången utbildning "körkort".

I de av SSI meddelade villkoren för tillstånd att bedriva nuklearmedicinsk verksamhet föreskrivs bl.a. att det inom strålskyddsorganisationen skall finnas tillgång till sjukhusfysiker med befogenheter att vidta de strålskyddsåtgärder som verksamhetens art och omfattning kräver.

I SSI:s tillståndsvillkor för medicinsk strålbehandling föreskrivs bl.a. att behandling av patienter får ges endast under ledning av erfarna radioterapeuter och sjukhusfysiker. Tillståndshavaren skall genomföra ett kvalitetssäkringsprogram på strålbehandlingsavdelningen.

SSI har meddelat *allmänna råd om prestandaspecifikationer vid upphandling av utrustning för röntgendiagnostik* (SSI FS 1995:1). Råden är avsedda att användas som underlag för vilka krav från

strålskyddssynpunkt som är rimliga och vad som därmed bör ingå i ett köpekontrakt i samband med inköp av utrustning för röntgendiagnostik. Råden kan också vara till hjälp i strålskyddskommittéernas arbete med ny utrustning och kvalitetssäkring enligt SSI:s föreskrifter om strålskyddsorganisation.

SSI inspekterar kontinuerligt strålskyddet. Tidigare genomfördes årliga inspektioner vid varje sjukhus. Vid inspektionerna fann SSI mycket som var bristfälligt. Med den utökade verksamheten vid sjukhusen har det inte varit möjligt att bibehålla en så omfattande tillsynsverksamhet. Kvalitetssäkringsprogrammen och de interna strålskyddsorganisationerna har till stor del fått ersätta SSI:s tillsynsverksamhet. Numera inspekterar SSI varje landsting vart femte år. Vid en sådan inspektion besöks centralsjukhuset och ytterligare ett sjukhus. Inspektionerna innebär att arbetsmetoder och yrkesutövarnas kompetens granskas. Vartannat år anordnar SSI en konferens för informationsutbyte med samtliga sjukhusfysiker.

Sjukhusfysiker är att betrakta som hälso- och sjukvårdspersonal i den omfattning som anges i 1 § första stycket 2 eller 3 åliggandelagen och står i dessa fall under Socialstyrelsens tillsyn. Tillsynsansvaret delas således av SSI och Socialstyrelsen. Socialstyrelsen har utfärdat *allmänna råd om kompetenskrav för tjänstgöring som sjukhusfysiker* (SOSFS 1989:48). De allmänna råden innehåller en beskrivning av sjukhusfysikernas verksamhet och arbetsuppgifter. Redogörelsen nedan är huvudsakligen hämtad från de allmänna råden. Beträffande kompetenskrav vid anställning av sjukhusfysiker anges i de allmänna råden att huvudmannen bör kräva att vederbörande har en fullgod kompetens som sjukhusfysiker bestående av dels akademisk examen med fullgjord grundutbildning i radiofysik vid radiofysisk institution, dels praktisk erfarenhet. En sjukhusfysiker bör enligt de allmänna råden under de första åren av sin kliniska tjänstgöring arbeta under en erfaren sjukhusfysikers ledning. Vidare anges att cheffysiker och andra sjukhusfysiker med ledningsansvar bör ha dokumenterad flerårig erfarenhet av kliniskt sjukhusfysikerarbete.

Sjukhusfysiker som är verksamma i den allmänna hälso- och sjukvården är skyldiga att föra patientjournal (se 9 § 3 patientjournallagen).

1981 års behörighetskommitté ansåg att sjukhusfysikernas arbetsuppgifter från säkerhetssynpunkt måste anses vara likartade med de uppgifter som utförs av läkare. Kommittén ansåg mot den bakgrunden att det var nödvändigt att genom föreskrifter reglera kompetenskraven för tjänster som sjukhusfysiker (SOU 1983:33 s. 213).

Sjukhusfysikernas verksamhet

Sjukhusfysiker medverkar i diagnostik och terapi vid strålbehandling, inom nuklearmedicinsk (diagnostik och terapi med radioaktiva läkemedel) och röntgendiagnostisk verksamhet samt i annan analys och diagnostik med joniserande strålning. Inom området icke joniserande strålning utnyttjas sjukhusfysikernas kompetens vid användning av t.ex. magnetkamera, ultraljud, mikrovågs- och laserstrålning. Sjukhusfysikerna ansvarar, inom sitt verksamhetsområde, för den metodologiska och teknologiska säkerheten för patienter och personal.

Sjukhusfysikerna är i regel organiserade i självständiga avdelningar och är således inte underordnade annan specialitet.

Sjukhusfysikernas arbetsuppgifter är både kliniskt och fysikaliskt-tekniskt inriktade. I första hand inriktas arbetet mot hur den avancerade utrustningen skall användas för att optimera undersökningen eller behandlingen av den enskilde patienten. Inom samtliga verksamhetsområden används avancerad utrustning, ofta i kombination med datorer. Sjukhusfysiker ansvarar för att metoder och apparatur är ändamålsenliga, tillförlitliga och säkra bl.a. genom regelbundna kvalitetskontroller, liksom för att nationella och internationella bestämmelser och rekommendationer följs.

Inom *strålbehandlingsverksamheten* samarbetar sjukhusfysiker med läkare vid val av terapimetod och vid behandlingens uppläggning och genomförande. Sjukhusfysikern ansvarar för och utför patientdosberäkningar och patientdosmätningar. I sjukhusfysikernas uppgifter ingår också att utbilda annan berörd personal på sjukhusen i strålskyddsfrågor.

Inom *nuklearmedicinen* deltar sjukhusfysiker i kontrollen vid beredning av radioaktiva läkemedel och ansvarar för och utför den kvalitativa och kvantitativa strålningsfysikaliska kontrollen. Sjukhusfysiker ansvarar för att de fysikaliska mätresultat och bilder som behövs för diagnostik med radioaktiva läkemedel tas fram och deltar i bearbetning och utvärdering av resultat från undersökningar av enskilda patienter.

Inom *röntgendiagnostikverksamheten* arbetar sjukhusfysiker med att anpassa undersökningsmetoderna ur fysikalisk synpunkt så att röntgenstrålningen utnyttjas optimalt. Sjukhusfysiker utför beräkningar och mätningar av patientstråldoser.

Inom tillämpningar med *icke-joniserande strålning*, såsom kärnmagnetisk resonansteknik, laser, mikrovågsstrålning etc. medverkar sjukhusfysiker i patientbehandlingar och undersökningar.

Inom den *strålskyddsverksamhet*, som krävs för samtliga ovan nämnda områden, ansvarar sjukhusfysiker för att verksamhet med

strålning planeras och anordnas på ett sätt som ger optimalt strålskydd för patienter, personal och miljö.

Sjukhusfysikernas sakkunskap tas också i anspråk för den kontinuerliga beredskapen inom länsstyrelser, landsting och kommuner mot strålningsolyckor, liksom vid speciella miljömedicinska mätuppgifter och utvärderingar.

Vid strålbehandling arbetar man med höga dosnivåer och det finns därför ett omfattande kontrollsystem för att garantera säkerheten. Felbehandlingar upptäcks därför i regel snabbt och kan många gånger korrigeras vid följande behandlingar. Inom röntgendiagnostiken arbetar man med lägre stråldoser. Här kan det ofta dröja 10 - 15 år innan skador visar sig. Samtidigt är röntgendiagnostiken ett omfattande verksamhetsområde. Omkring sex miljoner röntgenundersökningar utförs i landet varje år, tandröntgenundersökningar oräknade. Det årliga antalet nuklearmedicinska undersökningar uppgår till omkring 120.000.

För närvarande finns omkring 160 tjänster som sjukhusfysiker fördelade på 31 sjukhus. Alla landsting har idag tillgång till sjukhusfysikalisk expertis. I stort sett samtliga sjukhusfysiker är organiserade i Svenska Sjukhusfysikerförbundet och nästan alla är verksamma inom den offentliga hälso- och sjukvården. Det förekommer att sjukhusfysiker som konsulter säljer tjänster till röntgenverksamhet som bedrivs i privat regi. För närvarande finns omkring 40 tillstånd för privat röntgenverksamhet. Av dessa har ett 30-tal sjukhusfysikerkonsult.

Strålningsbehandling förekommer i Sverige inte utanför den offentliga hälso- och sjukvården, men är inte ovanlig i andra länder. Privat strålningsbehandling förekommer exempelvis i Tyskland och USA.

Under 1993 - 1994 anmäldes ingen sjukhusfysiker till HSAN. Under 1995 inkom en anmälan.

Ett internationellt perspektiv

I Finland är sjukhusfysiker en skyddad yrkesbeteckning. I Danmark finns allmänna råd (Sundhedsstyrelsens vejledning) angående sjukhusfysiker.

Inom EU finns ett direktiv angående strålskydd för patienter (*Rådets direktiv om fastställande av grundläggande strålskyddsåtgärder för personer som genomgår medicinsk undersökning eller behandling, 84/466/Euratom)*. I direktivet föreskrivs att medlemsstaterna skall (utan att det påverkar tillämpningen av vissa andra direktiv) vidta alla lämpliga åtgärder för att säkerställa att all medicinsk undersökning och behandling vari joniserande strålning används utförs under ansvar av

läkare eller tandläkare eller annan sjukvårdspersonal som är behörig att utföra sådan undersökning eller behandling enligt nationell lagstiftning och som under sin utbildning fått behörighet inom strålskydd och genomgått lämplig utbildning för de tekniker som används inom medicinsk och odontologisk röntgendiagnostik, strålbehandling eller nuklearmedicin (art. 2.1). En kvalificerad expert ("qualified expert") inom radiofysikområdet skall finnas tillgänglig för större anläggningar för strålbehandling och nuklearmedicin (art. 5).

Diskussioner pågår om att ersätta ovanstående direktiv med ett nytt direktiv. Kommissionen presenterade i november 1995 ett förslag till nytt direktiv, Draft Proposal for a Council Directive on health protection of individuals against the dangers of ionizing radiation in relation to medical exposures, replacing Directive 84/466/Euratom, COM(95) 560 final. Direktivförslaget innehåller bestämmelser om tillgång till sjukhusfysiker (medical physicist) inom olika verksamheter som innefattar medicinsk strålning (art. 5.5.). Vidare föreskrivs att medlemsstaterna skall tillse att yrkesverksamma har adekvat teoretisk och praktisk utbildning avpassad för den teknik som används vid medicinsk eller odontologisk röntgendiagnostik samt inom nuklearmedicin och radioterapi. Yrkesutövare skall också ha adekvata kunskaper inom strålskyddsområdet (art. 7.1) . Medlemsstaterna skall säkerställa villkoren för kontinuerlig utbildning och praktik (art 7.2). För detta ändamål skall medlemsstaterna tillse att det finns ändamålsenliga läroplaner. Medlemsstaterna skall erkänna diplom, intyg och formella kvalifikationer som står i överensstämmelse med existerande direktiv (art. 7.3). Enligt förslaget skall direktivet vara genomfört den 1 januari 1999.

Den europeiska organisationen European Federation of Organisations for Medical Physics EFOMP har utarbetat riktlinjer för nationella registreringssystem för sjukhusfysiker (Recommended guidelines on National Registration Schemes for Medical Physicists, EFOMP Policy statement No. 6). I riktlinjerna anges vilka krav som bör vara uppfyllda för att ett nationellt registreringssystem skall godkännas av organisationen. Avsikten med registreringssystemen är bl.a. att främja enhetliga krav beträffande utbildning, kompetens och lämplighet för yrket.

SSI:s utredning

SSI har på regeringens uppdrag företagit en utredning angående strålskyddskompetensen i den svenska sjukvården. Utredningen, som genomförts i samråd med Socialstyrelsen, överlämnades till Miljödepartementet den 31 mars 1995 (509/ad2642/94 *Utredning om strålskyddskompetens i svensk sjukvård, 1995-03-31).* I utredningen

konstaterar SSI att det finns vissa brister i strålskyddskompetensen och i befintliga utbildningsplaner. I utredningen lämnas olika åtgärdsförslag.

Utredningen har koncentrerat sig på verksamheter med joniserande strålning i svensk sjukvård som medför att många patienter ges stor kollektivdos eller enstaka patienter får stora individdoser, dvs. röntgendiagnostik, nuklearmedicin och strålbehandling. Enligt utredningen kan de största dosbesparingarna göras inom röntgen och detta utan att nyttan av strålanvändningen går förlorad. För detta krävs kunskap och medvetenhet. Härvidlag konstateras vissa brister.

Utredningen anför att sjukhusfysikerna är en viktig yrkesgrupp för strålskyddsfrågorna inom sjukvården. Ett problem när det gäller sjukhusfysikernas utbildning är avsaknaden av praktikplatser för nya fysiker. För försörjningen av formellt kompetenta sjukhusfysiker i Sverige behövs praktikplatser. Utredningen konstaterar att det i EU-direktivet om patientstrålskydd (se ovan) krävs en formaliserad "qualified expert"-kompetens för sjukhusfysiker. Vidare nämns att den europeiska fysikerorganisationen lagt ner stort arbete på att utforma grundläggande krav för en examen eller legitimation som omfattar både teoretisk utbildning och strukturerad, handledd praktik. Diskussioner om detta pågår inom det svenska sjukhusfysikerförbundet och den vetenskapliga radiofysikföreningen. På de radiofysiska institutionerna räknar man med att praktiktjänstgöringen skulle omfatta ett till två år. Praktikanterna kan enligt SSI bedömas göra avsevärd nytta under tiden, särskilt under det andra året. Ett realistiskt antal praktikplatser bedöms vara 5 - 10 stycken. Kostnaden för lön inklusive arbetsgivaravgifter beräknar SSI till 250.000 kr per praktikant och år. Med dessa praktikplatser menar SSI att Sverige, också med EU:s synsätt, skulle få formellt kompetenta sjukhusfysiker. Sjukhusfysikerna utgör en liten kår varför pensioneringar, sjukdomsfall och semestrar uppges ställa till svårigheter även för stora sjukhusfysikeravdelningar. SSI har i samarbete med företrädare från Medicinsk fysik och teknik vid Sahlgrenska sjukhuset utarbetat ett förslag till kursplan avseende tillståndsbunden utbildning i strålskydd och utrustningens handhavande för personal i röntgenverksamheter (SSI-rapport 95-12).

När det gäller *sjukhusfysiker* föreslås i utredningen att utbildningen formaliseras och att den skall omfatta såväl teoretisk utbildning som praktiktjänstgöring. SSI föreslår i en särskild framställning att vår kommitté av regeringen ges i uppdrag att särskilt beakta frågan om legitimation av sjukhusfysiker.

När det gäller *läkarna* föreslås att målbeskrivningarna för berörda läkares specialiseringstjänstgöringar formuleras så att strålskyddsutbildning görs obligatorisk. Utredningen anför bl.a. att en obligatorisk,

systematisk strålskyddsutbildning för radiologspecialister synes vara väl förenlig med EU:s direktiv om patientstrålskydd.

Röntgensjuksköterskornas utbildning behandlas också i SSI:s utredning. Utredningen har funnit att hotet om kommande svårigheter att bemanna röntgenklinikerna med yrkesutbildad personal ser ut att bli verklighet. De vidareutbildningar för legitimerade sjuksköterskor som erbjudits har lockat så få sökande att de inte anordnats. För att bibehålla sjuksköterskornas strålskyddskompetens på kliniker med radiologisk verksamhet föreslår utredningen att extraordinära rekryteringsåtgärder till vidareutbildning av legitimerade sjuksköterskor övervägs av sjukvårdshuvudmännen. Utredningen föreslår att vår kommitté särskilt uppmärksammar problemen med utbildningen av röntgensjuksköterskor. SSI hemställer i en särskild framställning att regeringen till vår kommitté särskilt framför att uppdraget bör fullgöras skyndsamt under beaktande av behovet av internationell samordning.

Regeringen har beslutat att SSI:s framställning såvitt avser läkarnas målbeskrivningar, problemen med röntgensjuksköterskornas strålskyddskompetens och frågan om legitimation av sjukhusfysiker skall överlämnas till vår kommitté (1996-03-07, M95/1552/5).

Framställningar till kommittén

Kommittén har vid en av sina hearingar sammanträffat med representanter för sjukhusfysikerna. Representanter för kommittén har haft möjlighet att vid Universitetssjukhuset MAS i Malmö studera sjukhusfysikernas verksamhetsmiljö. Vidare har representanter för kommittén besökt Statens Strålskyddsinstitut.

Sjukhusfysikerna har bl.a. framhållit följande: Sjukhusfysikerna arbetar självständigt med mycket kvalificerade uppgifter i nära samarbete med läkare och övrig sjukhuspersonal och patienter. De har ett direkt inflytande på patientens säkerhet och på kvalitén inom diagnostik och terapi inom strålningsområdet. Sjukhusfysik som specialitet tillhör organisatoriskt den patientbundna medicinska servicen. Med hänsyn taget till ovanstående har föreslagits legitimation av sjukhusfysiker med särskilt skydd för yrkestiteln sjukhusfysiker.

Kommitténs ställningstaganden

Sjukhusfysikerna är verksamma inom områden som berör ett stort antal patienter. De har kvalificerade arbetsuppgifter och deras ställningstaganden kan i många fall vara av avgörande betydelse för hur en behandling skall lyckas. Misstag kan få mycket allvarliga konsekvenser. Det finns därför anledning att ställa höga krav på

sjukhusfysikernas utbildning. SSI har i sin utredning pekat på behovet av en formaliserad utbildning för sjukhusfysikerna. I dag finns Socialstyrelsens allmänna råd om kompetenskrav för tjänstgöring som sjukhusfysiker. Dessa är dock relativt allmänt formulerade och de är inte tvingande. SSI föreskriver i sina olika tillståndsvillkor att det skall finnas tillgång till sjukhusfysiker. Enligt SSI:s föreskrifter om strålskyddsorganisation och stålskyddskommitté är det tillståndshavaren som ansvarar för att de personer som tilldelas uppgifter enligt organisationsplanen har tillräcklig strålskyddskompetens för sina uppgifter. EU:s strålskyddsdirektiv talar om tillgång till kvalificerade experter inom radiofysikområdet. Det nya direktivförslaget föreskriver att medlemsstaterna skall säkerställa villkoren för kontinuerlig utbildning och praktik samt se till att det finns ändamålsenliga läroplaner. Detta torde förutsätta att utbildningen regleras. Både föreskrifter och villkor skulle med en formaliserad utbildning ges en större tyngd. Tveksamheter om huruvida föreskrifter eller villkor som berör den formella kompetensen hos sjukhusfysiker är uppfyllda skulle i princip undanröjas. Enligt kommitténs mening skulle en reglering av utbildningen också vara ett viktigt medel för att upprätthålla en hög kompetens inom denna yrkeskategori. Kommittén förordar därför en reglering av sjukhusfysikerutbildningen. Utbildningen bör regleras i examensbilagan till högskoleförordningen och leda till en yrkesexamen som sjukhusfysiker.

SSI har framfört att sjukhusfysikernas utbildning bör innefatta både teori och praktik. Kommittén konstaterar att det uppenbarligen finns ett behov av praktisk utbildning för sjukhusfysiker. Sådan praktik bör kunna anordnas inom ramen för utbildningen. Det är viktigt att de personer som kommer att verka som sjukhusfysiker är lämpliga för yrket. Kommittén vill därför betona, vilket också diskuteras i annat sammanhang, att en första lämplighetsprövning bör göras så tidigt som möjligt. Helst innan utbildningen påbörjas eller i ett tidigt skede av denna.

En formaliserad utbildning skulle kunna kombineras med krav på sjukhusfysikerexamen för upprätthållande av tjänst som sjukhusfysiker. Behörighetskrav kan också knytas till viss strålningsverksamhet, som i dag sker i SSI:s tillståndsvillkor. Det kan anmärkas att varken strålskyddslagen eller SSI:s föreskrifter gör någon åtskillnad mellan verksamhet inom den offentliga vården och verksamhet som bedrivs i enskild regi. Kommittén lämnar emellertid inte några förslag i denna del.

Sjukhusfysikernas utbildning bör således, som kommittén anfört i avsnitt 6.4.2, regleras. Frågan är om en reglering av utbildningen skapar tillräckliga garantier för patientsäkerheten. Enligt kommitténs uppfattning finns det mycket som talar för att sjukhusfysikerna bör

omfattas av legitimationsbestämmelserna. Sjukhusfysikern är till stora delar självständig i sin yrkesroll. Sjukhusfysikerns beräkningar och arbetsmetoder är av avgörande betydelse för patientsäkerheten. Misstag kan få ödesdigra konsekvenser för patienternas hälsa. En särskild svårighet ligger i att misstag inom röntgendiagnostiken kan visa sig först efter 10 - 15 år. En sjukhusfysiker som är olämplig för yrket bör därför kunna delegitimeras och hindras från att fortsätta sin verksamhet. Denna möjlighet ter sig särskilt viktig med tanke på det utökade antalet privata röntgenverksamheter. Sjukhusfysikerna har en kvalificerad utbildning som enligt kommitténs förslag bör regleras. Yrkesgruppen uppfyller därmed ett flertal av de viktigaste kriterier som kommittén anser bör vara uppfyllda för att legitimation skall kunna komma i fråga. Bestämmelser om legitimation skulle också stå i samklang med det förslag till nytt strålskyddsdirektiv som diskuteras inom EU.

Kommittén föreslår därför att sjukhusfysikerna får möjlighet att erhålla legitimation. Som krav för legitimation bör uppställas den ovan föreslagna sjukhusfysikerexamen.

SSI har byggt upp ett system som bygger på egen-kontroll. Eftersom det för närvarande inte är rimligt att tänka sig utökade resurser för tillsyn är det viktigt att denna egen-kontroll fortsätter och eventuellt byggs ut. Det är också viktigt med ett fungerande samarbete mellan Socialstyrelsen och SSI i dessa frågor.

Beträffande röntgensjuksköterskorna kan tilläggas att kommittén i avsnitt 6.5.8 lämnar förslag om en treårig direktutbildning som leder till legitimation som röntgensjuksköterska.

Kommittén lämnar inte något förslag beträffande läkarnas specialistutbildning, men utgår från att Socialstyrelsen vid översynen av målbeskrivningarna för berörda läkares specialiseringstjänstgöringar beaktar SSI:s synpunkter om strålskyddsutbildning.

10.3 Förslag om skyddad yrkestitel

10.3.1 Audionomer

Audionomernas utbildning har kommittén behandlat i avsnitt 6.3.2, 6.4.1 och 6.4.2. Kommittén har därvid föreslagit att audionomutbildningen skall regleras genom införandet av en ny yrkesexamen i högskoleförordningen.

Kommittén har vid en hearing sammanträffat med representanter för audionomerna från Svenska Audionomföreningen och Sveriges Kommunaltjänstemannaförbund. Audionomerna har framfört önskemål om legitimation.

Audionomerna är relativt självständiga i sin yrkesutövning och det krävs, som kommittén anfört vid diskussionerna om utbildningen, att audionomerna har en hög kompetens om de skall kunna medverka i en effektiv behandling av hörselproblem och hörselskador. Kompetensen har också betydelse för patientsäkerheten. En reglering av audionomyrket skulle underlätta för audionomer att utnyttja möjligheterna att tjänstgöra i andra EU-länder. Kommittén anser därför att audionomyrket bör regleras genom de föreslagna bestämmelserna om skyddad yrkestitel. För att få rätt att inom hälso- och sjukvården få kalla sig audionom bör krävas att den föreslagna audionomexamen avlagts.

10.3.2 Biomedicinska analytiker

De *biomedicinska analytikerna* (laboratorieassistenterna) är en förhållandevis stor yrkeskår vars verksamhet har väsentlig betydelse för patientsäkerheten. De är självständiga i sin yrkesroll. Deras utbildning är lång (i dag en treårig högskoleutbildning) och av hög kvalitet. Den privata arbetsmarknaden har under de senaste åren öppnats i allt större utsträckning för dem. Enligt propositionen om förstärkt tillsyn över hälso- och sjukvården omfattas även privata laboratorier av särskild verksamhetstillsyn (se prop. 1995/96:176, bet. 1995/96:SoU18, Rskr. 1995/96:281). Genom den nya lagstiftningen kommer således även privat laboratorieverksamhet under samhällelig kontroll. Det medför att de biomedicinska analytiker som är anställda vid privata laboratorier i vart fall indirekt kommer under samhällskontroll.

Sjukhusens och enskilda läkares inhämtande av olika analyssvar sker i dag i viss utsträckning genom anlitande av fristående laboratorier. Enligt kommitténs uppfattning talar de nu angivna omständigheterna i och för sig för att de biomedicinska analytikernas verksamhet numera har en sådan betydelse för patientsäkerheten att de bör bedömas som hälso- och sjukvårdspersonal och att en särskild kontroll av dem bör ske, främst för de som är privat verksamma. Vid offentlig anställning räknas de redan i dag som hälso- och sjukvårdspersonal.

En legitimation är emellertid, som kommittén tidigare påpekat, endast ett av samhällets instrument eller styrmedel för att uppnå en hög patientsäkerhet. Om samhällets kontroll kan ske på ett i stort sett lika effektivt men mindre ingripande sätt bör det vara att föredra. Man kan heller inte bortse från att privat verksamma biomedicinska analytiker vanligtvis arbetar i någon form av större laboratorieverksamhet och endast i undantagsfall ensamma. Detta påverkar givetvis bedömningen av vilken form av tillsyn över dem som är effektivast. Genom den nya lagstiftningen faller, som nyss nämnts, även enskild laboratorieverksamhet under samhällets tillsyn. Även före den nya lagens

tillkomst var emellertid biomedicinska analytiker att anse som hälso- och sjukvårdspersonal och ställda under Socialstyrelsens tillsyn om de arbetade i offentlig verksamhet eller i enskild verksamhet som leddes av en legitimerad yrkesutövare. Så är fortfarande fallet. Vad gäller de biomedicinska analytikerna kan man därför reducera problemet med den offentliga tillsynen till de situationer där det saknas en för verksamheten ansvarig legitimerad yrkesutövare. Att yrkesgruppen i en sådan situation inte är hälso- och sjukvårdspersonal kan med fog betraktas som en brist, särskilt som den verksamhet de arbetar inom numera står under Socialstyrelsens tillsyn. Kommittén anser att de biomedicinska analytikerna bör omfattas av de föreslagna bestämmelserna om skyddad yrkestitel. Därmed kommer även privat verksamma biomedicinska analytiker att betraktas som hälso- och sjukvårdspersonal och ställas under statens tillsyn när de använder den skyddade yrkestiteln. Genom att yrkestiteln biomedicinsk analytiker skyddas kan arbetsgivare och uppdragslämnare lättare bilda sig en uppfattning om kompetensen hos yrkesutövare inom det laboratorievetenskapliga verksamhetsområdet. Kommittén föreslår i avsnitt 6.4.2 att utbildningen för biomedicinska analytiker regleras genom införandet av en ny yrkesexamen i examensbilagan till högskoleförordningen. För att ha rätt att inom hälso- och sjukvården kalla sig biomedicinsk analytiker bör krävas att en sådan yrkesexamen avlagts.

Genom Socialstyrelsens möjlighet att bevilja dispens tillgodoses yrkesutövare med annan eller äldre utbildning. Särskilt under en inledande övergångsperiod kan förutsättas att dispensmöjligheterna kommer att utnyttjas generöst.

10.3.3 Dietister

Dietister utgör numer en förhållandevis stor yrkesgrupp. Deras utbildning är lång och har hög kvalitet. De arbetar förhållandevis självständigt och verksamheten innefattar direkta patientkontakter med en förhållandevis hög riskfaktor. Dietister arbetar i huvudsak i offentlig regi, men den privata kliniskt inriktade verksamheten är inte obetydlig. Dietisterna omfattas av EU:s första generella direktiv och deras yrke är reglerat i flera länder, bl.a. Danmark, Finland, Frankrike, Storbritannien och Spanien. Ur patientens synvinkel torde det vara väsentligt att dietistens kompetens kan framgå genom någon form av offentlig kvalitetsstämpel. För en närmare beskrivning av dietisternas verksamhet hänvisas till avsnitt 5.

Till kommittén har framställts önskemål om att dietister bör omfattas av legitimationsreglerna. Det är dock främst de dietister som arbetar med individinriktad kostrådgivning och behandling som på ett mer påtagligt sätt kan påverka patientsäkerheten. De dietister som är

verksamma inom offentlig verksamhet utgör redan i dag hälso- och sjukvårdspersonal och omfattas av Socialstyrelsens individtillsyn.

Dietisterna arbetar oftast relativt självständigt med patienterna. Brister i kompetensen hos en dietist kan i vissa fall innebära allvarliga risker för patienternas hälsa.

Det finns i dag enligt uppgift från Agrifack ett fyrtiotal dietister som är anställda utanför den offentliga vården. Ett antal dietister är egna företagare och säljer sina tjänster till den offentliga vården. Enligt kommitténs mening bör man, på samma sätt som tidigare föreslagits angående audionomer och biomedicinska analytiker, låta dietisterna omfattas av de nya bestämmelserna om skyddad yrkestitel. Kommittén har i avsnitt 6.4.2 föreslagit att dietistutbildningen regleras genom införandet av en ny yrkesexamen i examensbilagan till högskoleförordningen. För att få rätt att inom hälso- och sjukvården kalla sig dietist bör krävas att en sådan examen avlagts.

Genom de föreslagna regleringarna ställs dietisterna i sin verksamhet under samhällets tillsyn. Bestämmelserna underlättar för arbetsgivare och andra att bilda sig en uppfattning om dietisternas kompetens och torde försvåra yrkesverksamhet för personer som saknar erforderlig utbildning för yrket. Socialstyrelsens möjlighet att bevilja dispens ger dock utrymme för prövning av om personer med äldre eller annan utbildning än den föreslagna yrkesexamen skall ha rätt att använda titeln dietist.

10.3.4 Ortopedingenjörer

Sjukvården remitterar patienter till de ortopedtekniska avdelningarna för ortopedteknisk behandling eller konsultation vid olika sjukdomstillstånd eller skador i rörelseapparaten. Ortopedingenjören undersöker patienten och gör utifrån medicinska, biomekaniska, tekniska och sociala kriterier en bedömning av patientens behov. Även om ortopedingenjörer i vissa fall arbetar i team med exempelvis läkare, sjukgymnaster och medicinska fotvårdare, är ortopedingenjören i praktiken relativt självständig i sin verksamhet.

Det ortopedtekniska hjälpmedlet måste vara konstruerat och sammansatt på ett sådant sätt att det uppfyller krav beträffande bl.a. hållfasthet, funktion och kosmetisk utformning. Felaktigt konstruerade hjälpmedel kan ge upphov till skador och förvärra tidigare tillstånd.

Ortopedingenjörer är främst verksamma vid ortopedtekniska avdelningar i anslutning till de större länssjukhusen. Viss verksamhet med begränsad service på andra vårdinrättningar förekommer också. En majoritet av de ortopedtekniska avdelningarna drivs, enligt uppgift från Sveriges Ortopedingenjörers Förening, som enskilda företag vars tjänster köps av landstingen. Verksamheten drivs i sjukhusets lokaler.

Det blir också allt vanligare att ortopedingenjörer vänder sig direkt till allmänheten och tillhandahåller ortopedtekniska produkter och tjänster.

Kommittén har i avsnitt 6.4.2 behandlat ortopedingenjörsutbildningen och därvid anfört att det är angeläget att det finns garantier för att utbildningen kommer att finnas kvar och att den även fortsättningsvis kommer att hålla en god kvalitet. Kommittén har föreslagit att utbildningen regleras genom införandet av en ny yrkesexamen i examensbilagan till högskoleförordningen.

Kompetensnivån hos ortopedingenjörer har betydelse för patientsäkerheten. En reglering av ortopedingenjörsyrket skulle underlätta för denna yrkeskategori att tjänstgöra i andra EU-länder. Även den utökade andelen enskilt verksamma ortopedingenjörer talar för en reglering av yrket. Kommittén anser därför att yrkeskategorin ortopedingenjörer bör regleras genom de förslagna bestämmelserna om skyddad yrkestitel. Som förutsättning för att få använda titeln ortopedingenjör bör krävas avläggande av den föreslagna yrkesexamen.

10.4 Diskussioner kring några andra yrkesgrupper

10.4.1 Medicintekniska ingenjörer och perfusionister

Flera av de yrkesutövare kommittén studerat har lång utbildning och yrkesgrupperna är specialiserade med betydande tekniska inslag. Det gäller särskilt *medicintekniska ingenjörer* och *perfusionister*. Tveklöst har dessa yrkesutövares verksamhet betydelse för patientsäkerheten. De är dock till numerären små yrkesgrupper. Ingen av dessa yrkesgrupper finns heller i någon större utsträckning som enskilda yrkesutövare. Dessutom saknar framför allt de medicinktekniska ingenjörerna i mycket stor utsträckning direkta patientkontakter.

Ur patienternas och samhällets perspektiv torde det väsentliga vara att dessa yrkesgruppers grundutbildning och vidareutbildning har hög kvalitet och att den tekniska utrustning yrkesgrupperna arbetar med är av god kvalitet. Kontrollen av detta kan emellertid också ske på annat sätt än genom legitimationen. Med hänsyn till den snabba tekniska utvecklingen på de områden där dessa yrkesgrupper är verksamma är det viktigt att kontrollen av deras kunnande och av den tekniska utrustningen sker regelbundet. Detta bör i första hand ske genom arbetsgivarens försorg. Kommittén har dessutom i avsnitt 9.5.4 konstaterat att det finns möjligheter att kvalitetskontrollera eller kvalitetsstämpla inte endast den tekniska utrustningen utan även enskilda personer. Det kan ske genom s.k. certifiering. Även om

denna verksamhet ännu är i sin linda anser kommittén att det inom snar framtid kommer att finnas möjligheter att låta externa kontrollorgan som t.ex. SWEDAC utforma och i egen eller annans regi utföra regelbundna kontroller av dessa yrkesgrupper på uppdrag av arbetsgivare eller yrkesgruppernas egna yrkesförbund. En sådan återkommande kontroll torde få betydligt större effekt ur patientsäkerhetssynpunkt än en legitimation vars rättsverkningar oftast inträder först när ett missgrepp eller en olyckshändelse redan inträffat.

I avvaktan på en sådan återkommande kontroll kan man som ett komplement föreskriva att det för anställning i offentlig regi är en förutsättning att de nu nämnda yrkesgrupperna har viss utbildning. Kommittén anser härutöver att det för närvarande inte finns tillräckliga skäl att låta dessa yrkesgrupper omfattas av de särskilda legitimationsreglerna. Beträffande de medicintekniska civilingenjörerna gäller för övrigt att de har en reglerad grundutbildning. Svensk förening för medicinsk teknik och fysik har också, som kommittén redovisat i avsnitt 9.5.8, på eget initiativ inrättat ett certifieringsförfarande i två nivåer, certifiering av medicinska civilingenjörer och medicinska ingenjörer.

En ytterligare möjlighet som kommittén övervägt är att föreskriva att *viss verksamhet* endast får utövas under förutsättning att tillgång finns till personer med viss kompetens. Detta skulle kunna gälla t.ex. för att få genomföra vissa typer av ingrepp där det är nödvändigt att använda hjärt-lungmaskin eller inom verksamheter där mycket komplicerad teknisk eller elektronisk utrustning används. *Perfusionister* är ett exempel på en yrkesgrupp som skulle kunna omfattas av en sådan reglering. Regleringen skulle kunna gälla även privat verksamhet och minska risken för att privata vårdgivare använder mindre kompetent personal för att sköta eller kontrollera sådan utrustning. Perfusionisterna arbetar emellertid i princip uteslutande i den offentliga vården. Kommittén har bl.a. därför inte funnit skäl att ytterligare reglera denna yrkeskategori.

10.4.2 Sjukhuskuratorer

Representanter för yrkeskategorin sjukhuskuratorer med socionomutbildning har, som kommittén redovisat i avsnitt 5 under rubriken socionomer, framställt önskemål om legitimation.

Sjukhuskuratorer har i regel en socionomutbildning, men även andra utbildningar såsom exempelvis sjuksköterska, psykolog eller annan beteendevetenskaplig utbildning förekommer. Som underlag för legitimation har från yrkeskategorin framförts att det, utöver socionomutbildning, bör krävas någon form av praktisk tjänstgöring.

Kommittén anser att sjukhuskuratorerna har en väsentlig funktion att fylla inom vården. Det är därför viktigt att sjukhuskuratorerna besitter erforderlig kompetens och att de är lämpliga för tjänstgöringen. Den verksamhet som sjukhuskuratorer ägnar sig åt innefattar emellertid i huvudsak moment som mer är att betrakta som sociala och psykosociala insatser än behandlande hälso- och sjukvårdsverksamhet.

Mot bakgrund av det anförda lämnar kommittén inte något förslag om reglering för sjukhuskuratorer.

10.4.3 Undersköterskor

Yrkeskategorin undersköterskor har varit föremål för diskussioner inom kommittén. Ett stort antal undersköterskor har framfört önskemål om legitimation.

Kommittén anser att undersköterskorna svarar för värdefulla insatser i vårdarbetet. Utbildningens längd och verksamhetens art svarar emellertid inte mot de kriterier som utredningen ställt upp för att yrket skall komma i fråga för legitimation eller skyddad yrkestitel. Kommittén har därför inte funnit anledning att föreslå någon reglering för undersköterskorna.

10.4.4 Medicinsk fotvård

Inledning

Fotvård kan innebära allt från fothygien till sårbehandling. Kommittén behandlar här främst vad som i under avsnittet *Verksamheten* nedan definieras som medicinsk fotvård. Frågan om utbildningen för medicinska fotvårdare diskuteras särskilt. Den svenska fotvårdsutbildningen är, sett ur ett internationellt perspektiv, kort och ger inte tillräcklig kompetens för yrkesverksamhet inom den medicinska fotvården.

Utbildning och reglering

I gymnasieskolans omvårdnadsprogram finns en omvårdnadsgren som innehåller en kurs i fothälsovårdskunskap. Enligt Skolverkets kursplan (GyVux 1993:15) skall kursen ge grundläggande kunskaper om fothälsovård. Kursen skall ses som en introduktion till yrken inom fotvården och syftar till vård och behandling av människor som inte själva kan klara sin fothälsovård. Tidigare fanns en specialkurs på gymnasieskolan omfattande en termins studier för utbildning till fotvårdare (Påbyggnadskurs för vårdbiträden inom sjukvård och social service). Privata utbildningar finns också. Vid några universitet ges

10-poängskurser i medicinsk fotvård. Vissa landsting har också kortare fortbildningskurser.

I de fall som avses i 1 § 2 och 3 pp. åliggandelagen är yrkesutövare som sysslar med medicinsk fotvård att anse som hälso- och sjukvårdspersonal. I övriga fall omfattas verksamheten i dag av kvacksalverilagens bestämmelser.

Medicinskt betingad fotvård är undantagen från mervärdesskatteplikt. Mervärdesskattefrågorna diskuterar kommittén i avsnitt 16.

Verksamheten

Socialstyrelsen har sammanställt en rapport om fotvård (Rapport från utredning om fotvård och pågående utvecklingsarbeten, 1990-11-14, Dnr 5229-96/88). Rapporten har överlämnats till Socialdepartementet. I rapporten skiljer Socialstyrelsen på fothygien, fotvård och medicinsk fotvård.

Fothygien definieras som att själv eller med hjälp av någon annan sköta sina fötter. Fothygien ingår som en del av den omvårdnad som hälso- och sjukvården eller den sociala hemtjänsten står för. I fothygien ingår att observera om det finns onormala förändringar på fötterna som kräver professionell fotvård.

Fotvård definieras i rapporten som hjälp med lättare fotåkommor som man inte klarar själv och som ges av en utbildad fotvårdare antingen inom hälso- och sjukvården, den sociala hemtjänsten eller av en enskild företagare som är utbildad till fotvårdare. I fotvårdsverksamhet ingår att ge information om egenvård, att ge fotvårdsbehandling och att ge råd om vart man vänder sig om åkomman kräver medicinsk fotvård eller andra insatser.

Medicinsk fotvård ges, enligt Socialstyrelsens definition, efter det att en diagnos är ställd. Det kan gälla diabetes, reumatoid artrit, psoriasis, vissa cirkulations- eller hudsjukdomar, ortopediska felställningar, nervskador, infektioner, postoperativa tillstånd eller nagelåkommor. Sådan fotvård ges av en person med därtill adekvat utbildning verksam inom hälso- och sjukvården eller som på annat sätt arbetar i samråd med ordinerande/anvisande behandlare av grundsjukdomen.

För utbildade fotvårdare som ingår i den medicinska fotvårdsverksamheten anser Socialstyrelsen att det, utöver den gymnasiala grundutbildningen, krävs en påbyggnadsutbildning på högskolenivå. De 10-poängskurser som finns i dag kan ses som ett resultat av Socialstyrelsens rapport.

För diabetiker är fotproblem en stor komplikation. Vid en undersökning har två av tre diabetiker angett att de haft någon form av fotbesvär (Vårdfacket 1/1996). Fyra av fem fotsår orsakas av

olämpliga skor och annat yttre våld. Hela 70 procent av alla amputationer på diabetespatienter föregås av fotsår. Studier har visat att med specialistbehandling kan fotsår fås att läka och antalet amputationer kan därmed minskas väsentligt (Diabetes 3/1994). Vid diabetesfotvården i Lunds och Orups sjukvårdsdistrikt har det årliga antalet amputationer under perioden 1982 till 1993 kunnat nedbringas från 16 till 3,6 per 100.000 invånare. Sårbehandlingen har visat sig vara ekonomisk och leda till minskade kostnader (Diabetic foot ulcers in a multidisciplinary setting. An economic analysis of primary healing and healing with amputation, Journal of International Medicin, 1994;235: 463 - 471).

Många terapeuter som arbetar med medicinsk fotvård är anställda av kommuner och landsting, men ett ökande antal arbetar på entreprenad och är egna företagare.

Ett internationellt perspektiv

Den svenska utbildningen för medicinska fotvårdare är, sedd i ett europeiskt perspektiv, av liten omfattning och bedrivs på låg nivå inom utbildningsväsendet. I många europeiska länder är den medicinska fotvårdsutbildningen en akademisk utbildning. Som exempel kan nämnas Storbritannien som har en fotterapeututbildning omfattande minst tre års högskolestudier. Yrket är där också reglerat. I Finland har fotvårdare en skyddad yrkesbeteckning.

Framställningar till kommittén

Kommittén har vid sina hearingar sammanträffat med representanter för Sveriges Fotterapeuters Riksförbund, Svenska Fotvårdsförbundet och Fotterapeuternas Riksorganisation. Organisationerna har framfört att fotterapeuter som genomgått Skolverkets grundutbildning för fotterapeuter och viss fortbildning samt har flerårig praktik bör få möjlighet att erhålla legitimation.

Representanter för kommittén har vid studiebesök beretts möjlighet att följa diabetesfotvården vid diabetesmottagningen vid Universitetssjukhuset i Lund. Här arbetar ortopedläkare, fotvårdare och ortopedtekniker i ett team.

Svenska Diabetesförbundet har, vid sammanträffande med representanter för kommittén, framfört att förbundet gärna ser en legitimation för medicinska fotvårdare och att den som saknar erforderlig kompetens bör förhindras att arbeta med medicinsk fotvård.

Kommitténs ställningstaganden

Kommittén har, främst genom sina kontakter med representanter för den medicinska fotvården, fått uppfattningen att den fotvårdsutbildning som i dag bedrivs inom gymnasieskolans omsorgsprogram är otillräcklig för den som avser att ägna sig åt medicinsk fotvård. Mycket av den kompetens som i dag finns hos enskilda fotterapeuter och på vissa mottagningar förefaller till stora delar vara resultatet av eget utvecklingsarbete. En svårighet ligger i att föra sådan kunskap och erfarenhet vidare till nya yrkesutövare. Socialstyrelsen har också i sin rapport pekat på behovet av en utbildning på högre nivå.

Genom ett samarbete mellan olika personalkategorier och med en kompetent medicinsk fotvårdare är det möjligt att undvika komplikationer som följer med vissa sjukdomstillstånd. Den medicinska fotvården, framför allt sårbehandling av diabetespatienter, har också visat sig ge ekonomiska besparingar. Både ekonomiska och mänskliga aspekter talar således för att det måste finnas kompetenta yrkesutövare inom den medicinska fotvården. Det är därför angeläget att få till stånd en utbildning som är mera omfattande än dagens gymnasieutbildning och som kan tillgodose behovet av kompetenta fotvårdare i framtiden.

Kompetensen hos yrkesutövare inom den medicinska fotvården är således för närvarande, generellt sett, ytterst varierande. Den utbildning som bedrivs uppfyller inte de kriterier som kommittén ställt upp för en legitimation, det gäller främst utbildningens längd och kvalitet - särskilt vid en internationell jämförelse. Även om yrket för övrigt är sådant att det skulle finnas skäl att reglera genom exempelvis en skyddad yrkestitel, anser kommittén att överväganden angående en behörighetsreglering på detta område bör anstå till dess utbildningen reglerats och byggts ut. Vi kan samtidigt konstatera att kommitténs förslag till utvidgning av begreppet hälso- och sjukvårdspersonal i avsnitt 9.5.2 medför att även denna yrkesgrupp kan komma att omfattas av detta begrepp om utbildningen byggs ut och utvecklas.

11 Manuella behandlingsmetoder - kiropraktorer, naprapater och osteopater

Sammanfattning

Sedan 1989 har kiropraktorer med särskild utbildning kunnat erhålla legitimation i Sverige. Ingen svensk utbildning har hittills godkänts för legitimation, utan de som hittills erhållit legitimation har utbildats utomlands. Regeringen uppdrog i maj 1996 åt Socialstyrelsen att jämföra hur kiropraktorutbildningen vid Skandinaviska Kiropraktorhögskolan i Stockholm förhåller sig i längd och innehåll till den danska kiropraktorutbildning som anordnas vid Odense universitet. Frågan om legitimation för svenskutbildade kiropraktorer bör, enligt kommitténs uppfattning, anstå till dess Socialstyrelsens jämförande utvärdering av Skandinaviska Kiropraktorhögskolan är avslutad.

Kommittén föreslår att en särskild utredning om de manuella behandlingsmetoderna inleds snarast. Omfattningen och betydelsen av kiropraktorernas och naprapaternas verksamhet talar för att man bör överväga en mera enhetlig reglering av de manuella behandlingsmetoderna. Vad som framkommit angående de risker som kan vara förknippade med manipulationsbehandling talar enligt kommittén för att denna behandlingsform bör kringgärdas med ytterligare restriktioner. Även möjligheterna till samordning av utbildningarna inom den manuella medicinen bör utredas.

Naprapaterna fick år 1994 möjlighet att erhålla legitimation. Kommittén anser att det inte finns anledning att i avvaktan på en närmare utredning av de manuella behandlingsmetoderna göra några ändringar i behörighetsregleringen för naprapater.

Yrkesgruppen osteopater omfattas inte av någon särskild behörighetsreglering. Kommittén lämnar inga förslag som berör osteopaterna.

11.1 Inledning

I detta kapitel diskuteras frågor kring tre olika yrkesgrupper vars verksamhet huvudsakligen innefattar manuella behandlingsmetoder.

Kiropraktorernas verksamhet, regleringen av densamma, deras utbildning och tidigare behandling av frågan om legitimation för

svenskutbildade kiropraktorer redovisas i avsnitt 11.2. Vidare finns i avsnittet en beskrivning av utbildningen vid Skandinaviska Kiropraktorhögskolan.

I avsnitt 11.3 behandlas *naprapaternas* verksamhet, regleringen och bakgrunden till regleringen samt utbildningen vid Naprapathögskolan.

Osteopati är en annan manuell behandlingsmetod som kortfattat beskrivs i avsnitt 11.4.

Kommitténs ställningstaganden finns i avsnitt 11.5.

11.2 Kiropraktorer

Allmänt om behandlingsmetoden kiropraktik

Kiropraktik är dels en sjukdomsteori, dels en behandlingsteknik, som ursprungligen utarbetades av amerikanen D.D. Palmer i slutet av 1800-talet. Denne utgick från teorin att förskjutningar av en eller flera kotor i ryggraden (s.k. subluxationer) orsakade energiblockeringar, en sorts nervtryck, som i sin tur var förklaringen till uppkomsten av flertalet sjukdomar. Med ett hastigt handtryck mot den berörda delen av ryggraden skulle kotan återställas i sitt normalläge, nervblockeringen upphävas och patienten botas. Denna teoribildning har numera övergivits och kiropraktorerna har accepterat ett skolmedicinskt synsätt.

I Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om legitimerade kiropraktorers verksamhet (se vidare nedan under rubriken nuvarande reglering) definieras verksamhetsområdet kiropraktik som vissa åtgärder för att behandla samt i viss omfattning förebygga och utreda funktionsrubbningar och smärttillstånd i rörelseorganen. Den kiropraktiska behandlingen sker enligt definitionen med särskilda handgrepp som vid behov kan kompletteras med annan fysikalisk behandling.

Nuvarande reglering

Sedan den 1 januari 1989 har det funnits möjlighet för kiropraktorer med viss utländsk utbildning att få legitimation som kiropraktor i Sverige (prop. 1988/89:96, bet. 1988/89:SoU23, rskr. 1988/89:295, SFS 1989:407). Legitimation för kiropraktorer regleras i 5 § behörighetslagen. För att få legitimation krävs examen som Doctor of Chiropractic vid en utländsk högskola eller motsvarande utbildning. Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer, får meddela föreskrifter om praktisk tjänstgöring och författnings- och språkkunskaper som ytterligare villkor för att få sådan legitimation. Legitimation får också meddelas den som visar att han på annat sätt har förvärvat motsvarande kompetens. Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer meddelar i övrigt föreskrifter om villkoren

för att den som utomlands genomgått utbildning skall få kompetensbevis. Sådana föreskrifter finns i behörighetsförordningen.

En sökande som har utbildning som kiropraktor från ett annat land än Sverige skall på ansökan få legitimation eller annan behörighet för yrket här i landet om den sökande har ett sådant utbildnings-, examens- eller behörighetsbevis över behörighetsgivande utbildning som följer av reglering inom EU (se 25 § behörighetsförordningen). En kiropraktor med auktorisation eller motsvarande som kiropraktor i Danmark, Island eller Norge kan med stöd av 34 § (p. 17) behörighetsförordningen efter ansökan erhålla legitimation som kiropraktor i Sverige. Den som har examen som Doctor of Chiropractic vid utländsk högskola eller motsvarande utbildning för kiropraktor måste, innan legitimation kan meddelas, fullgöra praktisk tjänstgöring i svensk hälso- och sjukvård motsvarande ett års heltidstjänstgöring (34 a § behörighetsförordningen). Socialstyrelsen godkänner f.n. 17 olika utbildningar. Av de godkända utbildningarna finns 14 i USA och en i respektive Kanada, Australien och England.

Vid universitetet i Odense i Danmark finns en treårig biomekanisk utbildning som får tillgodoräknas vid de av Council of Chiropractic Education, CCE (se vidare nedan) godkända kiropraktorskolorna. För att erhålla auktorisation måste de studerande från Odense komplettera sin utbildning med två års kliniska studier/praktik vid en godkänd utbildningsanstalt. Utbildningen i Odense kommer att byggas ut till en fullständig femårig kiropraktorutbildning som leder till auktorisation i Danmark. Den tvååriga förlängningen av utbildningen beräknas starta 1997 och de första kiropraktorerna som fått hela sin kiropraktorutbildning i Danmark kan komma att utexamineras under 1999. Universitetet räknar med att kunna ta emot studerande från Sverige.

Kiropraktorerna omfattas av överenskommelsen om gemensam nordisk arbetsmarknad för viss hälso- och sjukvårdspersonal och veterinärer. Yrket är reglerat i samtliga nordiska länder, i Finland genom att utbildade kiropraktorer har en skyddad yrkesbeteckning.

Socialstyrelsen har den 31 januari 1991 fastställt *riktlinjer för assistenttjänstgöring för kiropraktorer* (dnr 562-2/91). Syftet med den praktiska tjänstgöringen uppges i riktlinjerna vara att ge kiropraktorn en allsidig inblick i den svenska hälso- och sjukvårdens organisation och arbetssätt, något djupare kunskaper om samarbetsparternas behandlingsprinciper samt praktisk träning i det egna yrket. Den ettåriga, handledda tjänstgöringen bör omfatta såväl tjänstgöring hos legitimerad kiropraktor som tjänstgöring inom den offentliga hälso- och sjukvården. Den praktiska tjänstgöringen bör kompletteras med auskultationer inom aktuella verksamheter med en viss fördjupning inom ett antal ämnesområden som är av vikt för kiropraktorns kommande verksamhet. Denna fördjupning bör enligt riktlinjerna ges som fortbildningsinsats i form av seminarietillfällen. För inhämtande

av erforderliga kunskaper i svenska hälso- och sjukvårdsförfattningar anvisar Socialstyrelsen särskild kurs. I riktlinjerna ingår förslag till ämnesområden för seminarieverksamheten och målbeskrivningar för den praktiska tjänstgöringen inom offentlig hälso- och sjukvård respektive hos legitimerad kiropraktor.

Praktiktjänstgöringen uppges ha fungerat väl för kiropraktorerna och det har inte varit några svårigheter att erhålla praktiktjänstgöring. Detta har delvis förklarats med att så få legitimeras varje år och att medel avsatts för handledararvode. Ersättningen uppgår f.n. till 95.000 kr för varje kiropraktor.

Socialstyrelsen har vidare meddelat föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1991:16) om legitimerade kiropraktorers verksamhet. I inledningen till de allmänna råden definieras kiropraktik (se ovan under rubriken Allmänt om behandlingsmetoden kiropraktik) och manipulation. Begreppet manipulation används i författningen i den betydelsen att terapeuten, i syfte att normalisera funktionen i rygg- eller extremitetsled hos en patient, griper med sina händer över leden och avslutar sina handrörelser med ett snabbt tryck, som går utöver gränsen för ledens fysiologiska rörlighet, dock utan att överskrida det anatomiska ytterläget. Manipulationen kan antingen utföras med stora generella kontaktpunkter (en hel hand eller bägge händerna, underarmen eller armbågen) eller med en så liten kontaktyta som möjligt (fingrarna eller annan del av handen). I båda fallen utförs belastningsrörelsen med maximal hastighet, minimalt rörelseutslag och med måttlig till minimal kraft.

I Socialstyrelsens föreskrifter anges att om en kiropraktor i sin yrkesutövning får kännedom om, eller misstänker, att en patient har en sjukdom eller ett sjukdomstillstånd som kontraindicerar kiropraktisk behandling, skall behandlingen avbrytas och patienten uppmanas att söka läkare. Manipulationsbehandling av barn under sexton års ålder får enligt föreskrifterna inte utföras innan ytterligare kunskap om och erfarenhet av metoden finns. Efter hänvisning av läkare får dock barn i åldern åtta till och med femton år behandlas med manipulation. På speciella indikationer kan barn också få behandlas inom ramen för forskningsinriktade studier och då i samverkan med läkare. Forskningsprojektet skall ha granskats och godkänts av regional medicinsk forskningsetisk kommitté.

Socialstyrelsens föreskrifter åtföljs av en utförlig medicinsk redogörelse för komplikationer vid manipulationsbehandling i ryggraden. I inledningen till den medicinska redogörelsen anförs att de allvarliga komplikationer som kan uppkomma vid manipulationsbehandling i ryggraden ytterst drabbar någon del av nervsystemet; hjärna, ryggmärg eller nervrötter. Efter sin uppkomstmekanism kan de allvarliga komplikationerna indelas i skador på nervrötter eller ryggmärg uppkomna genom direktmekanisk inverkan och indirekt

uppkomna hjärnskador till följd av skada på till hjärnan ledande blodkärl. Den av skadan framkallade symptombilden uppges variera beroende på var i kotpelaren manipulationen har utförts; i halsryggen, bröstryggen eller ländryggen.

Bakgrund till nuvarande reglering

Legitimation för kiropraktorer med viss utländsk utbildning infördes år 1989 efter förslag av Alternativmedicinkommittén i delbetänkandet (SOU 1987:12) Legitimation för vissa kiropraktorer.

Frågan om legitimation för Doctors of Chiropractic hade då diskuterats i ett par decennier och tanken på legitimation för kiropraktorer hade tidigare avvisats under hänvisning till den osäkerhet som ansågs råda om det medicinska värdet av manuell behandling. Riksdagen hade också bl.a. beslutat om försöksverksamhet med kiropraktorer för att utvärdera behandlingsmetoden. Någon försöksverksamhet kunde emellertid inte komma till stånd.

Alternativmedicinkommitténs delbetänkande

Alternativmedicinkommittén valde att låta utföra en systematisk genomgång och värdering av publicerad vetenskaplig litteratur om kiropraktik och manipulationsbehandling. Detta arbete utfördes av doktor Niels Lynöe och professor Lars Olov Bygren vid socialmedicinska institutionen vid Umeå universitet och resulterade i en rapport om manipulationsbehandling vid smärttillstånd i ryggen (SOU 1987:12 bilaga 3). Alternativmedicinkommittén menade att rapporten tycktes visa att det föreligger en - visserligen begränsad men ändå övertygande - terapeutisk effekt av manipulationsbehandling vid länd- och bröstryggsbesvär. Med ledning av rapporten drog Alternativmedicinkommittén slutsatsen att manipulationsbehandling, jämfört med konventionell behandling, ger minst lika god symptomlindring.

Angående de risker som kan vara förknippade med manipulationsbehandling stödde sig Alternativmedicinkommittén på ovannämnda rapport och anförde att behandlingen inte är riskfri, men bedöms säker om den utförs under betryggande förhållanden, t.ex. vad gäller den diagnostiska kompetensen. Skaderisken vid manipulation av halskotpelare motiverade, enligt Alternativmedicinkommittén, att just denna typ av behandling kringgärdas med särskilda regler till skydd för patienterna.

Alternativmedicinkommittén gjorde bedömningen att Doctors of Chiropractic hade en utbildning och klinisk verksamhet som var av så kvalificerad art att det var motiverat med ett samhällserkännande. Ett huvudmotiv för kommitténs val av behörighetsreglering var att legitimation här fyllde ett väsentligt informationsbehov som en sorts

varudeklaration, i första hand till patienternas vägledning, men också gentemot de landsting som i framtiden kunde komma att vilja anställa eller annars anlita personer med kvalificerade kunskaper i manipulationsbehandling. Vid den tidpunkten fanns det ett relativt stort antal yrkesverksamma personer med mycket varierande utbildning som kallade sig kiropraktorer.

Council of Chiropractic Education (CCE) beskrevs av Alternativmedicinkommittén som en amerikansk samarbetsorganisation med uppgift att fastställa regler och riktlinjer för kiropraktorutbildningen samt att pröva och utöva tillsyn över utbildningsanstalter. CCE uppgavs vara verksamt på det amerikanska utbildningsdepartementets vägnar och kunde därför sägas vara ansvarig instans för kiropraktorutbildningen i USA. Endast examen från de godkända högskolorna ger officiellt behörighet som kiropraktor i USA och Canada.

Alternativmedicinkommittén ansåg att CCE:s myndighetsliknande ställning garanterade neutrala bedömningar och att dessa därför kommit att ligga till grund för myndigheternas beslut även i andra länder.

Socialstyrelsen godkänner i dag vid sin legitimationsprövning skolor som godkänts av CCE och ytterligare två skolor i England respektive Australien med likvärdig utbildningsstandard.

År 1986 beslutades på initiativ av European Chiropractic Union om bildandet av en europeisk motsvarighet till CCE - European Council of Chiropractic Education (ECCE). European Chiropractic Union har bedömt en skola i England och en i Australien som likvärdiga med CCE-normerna.

De av CCE respektive ECCE godkända skolorna i Australien, Kanada, England och USA ansågs av Alternativmedicinkommittén ha likvärdiga studieordningar. Antalet bundna studietimmar motsvarar fyra till fem års heltidsstudier.

Alternativmedicinkommittén hänvisade till att länder utanför USA som infört legitimation eller på annat sätt offentligt accepterat kiropraktorerna antagit CCE-kraven som normerande. När det gäller undersökningar från svensk sida av den amerikanska kiropraktorutbildningen refererar Alternativmedicinkommittén till en prövning som från svensk sida gjorts för att värdera den prekliniska delen (två år) av kiropraktorutbildningen med anledning av enskilda ansökningar om tillträde till läkarlinjen. Denna del av kiropraktorutbildningen fick vid prövningen tillgodoräknas i läkarutbildningen.

Alternativmedicinkommittén bedömde att den värdering av kiropraktorutbildningen som gjorts internationellt och till viss del från svensk sida var tillfyllest och anförde att CCE-standard borde vara riktmärke vid legitimation.

Vid tidpunkten för Alternativmedicinkommitténs delbetänkande förekom flera utbildningar av kiropraktorer i Sverige. Den mest om-

fattande av dessa utbildningar bedrevs (och bedrivs fortfarande) vid Skandinaviska Kiropraktorhögskolan, tidigare Skandinaviska Chiropraktor Skolan, i Solna/Stockholm. Kommittén ansåg dock att skolan inte hade samma omfattning som de utländska högre utbildningarna och att skolan även hade vissa problem med att engagera lärare med önskvärda kvalifikationer. Skolan hade emellertid, anförde kommittén, goda ambitioner att skapa en utbildningsinstitution i klass med de utländska kiropraktorhögskolorna. Alternativmedicinkommittén gjorde den bedömningen att det inte var tillfredsställande om det svenska behovet av kiropraktorer även i framtiden skulle tillgodoses enbart genom utländsk utbildning. En svensk högskola eller en sådan på nordisk bas kunde på sikt vara en lämplig lösning liksom någon form av påbyggnadsutbildning i manipulationsteknik för bl.a. läkare och sjukgymnaster.

Undersökningar som Alternativmedicinkommittén låtit Statistiska centralbyrån göra av svenska folkets kontakter med och uppfattning om alternativmedicinska behandlingar hade visat att kiropraktisk behandling var den i särklass vanligaste alternativmedicinska behandlingen. I genomsnitt 15 procent av befolkningen hade någon gång varit hos en kiropraktor. Av dessa ansåg sig drygt 70 procent ha blivit helt besvärsfria eller något bättre av behandlingen.

Proposition om legitimation för vissa kiropraktorer

I propositionen om legitimation för vissa kiropraktorer, m.m. (prop. 1988/89:96) hänvisades till studier av svenska folkets behov, efterfrågan och utnyttjande av sjukvård. Enligt en rapport hade sjukdomar i rörelseorganen stor omfattning. Både mätt i antal förtidspensionerade och i antal sjukskrivningsdagar utgjorde dessa sjukdomar vår största sjukdomsgrupp. Dessa sjukdomar drabbade, enligt rapporten, i hög utsträckning personer i yrkesverksam ålder. Rygg, nack- och skuldervärk uppgavs vara orsak till 30 procent av alla sjukskrivningsdagar. I propositionen hänvisades också till Alternativmedicinkommitténs ovannämnda undersökning angående befolkningens kontakter med kiropraktorer. Bland utövarna av manuell behandling utanför skolmedicinen framstod, enligt uttalanden i propositionen, Doctor of Chiropractic - utbildnings- och yrkesmässigt - som en särskilt kvalificerad grupp. Vid prövningen av vilka utländska högskolors utbildning som kan accepteras bör den kvalitetsvärdering som görs av de från utbildningsanstalterna fristående amerikanska och europeiska fackorganen i första hand kunna tas till utgångspunkt.

I ovannämnda proposition anfördes vidare att verksamhetsområdet för kiropraktorerna angetts vara att förebygga, utreda och behandla funktionsrubbningar och smärttillstånd i rörelseorganen. Behandlingen sker med särskilda handgrepp som vid behov kan kompletteras med

annan fysikalisk behandling. Enligt föredragandens mening borde Socialstyrelsen med utgångspunkt från denna definition kunna meddela föreskrifter eller allmänna råd som så noga som möjligt definierade kiropraktorers verksamhetsområde och därvid särskilt uppmärksammade hur de risker som kan vara förenade med manipulationsbehandlingar skall kunna minskas i största möjliga utsträckning. Socialutskottet, som förutsatte att garantier skapas för att rätt diagnos ställs i dessa fall och att behov av annan behandling inte eftersätts, instämde i vad som anförts i propositionen och hemställde om bifall till förslaget om legitimation för vissa kiropraktorer (bet. 1988/89:SoU23). Riksdagen följde utskottet (rskr. 295).

Alternativmedicinkommitténs huvudbetänkande m.m.

Alternativmedicinkommittén tog ånyo upp frågan om legitimation för kiropraktorer i sitt betänkande (SOU 1989:60) Huvudbetänkande från alternativmedicinkommittén. Under 1989 hade Nordiska rådet antagit en rekommendation till Nordiska ministerrådet att snarast genomföra en utredning om möjligheterna till en för de nordiska länderna gemensam utbildning för kiropraktorer, liksom till likalydande rättsregler rörande kiropraktorers legitimation och yrkesutövning. I betänkandet anförde Alternativmedicinkommittén att även om många andra kiropraktorer än Doctors of Chiropractic har en gedigen utbildning och omfattande erfarenhet av ryggmanipulation fanns det vid det tillfället inte skäl att föreslå någon annan grupp av kiropraktorer till legitimation. Med anledning av Nordiska rådets initiativ ansåg kommittén att man tills vidare borde avvakta innan beslut fattades om legitimationsgrundande utbildning av kiropraktorer i Sverige (bet. s. 84).

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om legitimerade kiropraktorers verksamhet beslutades och utgavs under 1991 (närmare beskrivet under rubriken Nuvarande reglering).

I utskottsbetänkandet Vissa behörighetsfrågor m.m. (bet. 1992/93:SoU1) behandlades bl.a. frågeställningar med anknytning till Socialstyrelsens allmänna råd för kiropraktorer. I betänkandet hänvisas till uttalanden från Socialstyrelsen om att styrelsen skall följa och utvärdera de legitimerade kiropraktorernas verksamhet och att styrelsen kommer att utreda om begränsningar kan utfärdas för andra yrkesgrupper som utövar manipulationsbehandling.

Utbildningsfrågor

Som Alternativmedicinkommittén konstaterade bedrivs den mest omfattande kiropraktorutbildningen i Sverige vid Skandinaviska Kiropraktorhögskolan (tidigare Skandinaviska Chiropraktor Skolan).

Skolans utbildning beskrivs vidare nedan under rubriken Utbildningen vid Skandinaviska Kiropraktorhögskolan.

Regeringen uppdrog i juni 1993 (S92/8315/S, S93/4872/S) åt Socialstyrelsen att utvärdera den kiropraktorutbildning som bedrivs vid Skandinaviska Chiropraktor Skolan (numera Skandinaviska Kiropraktorhögskolan) i Stockholm. I uppdraget ingick att klargöra om utbildningstiden och innehållet i utbildningen vid skolan är av samma kvalitet som en godkänd utbildning och därmed kunde ligga till grund för legitimation. Socialstyrelsen gjorde vid sin utvärdering daterad den 28 december 1993 (Dnr 115-5356/93) en jämförelse med den kiropraktorutbildning som bedrivs vid the Anglo-European College of Chiropractic i Bournemouth, England. Vid Socialstyrelsens jämförelse var det underlag och material för utvärdering av högskoleutbildning som Kanslersämbetet arbetat fram vägledande. Härvid betonades framför allt vikten av att undervisning och forskning inte får åtskiljas. Vidare bör, enligt utvärderingen, anlitade lärare vara vetenskapligt och pedagogiskt skickliga samt forskarutbildade. Inom alla ämnesområden anses god tillgång till vetenskaplig litteratur nödvändig. Det gäller inte bara aktuell facklitteratur inom de ämnesområden som utbildningen är inriktad på utan också historiskt material liksom de senaste rönen inom forskningen. Tillgång till goda sökmöjligheter i litteratur- och tidskriftsbaser ses också som en nödvändighet. Vidare anses det viktigt med ändamålsenliga undervisningslokaler och adekvat utrustning för att bedriva en effektiv undervisning.

Socialstyrelsen tillkallade två professorer och en docent att såsom experter uttala sig i ärendet. Experterna framhöll att det tillgängliga materialet och de förutsättningar som givits endast tillät en ytlig bedömning av möjligheterna att förmedla adekvat utbildning. Två av experterna ansåg att en jämförelse med skolornas scheman gav intryck av att den utbildning som ges vid Skandinaviska Kiropraktorhögskolan väl kan jämföras med den som ges vid the Anglo-European College of Chiropractic i Bournemouth, England. Grunden till den bedömningen var att studieplanen visade stor bredd och syntes täcka in de ämnen som undervisas i den motsvarande engelska utbildningen. Intrycket var att skolan engagerat lärare med god kompetens vilket uppgavs vara en avgörande faktor för att säkra en god kvalitet i undervisningen. Vad gällde karaktärsämnet kiropraktik saknades egentlig vetenskaplig dokumentation, vilket gjorde kursinnehållet och lärarnas kompetens svårbedömbar. Enligt den tredje experten var skolan på god väg men ännu ej högskolemässig, framför allt inte vad gällde forskningsmiljön.

I sin redovisning till regeringen anförde Socialstyrelsen:

Sammanfattningsvis konstaterar Socialstyrelsen att den utbildning som bedrivs vid Skandinaviska Chiropraktor Skolan är ambitiöst upplagd och under en dynamisk uppbyggnad.

För att få kontinuitet i undervisningen och få en god forskningsmiljö är det av vikt att fasta lärartjänster finns. På Skandinaviska Chiropraktor Skolan undervisar kvalificerade lärare, dock ingen fast anställd.

Utan att en betydande del av lärarna, som ju utgör grunden för utbildningen och den kreativa forskningsmiljön, är fast anställda kan ej Skandinaviska Chiropraktor Skolan anses ha uppnått en likvärdig standard med the Anglo-European College of Chiropractic.

Det sammanfattande omdömet är att utbildningen vid den Skandinaviska Chiropractor Skolan i många avseenden är jämförbar med utbildningen vid the Anglo-European College of Chiropractic i Bournemouth, England. På vissa väsentliga punkter har den Skandinaviska Chiropraktor Skolan dock ännu ej samma standard som utbildningen i Bournemouth. Det gäller den kreativa miljön med fast anställda lärare, uppbyggnad av bibliotek, studiemiljö och forskningsanknytning. Examensarbete görs inte idag på Skandinaviska Chiropractor Skolan, vilket är fallet med den engelska skolan.

I propositionen Legitimation för vissa naprapater och kiropraktorer m.m. (prop. 1993/94:145 s. 18) anförde regeringen att den för sin del ansåg att nuvarande bestämmelser om legitimation för kiropraktorer borde utvidgas till att även omfatta den grupp av kiropraktorer, som har genomgått sin utbildning i Sverige i enlighet med vad regeringen föreskriver och som också har fullgjort den av regeringen föreskrivna praktiska tjänstgöringen.

Under utskottsbehandlingen avstyrktes ovannämnda proposition i den del som avsåg förslag om att kiropraktorer som genomgått utbildning i Sverige skulle kunna få legitimation för yrket och utskottet hemställde att riksdagen skulle avslå regeringens förslag i denna del (bet. 1993/94:SoU24). Utskottet anförde:

För att få legitimation som kiropraktor bör enligt utskottets mening krävas att sökanden genomgått en utbildning för kiropraktorer som uppfyller internationellt erkänd standard. De utbildningar som skall kunna ligga till grund för legitimationen bör vidare vara ensartade vad gäller utbildningstid, innehåll och kvalitet. Det skulle enligt utskottet vara olyckligt och förvirrande för allmänheten om begreppet legitimerad kiropraktor kom att beteckna yrkesutövare där skilda krav på kunskapsnivå ställs för erhållande av legitimation. Utskottet har erfarit att utbildningen vid Skandinaviska Chiropractor Skolan inte motsvarar en internationellt erkänd standard. Skolan har inte tillstånd att utfärda examen enligt högskoleförordningen. Det finns i Sverige inte heller någon annan kiropraktorutbildning som motsvarar denna standard.

Riksdagen biföll utskottets hemställan (rskr. 1993/94:409).

Allmänt om kiropraktorernas verksamhet

Enligt uppgifter i prop. 1988/89:96 fanns år 1989 i Sverige ungefär 500 personer som angav sig som kiropraktiska yrkesutövare. Av dessa uppskattades drygt hälften vara naprapater eller osteopater och resten kiropraktorer. Vid samma tidpunkt fanns här cirka 70 Doctors of Chiropractic utexaminerade vid godkända högskolor i USA, Kanada, Australien och Storbritannien.

En första stor grupp på 98 kiropraktorer legitimerades under 1990. Antalet legitimationer har därefter under åren 1991 - 1994 uppgått till sex per år. Under 1995 legitimerades en kiropraktor. Enligt statistik från Socialstyrelsen uppgick det totala antalet legitimerade kiropraktorer den 1 januari 1996 till 127.

Omkring 90 procent av de legitimerade kiropraktorerna uppges vara organiserade i Legitimerade Kiropraktorers Riksorganisation.

Från Skandinaviska Kiropraktorhögskolan har uppgivits att det finns omkring 200 verksamma kiropraktorer som examinerats i Sverige.

Kiropraktorernas verksamhet innefattar, som tidigare redovisats, vissa åtgärder för att behandla samt i viss omfattning förebygga och utreda funktionsrubbningar och smärttillstånd i rörelseorganen. Det kan därför vara motiverat att redovisa uppgifter från Riksförsäkringsverkets statistik över beviljade förtidspensioner och sjukbidrag (RFV informerar, Statistikinformation Is-I 1996:1). Av statistiken framgår bl.a. att den klart vanligaste anledningen till förtidspension är sjukdomar i muskler, skelett och bindväv. I denna diagnosgrupp ingår exempelvis diskbråck och ryggvärk. De vanligaste sjukdomsorsakerna i samtliga försäkringskasseområden är sjukdomar i muskler, skelett och bindväv. Av totalt 39.204 nybeviljade förtidspensioner och sjukbidrag under 1995 för personer i åldrarna 16 - 64 år var sammanlagt 17.275 att hänföra till diagnosgruppen sjukdomar i muskuloskeletala systemet och bindväven.

Till HSAN inkom under 1993 fyra anmälningar mot kiropraktorer. Under ettvart av åren 1994 och 1995 inkom två anmälningar. Av dessa åtta anmälningar har fyra lämnats utan åtgärd och fyra avvisats.

Utbildningen vid Skandinaviska Kiropraktorhögskolan

Den mest omfattande kiropraktorutbildningen i Sverige bedrivs, som tidigare redovisats, vid Skandinaviska Kiropraktorhögskolan i Solna.

Skandinaviska Kiropraktorhögskolan inledde sin verksamhet år 1983 genom att starta en 3-årig kiropraktorutbildning som år 1988 blev 4-årig. Nuvarande studieplan antogs år 1990 och innehåller ungefär lika delar skolmedicinska ämnen och ämnen inom kiropraktik. Skolan drivs

sedan år 1992 som stiftelse och bytte till sitt nuvarande namn år 1995. Skolan har kapacitet att anta 60 elever varje läsår och för närvarande finns totalt 140 studenter på skolan.

Förebild för studieplanen har hämtats från olika kiropraktorhögskolor i USA (College of Chiropractic). Inom den skolmedicinska utbildningen studeras grundvetenskapliga ämnen (t.ex. cellbiologi, anatomi, biokemi, fysiologi, farmakologi, patologi, statistik) och kliniska medicinska ämnen (t.ex. invärtes medicin, ortopedi, neurologi, psykiatri, infektionssjukdomar, medicinsk rehabilitering). Den kiropraktiskt inriktade undervisningen omfattar bl.a. fysikalisk undersökning av rörelseapparaten, rörelsepalpation, kliniska funktionstester, rörelselära (kinesiologi), spinal mekanik, kiropraktisk funktionslära och manipulationsteori, fysioterapi manipulationsteknik, kiropraktisk behandling av idrottsskador samt kiropraktisk analys, diagnostik och behandling av rygg och extremiteter. Kunskaperna inhämtas genom föreläsningar, självstudier, grupparbeten, seminarier, examensarbeten samt klinisk övning på såväl andra elever som patienter i närvaro av lärare. Enligt uppgift från skolan efterföljs Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om legitimerade kiropraktorers verksamhet och manipulationsbehandling utförs inte på barn under 16 år.

För antagning till utbildning ställer skolan krav på allmän behörighet för högskolestudier och gott betyg i engelska. Varje sökande kallas till en intervju varvid skolan gör en allmän lämplighetsprövning. Lämplighetsprövningen innefattar bl.a. en bedömning av sökandens förmåga att tillgodogöra sig utbildningen och lämplighet för kiropraktoryrket. Hänsyn tas också till tidigare fysioterapeutisk eller medicinsk utbildning.

Efter den utvärdering som Socialstyrelsen gjorde under 1993 (se ovan) har skolan genomfört förändringar i syfte att uppfylla de krav som ställts bl.a. beträffande fast anställda lärare, forskningsanknytning och bibiotek.

Av från skolan utexaminerade kiropraktorer är cirka 200 verksamma och anslutna till branschorganisationen Chiropraktiska Föreningen i Sverige (CFS). Samtliga verksamma har ansvars- och patientförsäkring.

Regeringen har den 7 december 1995 avslagit en ansökan från Skandinaviska Kiropraktorhögskolan med begäran om rätt att utfärda högskoleexamen samt om rätt att erhålla studiestöd och statsbidrag. Kanslersämbetet hade i yttrande till regeringen avstyrkt att skolan ges examensrätt. I sitt yttrande hänvisade Kanslersämbetet till Socialstyrelsens utvärdering av skolan (se ovan) och anförde att det underlag som tagits fram och de bedömningar som gjorts i Socialstyrelsens utvärdering var relevanta för den prövning Kanslersämbetet anmodats utföra. Kanslersämbetet såg ingen anledning att ifrågasätta Socialsty-

relsens och dess experters bedömning att utbildningen vid Skandinaviska Kiropraktorhögskolan i många avseenden är ambitiöst upplagd och jämförbar med utbildningen vid en etablerad utländsk läroanstalt. Kanslersämbetet såg det dock som ett oavvisligt krav för examensrätt att skolan har ett antal fast anställda lärare med doktorsexamen. Kontakt med forskning och någon form av forskningsanknytning ansågs vara en annan central fråga. Sammanfattningsvis konstaterade ämbetet att Skandinaviska Kiropraktorhögskolan verkade befinna sig i ett uppbyggnadsstadium - det gällde bl.a. forskningsanknytning och bibliotek - men att skolan ännu inte uppfyllde kraven för examensrätt. Kanslersämbetet avstyrkte därför att skolan gavs examensrätt. I sitt beslut hänvisade regeringen till Kanslersämbetets bedömning att Skandinaviska Kiropraktorhögskolan ännu inte uppfyller kraven för examensrätt. Regeringen delade denna uppfattning och ansåg därför att utbildningen inte bör ge rätt till studiestöd eller statsbidrag.

Regeringen har i beslut den 23 maj 1996 (S96/3639/S, S96/3781/S) uppdragit åt Socialstyrelsen att - som en uppföljning av tidigare utvärdering av den kiropraktorutbildning som bedrivs vid Skandinaviska Kiropraktorhögskolan i Stockholm - jämföra hur den nuvarande utbildningen vid skolan förhåller sig i längd och innehåll till den danska kiropraktorutbildning som anordnas vid Odense universitet. Resultatet av utvärderingen skall redovisas till regeringen senast den 29 november 1996. Avsikten är att resultatet av Socialstyrelsens analys skall kunna ingå i beredningen av kommitténs förslag.

Framställningar till kommittén

Kommittén har vid en hearing sammanträffat med icke legitimerade kiropraktorer som representerat utbildningen vid Skandinaviska Kiropraktorhögskolan. Dessa har gjort gällande att utbildningen vid skolan är av så hög standard att de kiropraktorer som utexamineras från skolan bör få möjlighet att erhålla legitimation och därmed också befrielse från mervärdesskatteplikt.

Representanter från Legitimerade Kiropraktorers Riksorganisation har inför kommittén anfört att den svenska utbildningen inte håller en lika hög nivå som de av CCE godkända utbildningarna.

11.3 Naprapater

Allmänt om behandlingsmetoden naprapati

Naprapatin utvecklades i början av 1900-talet i USA av Oakely Smith, som från början var kiropraktor. Med naprapati behandlas framför allt besvär i rygg, nacke, leder och muskler. Naprapatens uppgift är att lokalisera störningar, tänja ut vävnaderna och återställa den normala

funktionen. Idealet är normal rörlighet i alla leder samt en symmetrisk och riktig kroppshållning. Själva behandlingen är i huvudsak manuell; manipulation av leder, mobiliserande behandling av rörelseapparatens mjukdelar, terapeutisk massage, rörelsebehandling och i viss mån även olika former av elektroterapi. Naprapaterna anser att en rad tillstånd utgör kontraindikationer för manipulationsbehandling och att dessa därför måste uteslutas från sådan behandling. Sådana tillstånd är bl.a. svår benskörhet, reumatisk sjukdom i halsryggraden, fraktur eller mekanisk instabilitet och tumörer i kotpelare eller ryggmärg.

Nuvarande reglering

Naprapaterna är den senast tillkomna legitimationskategorin. Genom ett tillägg i behörighetslagen (2 a §) kan sedan den 1 oktober 1994 den som i Sverige gått igenom sådan utbildning för naprapater och fullgjort sådan praktisk tjänstgöring som regeringen föreskrivit efter ansökan erhålla legitimation som naprapat. Legitimation får också meddelas den som visar att han på annat sätt förvärvat motsvarande kompetens. I 16 a § behörighetsförordningen föreskrivs att utbildning för naprapater skall omfatta minst fyra år på heltid och ge grundläggande teoretiska och kliniska kunskaper i medicinska ämnen med särskild inriktning på manuell medicin. Utbildningen skall avslutas med ett examensarbete. Praktisk tjänstgöring skall vidare fullgöras under tid som motsvarar ett års heltidstjänstgöring. Tjänstgöringen skall fullgöras under handledning vid en av Socialstyrelsen godkänd enskild läkar-, naprapat- eller kiropraktormottagning eller vid en godkänd enhet inom den offentliga hälso- och sjukvården.

Socialstyrelsen har fastställt *riktlinjer för praktiktjänstgöring för naprapater* (dnr 568-3/94). Vid utarbetandet av riktlinjerna har styrelsen i stor utsträckning utgått från vad som gäller för kiropraktorerna. Syftet med praktiktjänstgöringen uppges vara att naprapaten skall få en allsidig inblick i den svenska hälso- och sjukvårdens organisation och arbetssätt, skapa förutsättningar för samarbete med olika personalkategorier samt ge naprapaten något djupare kunskaper om samarbetsparternas behandlingsprinciper och praktisk träning i det egna yrket. Den ettåriga, handledda tjänstgöringen bör omfatta både tjänstgöring i den offentliga hälso- och sjukvården och tjänstgöring hos legitimerad naprapat. Praktiktjänstgöringen bör kompletteras med fördjupning inom ett antal relevanta ämnesområden. I riktlinjerna lämnas förslag till ämnesområden för seminarieverksamhet. Vidare innefattar riktlinjerna målbeskrivningar för praktiktjänstgöringen inom den offentliga hälso- och sjukvården respektive hos legitimerad naprapat.

Under åren 1994 och 1995 var det svårt för naprapaterna att erhålla erforderlig praktiktjänstgöring och Socialstyrelsen tillämpade därför

förenklade övergångsbestämmelser. Svårigheten att erhålla praktiktjänstgöring har delvis förklarats med att relativt många naprapater samtidigt ansökte om praktiktjänstgöring och att medel inte avsatts för praktiktjänstgöringen. Sedan 1 januari 1996 lämnas statsbidrag för anordnande av praktikplatser inom hälso- och sjukvården för varje naprapat med högst 40.000 kr (se 6 b § förordningen (1984:908) om vissa statsbidrag och försäkringsersättningar för sjukvård m.m.)

Internationellt är naprapaterna en liten yrkesgrupp och naprapatutbildning bedrivs utanför Sverige endast i Chicago.

Bakgrund till nuvarande reglering

I samband med att propositionen (1988/89:96) om legitimation för vissa kiropraktorer m.m. behandlades i riksdagen väcktes även ett flertal motioner bl.a. om legitimation även av gruppen Doctors of Naprapathy. Under utskottsbehandlingen anförde Socialutskottet (bet. 1988/89:SoU23) att så snart tillräckligt vetenskapligt underlag föreligger beträffande naprapaterna bör regeringen pröva frågan om deras legitimation.

Alternativmedicinkommittén diskuterade frågan om legitimation för naprapater i sitt huvudbetänkande (SOU 1989:60). Kommittén ansåg att det inte förelåg förutsättningar för legitimation av naprapater. Med hänvisning till att naprapaternas långa utbildning och deras kunskaper och kompetens var allmänt vitsordade ville kommittén emellertid förorda att regeringen prövade frågan om deras legitimation när naprapaterna kunde uppvisa vetenskapliga studier som konfirmerar effekten av deras metoder. Vid en jämförelse mellan kiropraktorer och naprapater anförde Alternativmedicinkommittén (bet. s. 88):

> Ett avgörande skäl bakom kommitténs förslag om legitimation för Doctors of Chiropractic var behovet av "varudeklaration " om kompetensen, eftersom vi i Sverige har många som är verksamma som kiropraktorer utan att ha ordentlig utbildning. Inom naprapatgruppen är det dock mycket ovanligt - om det ens förekommer - att det döljer sig personer som inte gått igenom Naprapathic School. Utbildningen i sig ger i detta fall tillräcklig information om kompetensen, varför legitimationen egentligen bara skulle bli en bekräftelse på samma sak.
>
> Kommittén vill här framhålla, att legitimationsfrågan måste avgöras på sakliga grunder och inte efter någon sorts rättviseresonemang. Eftersom den typen av argument ändå ofta återkommer i debatten, måste kommittén också påpeka att naprapaterna utgör en betydligt yngre grupp än Doctors of Chiropractic, som ju funnits i Sverige sedan början av 1900-talet. Internationellt sett är dessutom naprapaterna en nästan okänd grupp och har följaktligen inte heller kommit i fråga för legitimation i något annat land.

Regeringen uppdrog i februari 1992 åt Socialstyrelsen att avge utlåtande om huruvida det förelåg ett dokumenterat vetenskapligt underlag för att tillstyrka legitimation av naprapater (S92/876/S).

Socialstyrelsen redovisade sin bedömning i en skrivelse den 18 juni 1992. Enligt styrelsens uppfattning förelåg vid tillfället inte dokumenterat vetenskapligt underlag för att tillstyrka legitimation av naprapater. Beträffande utbildningen vid Naprapathögskolan (se vidare nedan) anförde styrelsen att utbildningen framför allt var inriktad mot den muskuloskelettala apparaten och att naprapater därför inte har den medicinska helhetskompetens vilken skulle krävas för eget behandlingsansvar. Styrelsen föreslog att man skulle vänta med att ta ställning till frågan om legitimation av naprapater till dess legitimationen av kiropraktorer var utvärderad.

Socialutskottet hemställde i betänkande (bet. 1992/93:SoU1) om att riksdagen skulle tillkännage att regeringen nu borde ta ställning till frågan om naprapater skulle kunna legitimeras. Riksdagen biföll utskottets hemställan. Utskottets socialdemokratiska ledamöter hade reserverat sig och ansåg att regeringen borde återkomma till riksdagen i dessa frågor och vissa andra frågor som hade samband därmed först sedan frågan om legitimation eller andra behörighetsföreskrifter blivit föremål för en samlad översyn under parlamentarisk medverkan.

I prop. 1993/94:145 föreslog regeringen att naprapater och vissa svenskutbildade kiropraktorer skulle kunna få legitimation för respektive yrke. Beträffande naprapaterna anförde regeringen (prop. s. 15):

> Regeringen anser för sin del att naprapati utgör en av flera behandlingsformer vid behandlingen av patienter med sjukdomar i rörelseorganen. Redan nu svarar naprapaterna för en stor del av den patientgrupp, som annars sannolikt skulle ha sökt sig till den offentligt finansierade hälso- och sjukvården för behandling. Det har beräknats att omkring 80 000 nya patienter varje år vänder sig till naprapaterna för vård och att det årligen utförs ca 1 miljon behandlingar på 200 000 patienter i Sverige.
>
> Naprapaterna fullgör således som fria yrkesutövare i direkt kontakt med allmänheten uppgifter inom den s.k. manuella medicinen. Naprapatin har nu nått en sådan omfattning vad avser såväl antalet yrkesutövare som antalet patienter och behandlingstimmar per år, att det framstår som lämpligt att den förs in under statens tillsyn. Inte minst patienternas säkerhet i vården talar för detta.
>
> Alternativmedicinkommittén ansåg att naprapaternas kunskap och kompetens är allmänt vitsordad. Regeringen finner att den dokumentation som Svenska Naprapatförbundet redovisat är tillfyllest för att göra bedömningen att de naprapater som har avlagt examen och fått titeln Doctor of Naprapathy eller fullgjort annan motsvarande utbildning bör kunna få legitimation.

I propositionen framhöll regeringen särskilt att direktiv till vår kommitté beslutats, att direktiven är vittomfattande och bl.a. innebär att förslag om ändrade bestämmelser i fråga om legitimation av t.ex. naprapater kan komma att lämnas (prop. s 16).

Under utskottsbehandlingen avstyrktes, som tidigare nämnts, propositionen i den del som avsåg förslag om att kiropraktorer som genomgått utbildning i Sverige skulle kunna få legitimation för yrket. När det gällde frågan om legitimation för naprapater gjorde utskottet följande bedömning (bet. 1993/94:SoU24 s. 9 - 10):

> Naprapati är en av flera behandlingsformer vid behandlingen av patienter med sjukdomar i rörelseorganen. Utskottet anser i likhet med regeringen att naprapatin nu har nått en sådan omfattning, såväl vad gäller antalet yrkesutövare som antalet patienter och behandlingstimmar per år, att det framstår som lämpligt att den förs in under statens tillsyn. Naprapater som har teoretisk utbildning motsvarande den som för närvarande krävs för att få titeln Doctor of Naprapathy vid svensk skola för utbildning av naprapater och praktisk tjänstgöring motsvarande ett års handledd heltidstjänstgöring bör, enligt utskottets mening, kunna få legitimation för yrket. Det bör ankomma på regeringen och Socialstyrelsen att utfärda närmare föreskrifter härom. Genom att naprapaterna legitimeras kommer de att stå under Socialstyrelsens tillsyn och deras verksamhet kommer också att kunna prövas disciplinärt av Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd.

Utskottet anförde vidare att naprapaternas verksamhet noga bör följas upp och utvärderas. I sin hemställan till riksdagen yrkade utskottet att behörighetslagen skulle ändras på så sätt att naprapater med viss utbildning skulle få rätt att erhålla legitimation för yrket.

Utskottets socialdemokratiska ledamöter reserverade sig i denna del och anförde bl.a. (bet. s. 13):

> Utskottet konstaterar att den av regeringen tillsatta parlamentariska kommittén för översyn av vissa behörighetsfrågor för olika yrkesgrupper inom hälso- och sjukvården har ett mycket brett uppdrag. Enligt propositionen innebär direktiven bl.a. att förslag om ändrade bestämmelser i fråga om legitimation av naprapater kan komma att lämnas. Enligt utskottets uppfattning bör kommitténs överväganden och förslag avvaktas innan nya yrkesgrupper ges möjlighet till legitimation. Riksdagen bör därför (---) avslå propositionen såvitt avser legitimation av naprapater. Regeringen bör återkomma till riksdagen i fråga om legitimation av naprapater när det pågående utredningsarbetet slutförts.

Riksdagen biföll utskottets hemställan om legitimation för naprapater (rskr. 1993/94:409).

Allmänt om naprapaternas verksamhet

Svenska Naprapatförbundet har omkring 450 medlemmar. Förbundet beräknar att omkring 80.000 nya patienter varje år söker naprapatvård och att 200.000 patienter årligen genomgår ungefär en miljon behandlingar.

Enligt Socialstyrelsens statistik legitimerades 430 naprapater under 1994 och 87 under 1995. Den 1 januari 1996 fanns 516 legitimerade naprapater.

Naprapaterna behandlar, som tidigare redovisats, främst besvär i rygg, nacke, leder och muskler. Liksom beträffande kiropraktorerna kan det därför i sammanhanget finnas anledning att studera Riksförsäkringsverkets statistik över beviljade förtidspensioner och sjukbidrag. Kommittén hänvisar till den redovisning som finns i avsnitt 11.2.

Ingen naprapat hade vid utgången av år 1995 blivit anmäld till HSAN.

Utbildningen vid Naprapathögskolan

Naprapathögskolan grundades 1970 i Stockholm. Det är en privat skola som drivs i aktiebolagsform och finansieras genom elevavgifter. Utbildningen omfattar fyra års studier fördelade på humanbiologiska, medicinska samt samhälls- och beteendevetenskapliga ämnen förutom ämnet manuell medicin. I utbildningen ingår teoretisk undervisning i form av föreläsningar och seminarier samt praktiska övningar med färdighetsträning och klinisk praktik under handledning av legitimerad naprapat.

Kanslersämbetet har efter anmodan av Utbildningsdepartementet i maj 1995 yttrat sig över en ansökan från Naprapathögskolan om bl.a. rätt att utfärda naprapatexamen som en högskoleexamen enligt högskoleförordningen. I en rapport, Prövning av Naprapathögskolan, Kanslersämbetets rapport 1995:4, har Kanslersämbetet redovisat den sakkunniggranskning som genomförts av Naprapathögskolan. De sakkunniga gör i rapporten följande bedömningar:

> Vi har därvid konstaterat
> **att** utbildningen i huvudämnet ej vilar på vetenskaplig grund och att undervisningen därmed saknar nära samband mellan forskning och utbildning
> **att** behörighetskravet för antagning till utbildningen visserligen uppfyller kraven motsvarande allmän behörighet, men att krav på särskild behörighet, motsvarande de som finnes för närmast jämförbara statliga högskoleutbildning, dvs. för sjukgymnastutbildning, saknas

att naprapatutbildningen i stort sett saknar system för utvärdering och kvalitetssäkring
att lärarkompetensen visserligen i regel är hög när det gäller timanställda lärare i traditionella medicinska ämnen, men att denna kompetens ej användes till samordning av utbildningen som helhet eller till utvärdering och utveckling av huvudämnet naprapati eller manuell medicin samt
att utbildningens kontakter med utlandet endast sker i form av enstaka inbjudna gästföreläsare. Internationalisering i form av studentutbyte förekommer ej. Detta är dock inte särskilt anmärkningsbart då naprapatutbildningen, förutom vid den aktuella skolan i Stockholm, endast bedrivs på ett annat ställe i världen, nämligen moderskolan i Chicago. Förvånansvärt är dock att utbildningen ej har utbyte med den internationellt sett mer spridda kiropraktorutbildningen, som vad gäller innehåll och omfång liknar naprapatutbildningen.

Vi finner därför att naprapatutbildningen för närvarande ej är likvärdig med närmast jämförbara utbildningar i den statliga högskolan och att den därför ej kan betecknas som högskoleutbildning och givas examensrätt.

Kanslersämbetet ansåg att de sakkunniga utfört en grundlig och noggrann prövning av Naprapathögskolans utbildning och anslöt sig till deras bedömningar.

Utöver själva utredningsuppdraget kommenterade de sakkunniga bl.a. bristen på vetenskapliga undersökningar och utvärderingar av effekter av manuell medicin och vidare betydelsen av ett vetenskapligt förhållningssätt till manuell terapi. De sakkunniga anförde att frågan om dimensionering och möjlighet till samordning av befintliga utbildningar bör särskilt utredas innan beslut fattas om studiemedelstilldelning för nya utbildningar inom området manuell terapi samt om anslutning av nya fria yrkesutövare inom detta område till sjukförsäkringssystemet.

Kanslersämbetet uttalar i rapporten att Naprapathögskolan genom riksdagsbeslutet om legitimation för naprapater med svensk naprapatutbildning fått officiellt erkännande som utbildningsanordnare för ett yrke som tillerkänts legitimation. Kanslersämbetet anför vidare:

> Detta riksdagsbeslut ger legitimation inom hälso- och sjukvård en annan innebörd än den tidigare haft. Normalt bygger legitimation inom vårdområdet på avlagd examen vid svensk offentlig högskola (eller annan utbildning om bedömts motsvara detta), dvs. är föremål för offentlig insyn och reglering genom att mål fastställs av regeringen i högskoleförordningen, liksom regler för hur verksamheten ska bedrivas. Vidare finns kontrollmöjligheter i form av uppföljning och utvärdering. Om utbildningen inte uppfyller kraven kan utbildningsanordnaren bli av med examensrätten.

> För naprapaternas legitimation saknas emellertid motsvarande grund i och med att en privat skola utan examensrätt enligt någon offentlig förordning givits ställning som utbildningsanordnare. Möjligheter saknas därmed att från samhällets sida påverka utbildningens mål, inriktning, uppläggning och standard. Ingen möjlighet finns heller att från samhällets sida företa uppföljning och utvärdering av utbildningen eller att vidta sanktioner i form av beslut om att ta ifrån skolan examensrätten. Ett inordnande av utbildningen i yrkeshögskola för kvalificerad eftergymnasial utbildning (---) skulle ge förutsättningar för offentlig insyn.

Regeringen avslog i beslut den 7 december 1995 (U93/3677/UH, U94/2358/UH) Naprapathögskolans ansökan såvitt den avsåg begäran om rätt till studiestöd. I sitt beslut anförde regeringen att Kanslersämbetet gjort den bedömningen att utbildningen vid Naprapathögskolan för närvarande inte är likvärdig med närmast jämförbara utbildningar i den statliga högskolan och att den ej kan bedömas som högskoleutbildning. Mot den bakgrunden bör utbildningen enligt regeringens mening inte ge rätt till studiestöd.

11.4 Osteopater

Allmänt om behandlingsmetoden osteopati

Osteopati är en manuell behandlingsform som betonar kroppens dynamiska helhet och självreglerande förmåga. I behandlingen ingår olika massage-, manipulations- och mobiliseringstekniker. Grundprincipen är att rörelseapparaten, cirkulationen och nervsystemet bildar en dynamisk helhet. Syftet med behandlingen är att undanröja störningar i kroppen och öka dynamiken och därigenom aktivera människans självreglerande och självläkande kraft. Den osteopatiska undersökningen innefattar palpation av mjuka vävnader och leder samt en rörlighetstest. Utifrån diagnosen ges sedan en manuell och manipulativ behandling för att normalisera den störda rörligheten.

Bakgrund

Alternativmedicinkommittén prövade huruvida osteopater borde komma i fråga för legitimation. Kommittén anförde att det för närvarande inte förelåg skäl för legitimation av denna grupp (SOU 1989:60 s. 89). Vid tillfället fanns omkring 20 osteopater i Sverige och de flesta saknade internationell utbildning.

Utbildning

Utbildning av osteopater sker på flera håll, men på mycket olika utbildningsnivåer. I Storbritannien bedrivs sedan 1993 godkända utbildningar vid tre skolor och de omfattar fyra års heltidsstudier. Efter avslutad examen erhålls en Bachelors degree, honours, in Osteopathy. Osteopatin är den första av de komplementära medicinska yrkena i Storbritannien som erhållit ett offentligt erkännande. Osteopatyrket är där reglerat i en särskild lagstiftning, The Osteopaths Act.

I Svenska Osteopatförbundets regi bedrivs i Göteborg en utbildning i osteopati som uppges vara femårig. Enligt vad kommittén, som tagit del av utbildningsplanen, kunnat bedöma är det dock inte frågan om någon heltidsutbildning. En stor del av utbildningen läggs ut som självstudier och arbete i hemmet. Svenska Osteopatförbundet samarbetar med European School of Osteopathy i England och under en vecka per år deltar de studerande från Göteborg i den engelska utbildningen.

I Finland, där osteopaterna genom lagen och förordningen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården fått sin yrkesbeteckning skyddad, finns två privata osteopatutbildningar. Det är ännu inte klart om dessa utbildningar kommer att leda till skyddad yrkesbeteckning. Inom den finländska delegation som bl.a. har till uppgift att avge utlåtanden och ta initiativ i ärenden som gäller utbildningen för yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården finns en sektion för manuella terapier. Denna sektion kartlägger för närvarande vilka krav som bör uppställas på utbildningen för att osteopaterna skall få rätt till skyddad yrkesbeteckning. En rapport beräknas vara klar under år 1996.

Allmänt om osteopaternas verksamhet

I Sverige finns enligt uppgift från Svenska Osteopatförbundet omkring 55 yrkesutövare. Av dessa är 51 representerade i förbundet, som bildades 1980.

Framställningar till kommittén

Kommittén har vid en hearing sammanträffat med representanter från Svenska Osteopatförbundet och förbundets utbildningsutskott. Förbundet har hävdat att osteopater med god utbildning i osteopati bör få möjlighet att erhålla legitimation. Förbundets utbildning i Göteborg har framförts som exempel på en utbildning som borde kunna ligga till grund för legitimation. Som argument för legitimation för osteopater har förbundet framhållit bl.a. patienternas kostnadssituation, patienter-

nas möjlighet att utnyttja försäkringar och befästande av krav på utbildningskvalitet. Förbundet har vidare pekat på osteopatins spridning och förekomst i andra länder.

11.5 Kommitténs överväganden

Inledning

Den information från kiropraktorer och naprapater som kommittén erhållit vid sina hearingar och genom olika skrivelser har kunnat kompletteras vid studiebesök hos Skandinaviska Kiropraktorhögskolan och Naprapathögskolan. Med utgångspunkt från föreliggande material har kommittén kunnat konstatera att framför allt kiropraktorernas och naprapaternas verksamhet och behandlingsformer har mycket gemensamt. Många moment i utbildningarna är följaktligen också likartade.

För behandlingsmetoderna kiropraktik, naprapati och i viss mån också osteopati gäller att de innefattar behandlingsformen manipulation. Manipulation har, som redovisats i avsnitt 11.2 under rubriken Nuvarande reglering, fått en definition i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om legitimerade kiropraktorers verksamhet. I dessa framhålls mycket tydligt vilka allvarliga komplikationer som kan uppkomma vid manipulationsbehandling. När det gäller barn under sexton års ålder har Socialstyrelsen i föreskrifterna gjort bedömningen att det krävs ytterligare kunskap och erfarenhet av manipulationsbehandling innan dessa skall kunna komma i fråga för sådan behandling. Vissa undantag medges dock. Naprapaterna har också inför kommittén pekat på en rad kontraindikationer vid manipulationsbehandling som bör föranleda hänvisning till läkare.

Kiropraktorernas och naprapaternas verksamhet har således det gemensamt att den kan innebära allvarliga risker för skador hos patienter om den utövas av någon som saknar erforderlig kompetens. Samtidigt är det, enligt vad som framkommit, en mycket stor andel patienter som söker sig till just kiropraktorer och naprapater. Dessa omständigheter talar, enligt kommitténs uppfattning, mycket starkt för att staten bör ha insyn i och möjlighet att påverka innehållet och kvaliteten i de båda yrkesgruppernas utbildning. Av samma skäl bör den verksamhet som bedrivs av kiropraktorer och naprapater omfattas av statens tillsynsverksamhet.

Ur ekonomisk synvinkel kan det finnas skäl att i detta sammanhang framhålla att den klart vanligaste anledningen till förtidspension i vårt land är sjukdomar i muskler, skelett och bindväv, dvs. till mycket stor del sådana sjukdomar som kiropraktorers och naprapaters verksamhet är inriktad mot.

Kiropraktorer

Den uppföljning och utvärdering av de legitimerade kiropraktorernas verksamhet som tidigare aviserats från Socialstyrelsens sida och som Socialutskottet hänvisade till i sitt betänkande 1992/93: SoU1 (se ovan) kom inte till stånd. Inte heller har Socialstyrelsen gjort någon utredning av om begränsningar kan utfärdas för andra yrkesgrupper som utövar manipulationsbehandling.

När det gäller kiropraktorerna har staten i dag i realiteten ingen insyn alls i den utbildning som leder till legitimation. Även om det inte ingår i kommitténs uppdrag att ange var olika utbildningar bör anordnas, vill kommittén ändå instämma i Alternativmedicinkommitténs uttalande att det inte är tillfredsställande om det svenska behovet av kiropraktorer även i framtiden skall tillgodoses enbart genom utländsk utbildning.

Beträffande Skandinaviska Kiropraktorhögskolan kan anföras att den bedriver en utbildning som, enligt tidigare utvärderingar, är ambitiöst upplagd och har engagerat lärare med god kompetens. Vid den jämförelse som Socialstyrelsen gjorde med den engelska av ECCE godkända skolan blev det sammanfattande omdömet att utbildningen vid den svenska skolan i många avseenden var jämförbar med utbildningen vid den engelska skolan. Någon kritik mot undervisningen eller kvaliteten på lärarna framfördes inte. Kanslersämbetet hade i sin utvärdering i uppdrag att yttra sig över om skolan uppfyllde kraven för examensrätt enligt högskoleförordningen. Även om utbildningen av Kanslersämbetet inte ansågs likvärdig med närmast jämförbara utbildningar inom den statliga högskolan är det enligt kommitténs mening därmed inte givet att bedömningen av om utbildningen bör kunna ligga till grund för legitimation som kiropraktor bör utfalla på motsvarande sätt. Här måste man avvakta resutatet av den nya jämförande värdering som Socialstyrelen fått i uppdrag av regeringen att genomföra.

De internationella förhållandena måste beaktas vid bedömningen av om den svenska utbildningen skall kunna leda till legitimation. Genom medlemsskapet i EU har regleringar kring den europeiska arbetsmarknaden i ökad utsträckning kommit i förgrunden. I kommitténs direktiv framhålls också att Sverige måste se till att landets nationella utbildningar uppfyller de krav som inom EU är förutsättningen för ett ömsesidigt erkännande av kompetensbevis för verksamhet inom hälso- och sjukvården. I andra EU-länder kan det innebära vissa fördelar om kiropraktorutbildningen genomförs i Sverige i stället för i ett land utanför EU. Det första generella direktivet (89/48/EEG) förutsätter att utbildningen huvudsakligen ägt rum inom gemenskapen. I annat fall kan värdmedlemsstaten kräva bevis om tre års yrkeserfarenhet.

När det gäller kiropraktorerna kan förhållandena i de övriga nordiska länderna komma att bli särskilt betydelsefulla. De legitimerade kiropraktorerna ingår redan i den nordiska överenskommelsen om en gemensam arbetsmarknad för viss hälso- och sjukvårdspersonal. Den kiropraktorutbildning som är under uppbyggnad vid Odense universitet i Danmark kommer enligt uppgift att kunna leda till auktorisation i Danmark och därmed även till legitimation i Sverige. Det framstår därför som särskilt angeläget att klarlägga om utbildningen vid Skandinaviska Kiropraktorhögskolan är av samma kvalitet som den som bedrivs i Odense. Någon jämförande utvärdering av dessa båda utbildningar har det inte funnits möjlighet att genomföra inom ramen för kommitténs arbete. Detta är bakgrunden till att regeringen, som tidigare redovisats, uppdragit åt Socialstyrelsen att utreda om utbildningen vid Skandinaviska Kiropraktorhögskolan till längd och innehåll är jämförbar med utbildningen vid Odense universitet. Utvärderingen skall enligt regeringsbeslutet vara klar senast den 29 november 1996. Avsikten är att Socialstyrelsens utvärdering skall finnas med vid beredningen av kommitténs förslag.

Om Socialstyrelsens utvärdering visar att utbildningen vid Skandinaviska Kiropraktorhögskolan är jämförbar med utbildningen vid universitet i Odense, anser kommittén att detta bör föranleda att de kiropraktorer som utexamineras från Skandinaviska Kiropraktorhögskolan får möjlighet att erhålla legitimation.

Med en godkänd svensk kiropraktorutbildning kan ifrågasättas om inte den praktiktjänstgöring som i dag krävs för legitimation bör kunna arbetas in i grundutbildningen. Praktiktjänstgöringen infördes bl.a. för att ge de utlandsutbildade kiropraktorerna en inblick i den svenska sjukvården.

Skulle en framtida utvärdering visa att den svenska utbildningen inte håller en standard motsvarande den danska eller annan i dag legitimationsgrundande utbildning måste man på sikt försöka få till stånd en annan lösning för de svenskutbildade kiropraktorerna. Det är inte tillfredsställande att en betydande del av denna yrkeskategori står utanför statens tillsyn. Närmare överväganden kring hur dessa kiropraktorer skall kunna föras in under samhällets tillsyn får göras om Socialstyrelsens utvärdering inte ger underlag för beslut om legitimation för kiropraktorer utbildade vid Skandinaviska Kiropraktorhögskolan.

Socialstyrelsens föreskrifter om kiropraktorers verksamhet gäller i dag endast för de legitimerade kiropraktorerna. Detta innebär att övriga, dvs. förutom de som utbildats vid Skandinaviska Kiropraktorhögskolan även outbildade eller korttidsutbildade kiropraktorer, har rätt att manipulationsbehandla barn mellan 8 och 16 år, medan legitimerade kiropraktorer i princip inte har denna rätt. Kommitténs förslag (se avsnitt 13) om höjd åldersgräns i de bestämmelserna som

begränsar rätten att vidta vissa hälso- och sjukvårdande åtgärder gör visserligen att denna skillnad i rätten att behandla barn under 15 år försvinner. Omsorgen om patienternas säkerhet talar emellertid för att förbud mot vissa behandlingar bör gälla också för icke legitimerade kiropraktorer.

Kommittén återkommer i avsnittet *sammanfattande synpunkter* till frågan om en framtida reglering av manuella behandlingmetoder och manipulationsbehandling.

Naprapater

Naprapaternas yrkesroll har stora likheter med kiropraktorernas. De har en självständighet i sin yrkesroll, de har ett direkt patientansvar och verksamheten kan - i den mån manipulationsbehandling används - innebära risker. Verksamheten bedrivs ofta i privat regi.

Staten kan i dag inte utöva någon tillsyn över utbildningen vid Naprapathögskolan. I förhållande till de utländska kiropraktorutbildningarna föreligger dock den skillnaden att skolan i olika sammanhang blir beroende av samhällets bedömningar. Härigenom skapas möjligheter till indirekt påverkan i kvalitetshöjande riktning. Regeringen uppställer i behörighetsförordningen vissa grundläggande krav på utbildningens omfattning och innehåll för att legitimation som naprapat skall kunna komma i fråga. Det finns också anledning att förutsätta att skolan, bl.a. för att kunna komma i fråga för statsbidrag och möjlighet för eleverna att erhålla studiebidrag, verkar för en standardhöjning. På sikt kan kanske de brister som påtalas i Kanslersämbetets rapport åtgärdas. I vart fall har skolan jämfört med två tidigare utvärderingar, enligt Kanslersämbetet, utvecklat och delvis förbättrat utbildningen. När det gäller praktiktjänstgöringen, som i dag är en förutsättning för legitimation, kan ifrågasättas om inte denna skulle kunna arbetas in i grundutbildningen.

Naprapaterna svarar varje år för ett mycket stort antal patientbehandlingar. Med tanke på naprapaternas självständighet i yrkesrollen och deras direkta patientansvar finns det, enligt kommitténs uppfattning, mycket som talar för att naprapaterna även fortsättningsvis bör stå under samhällets tillsyn.

Kommittén har emellertid också, som en viktig förutsättning för att ett yrke skall bli föremål för legitimation, angett att yrket skall ha väsentlig förankring i en vetenskaplig grund. Kanslersämbetets rapport gör att det måste ifrågasättas om de i dag legitimerade naprapaterna har denna förankring och, som en följd härav, om de även fortsättningsvis bör få vara legitimerade. Samtidigt är det av rättssäkerhetsskäl inte tillfredsställande om en yrkesgrupp som nyligen av samhället erhållit legitimation fråntas denna efter kort tid utan att förhållandena förändrats på något väsentligt sätt. För många naprapa-

ter skulle detta kunna få kännbara konsekvenser. Man kan inte heller bortse från att de legitimerade naprapaterna bedriver en omfattande behandlingsverksamhet med ett stort antal patienter. För dessa patienter är det, som vi tidigare framhållit, väsentligt att naprapaterna står under samhällets tillsyn. Om legitimationen togs bort skulle också befrielsen från mervärdesskatteplikt försvinna. Kommittén föreslår nedan i avsnittet *sammanfattande synpunkter* att en utvärdering snarast görs av manuella behandlingsmetoder och manipulationsbehandling. I avvaktan på en sådan utvärdering anser kommittén att det inte finns anledning att göra några ändringar i behörighetsregleringen för naprapaterna.

Osteopater

Antalet verksamma osteopater i Sverige är förhållandevis ringa. Det finns inte heller någon utbildning här i landet som motsvarar de krav som enligt kommittén bör ställas för att ett yrke skall kunna komma i fråga för legitimation. Kommittén anser därför inte att det finns skäl att reglera osteopaternas verksamhet.

Sammanfattande synpunkter

I olika sammanhang har pekats på möjligheterna till samordning av utbildningar som avser manuella behandlingsmetoder. Skillnaderna mellan kiropraktik och naprapati är kanske inte så stora att det är motiverat med två helt från varandra skilda utbildningar. Kiropraktorerna och naprapaterna är heller inte de enda yrkesgrupper som använder sig av manuella behandlingsterapier. Även yrkeskategorier som exempelvis ortopedläkare och sjukgymnaster tillämpar manuella behandlingsmetoder. Någon utvärdering av behovet av olika manuella terapier och vilket antal terapeuter som erfordras inom verksamhetsområdet har inte genomförts. Det är viktigt att dessa frågor blir belysta, särskilt med hänsyn till det ekonomiska läget och de prioriteringar som måste göra inom sjukvården. Bl.a. bör möjligheterna till samordning mellan olika utbildningar inom den manuella medicinen utredas.

Kommittén har i det föregående kunnat konstatera att många patienter söker sig till kiropraktorer och naprapater. Omfattningen och betydelsen av deras behandlingar talar för att man bör överväga en mera enhetlig reglering av de manuella behandlingsmetoderna. Innan en sådan reglering kan bli verklighet är det angeläget att få till stånd en utvärdering av manipulationstekniken och dess effekter. Vad som framkommit angående de risker som kan vara förenade med manipulationsbehandling talar enligt kommittén för att denna behandlingsform

bör kringgärdas med ytterligare restriktioner och eventuellt förbehållas viss hälso- och sjukvårdspersonal.

Kommittén föreslår att en särskild utredning om de manuella behandlingsmetoderna inleds snarast. Kommittén vill också markera att en sådan framtida utredning kan komma att föranleda andra ställningstaganden beträffande frågan om legitimation för vissa av de yrkesgrupper som sysslar med manuella behandlingsterapier.

12 Psykologer och psykoterapeuter

Sammanfattning

Kommittén tar i förevarande avsnitt ställning till olika frågor och framställningar med anknytning till psykologers och psykoterapeuters yrkesverksamhet.

Kommittén uttalar att psykologisk och psykoterapeutisk verksamhet som bedrivs av personer utan erforderlig kompetens kan innebära risker för patienterna. I avsnitt 13 konstaterar kommittén att frågan om en utvidgning av kvacksalverilagens bestämmelser vad gäller rätten att bedriva psykologisk eller psykoterapeutisk verksamhet kräver ytterligare utredning. Kommittén lämnar därför inte något förslag i denna del.

Psykologernas specialistkompetens bör enligt kommitténs uppfattning inte regleras i behörighetslagstiftningen.

Kommittén lämnar inga förslag till förändringar beträffande psykologernas praktiska tjänstgöring för psykologlegitimation (PTP).

När det gäller verksamhet utanför den egentliga hälso- och sjukvårdens organisation anser kommittén att rättsläget bör tolkas på så sätt att legitimerade psykologer alltid räknas som hälso- och sjukvårdspersonal och står under samhällets tillsyn i den mån deras yrkesutövning innebär att de undersöker, vårdar eller behandlar andra människor. Detta oberoende av hur verksamheten är organiserad.

Legitimation som psykoterapeut får meddelas den som avlagt psykoterapeutexamen eller den som visar att han på annat sätt förvärvat motsvarande kompetens. När det gäller svenska psykoterapeututbildningar anser kommittén att endast högskoleutbildningar och utbildningar som godkänts med stöd av lagen (1993:792) om tillstånd att utfärda vissa examina bör kunna leda till legitimation som psykoterapeut.

12.1 Inledning

Kommittén har tagit ställning till ett antal förslag med anknytning till psykologernas yrkesverksamhet. De frågor som tas upp är i regel specifika för yrkesgruppen psykologer och kommittén har därför valt

att presentera sina ställningstaganden beträffande psykologerna i ett särskilt kapitel.

När det gäller psykoterapeuterna diskuterar kommittén metoder för bedömning av vilka inriktningar inom psykoterapin som bör kunna leda till legitimation som psykoterapeut. Eftersom psykoterapi kan ses som en specialisering inom psykologin tas även denna fråga upp i förevarande kapitel.

12.2 Psykologer

12.2.1 Inledning

Sveriges Psykologförbund har inför kommittén presenterat ett antal förslag med anknytning till psykologers yrkesutövning. Kommittén tar ställning till de förslag som lagts fram och diskuterar även i övrigt frågor rörande psykologernas yrkesverksamhet.

En inledande beskrivning av psykologutbildningen och regleringen av yrket finns i avsnitt 12.2.2. Därefter följer en redogörelse för framställningar till kommittén, avsnitt 12.2.3. Kommitténs ställningstaganden redovisas i avsnitt 12.2.4.

12.2.2 Utbildning och reglering av yrket

Psykologutbildningen är reglerad i högskoleförordningen (högskoleexamen nr 29) och psykologexamen uppnås efter fullgjorda kursfordringar om sammanlagt 200 poäng, dvs. motsvarande fem års studier. Psykologer kan erhålla legitimation efter avlagd psykologexamen och efter att ha fullgjort den praktiska tjänstgöring som regeringen föreskriver (2 § behörighetslagen). Sådan praktisk tjänstgöring (PTP) skall fullgöras under tid som motsvarar ett års heltidstjänstgöring (10 § behörighetsförordningen). Tjänstgöringen skall fördelas på verksamhetsområden enligt föreskrifter som Socialstyrelsen meddelar. Tjänstgöringen skall fullgöras under handledning av legitimerad psykolog inom offentlig verksamhet eller i privat verksamhet som har godkänts för sådan tjänstgöring av Socialstyrelsen.

Psykologtiteln är skyddad och ingen får ge sig ut för att vara psykolog utan att ha legitimation för yrket, eller utan att genomgå den praktiska tjänstgöringen (9 § första stycket 3 p. behörighetslagen). Om någon, utan att vara behörig på detta sätt, har förvärvat en titel som kan förväxlas med psykologtiteln, skall denna titel i verksamhet på hälso- och sjukvårdens eller tandvårdens område anges på ett sätt som tydligt skiljer den från psykologtiteln (9 § andra stycket).

Möjligheten för psykologer att erhålla legitimation infördes 1978 genom förordningen (1978:341) om legitimation för psykologer.

Genom en särskild bestämmelse i förordningen ställdes legitimerade psykologer i sin yrkesutövning under Socialstyrelsens tillsyn. När behörighetslagen infördes upphävdes psykologförordningen och regleringen av psykologernas legitimation överfördes till behörighetslagen. Ursprungligen fanns inget skydd för yrkestiteln psykolog, utan endast ett skydd för yrkesbeteckningen legitimerad psykolog. Genom en ändring i 9 § behörighetslagen som trädde i kraft den 1 januari 1994 (SFS 1992:1562) utökades skyddet till att omfatta även yrkestiteln psykolog. Samtidigt infördes ett skydd för yrkestiteln psykoterapeut. I den proposition som föregick ändringen i behörighetslagen (prop. 1992/93:83) konstaterade föredragande statsrådet att införandet av legitimation för psykologer och psykoterapeuter inte lett till någon märkbar begränsning i det allmänna utbudet av psykologisk rådgivning och behandling. Marknadsföringen av samtalsterapi i en mångfald former var fortfarande mycket omfattande från personer vars kompetens för verksamheten var otillräcklig. Titlarna psykolog och psykoterapeut eller liknande titlar används ofta i marknadsföringen på ett vilseledande sätt som kunde ge intrycket att utövaren hade den legitimerade psykologens eller psykoterapeutens kompetensnivå. Möjligheten att ge legitimerade psykologer och psykoterapeuter en exklusiv behörighet att utöva yrket övervägdes inte i propositionen.

Genomgång av en ettårig PTP efter examen har funnits med som ett legitimationskrav alltsedan legitimationen infördes för psykologer. I den utredning som Socialstyrelsen i samråd med bl.a. Psykologförbundet och de båda kommunförbunden på regeringens uppdrag genomförde om utformningen av PTP framgår bl.a. att en utgångspunkt för gruppens diskussion om tjänsteorganisation och tillgång på platser har varit att PTP skulle innebära yrkesverksamhet som psykolog i underordnad ställning. Vidare framgår att en annan utgångspunkt för gruppens förslag var att behovet av PTP kunde rymmas inom dåvarande och kommande efterfrågan av psykologinsatser. Arbetsgruppen gjorde den bedömningen att de tjänsteorganisatoriska frågorna fick lösas i normala kontakter mellan arbetsmarknadens parter. Statliga medel för PTP har aldrig avsatts.

Socialstyrelsen har fastställt *föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1986:43) om legitimation av psykologer*. Föreskrifterna anger i korthet hur den praktiska tjänstgöringen för psykologlegitimation (PTP) skall vara utformad. I de allmänna råden utvecklas hur föreskrifterna om PTP bör tillämpas. De allmänna råden innehåller också ett avsnitt om den personliga lämplighetsprövningen (av kommittén refererat i avsnitt 6.6.2). Under år 1996 har ovannämnda föreskrifter och allmänna råd omarbetats för att bättre överensstämma med rådande författningar och utbildningar inom Norden och inom EU/EES-området. De nya föreskrifterna och allmänna råden har erhållit beteckningen SOSFS 1996:13 (M).

Socialstyrelsen har vidare meddelat *föreskrifter (SOSFS 1982:78) för psykologer om journalföring*. Journalföringsplikten gäller i vissa fall även för icke legitimerade psykologer.

Psykologerna omfattas av det första generella EG-direktivet (89/48/EEG). De omfattas vidare av överenskommelsen om gemensam nordisk arbetsmarknad för viss hälso- och sjukvårdspersonal och veterinärer.

Psykologyrket är reglerat i bl.a. Danmark, Finland, Island och Norge. I Finland, Danmark och Norge finns en specialistreglering av psykologyrket. Regleringen har utformats på olika sätt i de olika länderna. Inom den nordiska arbetsgrupp som arbetar med frågor om godkännande av kompetensbevis har frågan om en fri rörlighet för de olika specialiteterna diskuterats. Arbetsgruppen har emellertid gjort den bedömningen att det f.n. inte går att införa någon fri rörlighet eftersom specialiteterna ser så olika ut.

12.2.3 Framställningar till kommittén

Sveriges Psykologförbund organiserar enligt uppgift omkring 95 procent av landets psykologer. Förbundet har i skrivelser till kommittén och i samband med av kommittén anordnade hearingar presenterat ett antal förslag med anknytning till psykologers yrkesutövning. Förslagen rör

* ändringar i kvacksalverilagen,
* legitimation som behörighetskrav för psykologers yrkesutövning,
* reglering av specialistkompetens för psykologer,
* frågan om legitimerade psykologer som arbetar med individinriktad patientvård utanför den traditionella hälso- och sjukvården i vissa fall skall räknas som hälso- och sjukvårdspersonal och omfattas av bl.a. åliggandelagens bestämmelser samt
* samhällelig tillsyn över psykologers verksamhet utanför åliggandelagens tillämpningsområde.

Förbundet har framhållit att det i utkanten av psykologisk/psykoterapeutisk verksamhet förekommer en hel del behandling av dubiöst slag, ofta med risk för skador för den enskilde som utsätts för aktiviteterna. Dessa behandlingar utförs av icke-legitimerade yrkesutövare vilka använder psykologiska behandlingsmetoder eller tekniker trots att de har obefintliga eller mycket bristfälliga kunskaper inom området. I detta sammanhang har förbundet föreslagit att kvacksalverilagens tillämpningsområde utvidgas så att den effektivt skall kunna motverka kvacksalveri inom det psykologiska behandlingsområdet. Socialstyrelsen bör därvid, anser förbundet, ges möjlighet att förbjuda den som fällts för hälsofarligt kvacksalveri inom det psykologiska behandlingsområdet att i fortsättningen utöva verksamhet inom

området. Ett sådant beslut måste även kunna avse sådana diagnos- och behandlingsmetoder som kräver psykologutbildning.

Vidare har förbundet anfört att psykologers behandlingsarbete i många fall innebär stora och betydelsefulla möjligheter till påverkan på enskilda individer. Yrkesutövarna vänder sig också i växande utsträckning direkt till allmänheten i privat regi. Med hänvisning till patienternas intresse av säkerhet i vården har förbundet hemställt om att kommittén överväger att föreslå att legitimation fastställs som behörighetskrav för utövande av yrke som psykolog inom hälso- och sjukvården samt att legitimation införs som behörighetskrav för tillsättning av tjänst som psykolog.

Förbundet har också föreslagit att det i behörighetslagen införs en ny bestämmelse om specialistkompetens för psykologer där psykoterapeutexamen anges som en av flera specialiseringsmöjligheter. En sådan bestämmelse kommer enligt förbundet att tillgodose behovet av offentlig redovisning av kompetensnivån. Förbundet utfärdar, i enlighet med beslut av förbundets kongress år 1992, specialistbehörighet för psykologer enligt en särskild specialistordning. I specialistordningen finns fyra specialistområden; klinisk psykologi, pedagogisk psykologi, neuropsykologi och arbetslivets psykologi.

Enligt förbundet finns det omkring 2.500 psykologer som utför individinriktad patientvård utanför allmän eller enskild hälso- och sjukvård. Dessa arbetar främst inom skolans elevvård, barnomsorgen, förskolan, socialtjänsten, AMI, kriminalvården och försvaret. Förbundet hemställer om att kommittén behandlar frågan om legitimerade psykologer som arbetar med individinriktad patientvård utanför den traditionella hälso- och sjukvården tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen till den del de utför individinriktad undersökning, vård och behandling av patienter och därvid skall omfattas av åliggandelagen och disciplinpåföljdslagen. Det är förbundets uppfattning att den angivna lagstiftningen skall omfatta denna grupp.

Legitimerade psykologer har också arbetsuppgifter som inte är att betrakta som hälso- och sjukvård och därmed inte faller under åliggandelagen. Förbundet hävdar att samhällets tillsyn även bör omfatta legitimerade psykologer som i sin yrkesverksamhet utför arbetsuppgifter utanför den individinriktade hälso- och sjukvården där dessa arbetsuppgifter har stor betydelse för enskilda individers rättssäkerhet eller välbefinnande. Som exempel nämner förbundet vittnespsykologiska utredningar utförda av såsom sakkunniga förordnade legitimerade psykologer. Förbundet anför att samhällets tillsyn av all form av psykologverksamhet regleras i särskild lagstiftning i flera europeiska länder, däribland Norge, Danmark och Finland.

En samlad rättslig reglering av all psykologverksamhet bör, enligt förbundet, ske i en särskild psykologlag. Avslutningsvis framhåller

förbundet i sin skrivelse att den framtida psykologbehörigheten måste utformas så att yrkesutövare som erhållit kompetensbevis har full professionell frihet i yrkesutövningen och därvid inte ytterst underställs någon annan professions kontroll.

När det gäller praktisk tjänstgöring för psykologlegitimation (PTP) har förbundet anfört att det under 1980-talet uppstod långa väntetider innan psykologerna kunde erhålla PTP. Dessa väntetider har numera kortats ner ganska betydligt. Enligt en enkätundersökning som Sveriges Psykologförbunds studeranderåd genomförde under 1995 uppgick den genomsnittliga väntetiden på PTP efter avlagd examen till 3,3 månader. Psykologförbundet har anfört att åldersstrukturen är sådan att pensionsavgångarna inom psykologkåren kommer att öka mycket kraftigt efter kommande sekelskifte. Förbundet har hävdat att denna omständighet i kombination med den nuvarande och beräknade successivt ökade efterfrågan av psykologer med största sannolikhet kommer att innebära att det uppstår en brist på psykologer efter sekelskiftet, trots att intagningen till psykologutbildningen ökat under första hälften av 1990-talet. Enligt förbundets uppfattning innebär detta att möjligheterna till PTP sannolikt kommer att vara tillfredsställande.

Förbundet är av uppfattningen att det är angeläget att ha kvar någon form av praktisk tjänstgöring för att pröva lämpligheten för yrket. Lämpligheten bör prövas, menar förbundet, eftersom yrket kan innebära stora möjligheter till påverkan av enskilda individer. Kvaliteten i systemet garanteras genom de regler som finns. Praktisk tjänstgöring blir ett sorts sållningsinstrument, om än ett ganska trubbigt sådant. Genom den praktiska tjänstgöringen ges också en möjlighet att under garanterad handledning pröva på psykologyrket.

Psykologstuderande vid Lunds Universitet har i skrivelse som överlämnats till kommittén tagit upp problemen för examinerade psykologer att få möjlighet att fullgöra PTP. Gruppen har anfört att PTP-systemet aldrig fungerat eftersom det funnits för få PTP-tjänster i förhållande till antalet studenter som examinerats från psykologutbildningen. I framtiden förutsäger gruppen att problemen kommer att bli ännu större. Detta som en följd av den ökade antagningen till psykologutbildningen. Antalet nyexaminerade psykologer bedöms i en nära framtid komma att i det närmaste fördubblas.

12.2.4 Kommitténs ställningstaganden

Psykologbehandling och kvacksalverilagen

Kommittén delar uppfattningen att psykologisk och psykoterapeutisk verksamhet som utövas av personer som saknar erforderlig kompetens kan innebära risk för skador för den som behandlas. Denna fråga

diskuterar kommittén vidare i avsnitt 13.4.5 under rubriken Diskussion kring ytterligare förbud. Någon utvidgning av kvacksalverilagen, eller de bestämmelser som i kommitténs förslag motsvarar kvacksalverilagen, föreslås inte. Samtidigt vill kommittén emellertid peka på sitt förslag om förbud för yrkesutövare som inte är hälso- och sjukvårdspersonal att behandla barn under 15 år (se vidare avsnitt 13.4.6). Förslaget om en höjd åldersgräns för behandling av barn torde innebära ett skydd för barn mot psykologisk och psykoterapeutisk verksamhet utövad av icke behöriga yrkesutövare.

Psykologförbundet har tagit upp fall där icke legitimerade psykologer eller psykoterapeuter använt en yrkestitel som de enligt behörighetslagen inte har rätt till. Kommittén ser det som angeläget att framhålla att det för dessa fall redan finns en möjlighet att ingripa. Behörighetslagens ansvarsbestämmelser medger ingripande mot den som bryter mot skyddet för yrkestitel (se 10 §). En motsvarande bestämmelse finns i kommitténs förslag till lag om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (se avsnitt 14). Kommitténs förslag ger också en möjlighet att med vitesföreläggande angripa obehörigt användande av bl.a. psykolog- och psykoterapeuttitlar. I första hand bör man således i dessa fall försöka åstadkomma en sanering genom att använda sig av befintlig lagstiftning. Skyddet för yrkestiteln har bl.a. till uppgift att göra det enklare för den enskilde att avgöra vilka yrkesutövare som har erforderlig kompetens och som står under samhällets tillsyn. Ett effektivt utnyttjande av de möjligheter behörighetslagen (och förslaget till lag om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område) erbjuder, torde kunna ge ett relativt gott skydd inom det psykologiska behandlingsområdet.

Frågan om specialistkompetens för psykologer

I dag finns en reglering av läkarnas och tandläkarnas specialistkompetens i behörighetslagen och behörighetsförordningen. Kommittén har i avsnitt 6.5.7 lagt fram ett förslag om att också sjuksköterskornas specialistkompetens/vidareutbildning skall regleras. Exempel på reglering av specialistkompetens som organiseras av yrkesförbund finns bl.a. för sjukgymnaster och psykologer. En reglering av specialistkompetens kan, oavsett om den tillkommit genom författningsreglering eller inom olika yrkesförbund, ha den fördelen att patienterna får en bättre upplysning om yrkesutövarens utbildning/-kompetens och kan därmed underlätta för den enskilde att finna den specialist som söks.

Antalet legitimerade psykologer uppgår f.n. till omkring 6.500, att jämföra med exempelvis antalet legitimerade sjuksköterskor som uppgår till omkring 124.000. Att skapa en specialistreglering för en ny yrkesgrupp tar i anspråk både tid och medel. Kommittén anser att

det f.n. inte finns något uttalat behov från statens sida att även reglera vidareutbildningar av psykologer. Redan den nuvarande utbildningen som ligger till grund för legitimationen är omfattande och av hög kvalitet. För patienternas del torde det vara tillräckligt att samhället ger en garanti för den kompetens som erhålls genom grundutbildning jämte praktisk tjänstgöring. Här vill kommittén också peka på möjligheten för psykologer att genom psykoterapeutexamen och legitimation som psykoterapeut erhålla samhällets godkännande vid specialisering/vidareutbildning.

Praktisk tjänstgöring för psykologlegitimation (PTP)

Kommittén delar Psykologförbundets uppfattning att någon form av praktisk tjänstgöring för att pröva lämpligheten för yrket bör finnas kvar för psykologer. Psykologförbundet har anfört att de tidigare så långa väntetiderna för psykologer kortats ner ganska betydligt. Enligt kommitténs uppfattning finns det därför inte några skäl att nu föreslå några ändringar beträffande PTP. Det förhållandet att staten reglerar utbildningen, men inte PTP - som är en förutsättning för full behörighet - kan innebära vissa problem. Om det i en framtid exempelvis skulle uppstå en diskrepans mellan antalet utbildningsplatser och antalet praktikplatser kan det finnas anledning att se över psykologernas PTP.

Verksamhet utanför den egentliga hälso- och sjukvårdens organisation

Sveriges Psykologförbund har framhållit att det är angeläget att Socialstyrelsens tillsyn även omfattar legitimerade psykologer när dessa bedriver individinriktad patientvård utanför den allmänna eller enskilda hälso- och sjukvården.

Socialutskottet har uttalat (bet. 1993/94:SoU26) att det råder viss oklarhet om och i så fall i vilken utsträckning skolpsykologerna och vissa andra som arbetar med individinriktad patientvård utanför den traditionella hälso- och sjukvården tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen. Utskottet ansåg därför att denna fråga borde övervägas ytterligare och hemställde att riksdagen gav regeringen till känna vad utskottet anfört. Riksdagen biföll utskottets hemställan (rskr. 1993/94:410). Regeringen har som tilläggsdirektiv överlämnat riksdagens skrivelse med utskottets betänkande till kommittén.

När det gäller frågan om legitimerade psykologers verksamhet utanför den egentliga hälso- och sjukvårdens organisation, exempelvis inom skolor och företag, vill kommittén peka på att disciplinpåföljdslagens bestämmelser om disciplinpåföljd gäller yrkesutövning som har samband med undersökning, vård och behandling av patienter eller klinisk forskning på människor. Enligt uttalanden i lagens

förarbeten (prop. 1993/94:149 s. 77) skall den som ges vård eller behandling eller genomgår en undersökning oavsett anledning betraktas som patient. Denna inställning har också HSAN redovisat i sina beslut. (Jfr HSAN:s beslut 1995-02-28, SB 309). Enligt kommitténs uppfattning måste rättsläget tolkas på så sätt att legitimerade psykologer alltid räknas som hälso- och sjukvårdspersonal och står under samhällets tillsyn enligt åliggandelagen och disciplinpåföljdslagen i den mån deras yrkesutövning innebär att de undersöker, vårdar eller behandlar andra människor. Detta gäller oberoende av hur verksamheten är organiserad. I sammanhanget kan det också finnas skäl att erinra om den nya lag om tillsyn över hälso- och sjukvården som träder i kraft den 1 januari 1997 (se även avsnitt 2.2.2). Genom den nya lagen införs nya bestämmelser om tillsyn som inte är knutna till driftformen.

Överväganden kring sådan psykologverksamhet som inte omfattas av disciplinpåföljdslagen eller åliggandelagen får anses ligga utanför kommitténs uppdrag.

12.3 Psykoterapeuter

12.3.1 Inledning

Enligt behörighetslagen skall högskolans psykoterapeutexamen ligga till grund för legitimation som psykoterapeut. Socialstyrelsen har dock rätt att även ge legitimation till den som visar att han på annat sätt förvärvat motsvarande kompetens. Eftersom behovet av utbildade psykoterapeuter inte täcks med den utbildningsvolym som finns inom högskolan förekommer en omfattande utbildningsverksamhet inom hälso- och sjukvården och i enskilda organisationers regi. Därför har Socialstyrelsens bedömningar fått en betydligt större omfattning än vad som gäller för andra yrkesgrupper. I praktiken har detta inneburit att Socialstyrelsen gör bedömningar av vilka andra inriktningar än de som finns inom högskolan som skall ligga till grund för legitimationen. Det har framförts kritik från psykoterapeuter med utbildningsinriktningar som inte godkänts av Socialstyrelsen mot styrelsens bedömningskriterier och förfarande vid granskning av nya inriktningar inom psykoterapin. I avsnitt 12.3.2 beskriver kommittén den statliga psykoterapeututbildningen. Regleringen av psykoterapeutyrket redovisas i avsnitt 12.3.3. Framställningar till kommittén refereras i avsnitt 12.3.4. I avsnitt 12.3.5 redovisar kommittén sina ställningstaganden i frågan om förfarandet vid bedömningen av nya terapiinriktningar.

12.3.2 Utbildning

För erhållande av psykoterapeutexamen (högskoleexamen nr 30) krävs enligt högskoleförordningen fullgjorda kursfordringar om sammanlagt 60 poäng under en treårsperiod. Utbildningen är en påbyggnadsutbildning som kräver grundläggande kunskaper i psykoterapi som erhållits genom antingen avlagd psykologexamen (enligt 1982 års studieordning), läkarexamen samt fullgjord specialiseringstjänstgöring i allmän psykiatri eller socionomexamen med föreskriven komplettering eller annan motsvarande utbildning.

I högskoleförordningen anges inte vilken inriktning som utbildningen skall ha, detta är ett ansvar för den enskilda högskolan att besluta om inom ramen för den målbeskrivning som anges för psykoterapeutexamen. För erhållande av psykoterapeutexamen gäller att studenten skall ha

-- förvärvat sådana fördjupade kunskaper och färdigheter som fordras för att självständigt kunna göra diagnostiska bedömningar och upprätta behandlingsprogram samt genomföra och utvärdera psykoterapi inom ett av områdena individual-, grupp- eller familjeterapi,

-- utvecklat självständigt tänkande, självkännedom och förmåga till empatisk inlevelse.

Härutöver gäller de mål som respektive högskola bestämmer.

Den statligt reglerade påbyggnadsutbildningen i psykoterapi inrättades 1978 inom högskolan vid Karolinska institutet och Universitetet i Umeå. Det var statsmakternas intentioner att utbildningen på sikt skulle byggas ut till samtliga sex högskoleregioner, men ytterligare utbyggnad kom bara, utöver de två tidigare nämnda högskolorna, att genomföras vid Universitetet i Lund.

Skälen till att utbildningen byggdes upp i statlig regi var att det ansågs föreligga ett stort behov av psykoterapeutiskt utbildade personer inom den psykiatriska vården. Den utbildning som fanns inom landet hade byggts upp efter privata initiativ och det förelåg uppenbara svårigheter för vårdsökande att värdera vilken kompetens olika utövare av psykoterapi egentligen hade.

Utbildningen var till en början uppdelad i två steg om sammanlagt 90 poäng. Eftersom man lade stor vikt vid den personliga mognaden hos de studerande bedrevs utbildningen på halvfart. Det första steget skulle vara allmänorienterande och ge kompetens att utöva psykoterapi i team eller under handledning. Denna utbildning förutsatte att man hade en tidigare yrkesutbildning med inriktning mot vård av människor, men däremot inte någon tidigare psykoterapiutbildning. Steg 2-utbildningen byggde på den grundläggande utbildningen.

År 1987 genomfördes en förändring av utbildningen så att steg 1-utbildningen upphörde som en självständig utbildning. Detta berodde bl.a. på att psykologutbildningen förändrades och inkluderade grund-

läggande psykoterapi. Även specialistutbildningen för läkare med inriktning mot psykoterapi förändrades och tillfördes inslag av psykoterapi. Vidare ansågs inte målsättningen för steg 1-utbildningen överensstämma med den praktiska verkligheten. Utbildningen gav också en oklar kompetens. Den nya psykoterapiutbildningen motsvarar i stort den tidigare steg 2-utbildningen och bedrivs på halvfart för att det skall vara möjligt att samtidigt upprätthålla ett yrkesarbete med anknytning till psykoterapeutisk verksamhet.

Utbildningen i psykoterapi vid högskolan har av ekonomiska skäl inte kunnat byggas ut för att motsvara den efterfrågan på utbildad personal som kommit främst från den psykiatriska vården. Av den anledningen finns det också en omfattande privat utbildning som bedrivs av olika intresseföreningar eller av arbetsgivare inom hälso- och sjukvården.

12.3.3 Reglering av yrket

1981 års behörighetskommitté föreslog i sitt betänkande (SOU 1983:33) Kompetens inom hälso- och sjukvården att de som har psykoterapeutexamen eller motsvarande utbildning skulle få registrera sig hos Socialstyrelsen. Därigenom skulle de som har en kvalificerad utbildning i psykoterapi få ensamrätt att annonsera och i övrigt tillkännage denna kompetens. Samtidigt skulle samhället ges tillfälle till nödvändig insyn i den verksamhet som bedrivs.

Under remissbehandlingen ställde sig åtskilliga remissinstanser kritiska till kommitténs förslag om registrering av psykoterapeuter. I den proposition som föregick behörighetslagen anförde föredragande statsrådet att den rättsliga reglering som låg närmast till hands för psykoterapeuter var legitimationsinstitutet (prop. 1983/84:179 s. 18). Som skäl för denna uppfattning androgs att efterfrågan på psykoterapi var stor och kunde förväntas öka, att psykoterapi kan innebära avsevärda ingrepp i patientens liv och hälsa samt att det är angeläget att denna verksamhet kringgärdas av sådana bestämmelser att patienternas säkerhet i vården kan garanteras. Vidare ansågs det vara av betydelse att allmänheten på ett enkelt sätt skulle kunna avgöra om den som erbjuder sina tjänster har tillräcklig utbildning för att självständigt bedriva psykoterapi.

Legitimation bör, enligt propositionen, ges psykoterapeuter med den statliga psykoterapeutexamen eller med motsvarande utbildning och erfarenhet. Vid sidan av den statliga utbildningen refererades till annan utbildning för psykoterapeuter som uppgavs fylla högt ställda krav och som direkt borde kunna ligga till grund för legitimation. Vid bedömningen av om en sökande har motsvarande utbildning och erfarenhet som den statliga utbildningen såg departementschefen det som angeläget att Socialstyrelsen beaktade även dokumenterad

erfarenhet av psykoterapeutiskt arbete i kombination med särskild personlig fallenhet för sådan verksamhet. Den särskilda ekvivaleringsgrupp som arbetat sedan 1979 borde, enligt propositionen, kunna ge Socialstyrelsen erforderligt beslutsunderlag när det gäller att bedöma vilka utbildningar och vilken erfarenhet som vid sidan av den statliga utbildningen skulle kunna ligga till grund för legitimation.

Propositionsförslaget om legitimation för psykoterapeuter antogs av riksdagen och psykoterapeuter kan sedan den 1 januari 1985 erhålla legitimation efter avlagd psykoterapeutexamen (2 § behörighetslagen). En legitimerad psykoterapeut skall i sin yrkesverksamhet ange sin grundutbildning. Psykoterapeuttiteln är, på samma sätt som psykologtiteln, skyddad och ingen får på hälso- och sjukvårdens område ge sig ut för att vara psykoterapeut utan att ha legitimation för yrket. Om någon som saknar sådan behörighet att använda titeln psykoterapeut, har förvärvat en titel som kan förväxlas med denna, skall titeln i verksamhet på hälso- och sjukvårdens område anges på ett sätt som tydligt skiljer den från psykoterapeuttiteln (9 § behörighetslagen).

Avslag på ansökan om legitimation sker enligt uppgift från Socialstyrelsen oftast på den grunden att terapiutbildningen inte accepteras. Styrelsen har som legitimationsgrundande godkänt ett flertal psykoterapiutbildningar utanför den statliga högskolan. Som exempel kan nämnas utbildningen i kognitiv psykoterapi vid Kognitivt Center, Danderyds Sjukhus och den utbildning i beteendeterapi som anordnas av Beteendeterapeutiska Föreningen i Uppsala.

Socialstyrelsen har i ett meddelandeblad *Utbildning för legitimation som psykoterapeut* (Nr 19/90) redovisat de normer som är legitimationsgrundande dels för psykoanalytiskt inriktad individualterapi, dels för utbildningar inom beteendeterapi, grupp- och familjeterapi samt kognitiv psykoterapi. Dessa fyra utbildningar är samtliga av påbyggnadstyp och förutsätter att den sökande vid tidpunkten för tillträdet till utbildningen har en tidigare uppnådd steg 1-kompetens eller motsvarande förkunskaper.

En hearing anordnades av Socialstyrelsen i oktober 1994 för att ge styrelsen underlag för ställningstaganden i några väsentliga huvudfrågor när det gäller psykoterapeutlegitimation. Hearingen har inom Socialdeparementet dokumenterats i en promemoria (Dokumentation av Socialstyrelsens hearing om vetenskapligt underlag för psykoterapeutlegitimation den 10:e oktober 1994). Vid hearingen diskuterades
- hur man skall se på kravet på bevisade effekter av psykoterapiformen genom utvärdering i kontrollerade vetenskapliga studier,
- om man skall tillföra ett kriterium som utgår från den s.k. släktskapsstanken, dvs. nära anknytning till andra, erkända psykoterapiformer,

- om man skall vidga psykoterapibegreppet till att omfatta även sådana psykologiska åtgärder som inte är att betrakta som sjukvårdande behandling.

Vid hearingen deltog sex inbjudna experter - tre docenter, två professorer och en medicine doktor - samt representanter från Socialstyrelsen.

Diskussionen vid hearingen kom att röra sig kring jämförelser mellan psykodynamisk och övrig psykoterapi samt det rimliga eller ens önskvärda att kräva att all psykoterapi värderas utifrån en i grunden positivistisk och naturvetenskaplig kunskapssyn. Merparten av de traditionella vetenskapliga kontrollstudierna uppgavs vara gjorda på beteendeterapi och kognitiv terapi. När det gäller psykodynamisk terapi finns försök att även utveckla kvalitativa metoder och att studera processen snarare än att göra rena effektstudier.

Vidare diskuterades en rad brister i den befintliga forskningen, såsom bristande validitet och reliabilitet, olika stor heterogenitet i patientgrupperna i olika terpiformer, avsaknaden av forskning om vilken patient som behöver vilken typ av terapi, avsaknaden av långtidsuppföljningar m.m. När det gäller släktskapskriterier rådde det enighet om att metoder för att bedöma släktskap mellan olika psykoterapiformer skulle kunna vara värdefulla för psykoterapins utveckling i sig, men några deltagare ansåg att det skulle vara lika komplicerat som att utveckla kvalitativa metoder i psykoterapiforskningen.

En uppfattning som framfördes vid diskussionen vid hearingen var att psykoterapiutbudet skulle vara fattigt utan flera av de metoder som i dag inte uppfyller Socialstyrelsens kriterier, att alternativ behövs och att dessa metoder också kan bidra med stimulans och förnyelse till även de etablerade terapierna. Tiden ansågs dock inte vara mogen för någon förändring av krav, kriterier och bedömningar. Det beslutades mot bakgrund av diskussionen att Socialstyrelsen tills vidare skulle hålla fast vid det befintliga systemet och de kriterier som gäller för legitimation. Anordnandet av en uppföljande hearing diskuterades, men någon sådan planeras för närvarande inte enligt uppgift från Socialstyrelsen.

Efter hearingen gjorde Socialstyrelsen i ett nytt meddelandeblad *Utbildning för legitimation som psykoterapeut. Tillägg till Meddelandeblad 19/90* (Nr 19/95) vissa tillägg till ovannämnda meddelandeblad. För den statliga utbildningen eller andra utbildningar skall enligt meddelandebladet tre kriterier vara uppfyllda:

1. Metoden ska grunda sig på en vetenskapligt förankrad personlighets- och utvecklingsteori, som omfattar individens utveckling, det normala psykologiska fungerandet och kända psykopatologiska tillstånd.
2. En behandlingseffekt på patienter med psykiatriska problem/besvär ska vara konstaterad i kontrollerade vetenskapliga studier med

accepterad vetenskaplig metodik och publicerade i erkända tidskrifter eller motsvarande.

3. Det ska inom landet finnas tillgång till kompetenta lärare och handledare på akademisk nivå som också tar ansvar för en kontinuerlig lämplighetsbedömning under utbildningstiden.

Styrelsen anger i meddelandebladet att man vid hearingen 1994 genom faktaredovisning och diskussion med olika experter fått underlag för ställningstaganden i några väsentliga huvudfrågor när det gäller bedömningar av ansökningar om godkännande av psykoterapeutlegitimation. Förutom krav på vetenskaplig teori och metod samt tillgång till kompetenta lärare måste den som ansöker om legitimation uppfylla kravet att påvisa att den inriktning som ligger till grund för ansökan ger behandlingseffekter genom kontrollerade studier och vedertagen metodik. Att använda s.k. släktskapskriterier anser Socialstyrelsen inte relevant för närvarande på grund av metodologiska svårigheter. Mer kunskap är därvid nödvändigt vad gäller sambandet mellan teori, begrepp, metodik, praktik samt behandlingsutfall anför styrelsen i meddelandebladet.

Avslutningsvis kan tilläggas att psykoterapeuterna omfattas av det första generella EG-direktivet (89/48/EEG).

12.3.4 Framställningar till kommittén

Representanter för två olika inriktningar inom psykoterapin som inte godkänts för legitimation har inkommit med framställningar till kommittén. Det gäller inriktningarna transaktionsanalys och gestaltterapi. Kommittén har vid en av sina hearingar sammanträffat med representanter för transaktionsanalytiker. Beträffande transaktionsanalysen har Socialstyrelsen fattat beslut om att utbildning i transaktionsanalys för närvarande inte kan läggas till grund för legitimation (Dnr 140-1225/91). Hos Socialstyrelsen finns för närvarande ett antal öppna ärenden där styrelsen väntar på kompletteringar från de sökande. Ärendena gäller sökande med utbildning inom inriktningarna gestaltterapi, bildterapi och integrerad kroppsterapi.

Transaktionsanalys

Svenska Transaktionsanalytiska Föreningen (STAF) har hemställt om möjlighet för psykoterapeututbildning i transaktionsanalys (TA) att bli legitimationsgrundande. Enligt STAF finns det cirka 40 examinerade transaktionsanalytiker i Sverige (december 1993) och ungefär lika många som inom kort beräknas vara färdiga för examination.

STAF har i sina skrivelser ifrågasatt Socialstyrelsens förfarande vid bedömningen av olika terapiinriktningar. Sammanfattningsvis anför föreningen att den nämnd som Socialstyrelsen utsåg för att pröva bl.a.

TA som terapi delvis var sammansatt av personer som representerade terapier som sedermera godkänts som legitimationsgrundande och att dessa verkat för sina egna inriktningar. Vidare har föreningen gjort gällande att TA blivit bedömd enligt andra och snävare kriterier än vad som gällt övriga godkända terapiformer. Föreningen har lagt fram material som anger att transaktionsanalytiker numera kan erhålla legitimation i Österrike (och snart i Schweiz), att italienska transaktionsanalytiska institut fått rätt att utbilda legitimerade psykoterapeuter och att universitetsutbildningar med TA som viktig del börjat hållas vid ett universitet i Nottingham, Storbritannien.

TA definierades av Alternativmedicinkommittén (SOU 1989:62 s. 304) som ett slags gruppterapi, där transaktionerna människor emellan används för att definiera och analysera individens jag-tillstånd. Transaktion betyder samspel. Det är den minsta beståndsdelen i socialt umgänge och består av stimulus från en person och respons från en annan i ett växelspel. I TA arbetar man med att bli medveten om sina transaktionsmönster, sitt sätt att kommunicera. TA beskrivs som ett intellektuellt instrument för att försöka förstå grunden till beteende och känslor. Grundtanken är att man når en bättre självinsikt genom att analysera de olika typer av transaktioner eller meningsutbyten som man har med andra personer. TA är således en mål- och handlingsinriktad metod med pedagogiska förtecken. Den används i Sverige bl.a. på gruppdynamiska kurser inom arbetslivet och på behandlingshem för narkotikamissbrukare.

Utbildning och handledning i TA sker enligt uppgift från STAF huvudsakligen i privat regi, medan examinationerna anordnas av två olika organisationer, dels av Board of certification som grundats av International Transactional Analysis Association och som genomför examinationer över hela världen, dels av Council of Certification som grundats av European Association for Transactional Analysis. Transaktionsanalytikerna examineras inom fyra specialistområden. Det finns vidare två nivåer av examina, en nivå 1 för kliniker och en nivå 2 för utbildare och handledare. Utbildningstiden före examination uppges variera mellan fem och åtta år.

Gestaltterapeuter

Rektorn för den fyraåriga utbildningen vid Gestalt Akademin i Skandinavien har i en skrivelse till kommittén framfört synpunkter på det svenska förfaringssättet vid legitimering av psykoterapeuter. Förfarandet uppges brista vad gäller rättsäkerheten. I skrivelsen anförs bl.a. att det vore riktigare om det fanns en instans i samhället som hade ansvar för psykoterapifrågor på ett bredare sätt, dvs. ansvar för att skaffa sig en helhetsbild både utifrån klienters, vårdgivares och

psykoterapeuters behov. Likaså att denna instans tog ansvar för en bred forskning kring psykoterapi.

European Association for Psychoterapy (EAP) arbetar enligt uppgift i skrivelsen för en framtida europeisk legitimation av psykoterapiyrket. En samordning av det svenska legitimationssystemet för psykoterapeuter med det europeiska vore därför enligt skrivelsen naturligt.

Gestaltterapi definierades av Alternativmedicinkommittén (SOU 1989:62) som en terapi syftande till att förbättra en persons kontakt med nuet, vilket skall leda till en ökad medvetenhet och ökat ansvar för sig själv. Termen *gestalt* är hämtad från gestaltpsykologin. Människan ses som en total gestalt som är mer än summan av egenskaper; helheten är mer än delarna. En gestalt är en organiserad helhet, bestående av både figur och bakgrund. Gestaltterapin kan tillämpas på individer, grupper och i familjeterapi. Inom gestaltterapin talar man inte om skador eller traumatiska upplevelser, utan om oavslutade situationer; situationer som inte tagit gestalt, som inte bildat en helhet som kan läggas till handlingarna. Målet med gestaltterapin är att få individen mer medveten om sitt beteende och lära sig ta ansvar för sig själv, sin vilja, sina känslor och sina handlingar.

Gestalt Akademin har enligt egen uppgift utbildat gestaltterapeuter i Skandinavien sedan snart 20 år tillbaka. Flertalet länder i Europa har, enligt vad som framförs av Gestalt Akademin, accepterat gestaltpsykoterapin som legitimationsgrundande.

12.3.5 Kommitténs ställningstaganden

Enligt behörighetslagen är det högskolans psykoterapiexamen som skall ligga till grund för legitimation som psykoterapeut och det är den enskilda högskolan som inom ramen för målbeskrivningen för examen bestämmer vilken inriktning som utbildningen skall ha. Enligt lagen (1993:792) om tillstånd att utfärda vissa examina får en juridisk eller enskild person som anordnar utbildning endast efter tillstånd utfärda sådana examina som regeringen med stöd av lagen meddelat föreskrifter om. Sådan rätt har meddelats Erikastiftelsen i Stockholm, som sedan länge bedrivit psykoterapiutbildning med inriktning mot barn- och ungdom.

I 12 § behörighetslagen bemyndigas regeringen att meddela ytterligare föreskrifter i de frågor som avses i lagen. Regeringen får överlåta åt Socialstyrelsen att meddela sådan föreskrifter. Sådan delegation till Socialstyrelsen har i behörighetsförordningen skett beträffande flera yrkesgrupper, dock inte beträffande psykoterapeuterna.

Ett stort antal personer ansöker varje år om legitimation som psykoterapeut utan att ha godkänd psykoterapiexamen. Eftersom utbildningen inom högskolan inte är utbyggd i någon större omfattning

och det finns ett stort antal privata utbildningsanordnare innebär Socialstyrelsens prövningar att styrelsen tar ställning till inriktningar som inte finns inom högskolans ram.

Beslut om vilka terapiformer som skall godkännas som legitimationsgrundande har stor betydelse för den sökande. Ett beslut om att inte godkänna en viss terapiform kan i realiteten innebära starka begränsningar i terapeuters möjligheter att utöva terapin.

Det är en grannlaga uppgift att avgöra vilka inriktningar inom psykoterapin som skall kunna leda till legitimation. Bedömningen måste göras på objektiva grunder och efter noggranna utvärderingar. Kommittén saknar underlag för att ta ställning till om inriktningarna transaktionsanalys och gestaltterapi bör kunna ligga till grund för legitimation som psykoterapeut.

Förhållandena visar, enligt kommittén uppfattning, att det finns ett behov av att skärpa reglerna för vilka utbildningar som skall bedömas motsvara den statliga psykoterapiutbildningen.

När det gäller svenska psykoterapeututbildningar anser kommittén att endast högskoleutbildningar och utbildningar som godkänts med stöd av den tidigare nämnda lagen om tillstånd att utfärda vissa examina bör kunna leda till legitimation som psykoterapeut. Det är regeringen som efter Högskoleverkets hörande beslutar om en utbildning utanför högskolan skall kunna leda till psykoterapeutexamen. Prövningarna av olika utbildningar - och därigenom olika inriktningar inom psykoterapin - flyttas därmed över på regeringen och Högskoleverket. Även om Socialstyrelsen således formellt har en möjlighet att godkänna även andra utbildningar bör den principen gälla att endast psykoterapeutexamen leder till legitimation.

13 Begränsningar i rätten att vidta vissa hälso- och sjukvårdande åtgärder

Sammanfattning

Bestämmelser motsvarande de i den nuvarande kvacksalverilagen överförs till kap. 4 och 8 i kommitténs förslag till *lag om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område*. I huvudsak innebär förslaget följande förändringar:

* Gränsen för behandling av barn höjs till 15 år.
* Förbudet mot att lämna skriftliga råd utan föregående personlig undersökning tas bort.
* Ett förbud mot att tillhandahålla optiska synhjälpmedel till barn under åtta år utan föregående anvisning av läkare införs.
* Socialstyrelsen får möjlighet att vid vite förelägga någon att upphöra med verksamhet som strider mot de bestämmelser som begränsar rätten att vidta vissa hälso- och sjukvårdande åtgärder.

13.1 Inledning

Kommitténs uppdrag innefattar enligt direktiven en översyn av bestämmelserna i *lagen om förbud i vissa fall mot verksamhet på hälso- och sjukvårdens område*, allmänt benämnd kvacksalverilagen. Innehållet i kvacksalverilagen har tidigare redovisats i avsnitt 2.6.

Alternativmedicinkommittén lämnade i sitt betänkande (SOU 1989:60) Huvudbetänkande från alternativmedicinkommittén ett förslag till lag om alternativmedicinsk verksamhet m.m. Lagen var tänkt att ersätta den gällande kvacksalverilagen. Förslaget har remissbehandlats. En hel del kritiska synpunkter framfördes under remissbehandlingen och Alternativmedicinkommitténs lagförslag kom aldrig att genomföras. Vid vår kommittés diskussioner kring en behörighetsreglering och behovet av begränsningar när det gäller olika behandlingsmetoder m.m. har det fallit sig naturligt att ta tillvara de synpunkter som framkom under remissbehandlingen.

Alternativmedicinkommitténs förslag till lag om alternativmedicinsk verksamhet redovisas i avsnitt 13.2. Avsnitt 13.3 innehåller en sammanfattning av de synpunkter som framkom under remissbe-

handlingen. Kommitténs diskussioner och förslag till ny reglering finns i avsnitt 13.4. Hur den nya regleringen bör utformas utvecklar kommittén ytterligare i avsnitt 14, där kommittén lämnar förslag till en lagstiftning som innebär en sammanslagning av behörighets-, åliggande-, disciplinpåföljds- och kvacksalverilagen. Diskussionerna i avsnitt 13.4 förs i första hand med den utgångspunkten att förslaget skall kunna passa in i en ny sammanslagen lagstiftning. Principdiskussionerna kan emellertid äga sin giltighet oavsett om man väljer att låta regleringen ingå i en ny sammanslagen lagstiftning eller kvarstå i en egen lag.

13.2 Alternativmedicinkommitténs förslag till lag om alternativmedicinsk verksamhet

Alternativmedicinkommittén lämnade, som tidigare nämnts, i sitt slutbetänkande ett förslag till *lag om alternativmedicinsk verksamhet m.m.* Lagförslaget avsågs bli tillämpligt på den som utövade alternativmedicinsk verksamhet och som **inte** omfattades av (den vid tidpunkten gällande) lagen (1980:11) om tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonal m.fl. Enligt kommitténs uppfattning borde det vara tillåtet att använda alternativa behandlingsformer inom hälso- och sjukvården, om patienten uttryckt önskemål om alternativ behandling, om behandlingsformen var ofarlig och om den gavs först sedan allmänt vedertagna metoder använts eller användes parallellt med sådana.

Som alternativmedicinsk verksamhet betecknades i lagförslaget sådana åtgärder som inte godtagits i hälso- och sjukvården och som syftade till att medicinskt förebygga, utreda eller behandla sjukdomar och skador. Vad som inte vid en given tidpunkt och på en given plats anses tillhöra den etablerade medicinen utgör således alternativ medicin enligt Alternativmedicinkommittén. Det saknade i sammanhanget betydelse att en viss alternativ inriktning kan ha en avancerad teoribildning och bedrivas på ett seriöst sätt. Valet av terminologi indikerar ett mera neutralt förhållningssätt till vård och behandling utanför den traditionella sjukvården än vad som är fallet i förarbetena till den gällande kvacksalverilagen.

Utgångspunkten i Alternativmedicinkommitténs arbete har varit att den enskilde själv skall kunna välja erbjudna alternativa behandlingsmetoder. Det är således inte alternativmedicinen i sig som ifrågasätts utan huvudfrågan har varit hur behovet av säkerhet för patienterna skall beaktas då den vårdsökande väljer alternativmedicinska vårdformer.

Alternativmedicinkommittén framhöll som sin uppfattning, att det inte kan vara en statlig uppgift att försvåra eller förhindra den

alternativmedicinska verksamheten i vidare mån än att uppenbara hälsorisker så långt det är praktiskt möjligt förebyggs. Frågan var i stället när det mer konkret finns anledning för staten att ingripa mot en alternativmedicinsk behandling som den enskilde själv önskar få utförd. Även om en behandling skulle vara overksam ansåg kommittén att principen om människors rätt att fritt välja behandling måste respekteras.

Frågan om den alternativa medicinen är riskfylld eller inte menade Alternativmedicinkommittén mera var en fråga om behandlarens kompetens än om metoden i sig.

Den viktigaste förändringen i Alternativmedicinkommitténs lagförslag var att de alternativmedicinska behandlarna indelades i två kategorier; de som hade en viss fastställd medicinsk basutbildning och de som inte hade sådan utbildning. Den som genomgått av Socialstyrelsen godkänd medicinsk basutbildning för alternativmedicinsk verksamhet skulle efter ansökan kunna registreras som alternativmedicinsk yrkesutövare (se lagförslaget 3 §). Även den som visade att han på annat sätt förvärvat motsvarande kompetens skulle få registreras.

I princip borde man, ansåg kommittén, sträva efter att all alternativmedicinsk verksamhet som utövas mot ersättning bedrivs endast av dem som har en viss adekvat utbildning. Den medicinska basutbildning som kommittén föreslog syftade till att ge behandlarna sådan kompetens som de behövde för att kunna göra en allmän bedömning av patientens hälsotillstånd och vid behov hänvisa denne till hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen skulle enligt förslaget få i uppdrag att fastställa kriterierna för basutbildningen och pröva utövarnas kompetens. Kommittén anförde att det i tidsomfång torde krävas en utbildning som motsvarar omkring 40 poäng i den statliga högskoleutbildningen.

Utöver en medicinsk basutbildning ansåg kommittén att det behövdes ytterligare kompetens i fråga om den behandlingsmetod som utövades. Yrkesutövarens kompetens på detta område ansågs dock inte kunna bli föremål för någon offentlig kontroll utan fick bli en sak för branschen; exempelvis genom intern auktorisation.

Kommittén diskuterade olika alternativ när det gällde vilken myndighet som skulle ansvara för registret över alternativmedicinska utövare. Kommittén bedömde det som möjligt att många människor skulle uppfatta en registrering som likvärdig med ett godkännande eller en sorts legitimation, varför registrering hos t.ex. länsstyrelse eller Konsumentverket, som också har ansvaret för tillsynen enligt marknadsföringslagen beträffande naturmedel, övervägdes. Eftersom alternativmedicinen syftar till att behandla människor ansågs det emellertid ligga nära till hands att välja Socialstyrelsen.

Ingen skulle, enligt lagförslaget, obehörigen få ge sig ut för att vara

registrerad alternativmedicinsk yrkesutövare i verksamhet på hälso- och sjukvårdens område (se 4 §). Den som bröt mot denna bestämmelse kunde ådömas ett bötesstraff (se 8 §). Yrkesbeteckningen registrerad alternativmedicinsk yrkesutövare gavs således ett rättsligt skydd.

Till skillnad från den gällande kvacksalverilagen innehöll Alternativmedicinkommitténs lagförslag inte någon uppräkning av vilka sjukdomar och metoder som undantogs från verksamhet som omfattades av lagen. I stället var det regeringen eller, efter bemyndigande, Socialstyrelsen som till skydd för enskilda fick föreskriva att den som mot ersättning utövade verksamhet på hälso- och sjukvårdens område inte fick behandla vissa sjukdomar eller använda vissa metoder (se 6 § andra stycket).

Även om lagförslaget inte angav vilka sjukdomar och metoder som är förbjudna inom alternativmedicinsk verksamhet, lämnade Alternativmedicinkommittén i sitt betänkande förslag till vilka sjukdomar och metoder som borde undantas från sådan verksamhet. I likhet med vad som föreskrivs i kvacksalverilagen föreslogs att sjukdomar som omfattas av smittskyddslagen skulle undantas. Behandling av cancer, endokrina sjukdomar som t.ex. insulinberoende diabetes, systemsjukdomar som t.ex. SLE (en kronisk, livslång autoimmun sjukdom) samt psykoser skulle också undantas om inte patienten först haft kontakt med läkare beträffande sjukdomen. Behandling av akuta, livshotande sjukdomstillstånd samt sjukdomar hos gravida kvinnor skulle helt undantas från alternativmedicinsk behandling och annan behandling som inte står under Socialstyrelsens kontroll. (Jfr bet. s. 73 - 74.)

Generellt måste den principen upprätthållas, menade Alternativmedicinkommittén, att livsuppehållande behandling som läkare ordinerat inte fick avbrytas av någon alternativmedicinsk behandlare eller annan som inte stod under Socialstyrelsens kontroll. Kommittén förmodade emellertid att ett förbud med sådant innehåll troligen skulle vara svårt att beivra och ansåg därför att principen inte borde skrivas in i lagstiftningen.

När det gällde undersöknings- och behandlingsmetoder föreslog kommittén att kvacksalverilagens förbud mot användning av vissa bedövningsmetoder och radiologisk behandling skulle behållas.

Hypnotisk verksamhet kunde, ansåg kommittén, delvis vara svår att bestämma och avgränsa. Kommittén ansåg därför att förbudet i kvacksalverilagen mot hypnotisk verksamhet borde upphävas. Eftersom hypnos kunde vara förknippat med vissa risker såg kommittén det som angeläget att Socialstyrelsen noga följde utvecklingen på området.

Ett generellt förbud mot behandling av barn under 15 år fanns i lagförslaget. Förbudet gällde den som mot ersättning utövade verksamhet på hälso- och sjukvårdens område. För registrerade

alternativmedicinska yrkesutövare gällde emellertid att dessa fick undersöka eller behandla barn över tre år. Det senare gällde under förutsättning att barnet hade regelbunden läkarkontakt och att läkaren hade vetskap om den alternativmedicinska undersökningen eller behandlingen. Barnet eller vårdnadshavaren fick inte uppmanas att avstå från den behandling som läkare ordinerat. (Se 6 § första stycket.)

Kommittén föreslog vidare att de vid tidpunkten gällande förbuden mot kringresande verksamhet och s.k. brevkvacksalveri skulle upphävas. Dessa ändringar i kvacksalverilagen har sedermera genomförts (SFS 1992:1563)

Socialstyrelsen hade enligt lagförslaget ansvaret för tillsynen över efterlevnaden av lagen samt föreskrifter och villkor som meddelats med stöd av lagen (se 7 §). Regeringen, eller, efter bemyndigande, Socialstyrelsen, fick meddela ytterligare föreskrifter enligt lagen (se 9 §).

Den som bröt mot bestämmelserna i lagen om inskränkningar i verksamhet på hälso- och sjukvårdens område kunde dömas till böter (8 §). Straffområdet har givits en snävare omfattning än vad som gäller enligt kvacksalverilagen. Kommittén ansåg att det skydd mot farlig verksamhet som ges i 3 kap. 8 § ("vållande till kroppsskada eller sjukdom") och 3 kap. 9 § ("framkallande av fara för annan") i brottsbalken ger ett tillräckligt skydd även på hälso- och sjukvårdens område.

När det gäller de ekonomiska aspekterna föreslog kommittén att registreringen skulle avgiftsbeläggas för att finansiera bl.a. registreringsverksamheten. Ersättning från den allmänna försäkringen skulle enligt förslaget inte utgå för behandling hos alternativmedicinska utövare.

Alternativmedicinkommittén genomförde i samarbete med Statistiska centralbyrån en undersökning av den alternativa behandlingens utbredning och omfattning. Det kan i sammanhanget vara intressant att notera att undersökningsresultatet visade att var femte vuxen någon gång fått alternativ behandling och att närmare 70 procent av befolkningen visade en positiv attityd till sådan behandling. Nyttjandet av alternativ behandling visade sig vara vanligast hos äldre personer, gifta och arbetslösa. Ingen skillnad förelåg mellan män och kvinnor som dock sökte olika behandlingsformer. Genomgående var behandling vanligare i Norrland än i södra Sverige. Utbildningsnivån bland dem som sökt alternativ behandling var i genomsnitt något högre än hos befolkningen i stort.

13.3 Kritiken mot Alternativmedicinkommitténs förslag

Alternativmedicinkommitténs huvudbetänkande sändes ut på remiss under hösten 1989. Den kritik som framfördes mot förslaget till lag om alternativmedicinsk verksamhet gällde flera olika frågor.

Flera remissinstanser hade invändningar mot valet av terminologi. De menade bl.a. att termen "alternativmedicin" inte var bra eftersom den förde tanken till att det handlade om medicinsk verksamhet i egentlig mening. Kritikerna hävdade att terminologin kunde ge intryck av att inte så mycket skiljer mellan den etablerade medicinen och alternativmedicinen. *Malmöhus läns landsting* hävdade att den valda definitionsmetoden ledde till att gränsdragningen mot kvacksalveri blev otydlig. *Landstingsförbundet*, som inte heller ansåg att den valda definitionen var bra, hänvisade till att ett nytt handlande inom hälso- och sjukvården i allmänhet växer fram efter hand som utveckling och framsteg här hemma eller utomlands blir kända. *Sveriges psykologförbund* kritiserade att den valda definitionen inte innefattade den vetenskapliga disciplinen psykologi. *Lunds universitet (juridiska fakultetsstyrelsens forskningsnämnd)* kritiserade bristen på faktaunderlag beträffande skaderisker och/eller inträffade skador. *Medicinska forskningsrådet* ansåg att Alternativmedicinkommittén alltför litet beaktat säkerhetsaspekten i vården.

Den föreslagna medicinska basutbildningen ansågs i allmänhet vara någonting positivt som var ägnat att öka säkerheten i verksamheten. *Universitets- och högskoleämbetet* menade att det var angeläget med utbildning, men var av den åsikten att förslaget om medicinsk basutbildning för alternativmedicinare borde utredas ytterligare. Ett mycket stort antal av remissinstanserna påpekade dock att en ettårig utbildning var alltför kort för att kunna utgöra underlag för medicinska bedömningar. *Svenska Läkaresällskapet* ställde sig principiellt positivt till kvalitetshöjande undervisningsinsatser, men menade att utbildningen var inadekvat i den meningen att riskerna inte nämnvärt kunde förväntas minska. I förening med orealistisk uppfattning om den egna kunskapsnivån kunde effekten i själva verket bli den motsatta, ansåg sällskapet.

Flera instanser var positiva till en registrering eftersom en sådan kunde underlätta tillsyn och kontroll av verksamheten. Många ställde sig emellertid tveksamma till eller, såsom exempelvis *Socialstyrelsen* och *HSAN*, avvisande till en registrering. Skälet var att en registrering av allmänheten skulle kunna tolkas som en slags kvalitetsgaranti från samhällets sida och i vissa sammanhang förväxlas med legitimation. I detta sammanhang har flera instanser föreslagit att ett eventuellt registreringsförfarande bör ankomma på annan myndighet än Social-

styrelsen, exempelvis Konsumentverket. *Malmöhus läns landsting*, som ställde sig tveksam till en registrering, påpekade att ett registreringsförfarande i vart fall förutsatte möjligheter till avregistrering.

Ett antal remissinstanser, däribland *Justitiekanslern, Karolinska institutet, Svenska Läkaresällskapet* och *Medicinska forskningsrådet* ansåg att den som bedriver alternativmedicinsk verksamhet borde åläggas skyldigheter när det gäller journalföring, rapportering av skador m.m. Sådana regler skulle, anfördes i remissvaren, kunna underlätta tillsynen och därmed öka säkerheten i den alternativa vårdverksamheten. *Kammarrätten i Stockholm* menade att frågorna om tystnadsplikt och sekretess borde ägnas särskild uppmärksamhet.

Flera åklagarmyndigheter, *Kammarrätten i Stockholm* m.fl. ansåg att både fängelse och böter borde ingå i straffskalan och att det straffbara området borde utvidgas. I lagförslaget straffbeläggs förfarande som innebär att någon i verksamhet på hälso- och sjukvårdens område obehörigen ger sig ut för att vara registrerad alternativmedicinsk yrkesutövare och brott mot bestämmelsen om inskränkningar i verksamhet vad gäller behandling av barn eller vissa sjukdomar eller användande av vissa metoder. Åklagarna ifrågasatte också om inte uppsåtsfrågan borde regleras i straffbestämmelsen. Flera instanser gjorde gällande att Socialstyrelsen borde ha möjlighet att meddela förbud att utöva alternativmedicinsk verksamhet under viss tid eller för alltid för den som dömts för allvarligt kvacksalveri.

Förslaget om möjlighet för registrerade alternativmedicinska utövare att under vissa förutsättningar behandla barn över tre år var den fråga som föranledde flest reaktioner i remissvaren. Kommittén återkommer längre fram till de synpunkter som framfördes i denna del.

Den blandade kritiken medförde att regeringen inte gick vidare med Alternativmedicinkommitténs lagförslag. I stället omfattar vår kommittés översyn även kvacksalverilagens bestämmelser.

13.4 Vårt förslag

13.4.1 Inledning

Som tidigare anförts är patientsäkerheten den väsentliga utgångspunkten för kommitténs ställningstaganden. Skyddet för patienten måste emellertid vägas mot bl.a. närings- och yrkesfriheten. Som redovisats i avsnitt 7 har dessa rättigheter ett starkt och numera grundlagsreglerat skydd. Inskränkningar i rättigheterna får dock ske om väsentliga allmänna intressen kräver det. Ett sådant intresse är hälso- och sjukvården.

En annan viktig utgångspunkt, som också varit ledstjärna för bl.a. Alternativmedicinkommittén, är den enskildes frihet att välja behandlingsform och behandlingsmetod. Denna frihet måste i sin tur

vägas mot intresset att upprätthålla ett gott skydd för den enskildes säkerhet i vården.

Attityden till många s.k. alternativa behandlingsformer och metoder har, som Alternativmedicinkommittén också konstaterade, förändrats under de senaste decennierna. Flera av de yrkesgrupper och behandlingsmetoder som tidigare räknades som kvacksalveri faller numera inom behörighetslagens ram. Detta gäller exempelvis logopeder, psykoterapeuter, kiropraktorer och naprapater men även en sådan verksamhet som akupunktur när den utövas av hälso- och sjukvårdspersonal.

Uttrycket kvacksalveri har kommit att användas som en sammanfattande benämning på verksamheter som bedöms enligt kvacksalverilagen (dvs. lagen om förbud i vissa fall mot verksamhet på hälso- och sjukvårdens område). Samtidigt har begreppet kvacksalveri kommit att få en oklar och något tvetydig betydelse. Beträffande vissa yrkesgrupper gäller att de i några sammanhang, exempelvis när de är verksamma vid ett sjukhus, är att beteckna som hälso- och sjukvårdspersonal, medan den verksamhet som de bedriver i privat regi utanför sjukhuset räknas som kvacksalveri såvida de inte biträder legitimerad personal. Detta gäller exempelvis för dietister, biomedicinska analytiker (laboratorieassistenter), undersköterskor och fotvårdsspecialister. Legitimerad personal räknas dock alltid som hälso- och sjukvårdspersonal. Den nya lagen om tillsyn över hälso- och sjukvården som träder i kraft den 1 januari 1997 (SFS 1996:786, prop. 1995/96:176) kommer, som kommittén tidigare redovisat, i viss mån att förändra den nuvarande regleringen genom att Socialstyrelsens tillsynsansvar inte längre blir avhängigt av verksamhetsformen.

Enligt kommitténs uppfattning skulle det vara en klar fördel om man i lagstiftningen kunde åstadkomma en mera enhetlig syn på yrkesgrupper och behandlingsmetoder. Man måste också hålla i minnet att kvacksalverilagen är 36 år gammal och speglar femtiotalets synsätt. Sammanfattningsvis kan man således konstatera att kvacksalverilagen i sin nuvarande utformning har spelat ut sin roll. Istället bör, enligt kommitténs uppfattning, de begränsningar i utövandet av hälso- och sjukvårdande yrkesverksamhet i vid mening som är nödvändiga för patientsäkerheten kunna rymmas i en reformerad behörighetslag. En större tydlighet och mera enhetliga definitioner kan vinnas genom en sådan sammanslagning. Kanske är det också möjligt att härigenom bidra till en större öppenhet mellan den etablerade hälso- och sjukvården som den regleras i hälso- och sjukvårdslagen och därtill knutna lagar och de verksamheter som bedrivs utanför detta regelsystem och som idag omfattas av kvacksalverilagens bestämmelser. Det är viktigt att från samhällets sida visa respekt för människors önskan att själv välja vårdgivare och behandlingsmetod. Kommittén återkommer till frågan om en ny sammanslagen behörighetslagstiftning i avsnitt 14.

13.4.2 Behovet av lagstiftning som skydd för patienterna

Skador, risker och riskbeteenden inom den offentliga sjukvården har, bl.a. genom anmälningsskyldigheten i Lex Maria, i viss mån blivit kända. Här fungerar exempelvis RiskDataBasen hos Socialstyrelsen som en kunskapskälla och som en bas för forskning och utveckling. Motsvarande kunskap och faktaunderlag finns inte när det gäller alternativa vårdformer utanför den offentliga sjukvården. Forskningen om alternativmedicin har i Sverige haft en relativt begränsad omfattning. Efter initiativ av en av de sakkunniga i Alternativmedicinkommittén belystes i en studie som genomfördes av Svenska läkaresällskapet (Harry Boström: Biverkningspanorama vid Alternativmedicinsk verksamhet, Svenska Läkaresällskapets förlag, 1989) vilka olika former av biverkningar och skadeverkningar som kan ha uppkommit i samband med alternativ medicin. Studien visade att under en femårsperiod hade 123 patienter som varit föremål för olika former av alternativmedicinsk behandling sökt sjukhusvård för skador eller komplikationer. Undersökningen grundade sig på en enkät som sänts ut till samtliga klinikchefer verksamma vid svenska sjukhus inom barnmedicin, internmedicin, reumatologi, neurologi och onkologi. Svarsfrekvensen uppgick till 96,6 procent. Av de patienter som drabbats av biverkningar hade 27 sökt vård vid barnklinik, 53 vid internmedicinsk, 23 vid reumatologisk, 4 vid neurologisk och 17 vid onkologisk klinik. De rapporterade komplikationerna var av växlande svårighetsgrad, från lindriga skador som endast fordrat poliklinisk vård eller kortvarig sjukhusvård, till skador som krävt intensivvård vid sjukhus och i ett antal fall givit bestående invaliditet eller lett till dödsfall.

Studien visar således att det inom alternativmedicinsk verksamhet förekommer biverkningar och skador.

Även om det skett en förändring när det gäller synen på alternativmedicin och vissa alternativa behandlingsmetoder gäller detta självfallet inte alla förekommande metoder och terapier. Den kompetens- och kvalitetshöjning som många yrkesgrupper inom alternativmedicinen kunnat peka på inför kommittén omfattar heller inte alla yrkesutövare. De risker som är förknippade med alternativmedicinsk verksamhet förefaller, som Alternativmedicinkommittén också konstaterade, vara mera att hänföra till den enskilde yrkesutövarens bristande kompetens än till metoderna i sig. Vid bedömningen av hur riskfyllda eller farliga de alternativmedicinska behandlingsmetoderna är, måste man emellertid också försöka att väga in den preventiva effekt som kvacksalverilagen kan ha haft. Även om det är svårt att värdera sådana effekter kan det finnas skäl att anta, att lagens förbud mot vissa behandlingsformer och behandling av vissa sjukdomar och tillstånd förhindrat spridningen av farliga metoder eller behandlingar.

Kommitténs utgångspunkt är därför att det fortfarande krävs en lagstiftning som värnar om patienternas säkerhet genom att förbjuda personer som saknar erforderlig kompetens att utöva viss verksamhet.

13.4.3 Lagform

Alternativmedicinkommittén angav inte i sitt lagförslag vilka sjukdomar och metoder som skulle vara förbjudna inom alternativmedicinsk verksamhet. Denna fråga delegerades till regeringen. I sitt betänkande redovisade emellertid Alternativmedicinkommittén vilka sjukdomar och metoder som enligt kommitténs uppfattning borde undantas från sådan verksamhet.

Alternativmedicinkommittén kan sägas ha delat upp det förbjudna området i två kategorier. I den första kategorin återfinns sjukdomar som omfattas av smittskyddslagen, behandling av akuta, livshotande sjukdomstillstånd samt sjukdomar hos gravida kvinnor. Dessa sjukdomar skulle enligt förslaget *inte alls* få behandlas inom alternativmedicinen. I den andra kategorin återfinns cancer, endokrina sjukdomar som t.ex. insulinberoende diabetes, systemsjukdomar som t.ex. SLE samt psykoser. För denna andra kategori gällde enligt förslaget att sjukdomarna fick behandlas *endast om patienten först haft kontakt med läkare* beträffande sjukdomen.

I sitt remissvar hävdade *Justitiekanslern* att de förbjudna verksamhetsområdena borde anges i lagen.

Ur rättssäkerhetssynpunkt och särskilt med beaktande av den grundlagsskyddade närings- och yrkesfriheten har vår kommitté intagit den principiella ståndpunkten att varje väsentlig begränsning av yrkesutövningen inom hälso- och sjukvårdsområdet bör ske i lagform.

13.4.4 Precisering av det förbjudna området

Undersökning, behandling och bot

Kommittén har inte funnit skäl att definiera vilka åtgärder som är förbjudna på annat sätt än vad som sker i den gällande kvacksalverilagen. Det förbjudna området omfattar således undersökning av annans hälsotillstånd, behandling av annan för sjukdom eller därmed jämförligt tillstånd genom vidtagande eller föreskrivande av åtgärd i förebyggande botande eller lindrande syfte. Något krav på att den behandlade verkligen lider av den sjukdom som behandlingen riktas mot uppställs inte.

Liksom enligt gällande rätt faller exempelvis allmänna hälsoråd som lämnas utan någon anknytning till sjukdom utanför lagens tillämpningsområde.

Med den angivna definitionen faller även verksamheter såsom

exempelvis tatuering utanför det reglerade området. Tatuering omfattas av Socialstyrelsens allmänna råd Yrkesmässig hygienisk behandling (1995:3). I de allmänna råden beskrivs bl.a. hälsorisker i form av blodsmitta och hudinfektioner. Här lämnas också råd beträffande åtgärder avseende hygien, smittrening m.m.

Bestämmelserna som inskränker rätten att vidta vissa hälso- och sjukvårdande åtgärder omfattar de som inte är att betrakta som hälso- och sjukvårdspersonal. Vilka yrkeskategorier som skall betraktas som hälso- och sjukvårdspersonal har kommittén tidigare utvecklat i avsnitten 2 och 9.

Anknytningen till arvode

Begränsningarna i den gällande kvacksalverilagen vad gäller undersökning eller behandling har knutits till att åtgärden vidtas mot ersättning. Motsatsvis gäller således att behandling som sker utan att något vederlag utgår är tillåten. Det kan i och för sig ifrågasättas om en sådan koppling till ersättning är befogad. Begränsningarna i kvacksalverilagen när det gäller behandling av angivna sjukdomar eller användande av vissa behandlingsmetoder motiveras av att sjukdomarna är allvarliga och behandlingsmetoderna generellt sett riskfyllda om de utförs av personer utan erforderlig kompetens. Graden av farlighet påverkas inte av arvodet, även om en verksamhet av naturliga skäl sällan kan bli särskilt omfattande om inte ersättning för behandling utgår. Det torde vara den senare omständigheten som Alternativmedicinkommittén åsyftade när kommittén gjorde bedömningen att verksamhet som bedrivs utan att ersättning begärs eller erhålls inte innefattar sådana risker att det är nödvändigt att förbjuda verksamheten (bet. s. 163-164). I propositionen som föregick kvacksalverilagen uttalades att det endast är den i förvärvssyfte bedrivna verksamheten av icke-läkare som rimligen kan tänkas ha sådana skadeverkningar, att det allmännas ingripande påfordras.

Kommittén har övervägt möjligheterna att ta bort anknytningen till arvode. En fördel med en sådan reglering skulle vara att man slapp ifrån de gränsdragnings- och bevisproblem som kan uppstå vid indirekt arvodering och liknande. Självfallet måste emellertid vanlig omvårdnad av barn och andra anhöriga fortfarande tillåtas. Om anknytningen till arvode tas bort skulle man därför i lagstiftningen behöva göra undantag för anhörigvård och liknande. Att i lagstiftningen precisera vilken personkrets som skulle undantas från regleringen har kommittén inte sett som någon god lösning. Kommittén har i stället valt att ange att undersökningen, behandlingen etc. för att träffas av förbudet skall ske *yrkesmässigt*. Vid bedömningen av om en verksamhet sker yrkesmässigt torde uttagande av ersättning kunna vara ett viktigt kriterium. Ett annat kriterium skulle kunna vara verksam-

hetens omfattning, dvs. att undersökning eller behandling inte skett vid bara ett enstaka tillfälle utan i något större omfattning.

13.4.5 Undantagna behandlingsmetoder och sjukdomar

De nuvarande förbudsbestämmelserna i kvacksalverilagen omfattar
- smittsamma sjukdomar som enligt smittskyddslagen utgör samhällsfarliga sjukdomar,
- kräfta och andra elakartade svulster, sockersjuka, epilepsi eller sjukliga tillstånd i samband med havandeskap eller förlossning,
- undersökning eller behandling av barn som inte fyllt 8 år,
- lämnandet av skriftliga råd eller anvisningar för behandling utan föregående personlig undersökning,
- utprovning eller tillhandahållande av kontaktlinser,
- undersökning eller behandling som sker under allmän bedövning eller under lokal bedövning genom injektion av bedövningsmedel,
- undersökning eller behandling som sker under hypnos och
- behandling med användande av radiologiska metoder. (Se kvacksalverilagen 2 och 3 §§.)

Kommitténs har försökt analysera i vilken utsträckning de begränsningar som i dag finns i kvacksalverilagen behöver vara kvar. En del åtgärder och behandling av vissa sjukdomar är ur patientens synvinkel helt enkelt så farliga att samhället inte kan acceptera att de utförs eller behandlas utanför den etablerade hälso- och sjukvårdens ram. Redan det förhållandet att den nuvarande lagen föreslås upphöra som självständig lag torde emellertid visa på en förändrad attityd. Med en ny sammanslagen lagstiftning skulle man också i vissa fall kunna komma ifrån den nuvarande gränsdragningen mellan hälso- och sjukvård i hälso- och sjukvårdslagens mening och kvacksalveri. Utvecklingen har, som tidigare skildrats, visat att en verksamhetsform som i dag rubriceras som kvacksalveri i framtiden kan visa sig verkningsfull och komma till användning inom den etablerade vården. Kommittén har därför här valt att, liksom Alternativmedicinkommittén, använda termen alternativmedicin för de olika behandlingsmetoder som inte är att beteckna som skolmedicin. Avsikten är att visa på ett något mera neutralt förhållningssätt.

Generellt kan sägas att redan i dag är de sjukdomar som får behandlas och de undersökningsmetoder som får utföras endast av hälso- och sjukvårdspersonal mycket begränsade. Enligt kommitténs mening är det tveksamt om det utan risk för patientsäkerheten är möjligt att ytterligare begränsa det förbjudna området.

Den medicinska utvecklingen går ständigt framåt. Äldre metoder omvärderas och nya metoder utvecklas. Att försöka förutsäga vilka metoder som kommer att utvecklas i framtiden och som bör vara förbehållna vissa yrkesgrupper är en omöjlig uppgift. I stället får

lagstiftaren här följa den medicinska utvecklingen och efterhand göra en bedömning av nya metoder. Det kan vara värt att notera att den enda förändring av de i kvacksalverilagen reglerade behandlingsmetoderna som skett sedan lagens tillkomst år 1960, är ett tillägg angående utprovning eller tillhandahållande av kontaktlinser.

När det gäller smittsamma sjukdomar sker med viss automatik en anpassning till aktuella förhållanden genom hänvisningen till smittskyddslagen (tidigare epidemilagen). Ett exempel på en sjukdom som genom hänvisningen till smittskyddslagen kommit att omfattas av kvacksalverilagens förbjudna område är infektion av HIV.

Alternativmedicinkomitténs förslag angående vilka sjukdomar och behandlingar som inte alls skulle få behandlas inom alternativmedicinen godtogs i stort sett av remissinstanserna. När det gällde sjukdomar som fick behandlas endast efter patientens föregående kontakt med läkare var många remissinstanser tveksamma eller negativa till följd av att de inte ansåg att det av Alternativmedicinkommittén föreslagna registreringsförfarandet var någon god lösning. Kommittén återkommer nedan till remissinstansernas synpunkter i denna del.

Råd eller anvisningar utan föregående personlig undersökning

Alternativmedicinkommittén ansåg att förbudet mot lämnande av skriftliga råd eller anvisningar för behandling utan föregående personlig undersökning kunde slopas. Under remissbehandlingen framkom inte någon större kritik mot detta förslag.

En utveckling mot postorderförsäljning av behandlingsråd är självfallet inte önskvärd. Samtidigt är exempelvis telefonrådgivning inte ovanligt inom skolmedicinen. Även om en personlig undersökning och ett personligt sammanträffande alltid torde vara att föredra, föreslår vår kommitté ändå att förbudet mot lämnande av skriftliga råd eller anvisningar för behandling utan föregående personlig undersökning slopas. Förslagets genomförande förutsätter en bevakning av utvecklingen av rådgivningen inom det alternativmedicinska området.

Övriga i dag gällande inskränkningar bör enligt kommitténs uppfattning finnas kvar. Inskränkningarna bör, som tidigare framhållits, vara väl definierade i lagen. Definitioner som "akuta, livshotande sjukdomstillstånd" är enligt kommitténs uppfattning inte så distinkta att de bör förekomma i lagtexten.

Smittsamma sjukdomar

När det gäller begränsningen av vilka sjukdomar som får behandlas endast av hälso- och sjukvårdspersonal föreslår vi att det i en *första punkt* anges vissa smittsamma sjukdomar:

1. Sådana smittsamma sjukdomar som enligt smittskyddslagen

(1988:1472) är anmälningspliktiga sjukdomar.

I smittskyddslagen delas de smittsamma sjukdomarna in i *samhällsfarliga sjukdomar* och *övriga smittsamma sjukdomar*. De samhällsfarliga sjukdomarna och vissa av de övriga smittsamma sjukdomarna skall anmälas enligt föreskrifter i smittskyddslagen. Sådana sjukdomar benämns i lagen *anmälningspliktiga sjukdomar* (se 3 §). De anmälningspliktiga sjukdomarna finns angivna i en bilaga till lagen.

Den gällande kvacksalverilagen förbjuder behandling av sådana smittsamma sjukdomar som enligt smittskyddslagen utgör *samhällsfarliga sjukdomar*. Vårt förslag innebär således en viss utvidgning av förbudsområdet.

Bestämmelsen omfattar genom hänvisningen till smittskyddslagen de som samhällsfarliga definierade sjukdomarna difteri, fläckfeber, gula febern, hepatit B, hepatit non A non B, meningokockinfektion, polio, tuberkulos, virala hemorragiska febrar exklusive hemorragisk nefrosonefrit, återfallsfeber, hepatit A, kolera, mjältbrand, paratyfoidfeber, pest, rabies, salmonellainfektion, shigellos, tyfoidfeber, gonorré, infektion av HIV, klamydiainfektion och syfilis. Dessutom omfattas de anmälningspliktiga sjukdomarna amöbainfektion, hemorragisk nefrosonefrit, infektioner orsakade av atypiska mykobakterier, malaria, stelkramp, trikinos, tularemi, ulcus molle, botulism, campylobacter, giardia lamblia, legionärssjuka, listerios, papegojsjuka och toxoplasmainfektion.

Alternativmedicinkommittén hävdade att de smittsamma sjukdomarna i princip måste uteslutas från behandling av alternativmedicinska yrkesutövare och andra som inte står under Socialstyrelsens tillsyn. Ett behandlingsförbud borde därför enligt Alternativmedicinkommittén omfatta alla smittsamma sjukdomar enligt smittskyddslagen. Denna uppfattning har inte särskilt kommenterats av remissinstanserna.

Vår kommitté instämmer i Alternativmedicinkommitténs uppfattning att förbudsområdet när det gäller smittsamma sjukdomar bör utvidgas. Avgränsningen bör dock göras så att den avser samtliga anmälningspliktiga smittsamma sjukdomar. Avgränsningen motiveras med dessa sjukdomars karaktär och den reglering som i övrigt gäller enligt smittskyddslagen för dessa sjukdomar. Vilka sjukdomar som omfattas av förbudet framgår, som nämnts, av en bilaga till smittskyddslagen.

Cancer och vissa andra sjukdomar och tillstånd

I en *andra punkt* anger kommittén cancer och vissa andra sjukdomar och tillstånd:

2. Cancer och andra elakartade svulster, diabetes, epilepsi eller

sjukliga tillstånd i samband med havandeskap eller förlossning.

Avgränsningen av sjukdomar motsvarar vad som gäller enligt kvacksalverilagen, som förbjuder behandling av all diabetes, således även sådan som inte är insulinberoende.

Enligt Alternativmedicinkommittén skulle, som tidigare nämnts, sjukdomar hos gravida inte alls få behandlas inom alternativmedicinen, medan cancer och insulinberoende diabetes skulle få behandlas om patienten först haft kontakt med läkare beträffande sjukdomen. Alternativmedicinkommittén utvidgade också förbudsområdet. Först efter läkarkontakt skulle systemsjukdomar som exempelvis SLE och psykoser få behandlas inom alternativmedicinen.

Remissinstanserna förde inte någon mera ingående diskussion om vilka sjukdomar som borde omfattas respektive inte omfattas av ett behandlingsförbud. *Lunds universitets medicinska fakultet* anförde att hjärtkärlsjukdomar borde läggas till listan över sjukdomar som får behandlas av alternativmedicinska utövare endast om patienten först haft kontakt med läkare beträffande sjukdomen.

En annan grupp sjukdomar som skulle kunna komma i fråga för en reglering är psykiska sjukdomar och tillstånd som kan medföra tvångsvård enligt lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård. Kommittén återkommer nedan under avsnittet *Diskussion kring ytterligare förbud* till frågan om psykologisk och psykoterapeutisk verksamhet.

Vissa undersökningsmetoder

I *tredje och fjärde punkterna* återfinns vissa undersökningsmetoder:

3. Undersökning eller behandling av annan som sker under allmän bedövning eller under lokal bedövning genom injektion av bedövningsmedel eller under hypnos.

4. Behandling av annan med användande av radiologiska metoder.

Behandlingsmetoderna motsvarar vad som gäller i dag enligt kvacksalverilagen.

Alternativmedicinkommittén ansåg, som tidigare redovisats, att förbudet i kvacksalverilagen mot hypnotisk verksamhet borde upphävas. Kommittén menade att hypnotisk verksamhet delvis kunde vara svår att bestämma och avgränsa. Detta talade, enligt Alternativmedicinkommittén, mot ett förbud. Även om risker för framkallande av psykos hos individer med psykosnära tillstånd kunde föreligga ville Alternativmedicinkommittén inte föreslå något förbud. Dock såg kommittén det som angeläget att Socialstyrelsen noga följde utvecklingen på området.

Förslaget att slopa kvacksalverilagens förbud mot användande av hypnos blev inte föremål för någon mera omfattande kritik under remissbehandlingen. *Kammarrätten i Stockholm* ansåg att övertygande

skäl för att slopa förbudet mot behandling under hypnos inte förebringats. *Sveriges psykologförbund* hävdade att psykologiska metoder som används i behandling inom hälso- och sjukvården skall genomföras av legitimerade psykologer och/eller legitimerade psykoterapeuter.

Det finns, såvitt vår kommitté känner till, inte någon undersökning som visar hur ofta hypnos används vid undersökning eller behandling. Till stor del på grund av kvacksalverilagens förbud mot användande av hypnos vid undersökning eller behandling finns heller inga rapporter om skador som uppstått inom alternativmedicinen vid användandet av hypnos. En genomgång av anmälningar till Socialstyrelsen under 1994 - 1995 angående brott mot kvacksalverilagen har visat på ett fall av misstänkt obehörigt användande av hypnos. Till kommittén har inte framförts önskemål om möjligheter för alternativmedicinska yrkesutövare att använda hypnos. De risker som kan vara förknippade med en icke professionell behandling med hypnos och som ursprungligen föranledde undantaget i kvacksalverilagen torde alltjämt föreligga. Kommittén är därför av den uppfattningen att förbudet mot användande av hypnos tills vidare bör finnas kvar.

Kontaktlinsverksamhet

I *femte punkten* finns bestämmelser om kontaktlinsverksamhet:

5. Utprovning eller tillhandahållande av kontaktlinser.

Bestämmelsen om kontaktlinsverksamhet i kvacksalverilagen tillkom genom en lagändring 1982 och motiverades av hänsynen till patienternas krav på medicinsk säkerhet (prop. 1981/82:60 s. 12). Vid en undersökning som genomförts av Sveriges kontaktlinsförening beräknades att omkring två procent av antalet kontaktlinsbärare drabbades av biverkningar. De biverkningar som rapporterades varierade men avsåg huvudsakligen förändringar i hornhinna eller bindhinna, som ofta krävde omfattande insatser från ögonläkare för att hävas. Socialstyrelsen och Konsumentverket hävdade i en skrivelse till Socialdepartementet att endast om rätten att utöva verksamheten förbehålls kvalificerad personal kan det säkerställas att utprovaren har nödvändiga kunskaper om bl.a. risker för ögonskador och hur dessa kan förebyggas.

Bestämmelsen om kontaktlinsverksamhet i kvacksalverilagen kompletteras av Socialstyrelsens föreskrifter *Kompetenskrav för behörighet som kontaktlinsoptiker* (SOSFS 1995:1). För behörighet att självständigt svara för kontaktlinsverksamhet krävs enligt föreskrifterna att Socialstyrelsen utfärdat särskilt bevis om kontaktlinsbehörighet. Legitimation som optiker ger inte automatiskt sådan behörighet. Kommittén föreslår inga förändringar beträffande kontaktlinsverksamhet.

Diskussioner kring ett dispensförfarande

När det gäller sjukdomar som inte kan botas med skolmedicinska behandlingsmetoder är det förståeligt och naturligt om människor söker alternativa vårdformer. Det kan kanske också i vissa situationer framstå som inhumant att förbjuda sådan vård. Om man inte vill låta den enskilde läkaren ta ansvar för den alternativa vården skulle ett tänkbart alternativ kunna vara att ge regeringen eller Socialstyrelsen befogenhet att bevilja dispens i det enskilda fallet. En sådan form av dispens skulle inte vara någon innovation på hälso- och sjukvårdsområdet. Tidigare fanns ett motsvarande dispensförfarande när det gällde injektion av naturmedel. Enligt den tidigare gällande lagen (1981:50) med bestämmelser om vissa medel avsedda för injektion fick beslut om injektion av naturmedel fattas endast av den som var behörig att utöva läkaryrket. Injektion på barn under 15 år fick ske först sedan Läkemedelsverket meddelat tillstånd därtill i varje särskilt fall. Lagen upphävdes i samband med införandet av läkemedelslagen (1992:859). Med läkemedelslagen försvann den tidigare särregleringen för naturmedel (prop. 1991/92:107 s. 35). Regleringen i läkemedelslagen innebär att den vanliga läkemedelskontrollen i princip omfattar även naturmedel. För homeopatiska medel finns ett särskilt registreringsförfarande.

För ett dispensförfarande talar främst humanitära hänsyn. I de fall svårt sjuka människor inte längre inom skolmedicinen kan erbjudas behandling som ger bot, bör det i vissa fall finnas en möjlighet att pröva det halmstrå som en alternativmedicinsk behandlingsmetod kan uppfattas som av den enskilde.

Ett dispensförfarande som gör det lagligt för en alternativmedicinsk terapeut att i vissa fall behandla sjukdomar som enligt kommitténs lagförslag får behandlas endast av hälso- och sjukvårdspersonal kan riskera att bli administrativt svårhanterligt. Den instans som hanterar dispensfrågan måste bedöma både terapeutens kompetens och de risker som kan vara förknippade med behandlingsmetoden. Eftersom det gäller människor som lider av någon sjukdom bör dispensfrågorna handläggas skyndsamt. Man kan i sammanhanget också ifrågasätta om samhället bör ställa sig bakom metoder som inte är vetenskapligt förankrade eller bygger på beprövad erfarenhet.

Kommittén har övervägt att föreslå ett dispensförfarande och även fört diskussioner kring olika tänkbara alternativ. Emellertid har kommittén inte kunnat finna någon lätt tillämpbar modell. Ett dispensförfarande skulle också kunna strida mot grundtanken bakom de regler som begränsar verksamhetsområdet för yrkesverksamma som inte är hälso- och sjukvårdspersonal, dvs. att de sjukdomar, tillstånd och metoder som förbehålls hälso- och sjukvårdspersonal innebär risker och kräver särskild kompetens hos den som ansvarar för en

behandling. Kommittén lämnar därför inte något förslag om möjlighet att bevilja dispens från reglerna som begränsar rätten att vidta vissa hälso- och sjukvårdande åtgärder.

Diskussion kring ytterligare förbud

I avsnitt 11 har kommittén diskuterat vissa manuella behandlingsmetoder och föreslagit att en särskild utredning om de manuella behandlingsmetoderna inleds snarast. Kommittén har vidare diskuterat de risker som kan vara förknippade med manipulationsbehandling och därvid uttalat att denna behandlingsform bör kringgärdas med ytterligare restriktioner.

Kommittén anser att det kan finnas skäl att förbjuda viss manipulationsbehandling i halskotpelaren för yrkesutövare som inte har erforderlig utbildning. Det har framkommit rapporter om skador som uppstått i samband med sådan behandling. Frågan bör dock anstå till dess resultatet av den utredning om de manuella behandlingsmetoderna som kommittén föreslagit föreligger. Manipulationsbehandling regleras därför inte särskilt i kommitténs lagförslag.

Psykologisk och psykoterapeutisk verksamhet utövad av personer som saknar reglerad kompetens kan innebära risk för skador hos den som behandlas. Kommittén anser därför att det kan finnas skäl att förbehålla hälso- och sjukvårdspersonal rätten att behandla allvarliga psykiska störningar. En sådan inskränkning i den fria närings- och yrkesfriheten kräver att det i lagform görs preciseringar och avgränsningar inom det psykologiska behandlingsområdet. Utformningen av en sådan bestämmelse kräver enligt kommitténs uppfattning ytterligare utredning, bl.a. för att avgränsa förbudsområdet på ett sätt som gör en sådan reglering möjlig att tillämpa på ett rimligt sätt. Någon sådan ytterligare utredning har det inte funnits utrymme för inom ramen för kommitténs arbete. Kommittén lämnar därför inte, såvitt avser rätten att bedriva psykologisk eller psykoterapeutisk verksamhet, något förslag till utvidgning av de bestämmelser som motsvarar den nuvarande kvacksalverilagen. Kommitténs vill emellertid erinra om sitt förslag om en höjd åldersgräns när det gäller möjligheterna för yrkesutövare som inte räknas som hälso- och sjukvårdspersonal att behandla barn. Förslaget torde innebära ett skydd för barn under 15 år (se vidare avsnitt 13.4.6).

13.4.6 Behandling av barn

Barnen åtnjöt inte något särskilt skydd i 1915 års lag om behörighet att utöva läkekonsten. Ett förbud för icke hälso- och sjukvårdspersonal att behandla barn infördes först i samband med kvacksalverilagen år 1960. I propositionen som föregick kvacksalverilagen uttalades att de

risker som kvacksalveriet för med sig då vuxna behandlas framträder med än större tydlighet när det gäller behandling av barn. Medan den vuxne har möjlighet att avbryta behandlingen, om han finner att hans tillstånd försämras eller att behandlingen är resultatlös, är barnen utlämnade till föräldrarnas och kvacksalvarens bedömning av behandlingens effekt. Risken för skada vid behandling av barn är påtaglig och ökar därjämte ytterligare genom att barn, åtminstone i de lägsta åldrarna, är ömtåligare än vuxna. (Prop. 1970:141 s. 153.)

Åldersgränsen åtta år valdes med tanke på att barnet, när det börjar skolan, kommer under regelbunden läkarundersökning och kontroll, vilket bör kunna leda till att olämplig kvacksalveribehandling av barnet uppdagas. Vid denna ålder ansågs barn också ha nått en ålder då det själv kan redogöra för symptom och för effekten av kvacksalvarens behandling, varför de mest överhängande riskerna för skador av behandlingen torde elimineras.

Alternativmedicinkommitténs förslag

Alternativmedicinkommittén föreslog, som tidigare redovisats, att barn över tre år men under femton år skulle få undersökas och behandlas av vissa alternativmedicinska yrkesutövare (de som erhållit särskild basutbildning) under förutsättning att barnet hade regelbunden läkarkontakt och läkaren hade vetskap om de alternativmedicinska insatserna. För barn under tre år skulle gälla ett generellt behandlingsförbud inom alternativmedicinen. Alternativmedicinkommittén anförde, att barn för det första generellt sett som patienter är betydligt känsligare än vuxna individer, särskilt i yngre åldersgrupper. För det andra har barn i yngre åldrar knappast några möjligheter att själva bestämma över sitt liv och sin hälsa. Dessa barn kan, menade Alternativmedicinkommittén, inte på egen hand göra avvägningar mellan å ena sidan behandlingens fördelar och å andra sidan risker, smärtupplevelser eller andra obehag.

Den uppluckring av kvacksalverilagens åttaårsgräns som Alternativmedicinkommittén förordade motiverades bl.a. med att intresset för alternativmedicinsk behandling av barn i någon mån återspeglar hälso- och sjukvården tillkortakommanden. Särskilt svårt är det självfallet för föräldrar att acceptera att det på nuvarande kunskapsnivå inte är möjligt att bota vissa svårt sjuka barn. Enligt Alternativmedicinkommitténs mening medför en delvis dold undersökning och behandling av barn i sig sådana faror som man bör försöka undanröja. En ökad öppenhet ger större möjligheter att skydda barnen genom att kontakterna med den etablerade vården inte bryts. Alternativmedicinkommitténs slutsats blev, att det är bättre att lagstiftningen tillåter viss alternativmedicinsk undersökning och behandling av barn, än att denna sker utan insyn (bet. s. 75 - 76).

Under remissbehandlingen blev denna del av Alternativmedicinkommitténs förslag föremål för omfattande kritik.

Högre åldersgräns än tre år eller förbud mot behandling av barn inom det alternativmedicinska området förespråkades av flera remissinstanser däribland *Justitiekanslern, Socialstyrelsen, Uppsala Universitets medicinska och farmaceutiska fakulteter, Kammarrätten i Stockholm, TCO, SACO, Svenska Läkaresällskapet, Apotekaresocieteten, Medicinska forskningsrådet, Legitimerade sjukgymnasters riksförbund* och flera landsting. Flera remissinstanser ansåg att förutsättningarna för att få behandla barn under tre år var alltför vagt formulerade. *Socialstyrelsen*, som hävdade att förbud mot behandling av barn under 15 år borde gälla, anförde att det inte är förrän efter 15 -16 års ålder som ungdomar kan sägas disponera över sin kropp på ett sådant sätt att de har förmåga att ta ställning till sin egen behandling. Motsvarande framhölls av *Professorsgruppen i pediatrik*. Professorsgruppen ansåg att alternativmedicinsk behandling av barn under 15 år borde förbjudas. Undantag kunde gälla i vissa fall av cancer hos barn och ungdomar där behandling enligt vetenskap och beprövad erfarenhet genomförts men varit verkningslös och där den behandlande barncancerläkaren föreslagit att behandlingen skall avbrytas. Om föräldrarna då uttryckligen begärde att få pröva alternativmedicinsk behandling borde sådan av psykologiska och humanitära skäl kunna ges efter samråd med patientens barncancerläkare. *HSAN* menade att åldersgränsen tre år vid behandling av barn måste sättas betydligt högre och på en nivå där barnet själv kan förstå enkel information av den läkare som ansvara för barnets alternativmedicinska vård och behandling. *Landstingsförbundet* förespråkade rent allmänt en större restriktivitet vid behandling av barn. Psykiskt utvecklingsstörda borde, enligt *Uppsala universitet*, jämställas med barn under 15 år.

Kommittén för alternativmedicin (KAM) stödde förslaget om sänkt ålder till tre år för behandling av barn av registrerad terapeut och ansåg att den nu gällande gränsen på åtta år borde behållas när det gällde övriga terapeuter.

Framställningar till kommittén

Vår kommitté har mottagit upprop, undertecknade av flera hundra personer, med begäran om möjlighet att behandla barn med alternativmedicinska metoder. Främst torde uppropen åsyfta möjligheten att behandla barn med homeopatiska läkemedel.

En nordisk utblick

I Norden saknas likformiga bestämmelser angående möjligheterna att behandla barn inom alternativmedicinen. Den norska kvacksalverilagen

(lov om innskrenkning i adgangen for den som ikke er norsk laege eller tannlaege til å ta syke i kur) saknar bestämmelser som inskränker rätten att behandla barn. I den norska lagen stadgas inskränkningar enbart beträffande vissa behandlingsmetoder och behandlingen av vissa sjukdomar. Enligt vad kommittén erfarit förekommer det bl.a. att svenska föräldrar tar sina små barn till Norge för att där låta dem genomgå behandling med akupunktur mot kolik. Den norska kvacksalverilagen, som är från 1936, förbjuder andra än läkare och tandläkare att använda operativa metoder. Det är dock inte helt klarlagt om akupunktur skall räknas som operativt ingrepp. I ett betänkande från 1993 (NOU 1993:33 Helsepersonells rettigheter og plikter Utkast til lov med motiver) lämnas ett lagförslag som bl.a. innebär att all perforering av huden förbehålls läkare och tandläkare. Om lagförslaget genomförs kommer det att stå helt klart att endast läkare och tandläkare får behandla med akupunktur. I lagförslaget har emellertid departementet givits fullmakt att bl.a. bestämma att kvalificerad personal skall ges tillåtelse att använda metoder som i lagen förbehålls läkare och tandläkare. Som exempel på en metod där sådan tillåtelse skall kunna lämnas nämns akupunktur (bet. s. 174). Det norska stortinget har också gett social- och hälsodepartementet i uppdrag att utreda förutsättningarna för en godkännandeordning av alternativmedicinska behandlare. Detta utredningsarbete har ännu inte påbörjats (maj 1996).

Även den danska läkarlagen, som är från 1934, saknar bestämmelser om åldersgränser vid behandling och talar endast om olika behandlingsmetoder och sjukdomar. Den danska lagens förbud för andra än läkare att utföra operativa ingrepp medför emellertid att akupunktur, som räknas som operativt ingrepp, får utövas endast av läkare eller under läkares uppsikt.

Finland har inte någon egentlig kvacksalverilagstiftning. Den största delen av sjukvården drivs där i kommunal regi och denna verksamhet är reglerad. Privat sjukvårdsverksamhet med mer än en person anställd är tillståndspliktig. För att tillstånd skall kunna meddelas krävs att verksamheten leds av en yrkesutbildad person. Lagen om privat hälso- och sjukvård från 1990 erkänner endast "vedertagen hälso- och sjukvård". De alternativa vårdformerna faller utanför lagregleringen. Staten vill inte ge legitimitet åt sådan verksamhet. Det är dock i princip tillåtet att driva kvacksalveri/alternativmedicin i egen regi. Enligt lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården (15 §) är en yrkesutbildad person skyldig att tillämpa allmänt godtagna och beprövade metoder i enlighet med vad som inhämtats under utbildningen. Eftersom de yrkesutbildade personerna i princip har ensamrätt att utöva respektive yrke är utrymmet för lagligt kvacksalveri litet, särskilt med hänsyn till läkares och tandläkares särskilda diagnos- och behandlingsrättigheter. Vid besök i

Finland har kommittén närmast fått intrycket att det inte bedrivs alternativmedicinsk verksamhet i någon större omfattning i Finland eller att man från statens sida i vart fall saknar kännedom om en eventuell sådan verksamhet.

Under lång tid har således möjligheterna att behandla barn utanför det skolmedicinska området varierat i det nordiska länderna. I kommitténs direktiv framhålls behovet av likformiga regler i Norden. Regleringen i våra grannländer skulle i viss mån tala för en utökad möjlighet att behandla barn inom alternativmedicinen. Man bör dock i sammanhanget notera att den norska och den danska lagstiftningen på området är av äldre datum.

Höjd åldersgräns

Vid överväganden kring bestämmelser som begränsar möjligheterna att behandla barn inom det alternativmedicinska området kan man inledningsvis konstatera att redan de generella reglerna med förbud mot vissa behandlingsmetoder och behandling av vissa sjukdomar ger även barnen ett visst skydd. I dag har barnen också ett grundskydd genom föräldrabalken som bl.a. stadgar att barn skall behandlas med aktning för sin person och egenart (föräldrabalken 6 kap. 1 §). Plågsamma och farliga behandlingar kan också vara straffbara enligt brottsbalkens regler om brott mot liv och hälsa. Det skydd dessa regelverk ger kan emellertid behöva förstärkas.

Omsorgen om patienternas säkerhet får anses väga särskilt tungt när det gäller barn. Små barn saknar i regel förmåga att välja mellan behandlingsmetoder och själva ta ansvar för en behandling. Frånsett mera omedelbara reaktioner på smärta får riktigt små barn också anses sakna förmåga att på ett adekvat sätt redogöra för en behandlings effekter. Barn är, som Alternativmedicinkommittén anförde, generellt sett betydligt känsligare än vuxna individer. Behandlingen av barn måste därför, enligt kommitténs uppfattning, omgärdas med särskilda restriktioner.

Den nuvarande åttaårsgränsen valdes, som nämnts, eftersom barnet då började skolan och kom under regelbunden läkarundersökning och kontroll. Skollagen (1985:1100) föreskriver att skolhälsovård skall anordnas för elever i bl.a. grundskolan. Varje elev i grundskolan skall erbjudas att genomgå allmän hälsokontroll en gång på varje stadium. Den första kontrollen skall äga rum första läsåret. Om en läkare på förekommen anledning anser att en viss elev i grundskolan behöver undersökas särskilt skall eleven genomgå en sådan undersökning (se 3 §). Även före skolåldern läkarundersöks barn, exempelvis vid barnavårdscentraler och distriktsläkarmottagningar.

Före skolåldern kan det vara svårt för ett barn att uttrycka känslor och åsikter kring en alternativ medicinsk behandling som föranstaltats

av föräldrar eller andra nära anhöriga. De läkarundersökningar som föreskrivs i skollagen behöver, som framgått, inte genomföras med någon större frekvens. Kommittén menar därför att bestämmelserna inte ger barnen något fullgott skydd mot behandling av alternativa terapeuter.

Vid vilken ålder barnet nått en sådan mognad att det själv kan ta ställning till erbjuden behandling varierar självfallet från person till person och kan också vara avhängigt av hur komplicerad behandlingen eller behandlingsmetoden är. Att barn under åtta år skulle kunna ta ansvar för en behandling får emellertid anses höra till undantagen. Även något äldre barn torde ofta ha svårt att bedöma olika behandlingsmetoder. Flera remissinstanser har också, som framgått, förespråkat en höjd åldersgräns. Mycket talar således för att den nuvarande åldersgränsen skulle behöva höjas.

Den gällande socialtjänstlagen (1980:620) innehåller, med sikte på två olika situationer, en 15-årsgräns. Kontaktperson får utses till barn som fyllt 15 år endast om barnet själv begärt eller samtyckt till det (10 §). Barn som fyllt 15 år har också rätt att själva föra sin talan i mål och ärenden enligt socialtjänstlagen (56 §). En 15-årsgräns finns också i brottsbalken som anger att ingen får dömas för brott som begåtts före 15 års ålder. I förslaget till socialtjänstlag (SOU 1994:139) har införts ett barnperspektiv som saknats i den gällande socialtjänstlagen. Någon särskild åldersgräns anges inte i lagförslaget, men i kommentaren hänvisas till FN:s barnkonvention. I konventionen avses med barn varje människa under 18 år, om inte barnet blir myndigt tidigare enligt den lag som gäller för barnet.

En åldersgräns som sammanfaller med myndighetsåldern skulle i och för sig kunna vara en tänkbar lösning. Kommittén är emellertid av den uppfattningen att barn i regel något tidigare än vid 18 års ålder är mogna att, så långt det kan krävas, ta ställning till en behandling och bedöma en behandlings effekter. Kommittén har därför stannat för att föreslå en 15-årsgräns. Personer som inte är att betrakta som hälso- och sjukvårdspersonal får således inte, enligt kommitténs förslag, undersöka eller behandla barn innan det fyllt 15 år. En bestämmelse av denna innebörd återfinns i 4 kap. 3 § i förslaget till lag om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område.

Frågan om manipulationsbehandling och kiropraktorers verksamhet diskuterar kommittén särskilt i kapitel 11. För legitimerade kiropraktorer har Socialstyrelsen i *föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1991:16) om legitimerade kiropraktorers verksamhet* föreskrivit att manipulationsbehandling av barn under 16 års ålder inte får utföras tills ytterligare kunskap om och erfarenhet av metoden finns. Föreskrifterna innebär att de legitimerade kiropraktorernas verksamhetsområde blir snävare än de icke legitimerades. Genom att införa en 15-årsgräns i bestämmelserna om begränsningar i rätten att vidta vissa

hälso- och sjukvårdande åtgärder åstadkommer man ett förbud för andra än hälso- och sjukvårdspersonal att behandla barn under 15 år, således även att utföra manipulationsbehandling. När det gäller begränsningar för legitimerade kiropraktorer och möjligheterna för dessa att i vissa fall behandla barn i åldern åtta till 15 år anser kommittén att bestämmelserna bör kunna finnas kvar i föreskriftsform.

Ingen dispens

Alternativmedicinkommittén diskuterade ingående möjligheterna att behandla obotligt sjuka barn inom alternativmedicinen. När det gäller behandling av barn som inte kan botas inom den traditionella vården finns det i vissa fall en mycket stark önskan hos föräldrarna att låta barnet pröva nya behandlingsmetoder.

Kommittén har i avsnitt 13.4.5 diskuterat frågan om ett dispensförfarande och därvid stannat för att *inte* föreslå att det införs någon möjlighet att bevilja dispens från de bestämmelser som anger vilka områden som är förbehållna hälso- och sjukvårdspersonal. Detta ställningstagande gäller även dispens att behandla barn.

En metod som visar sig ha effekt blir så småningom accepterad inom skolmedicinen. Att låta någon annan instans, exempelvis Socialstyrelsen, ta ansvar för att metoden dessförinnan används på barn anser kommittén inte vara någon god lösning.

Ordination av synhjälpmedel

Sveriges leg Optikers Riksförbund har i skrivelse till kommittén hemställt om att rätten att undersöka för och ordinera synhjälpmedel förbehålls legitimerade optiker och legitimerade läkare. Socialstyrelsen har relativt nyligen fastställt *föreskrifter och allmänna råd för legitimerade optikers arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvården* (SOSFS 1995:4). I föreskrifterna (3 §) anges att optikern endast efter anvisning av läkare eller under läkares ledning får färdigställa, tillhandahålla eller lämna ut optiska synhjälpmedel

a) för barn under åtta år,

b) i syfte att behandla eller korrigera misstänkta sjukliga förändringar av ögat eller dess funktioner inklusive samsyn, ögonställning och ögonrörlighet eller ögonförändringar till följd av skador eller läs- och skrivsvårigheter (dyslexi). Vad som anges under b) hindrar inte att optikern undersöker en patients syn.

Socialstyrelsens föreskrifter torde innebära att icke legitimerade optiker och personer som helt saknar utbildning inom området fritt kan tillhandahålla optiska synhjälpmedel till barn under åtta år, medan det för legitimerade optiker krävs anvisning av läkare eller arbete under läkares ledning. Denna inkonsekvens kan undanröjas genom att

föreskriften införlivas i de lagbestämmelser som begränsar verksamhet på hälso- och sjukvårdens område. För legitimerade optiker kan inskränkningen även fortsättningsvis göras i föreskriftsform.

Motsvarande diskrepans föreligger när det gäller möjligheterna att behandla eller korrigera misstänkta sjukliga förändringar av ögat m.m. (3 § b i föreskrifterna). Kommittén ser det emellertid i sammanhanget som mest angeläget att värna om barnen, eftersom dessa inte på samma sätt som en vuxen person har förmåga att avgöra vilken kompetens man bör söka för att erhålla hjälp med misstänkta ögonsjukdomar m.m. För övriga som söker hjälp med optiska synhjälpmedel får det anses vara tillräckligt med ett skydd för yrkesbeteckningen legitimerad optiker. Den som söker sig till en legitimerad optiker har vissa garantier när det gäller optikerns utbildning och lämplighet. De bestämmelser som i dag finns om behandling av misstänkta sjukliga förändringar av ögat m.m. bör därför kunna finnas kvar i form av föreskrifter hos Socialstyrelsen.

Kommittén har i 4 kap. 3 § förslaget till lag om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område fört in en bestämmelse som begränsar rätten att tillhandahålla optiska synhjälpmedel till barn under åtta år utan föregående anvisning av läkare.

13.4.7 Straffbestämmelser

En straffbestämmelse av motsvarande innebörd som den gällande kvacksalverilagens 7 § föreslås införas i den av kommittén i avsnitt 14 föreslagna nya lagstiftningen. Liksom i dag bör gälla att den omständigheten att gärningsmannen på grund av brist i utbildning och erfarenhet inte kunnat inse sjukdomens natur eller förutse skadan eller faran inte skall befria honom från ansvar. Det är i regel just avsaknaden av kunskap och insikt om vad som kan behandlas och vad som bör överlåtas till den traditionella sjukvården som är den stora riskfaktorn vid alternativ behandling och behandling utanför den etablerade sjukvården.

13.4.8 Förbud och vitesföreläggande

Chefsöverläkare vid enheter där det ingår öppen vård är skyldiga att anmäla till Socialstyrelsen om det finns anledning att anta att det inom det egna området förekommit hälsofarligt kvacksalveri eller annan förseelse mot kvacksalverilagen (se åliggandeförordningen 8 §). Chefsöverläkarens anmälningsskyldighet är begränsad till sådana fall som han eller hon själv iakttar eller på annat sätt får kännedom om i sin normala verksamhet inom hälso- och sjukvården. Det är inte frågan om någon brottsspanande eller polisiär verksamhet.

Kvacksalverilagen 9 § ger Socialstyrelsen vissa möjligheter att

ingripa mot yrkesverksamhet som bedrivs av någon som enligt åliggandelagen inte är att räkna som hälso- och sjukvårdspersonal. Bestämmelsen omfattar både verksamhet som bedöms som kvacksalveri/alternativmedicin och verksamhet som i och för sig omfattas av skolmedicinen, men där utövare trots detta inte är att betrakta som hälso- och sjukvårdspersonal. Socialstyrelsen kan med stöd av bestämmelsen förbjuda någon att under viss tid eller för alltid utöva verksamhet på hälso- och sjukvårdens område. Den som drabbas av ett sådant förbud får inte mot ersättning undersöka annans hälsotillstånd eller behandla annan för sjukdom eller därmed jämförligt tillstånd genom att vidta eller föreskriva åtgärd i förebyggande, botande eller lindrande syfte. En förutsättning för att ett beslut med förbud skall kunna meddelas är, att den som förbudet riktar sig mot genom en lagakraftvunnen dom har övertygats om hälsofarligt kvacksalveri. Socialstyrelsens beslut får överklagas hos allmän förvaltningsdomstol. Den som bryter mot Socialstyrelsens förbud kan dömas för hälsofarligt kvacksalveri.

Alternativmedicinkommitténs förslag till lag om alternativmedicinsk verksamhet m.m. innehöll inte någon motsvarande bestämmelse.

Gällande bestämmelser i kvacksalverilagen ger således Socialstyrelsen vissa möjligheter att ingripa mot olämpliga yrkesutövare inom alternativmedicinen. På det sätt bestämmelserna utformats får man ändå säga att de utgör ett relativt trubbigt instrument om avsikten är att gallra ut olämpliga yrkesutövare inom alternativmedicinen. En yrkesverksam person som i sin behandlingsverksamhet regelmässigt tillfogar sina patienter/klienter skador som bedöms som "ringa" kan exempelvis inte dömas för hälsofarligt kvacksalveri och således inte heller av Socialstyrelsen förbjudas att fortsätta med sin verksamhet. "Behandling" som är helt verkningslös kan i regel inte heller omfattas av ett förbud. I en del fall kan man förstås tänka sig att sådan verksamhet omfattas av allmänna straffbestämmelser och kan bedömas som exempelvis ringa misshandel eller bedrägeri. Många gånger torde det vara förenat med betydande svårigheter att styrka att en "kvacksalvare" tillfogat en patient skada genom att förorsaka dröjsmål med läkarvård. Bevissvårigheter kan således medföra att en person som är oförmögen att avgöra vilka personer som bör skickas vidare till läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal kanske inte kan dömas enligt kvacksalverilagen. Detta trots att förfarandet i och för sig omfattas av lagen. Resultatet blir att "kvacksalvaren" inte kan stoppas i sin verksamhet.

Möjligheten att med stöd av kvacksalverilagen meddela förbud mot verksamhet inom lagens tillämpningsområde har Socialstyrelsen, enligt uppgift, utnyttjat endast vid ett fåtal tillfällen under det senaste decenniet. Av detta kan man emellertid inte dra slutsatsen att det inte finns något behov av bestämmelser som gör det möjligt att meddela

olämpliga yrkesutövare inom hälso- och sjukvårdens område yrkesförbud. Till Socialstyrelsen kommer varje år in ett antal anmälningar om hälsofarligt kvacksalveri. En del av dessa anmälningar lämnas vidare till åklagare, men mycket få av dem leder till åtal och fällande dom.

Kommittén bedömer det som angeläget att Socialstyrelsen ges reella möjligheter att ingripa mot all hälsofarlig behandingsverksamhet. Skall Socialstyrelsen ha möjlighet att agera på ett effektivt sätt bör ett förbud mot hälsovådlig behandling kunna meddelas redan vid misstanke om att sådan behandling försiggår, således även utan föregående lagakraftvunnen dom. Förbudet bör kunna förenas med vite. Socialstyrelsens beslut skall kunna överklagas hos allmän förvaltningsdomstol. Den föreslagna bestämmelsen som reglerar möjligheten till vitesföreläggande finns i 8 kap. 5 § i förslaget till lag om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område.

14 Förslag till lag om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område

Sammanfattning

I kommitténs uppdrag har främst ingått att se över behörighetslagen och kvacksalverilagen. I vårt arbete har vi dock även haft anledning beröra åliggandelagen och disciplinpåföljdslagen.

Enligt kommitténs mening talar flera omständigheter för att en bättre samordning av dessa fyra lagar bör ske. Det är således en brist att det i fyra olika lagar regleras vilka åligganden som åvilar hälso- och sjukvårdspersonal, vem som får eller inte får utföra vissa hälso- och sjukvårdande åtgärder, vem som har rätt till viss behörighet eller legitimation och vilka disciplinpåföljder eller andra åtgärder som kan tillgripas mot olika yrkesutövare inom hälso- och sjukvården.

Såväl patienter, enskilda yrkesutövare och andra vårdgivare som myndigheter torde enligt kommitténs mening ha intresse av att lagstiftningen är klar och överskådlig. Kommittén anser därför att det skulle befrämja överblickbarheten inom detta rättsområde om regler som direkt berör yrkesverksamheten på hälso- och sjukvårdens område samlades i en lag.

Kommittén föreslår därför att de nu nämnda lagarna sammanförs i en *lag om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område*.

Kommittén pekar också på möjligheten att sammanföra denna nya lag samt hälso- och sjukvårdslagen, tandvårdslagen, den nya tillsynslagen och övrig lagstiftning som direkt berör hälso- och sjukvården i en särskild hälso- och sjukvårdsbalk.

14.1 Utgångspunkter

De centrala regleringarna om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område finns i fyra lagar. I *åliggandelagen* finns bestämmelser om all hälso- och sjukvårdspersonals skyldigheter i vårdarbetet oberoende av om de är legitimerade eller ej. Vilka grupper som är

legitimerade eller behöriga i övrigt regleras i *behörighetslagen* medan bestämmelserna om återkallelse av legitimation för legitimerad personal återfinns i *disciplinpåföljdslagen* där även straffbestämmelserna i form av disciplinpåföljder mot all hälso- och sjukvårdspersonal, såväl legitimerade som icke-legitimerade, finns. Att sedan viss verksamhet på hälso- och sjukvårdens område endast får vidtas av personal som står under Socialstyrelsens tillsyn, dvs. hälso- och sjukvårdspersonal, anges slutligen i *kvacksalverilagen*.

Tillsynen över såväl hälso- och sjukvårdspersonalen (den s.k. individtillsynen) som tillsynen över själva verksamheten (den s.k. verksamhetstillsynen) regleras från och med årsskiftet 1996/97 i en särskild lag (1996:794) om tillsyn över hälso- och sjukvården (prop. 1995/96:176). Regleringen av individtillsynen finns fram till dess i åliggandelagen. Enligt propositionen skall bestämmelserna om tillsyn i åliggandelagen (12 - 17 §§) flyttas över till den nya tillsynslagen. Det gäller även tillsynsbestämmelserna i vårdhemsstadgan till följd varav denna upphör att gälla. Vårdhemsstadgan reglerar för närvarande tillsynen över en del privat hälso- och sjukvård. Socialstyrelsen blir enligt den nya tillsynslagen tillsynsmyndighet för all hälso- och sjukvård inklusive tandvård. För närvarande har länsstyrelsen och en del andra myndigheter också viss tillsynsskyldighet. Huvudtanken med förslaget är att samma bestämmelser skall gälla för all vård, oavsett om den bedrivs i offentlig eller enskild regi.

Kommitténs huvuduppgift har varit att göra en samlad översyn av principerna för legitimation och behörighet inom hälso- och sjukvården och närliggande områden. Dessa frågor regleras främst i *behörighetslagen*. Översynen har dessutom omfattat *kvacksalverilagen*.

Inom ramen för uppdraget har kommittén också fått ta upp frågan om återkallelse av legitimation och annat kompetensbevis samt frågan om en fast övre åldersgräns för giltighet av legitimation. I direktiven angavs också att vid en diskussion om dessa frågor bör en avvägning ske mellan patienternas intresse av säkerhet i vården och den legitimerade yrkesutövarens rättssäkerhet. Dessa frågor regleras i *disciplinpåföljdslagen* som således också har varit bli föremål för kommitténs överväganden.

I uppdraget har ingått att studera om ytterligare grupper inom hälso- och sjukvården bör kunna bli föremål för legitimation eller andra behörighetsföreskrifter. Härutöver har översynen även omfattat vissa yrken inom områden närliggande hälso- och sjukvården. I direktiven nämns särskilt yrken inom socialtjänsten. Enligt direktiven skulle överväganden beträffande behovet av en rättslig reglering för nya grupper inom hälso- och sjukvården och närliggande områden utgå från samma principer som gäller för nuvarande reglering. De senast nämnda frågorna har medfört att det inom ramen för kommitténs uppdrag har

funnits utrymme att övergripande diskutera utformningen av *åliggandelagen* eftersom denna lag kommer att bli tillämplig på yrkesgrupper som kommittén föreslår skall bli legitimerade eller på likande sätt regleras.

Kommittén har också haft möjlighet att inom ramen för uppdraget överväga om det finns andra former för rättslig reglering av yrken eller verksamhet som kan utgöra ett alternativ till legitimation.

Även om kommitténs huvuduppgift således har varit att se över behörighetslagstiftningen har vårt arbete berört även åliggandelagen och disciplinpåföljdslagen. Flera omständigheter talar enligt kommitténs uppfattning för en bättre samordning av de bestämmelser som reglerar olika yrkesutövares verksamhet på hälso- och sjukvårdens område.

Kommittén ifrågasätter om det, som i dag, krävs fyra lagar för att reglera olika yrkeskategoriers skyldigheter inom hälso- och sjukvården, dvs. om det i skilda lagar måste regleras vilka åligganden som åvilar hälso- och sjukvårdspersonal, vem som får eller inte får utföra vissa åtgärder, vem som har rätt till viss behörighet eller legitimation och vilka disciplinpåföljder och andra åtgärder som kan tillgripas mot dessa yrkesutövare.

Behörighetslagstiftningens yttersta syfte är, som kommittén tidigare framhållit, att trygga säkerheten för patienterna vid vård och behandling. Patienterna har därför ett befogat intresse av att lagstiftningen är effektiv, lättillgänglig och tydlig.

Lagstiftningen skall rent konkret tillämpas på de yrkesutövare som arbetar med hälso- och sjukvårdande verksamhet. För dessa är det således också av särskilt intresse att lagstiftningen är klar, konsekvent och överskådlig.

De myndigheter som skall tillämpa lagstiftningen, främst Socialstyrelsen, har självfallet också ett intresse av att lagstiftningen är lätt att överblicka och att tillämpa. Frågan är om den nuvarande lagstiftningen uppfyller dessa krav.

De förenklingar som gjorts det senaste decenniet har underlättat såväl tillämpning som överblickbarhet. Kommittén tänker då bl.a. på borttagandet av äldre instruktioner och reglementen för flera yrkesgrupper. Det utesluter dock inte att ytterligare förenklingar kan genomföras.

Enligt kommitténs uppfattning skulle det befrämja överblickbarheten ytterligare om reglerna var än mer samlade, förslagsvis i en gemensam lag om yrkesverksamhet inom hälso- och sjukvården.

Ett skäl som talar mot att sammanföra samtliga de nyss angivna lagarna är att såväl åliggandelagen som disciplinpåföljdslagen trädde i kraft så sent som den 1 oktober 1994. Som kommittén tidigare redovisat ersatte de 1980 års tillsynslag. Det är självklart att man inte

på ett mer omfattande sätt skall ändra i ett nyligen antaget regelsystem om inte starka skäl talar för det. För att kunna bedöma detta bör man studera vilka skälen var till att 1980 års tillsynslag ersattes med åliggandelagen och disciplinpåföljdslagen.

14.2 Bakgrunden till åliggandelagens och disciplinpåföljdslagens tillkomst

I de ursprungliga direktiven till Tillsynsutredningen, vars betänkande *Tillsynen över hälso- och sjukvården (SOU 1991:63)* framlades i augusti 1991 och bl.a. låg till grund för den nya lagstiftningen, angavs att utredningen som en uppgift hade att överväga frågan om i vilken utsträckning hälso- och sjukvårdspersonalens skyldigheter borde regleras genom bestämmelser utöver dem som fanns i 1980 års tillsynslag. Bakgrunden till den delen av uppdraget var att det utöver tillsynslagen fanns särskilda föreskrifter för flera personalgrupper och att det enligt regeringens mening även fortsättningsvis kunde finnas anledning att reglera vissa skyldigheter utöver bestämmelserna i tillsynslagen. Bestämmelserna borde enligt regeringen så långt som möjligt förenklas, göras enhetliga och samlas i en författning.

Denna deluppgift för Tillsynsutredningen återkallades av regeringen för att göra det möjligt för utredningen att lägga fram sitt huvudbetänkande tidigare än som skulle ha varit möjligt, om utredningen haft att fullgöra också denna uppgift. Regeringen lämnade i stället i december 1991 denna del av uppdraget till en särskild utredare. Hans förslag publicerades i departementspromemorian *Samordnade bestämmelser om åligganden för hälso- och sjukvårdspersonalen (Ds 1992:61)*.

Man kan således konstatera att Tillsynsutredningen inte behandlat frågan om ytterligare tillsynsbestämmelser utöver dem som redan fanns i den dåvarande tillsynslagen skulle införas i ny lagstiftning. Utredningen diskuterade dock övergripande frågan om tillsynslagstiftningens vara eller icke vara även om det enligt utredningens mening inte ingick i uppdraget. Utredningen konstaterade i betänkandekapitel 7 att det fanns ett behov av en tillsynslagstiftning. Vad gäller den alternativmedicinska verksamheten vilken regleras i kvacksalverilagen diskuterade utredningen kortfattat frågan om sådana metoders användning inom den etablerade hälso- och sjukvården (kapitel 10.15). Utredningen lämnade med hänsyn till att regeringen inte hade tagit ställning till Alternativmedicinkommitténs huvudbetänkande *Alternativmedicin I (SOU 1989:60)* frågan öppen huruvida utövare av alternativmedicinsk verksamhet i framtiden borde omfattas av bestämmelserna i tillsynslagen eller ej.

I den ovan nämnde särskilde utredarens uppdrag ingick däremot att utreda i vilken utsträckning olika yrkesgrupper inom hälso- och sjukvården borde omfattas av bestämmelser utöver tillsynslagen. I sin sammanfattning (s.7) angav utredaren att

> frågan är om bestämmelserna i fråga (dvs. dåvarande tillsynslagens 5-7 a §, reglerna i dåvarande läkar- och tandläkarinstruktionerna samt i sjuksköterske- och barnmorskereglementena, vår anm.) bör vara samlade i en särskild avdelning i tillsynslagen eller om reglerna om allmänna åligganden i tillsynslagen bör brytas ut ur denna lag och föras samman med ifrågavarande allmänna regler från instruktionerna och reglementen i en ny särskild författning om åligganden för hälso- och sjukvårdspersonal. Det första alternativet innebär att tillsynslagen tillförs ett betydande antal nya bestämmelser, vilket medför att denna lag kan bli svårare att överblicka till nackdel för lagtillämpningen. Det andra alternativet medför att åliggandereglerna samlas i en ny särskild författning, vilket bör vara till fördel i lagtillämpningen.

Utredaren föreslog därefter att det skulle utfärdas en lag om åligganden för hälso- och sjukvårdspersonal med tre avdelningar, en med bestämmelser gällande alla som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen, en med bestämmelser gällande för alla inom vissa yrkesgrupper och en med bestämmelser gällande chefsöverläkare m.m. Genom lagens införande skulle instruktionerna och reglementena upphöra.

I regeringens prop. 1993/94:149 om åligganden för personal inom hälso- och sjukvården föreslog regeringen att 1980 års tillsynslag skulle ersättas med två nya lagar, åliggandelagen och disciplinpåföljdslagen. Förslaget byggde i flera delar på Tillsynsutredningens respektive den särskilde utredarens förslag. Skälet för att tillskapa två lagar var främst följande enligt uttalanden i propositionen (s. 53f).

> De uppgifter som utförs av hälso- och sjukvårdspersonalen har stor betydelse för den enskildes hälsa och för att han skall känna trygghet i vårdsituationen. Det ställs därför höga krav på personalen inom hälso- och sjukvården. Om den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen inte fullgör sina åligganden riskerar han eller hon disciplinpåföljd. Personalen har därför ett befogat krav på att gällande föreskrifter angående deras skyldigheter är överskådliga och klara. Det är naturligtvis till hjälp även för patienten att veta vilka åligganden som åvilar hälso- och sjukvårdspersonalen. Bestämmelserna finns idag splittrade i olika författningar och har i många fall en svårtillgänglig utformning. Det kan vara svårt att överblicka vilka bestämmelser som är av central betydelse och vilka som har mera karaktär av ordningsföreskrifter. Detta är inte tillfredsställande, varken för personal

eller för patienter. De centrala bestämmelserna om hälso- och sjukvårdspersonalens åligganden dvs. bestämmelser som gäller för all personal och som bör vara vägledande för allt deras handlande inom hälso- och sjukvården, bör därför samlas i en lag. I samma lag bör också finnas bestämmelser om den allmänna tillsynen över hälso- och sjukvårdspersonalen.

Utöver de allmänna bestämmelser som för närvarande gäller för all hälso- och sjukvårdspersonal finns även regler som enbart gäller för en yrkesgrupp, t.ex. för sjuksköterskor. Dessa regler är i vissa fall av detaljerad karaktär. Detta gäller särskilt bestämmelserna i allmänna läkarinstruktionen. De bestämmelser det här är fråga om är inte av den karaktären att de bör föras in i en lag. Vissa av de bestämmelser som ingår i reglementen och instruktionerna för respektive yrkesgrupp kan mönstras ut medan andra bör bibehållas. Dessa bestämmelser bör samlas i en förordning.(---)

Genom att bryta ut regler om personalens åligganden och tillsynen över personalen ur nuvarande tillsynslag kommer återstående bestämmelser enbart att reglera förfarandet i disciplinärenden, ärenden angående återkallelse av legitimation och meddelande om ny legitimation samt ärenden som avser begränsning av förskrivningsrätten i vissa fall. Genom denna reglering blir det också tydligare att de båda lagarna inte har samma tillämpningsområde dvs. den nya disciplinpåföljdslagen får ett mera inskränkt tillämpningsområde än åliggandelagen. Detta kan uttryckas så att det inte är alla brott mot åliggandelagen som motiverar ett ingripande enligt disciplinpåföljdslagen.

De skäl som regeringen angett i propositionen för ett tillskapande av två lagar är som framgår inte desamma som den särskilde utredaren angav. Den särskilde utredaren föreslog att de reglementen och instruktioner som fanns för vissa yrkesgrupper skulle inarbetas i lagstiftningen. Lagstiftningen skulle enligt utredarens mening bli alltför svåröverskådlig om alla reglerna samlades i en lag. Han föreslog därför en särskild åliggandelag. I propositionen däremot utmönstrades, som nyss framgått, ett flertal av de regler som fanns i instruktionerna och reglementena samt fördes de resterande in i en förordning (*Förordningen (1994:1290) om åligganden för personal inom hälso- och sjukvården*). Trots det föreslogs i propositionen att en åtskillnad mellan reglerna om åligganden och disciplinpåföljder skulle göras genom upprättande av två lagar. Skälen härför var i stället de nyss relaterade att det blev tydligare att de båda lagarna inte har samma tillämpningsområde och att inte alla brott mot åliggandelagen motiverar ett ingripande enligt disciplinpåföljdslagen.

Även om det inte uttryckligen angavs i propositionen kan ett skäl också ha varit att man från hälso- och sjukvårdspersonalens sida ansåg

det angeläget att de åligganden som åvilade dem reglerades i en särskild, fristående lag.

14.3 Kommitténs förslag

14.3.1 Principiella överväganden

Flera skäl talar för en omprövning av de i förra avsnittet angivna ställningstagandena för en särskild lag om hälso- och sjukvårdspersonalens åligganden.

Det främsta argumentet i den nämnda departementspromemorian, att en gemensam lagstiftning blir svåröverskådlig på grund av att en mängd regler i instruktioner och reglementen införs i lagstiftningen, är inte längre relevant. Huvuddelen av dessa regler har tagits bort och resterande har förts över till en förordning.

Det i propositionen angivna skälet att inte alla brott mot åliggandelagen motiverar ett ingripande enligt disciplinpåföljdslagen medför inte heller automatiskt att det är nödvändigt att separera lagstiftningen.

Man kan således notera att i 4 § disciplinpåföljdslagen, som anger när disciplinpåföljd kan åläggas, räknas flera av åliggandelagens paragrafer upp (2, 3, 5, 7, 8, 9 §§). På dessa bestämmelser är disciplinpåföljdslagen tillämplig. Utanför lagens tillämpningsområde faller de bestämmelser där disciplinförfarande inte ansetts lämpligt på grund av att bestämmelserna inte berör patientsäkerheten, exempelvis 4 § när det gäller omhändertagande av avlidna och bemötandet av efterlevande, 6 § om att det är hälso- och sjukvårdspersonalen själv som bär ansvaret för att han eller hon fullgör sina arbetsuppgifter samt 10 - 11 §§ som berör tystnadsplikt och andra sekretessfrågor. Med andra ord har det i stor utsträckning varit nödvändigt, även om bestämmelserna finns i skilda lagar, att hänvisa mellan dem. Kommittén vill påstå att det ökar tydligheten om dessa bestämmelser är närmare knutna till varandra. Även här talar överblickbarheten för att sammanföra reglerna i en lagstiftning.

Tyngden i dessa argument blir inte mindre av riksdagens beslut om att bestämmelserna om tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonalen i åliggandelagen (12-17 §§) bryts ut ur den lagen och införs i en ny tillsynslag. Även om vi i vårt förslag inte kunnat beakta denna nya lagstiftning är det enligt kommitténs mening fullt möjligt att föra in även dessa regler i en ny enhetlig lagstiftning om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område.

Det är samtidigt förståeligt och naturligt att hälso- och sjukvårdspersonalen kan ha önskemål om att de åligganden som åvilar dem samlas i en lagstiftning, som skedde genom åliggandelagens tillkomst. Det angavs också i den propositionen att personalen har ett befogat

krav på att gällande föreskrifter angående deras skyldigheter är överskådliga och klara. Det är emellertid tveksamt om ett system där åligganden, tillsyn och disciplinpåföljder finns i skilda lagar gynnar personalens självklara krav på en klar, konsekvent och överskådlig reglering.

Såväl åliggandelagen som disciplinpåföljdslagen är i första hand tillkomna i patienternas intresse och för deras säkerhet. Det är samhällets uppgift att se till att bestämmelserna efterlevs. Ur patientens synvinkel är det en fördel om lagstiftningen är överskådlig och klar och att det i ett sammanhang anges vilka åligganden som åvilar personalen, hur tillsynen skall ske och i vilka fall samhället ansett det nödvändigt att beivra överträdelser eller underlåtelser av dessa åligganden genom särskilda disciplinpåföljder - när patientsäkerheten så kräver. Det bör således ur patientens synvinkel vara av särskilt värde om dessa bestämmelser samlades i ett mer enhetligt regelsystem.

Enligt kommitténs mening talar de angivna skälen för en samordning och förenkling av regelsystemet. Om man i *en* lag tydligt särskiljer de olika delfrågorna, förslagsvis genom att dela in lagen i flera kapitel, torde överblickbarheten kunna förbättras avsevärt även om en sådan lag blir mer omfångsrik.

Sammanfattningsvis anser kommittén således att starka skäl talar för en bättre samordning av det regelsystem som behandlar yrkesverksamhet inom hälso- och sjukvården. Som nämndes inledningsvis i avsnittet bör det krävas goda skäl för ett sammanförande av lagstiftning som nyligen tillskapats. Kommittén kan konstatera att det förhållandet att åliggandelagen och disciplinpåföljdslagen endast varit i kraft något år inte utgör något hinder mot en sammanslagning av behörighetslagstiftningen. Eventuella invändningar av detta skäl har dessutom minskat i betydelse sedan införandet av en ny tillsynslag beslutats. Kommitténs förslag till en särskild lag om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område bör på sikt utvidgas till att även omfatta tillsynsreglerna, i första hand då de regler som gäller individtillsynen. Ett alternativ till att föra in dessa i den av kommittén föreslagna lagen om yrkesverksamhet är att föra in all lagstiftning som berör hälso- och sjukvården i en särskild hälso- och sjukvårdsbalk. I en sådan skulle hälso- och sjukvårdslagen, tandvårdslagen, den nya tillsynslagen, den nu föreslagna lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område samt övrig lagstiftning på området kunna rymmas. En sådan lagstiftning har kommittén dock inte ansett sig ha möjlighet att utarbeta. Det torde dessutom ligga utanför kommitténs uppdrag. Kommittén vill dock peka på denna möjlighet.

14.3.2 Lagstiftningens närmare utformning

Kommittén föreslår att de fyra lagar som reglerar yrkesverksamheten på hälso- och sjukvårdens område slås samman till en lag. Det gäller
- lagen (1984:861) om behörighet att utöva yrke inom hälso- och sjukvården m.m. (behörighetslagen),
- lagen (1994:953) om åligganden för personal inom hälso- och sjukvården (åliggandelagen),
- lagen (1994:954) om disciplinpåföljd m.m. på hälso- och sjukvårdens område (disciplinpåföljdslagen) och
- lagen (1960:409) om förbud i vissa fall mot verksamhet på hälso- och sjukvårdens område (kvacksalverilagen).

Den nya lagen föreslås få åtta kapitel till vilka den nuvarande lagstiftningen överförs på följande sätt.

I *första kapitlet* finns en redovisning av lagens innehåll samt en definition av begreppet hälso- och sjukvård genom en hänvisning till främst hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) och tandvårdslagen (1985:125). Här definieras också begreppet hälso- och sjukvårdspersonal genom en bestämmelse som med vissa ändringar är överförd från åliggandelagen.

I *andra kapitlet* finns bestämmelser om åligganden för hälso- och sjukvårdspersonalen. Dessa är överförda från åliggandelagen.

I *tredje kapitlet* finns behörighets- och legitimationsregler för personal inom hälso- och sjukvården. Dessa motsvarar behörighetslagens nuvarande bestämmelser. I föreslaget har tagits in de förändringar som kommittén föreslagit i andra sammanhang. För en redovisning härav, se främst avsnitt 9 och 10 samt författningskommentar i avsnitt 19.

I *fjärde kapitlet* anges att vissa hälso- och sjukvårdande åtgärder endast får vidtas av hälso- och sjukvårdspersonal. Dessa bestämmelser är med vissa ändringar överförda från kvacksalverilagen. Ändringarna diskuterar kommittén i avsnitt 13.

I *femte kapitlet* finns regler om disciplinpåföljd och återkallelse av legitimation m.m. Bestämmelserna är överförda från disciplinpåföljdslagen.

I *sjätte kapitlet* finns bestämmelser om HSAN:s verksamhet. Dessa bestämmelser är överförda från disciplinpåföljdslagen.

I *sjunde kapitlet* finns bestämmelser om Socialstyrelsens individtillsyn. Bestämmelserna är överförda från åliggandelagen. Kommittén har som tidigare nämnts inte haft möjlighet att i detta förslag ta hänsyn till den nya tillsynslagstiftningen. En fördel vore naturligtvis om även reglerna om individtillsyn fanns i samma lagstiftning som övriga bestämmelser som reglerar individernas verksamhet på hälso- och sjukvårdens område. Kommittén är samtidigt medveten om att det

finns fördelar med att låta reglerna om såväl individ- som verksamhetstillsyn vara samlade i en lag. Dessa frågor kräver ytterligare överväganden som kommittén ej haft möjlighet att göra.

I *åttonde kapitlet* finns slutligen ansvarsbestämmelser för den som bryter mot vissa bestämmelser i de tidigare kapitlen. Bestämmelserna är överflyttade från behörighetslagen och kvacksalverilagen. Här finns också bestämmelser om hur olika beslut av Socialstyrelsen och HSAN får överklagas. Kommittén har föreslagit vissa ändringar vad gäller ansvarsbestämmelser och överklagande. Dessa är främst av lagteknisk natur och kommenteras i avsnitt 19.

I de flesta paragraferna har främst gjorts ändringar av redaktionell natur. Det gäller t.ex. hänvisningar till bestämmelser mellan de sammanslagna lagarna. Dessa hänvisningar sker nu i stället till kapitel eller till särskilda paragrafer i den nya lagen.

Materiella ändringar har däremot, som nyss nämnts, gjorts i bestämmelser som kommer från behörighetslagen och kvacksalverilagen. Kommentarer till de enskilda bestämmelserna och varifrån de tagits har kommittén gjort i avsnitt 19.

15 Behörighetsfrågor inom socialtjänsten

Sammanfattning

Det finns enligt kommitténs uppfattning goda skäl att ställa höga krav beträffande utbildning och lämplighet hos de personer som deltar i beslutsprocesser och handläggning av ärenden inom socialtjänsten. Personal inom socialtjänsten är emellertid på ett annat sätt än inom hälso- och sjukvården beroende av vad som beslutats av politiskt tillsatta nämndledamöter. Någon motsvarighet till hälso- och sjukvårdspersonalens särskilda ansvar för medicinska åtgärder finns inte inom socialtjänsten. Kommitténs uppfattning är därför att man *inte* bör skapa ett legitimationsförfarande för yrken inom socialtjänsten. Däremot kan det finnas skäl att överväga en behörighetsreglering eller kompetensreglering knuten till vissa tjänster. Kommittén anser dock att man bör avvakta den vidare behandlingen av Socialtjänstkommitténs förslag till ny socialtjänstlag och de förslag som lämnats beträffande socionom- och sociala omsorgsutbildningarna innan man överväger att införa en ny reglering för yrken inom socialtjänsten.

15.1 Inledning

Legitimation har hittills inte förekommit inom socialtjänsten. Förslag om legitimation för bl.a. kuratorer och socionomer har emellertid framförts i olika sammanhang. Syftet med förslagen har varit att tillförsäkra allmänheten en god och professionell handläggning inom socialtjänsten. Överväganden beträffande behovet av en rättslig reglering för dessa och närliggande yrken bör, enligt kommitténs direktiv, utgå från samma principer som föreslås gälla för en reglering av yrken inom hälso- och sjukvården.

Vissa allmänna regleringar inom socialtjänsten redovisas i avsnitt 15.2. En sammanfattande redogörelse för i sammanhanget aktuella delar av Socialtjänstkommitténs förslag finns i avsnitt 15.3 och delvis också i avsnitt 15.4 som behandlar olika verksamhetsområden inom socialtjänsten. I korthet beskrivs i avsnitt 15.5 ett antal yrken inom socialtjänsten. Behörighetsregleringen inom socialtjänsten i Finland redovisas översiktligt i avsnitt 15.6. Efter ett avsnitt om framställningar till kommittén, avsnitt 15.7, redovisas kommitténs över-

väganden beträffande behörighetsfrågor inom socialtjänsten i avsnitt 15.8.

15.2 Allmänna regleringar inom socialtjänsten

De övergripande målen för socialtjänsten finns fastställda i RF. I 1 kap. 2 § RF stadgas bl.a. att den enskildes personliga, ekonomiska och kulturella välfärd skall vara grundläggande mål för den offentliga verksamheten. Det skall särskilt åligga det allmänna att trygga rätten till arbete, bostad och utbildning samt verka för social omsorg och trygghet och för en god levnadsmiljö.

Socialtjänstlagen (1980:620) präglas av en tilltro till den enskildes egen förmåga. Socialtjänsten skall, uttalas i lagens inledande paragraf, under hänsynstagande till människans ansvar för sin och andras sociala situation inriktas på att frigöra och utveckla enskildas och gruppers egna resurser. Verksamheten skall bygga på respekt för människornas självbestämmanderätt och integritet.

Varje kommun svarar för socialtjänsten inom sitt område. Kommunens uppgifter inom socialtjänsten fullgörs av den eller de nämnder som kommunfullmäktige bestämmer, oftast socialnämnden. Kommunen får sluta avtal med någon annan om att utföra kommunens uppgifter inom socialtjänsten (4 § socialtjänstlagen). Sådana uppgifter som innefattar myndighetsutövning får dock inte med stöd av bestämmelsen överlämnas till ett bolag, en förening, en samfällighet, en stiftelse eller en enskild individ.

Till socialnämndens uppgifter hör bl.a. att svara för omsorg och service, upplysningar, råd, stöd och vård, ekonomisk hjälp och annat bistånd till familjer och enskilda som behöver det (5 § socialtjänstlagen). Socialtjänstlagen innehåller särskilda bestämmelser som reglerar verksamhet som innefattar

- åtgärder mot missbruk,
- omsorger om barn och ungdom,
- omsorger om äldre människor,
- omsorger om människor med funktionshinder samt
- vård i familjehem och i hem för vård eller boende.

Även om socialtjänstlagen präglas av en tilltro till den enskildes egen förmåga och verksamheten skall bygga på respekt för människors självbestämmanderätt och integritet kan inom socialtjänsten också fattas beslut som har större eller mindre inslag av tvång. Som exempel kan nämnas beslut om beredande av vård enligt *lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga* och tvångsvård av missbrukare som sker med stöd av *lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall*.

Socialtjänstlagen innehåller inga övergripande bestämmelser om kompetenskrav. De enda bestämmelser som rör kompetensen finns i

reglerna om omsorger om barn och ungdom. Här anges att kommunen skall sörja för att föräldrar kan erbjudas samtal under sakkunnig ledning i syfte att nå enighet i frågor rörande vårdnad och umgänge, s.k. samarbetssamtal (12 a §). När det gäller förskoleverksamhet och skolbarnsomsorg föreskriver socialtjänstlagen att det skall finnas personal med sådan utbildning eller erfarenhet att barnens behov av omsorg och en god pedagogisk verksamhet kan tillgodoses. Dessa regler kompletteras i viss mån av behörighetsregleringen i hälso- och sjukvårdslagen, behörighetslagen och lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade. I den senare lagen föreskrivs att det för verksamhet enligt lagen skall finnas den personal som behövs för att ett gott stöd och en god service och omvårdnad skall kunna ges (6 §).

Socialtjänstförordningen (1981:750) innehåller kompletterande föreskrifter om vård och andra insatser enligt socialtjänstlagen, lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga och lagen om vård av missbrukare i vissa fall. Inte heller socialtjänstförordningen innehåller några generella krav på behörighet. De bestämmelser som finns rör vård av unga i ungdomshem (jfr 12 § lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga) och anger att det skall finnas tillgång till läkare som bör ha viss specialistkompetens. Vid hem som ger vård och behandling åt missbrukare av alkohol eller narkotika bör det, enligt förordningen, finnas tillgång till läkare med särskilda för verksamheten lämpade kunskaper. Vidare bör det, vid både ungdomshem och hem för missbrukarvård, finnas tillgång till psykologisk expertis. I en ansökan till länsstyrelsen om tillstånd att inrätta ett enskilt hem för vård eller boende skall anges bl.a. vilken personal som skall finnas och personalens utbildning. Socialstyrelsen får meddela närmare föreskrifter i fråga om hem för vård eller boende som drivs av enskilda. Detta har Socialstyrelsen gjort i allmänna råd och föreskrifter (SOSFS 1982:56) rörande hem för vård eller boende som drivs av enskilda. Här lämnas råd och föreskrifter om personalens kompetens och utbildning.

Tillsynsbilden är något splittrad när det gäller socialtjänsten. Inledningsvis kan man konstatera att det inte i alla sammanhang går att dra några skarpa gränser mellan socialtjänst å ena sidan och hälso- och sjukvård å den andra sidan. Inte heller gränsdragningarna gentemot kriminalvården är alltid helt klara.

Socialstyrelsen har, enligt socialtjänstlagen, ansvar för tillsynen över socialtjänsten och skall följa och vidareutveckla socialtjänsten (se 67 § socialtjänstlagen). Till ledning för tillämpningen av socialtjänstlagen utfärdar Socialstyrelsen allmänna råd.

Länsstyrelsen skall inom länet följa socialnämndernas tillämpning av socialtjänstlagen och bl.a. biträda socialnämnderna med råd i deras

verksamhet samt se till att de fullgör sina uppgifter på ett ändamålsenligt sätt (se 68 § socialtjänstlagen).

Hem för vård eller boende - med undantag för sådana hem som Statens institutionsstyrelse övertagit huvudmannaskapet för med stöd av 23 a § socialtjänstlagen - står under länsstyrelsens tillsyn (se 68 § andra stycket). Länsstyrelsen har rätt att inspektera verksamheten vid sådant hem. Socialnämnden ansvarar för att den som genom nämndens försorg har tagits emot i ett annat hem än det egna får god vård.

15.3 Socialtjänstkommittén

Socialtjänstkommittén, som tillsattes hösten 1991 (dir. 1991:50), hade som huvudsakligt uppdrag att göra en allmän översyn av socialtjänstlagen. Översynen skulle bl.a. innefatta en utvärdering av socialtjänstlagens tillämpning och syfta till att tydligare avgränsa och klargöra socialtjänstens uppgifter och ansvarsområden. I sitt huvudbetänkande (SOU 1994:139) *Ny socialtjänstlag* lämnade Socialtjänstkommittén, som titeln anger, ett förslag till ny socialtjänstlag. Förslaget är en kombination av skyldighets- och rättighetslagstiftning, dvs. samma konstruktion som gäller för den nuvarande socialtjänstlagen. Socialtjänstkommittén övervägde frågan om en sammanhållen, uppdelad eller med annan lagstiftning samordnad lag. Därvid fann Socialtjänstkommittén inte skäl att pröva möjligheterna att lägga samman lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga och lagen om vård av missbrukare i vissa fall med den nya socialtjänstlagen. Det förhållandet att vård och behandling som ges utan den enskildes samtycke regleras i särskild lagstiftning hade, enligt Socialtjänstkommitténs mening, inte skapat några större problem.

De övergripande målen för socialtjänstens verksamhet är giltiga även i dag, ansåg Socialtjänstkommittén och lät den nuvarande portalparagrafen ligga fast. Bestämmelsen kompletterades dock i förslaget med en ny bestämmelse som syftar till att stärka barnens ställning. Den nya bestämmelsen skall svara mot innehållet i artikel 3 i FN:s barnkonvention.

Kommunen skall, enligt Socialtjänstkommitténs förslag, ha kvar det yttersta ansvaret för att de som vistas i kommunen får det stöd och den hjälp de behöver. Ett tillägg har gjorts för att begränsa kommunens yttersta ansvar till situationer där gränsen mellan medicinska, sociala och psykologiska insatser är oskarp. Enligt Socialtjänstkommitténs mening bör kommunens yttersta ansvar för hälso- och sjukvårdsinsatser träda in endast när den enskildes hälsa utsätts för allvarlig fara på grund av att det inte finns någon annan utväg.

Frågor om kunskapsutveckling är enligt Socialtjänstkommittén av central betydelse för socialtjänstens möjligheter att erbjuda insatser av god kvalitet. Kommittén lämnade i sitt huvudbetänkande ett förslag till

en allmänt hållen bestämmelse om att det skall finnas personal med lämplig utbildning och erfarenhet för att utföra socialtjänstens uppgifter (1 kap. 8 § i lagförslaget). I samband därmed uttalade Socialtjänstkommittén att det låg i sakens natur att socialtjänsten med sitt breda mandat att verka på samhälls-, grupp- och individnivå behöver personal med olika utbildning och erfarenhet. Specialistkunskap krävs inom alla socialtjänstens verksamhetsområden för att socialtjänsten skall kunna tillhandahålla insatser av god kvalitet.

15.4 Verksamhetsområden inom socialtjänsten

Nedan kommenteras något de olika verksamhetsområdena individ- och familjeomsorg, åtgärder mot missbruk samt äldre- och handikappomsorg.

15.4.1 Individ- och familjeomsorg

Inom individ- och familjeomsorgen handläggs framför allt frågor om barn som inte får sina grundläggande behov tillgodosedda inom familjen och ungdomar som visar tydliga tecken på social problematik såsom exempelvis missbruk eller kriminalitet. Enligt den officiella statistiken blir omkring 1,5 procent av alla barn i åldrarna 0 - 17 år under ett år föremål för någon form av insats från socialtjänstens sida.

Socialtjänstkommittén konstaterade i sitt ovannämnda huvudbetänkande att när det gäller socialtjänstens individuellt inriktade insatser har de problem som finns ett starkare samband med kompetensfrågor än med själva lagstiftningen. Kommittén refererade till en av Socialstyrelsen genomförd granskning av socialsekreterarnas handläggning av enskilda ärenden. Vid denna granskning framkom bl.a. att socialsekreterarna hade otillräckliga kunskaper om barns behov och utveckling, att de sällan samtalade med barnen, att föräldrarnas omsorgsförmåga inte dokumenterats och att det i stor utsträckning saknades bedömningar och motiveringar i denna typ av ärenden. Socialstyrelsen ansåg att det krävdes särskilda, långsiktiga utvecklingsinsatser för att bygga upp och vidmakthålla en hög baskompetens. Socialtjänstkommittén delade denna uppfattning (bet. s. 153 f).

Socialtjänstkommitténs förslag innefattar, som tidigare nämnts, nya lagbestämmelser om barnets bästa och barns medinflytande för att stärka barnens ställning inom socialtjänsten. Ändringsförslag finns också beträffande bestämmelserna i socialtjänstlagen om anmälnings- och uppgiftsskyldighet vid misshandel m.m. mot underåriga.

Den enskilde har, enligt socialtjänstlagen, rätt till bistånd av socialnämnden för sin försörjning och sin livsföring i övrigt, om hans behov inte kan tillgodoses på annat sätt (se 6 §). Insatserna för personer med försörjningsproblem har ökat under senare år. Enligt

uppgifter som hämtats från Socialtjänstkommitténs betänkande har antalet bidragshushåll mellan åren 1982 och 1993 ökat från 228.000 till 374.000 samtidigt som kostnaderna omräknade i 1982 års priser ökat från omkring 1,8 till 4,4 miljarder kronor.

15.4.2 Åtgärder mot missbruk

Socialtjänstlagen ålägger socialnämnden att arbeta för att förebygga och motverka missbruk av alkohol och andra beroendeframkallande medel (se 11 §). Enligt statistik som Socialtjänstkommittén redovisade finns det mellan 50.000 och 100.000 tunga alkoholmissbrukare i landet. Vidare finns det mellan 14.000 och 20.000 tunga narkotikamissbrukare. Socialtjänstens insatser för dessa personer har tidigare huvudsakligen dominerats av institutionsvård. Under 1980-talet har den privata institutionsvården för missbrukare byggts ut kraftigt.

Socialtjänstkommittén konstaterade att det i stor utsträckning saknas samlad kunskap om vilka behandlingsmetoder som är verkningsfulla för olika typer av missbruk och missbrukare. Bristen på samlad kunskap gör det svårt att veta hur tillgängliga resurser skall användas mest effektivt. Socialtjänstens metoder för uppföljning och utvärdering behöver därför förbättras, hävdade Socialtjänstkommittén (bet. s. 244 f.). För att utveckla kvalitetstänkandet i syfte att förbättra kvaliteten inom socialtjänsten föreslog Socialtjänstkommittén införandet av bestämmelser om kvalitet och kvalitetssäkring i socialtjänstlagen.

Socialstyrelsen har på regeringens uppdrag kartlagt den svenska missbrukarvården. Resultatet redovisades den 29 maj 1996 i rapporten *Kursändring inom missbrukarvården - mot öppna former*. Bakgrunden till studien var bl.a. farhågor om att kommunerna på grund av ansträngd ekonomi skulle nedrusta missbrukarvården. I rapporten konstaterades att den institutionsbaserade missbrukarvården minskat med en tredjedel sedan slutet av 1980-talet. I stället har alternativ inom öppenvården utvecklats. Kommunernas kostnader för skyddat boende och vård i öppna former för missbrukare ökade med omkring 130 miljoner kronor mellan 1993 och 1994. Socialstyrelsen har för avsikt att komplettera kartläggningen med fördjupade studier av vilka effekter förändringarna får för missbrukarnas livskvalitet och möjlighet att komma ur sitt missbruk. Styrelsen ser det också som angeläget att kommunerna utvecklar sina system att dokumentera och utvärdera enskilda insatser.

15.4.3 Äldre- och handikappomsorg

Socialnämndens skyldigheter beträffande omsorgen om äldre människor gäller enligt socialtjänstlagen bl.a. bostäder, stöd och hjälp i hemmet och annan lättåtkomlig service. Kommunerna har genom den s.k. Ädel-reformen ålagts en skyldighet att dels inrätta särskilda boendeformer för service och omvårdnad av äldre med behov av särskilt stöd, dels inrätta bostäder med särskild service för människor med funktionshinder. Ädel-reformen medförde bl.a. att kommunerna från landstingen övertog ansvaret för och driften av 31.000 platser vid sjukhem och andra vårdinrättningar för somatisk långtidssjukvård som huvudsakligen hade kommunen eller en del av kommunen som upptagningsområde.

För människor som av fysiska, psykiska eller andra skäl möter betydande svårigheter i sin livsföring skall socialnämnden medverka till en meningsfull sysselsättning och ett boende som är anpassat efter den enskildes behov av stöd. Kommunen åläggs att inrätta bostäder med särskild service för dem som behöver ett sådant stöd.

Människor med funktionshinder kräver särskilda insatser. Även här har socialnämnden ett ansvar för att den enskilde får en meningsfull sysselsättning och ett boende anpassat efter behovet av stöd. Socialtjänstlagens bestämmelser kompletteras i detta avseende bl.a. med regleringen i lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (1993:387). Socialtjänstkommittén refererade till en rapport från Socialstyrelsen som angav att det finns omkring 35.000 barn och ungdomar i åldern 0 - 19 år som behöver samhällets stödinsatser på grund av olika funktionshinder (bet. s. 128).

Enligt uppgift från Svenska Kommunförbundet omsätts inom äldre- och handikappomsorgen årligen omkring 60 miljarder kronor.

15.5 Yrkeskategorier verksamma inom socialtjänsten

Kommittén har kunnat konstatera att socialtjänsten spänner över ett stort verksamhetsfält och att det erfordras personal med kvalificerad utbildning som anpassats efter de anspråk som i olika sammanhang ställs på socialtjänsten. Inom socialtjänsten hanteras också, som framgått ovan, sammantaget mycket stora belopp.

Under år 1993 fanns omkring 576 000 årsarbetare inom kommunerna. Av dessa arbetade omkring hälften inom socialtjänsten. I november 1993 fanns drygt 8.000 förste socialsekreterare och socialsekreterare. Drygt 92 procent av dessa hade högskoleutbildning som utbildningsnivå. Som hemtjänstpersonal var i november 1992 totalt 5.300 personer sysselsatta. I begreppet hemtjänstpersonal har inräknats

hemtjänstinspektör, föreståndare/ålderdomshemsföreståndare och hemtjänstassistenter. Andelen högskoleutbildade var drygt 80 procent. Av dessa hade 72 procent genomgått utbildning för social service. Omkring 12 procent hade olika former av sjuksköterskeutbildning och drygt 5 procent socionomutbildning.

Inom socialtjänsten verkar ett stort antal olika yrkesgrupper. Utöver de som angivits ovan kan nämnas utredningsassistenter, kuratorer och behandlingsassistenter. Inom äldre- och handikappomsorgen finns bl.a. vårdbiträden, undersköterskor och sjuksköterskor. Inom de särskilda omsorgerna är främst vårdare/vårdarinnor sysselsatta.

Socialsekreterare, kuratorer och behandlingsassistenter är i regel socionomer. Socionomutbildningen är en högskoleutbildning som regleras i högskoleförordningen (examen nr 38). Socionomexamen uppnås efter fullgjorda kursfordringar om sammanlagt 140 poäng, dvs. tre och ett halvt års studier.

Socialtjänstkommittén gjorde i sitt delbetänkande (SOU 1995:58) *Kompetens och kunskapsutveckling - Om yrkesroller och arbetsfält inom socialtjänsten* bl.a. en utvärdering av socionomutbildningen. Utvärderingen mynnade ut i att socionomutbildningens nuvarande profil av generalistutbildning borde bestå. Vidare uttalade Socialtjänstkommittén att yrkeserfarenhet borde betraktas som en merit för tillträde till utbildningen. Möjligheten att på försök tillämpa ett intervjuförfarande vid antagningen till utbildningen borde övervägas. Vidare borde, enligt Socialtjänstkommittén, formerna för fältförlagda studier och handledd studiepraktik utvärderas och relateras till önskemål som förts fram i fråga om betald allmäntjänstgöring. Kommittén menade också att det kunde finnas skäl att uppmärksamma utbildningsinstitutionernas önskemål om en formell möjlighet att avstänga uppenbart olämpliga studenter från fortsatt undervisning. Vidare borde, enligt Socialtjänstkommittén, vissa moment i utbildningen förstärkas och fördjupas. (Delbet. s. 63 f.)

Förutsättningarna för äldreomsorgens organisation har förändrats avsevärt under det senaste decenniet. Förändringarna har tillsammans med nya reformer på äldre- och handikappområdet ställt ökade krav på handläggarnas utbildning och kompetens. Mot denna bakgrund belyste Socialtjänstkommittén i ovannämnda delbetänkande också hemtjänstassistenternas yrkesroll, arbetsfält och utbildning. Socialtjänstkommittén drog slutsatsen att hemtjänstassistenternas utbildning måste ligga på samma nivå som utbildningen av handläggare inom individ- och familjeomsorgen. En väl utvecklad samverkan mellan hemtjänstassistenter, sjuksköterskor, sjukgymnaster och arbetsterapeuter uppgavs vara en viktig förutsättning för en god kvalitet inom äldre- och handikappomsorgen och ett förverkligande av Ädelreformens intentioner.

Den sociala omsorgsutbildningen är, liksom socionomutbildningen, en högskoleutbildning som regleras i högskoleförordningen. Social omsorgsexamen uppnås efter fullgjorda kursfordringar om minst 100 poäng (examen nr 37), dvs. två och ett halvt års studier. Den sociala omsorgsutbildningen bedrivs vid vårdhögskolorna.

När det gällde den sociala omsorgsutbildningen konstaterade Socialtjänstkommittén bl.a. att utbildningen nästan aldrig tycktes ha varit helt i fas med verksamhetens kontinuerliga förändring och krav på kompetensutveckling. Vårdhögskolorna uppgavs sakna eller ha en bristfällig anknytning till forskarvärlden och vara präglade av både kvantitativa och kvalitativa brister. Socialtjänstkommittén gjorde den bedömningen att det sociala omsorgsprogrammet borde överflyttas till de universitet och högskolor som i dag har utbildningsprogram i socialt arbete och integreras med denna utbildning.

Högskoleverket (tidigare Kanslersämbetet) har på regeringens uppdrag utvärderat de medellånga vårdutbildningarna. Uppdraget omfattade dels utbildning vid vårdhögskolorna, dels sjukgymnastutbildning med statligt huvudmannaskap. Syftet med uppdraget var att få underlag för regeringens senare bedömningar av lärosätenas rätt att utfärda examina. Utvärderingen, som omfattar sammanlagt 113 utbildningsprogram som leder till 12 skilda yrkes- eller högskoleexamina, redovisades i april 1996 i rapporten Vårdutbildningar i högskolan En utvärdering, Högskoleverkets rapportserie 1996:7 R.

Högskoleverket anförde i sin rapport att samtliga granskade utbildningar på ett grundläggande plan var yrkesrelevanta. Av de 113 granskade utbildningsprogrammen bedömdes 69 vara högskolemässiga. Den sociala omsorgsutbildningen var en av de utbildningar som utifrån ett nationellt perspektiv karaktäriserades som svaga. I rapporten rekommenderades att sociala omsorgsutbildningens samtliga inriktningar samt utbildningen i missbrukarvård skulle anknytas till den statliga högskolans utbildningar i socialt arbete.

15.6 Finland

Den finska socialtjänstlagen innehåller bestämmelser som anger att det skall finnas behörighetsregler. Någon definition av vad som avses med socialtjänst ges inte i lagstiftningen. Inom socialtjänsten är det endast behörighetsvillkoren för att erhålla en viss tjänst som regleras. Socialarbetare kan tjänstgöra dels i den administrativa ledningen, dels inom vård-, omsorgs-, uppfostrings-, undervisnings- och rehabiliteringsområdena. I förordningen (nr 804) om behörighetsvillkoren för yrkesutbildad personal inom socialvården föreskrivs bl.a. att behörighetsvillkor för uppgiften som socialarbetare är för uppgiften lämplig högre högskoleexamen, i vilken ingår eller utöver vilken förvärvats tillräcklig utbildning på socialarbetets område, eller socialvårdsexa-

men. Med socialvårdsexamen likställs viss annan utbildning. Dispens från behörighetsregleringen ges, dock - enligt uppgifter till kommittén - inte i någon större omfattning.

Utbildningarna i Finland inom socialtjänst och hälsovård närmar sig varandra och det finns en gemensam grundexamen. Vård kan ges i familjehem. I det fallet finns inte något krav på en särskild yrkesutbildning, men den person som ansvarar för vården skall ha "lämplig utbildning".

Inom socialtjänsten finns det i Finland inte någon myndighet som utövar tillsyn. I stället blir det arbetsgivarens uppgift att kontrollera verksamheten. Man arbetar dock för närvarande med att ta fram ett förslag till lagreglering av privat social service. Den privata andelen social service är ganska omfattande. Avsikten är att dygnet-runt-service skall bli tillståndspliktig. Ett annat alternativ eller komplement som övervägs är möjligheten att utvidga förordningen om behörighetsvillkoren för yrkesutbildad personal inom socialvården till att avse även privat service. En särskild arbetsgrupp utreder frågan om behovet av en särskild lagstiftning för socialtjänsten. I Finland finns betydande inslag av frivillig verksamhet inom socialtjänsten.

15.7 Framställningar till kommittén

Kommittén har mottagit skrivelser från socionomer och vid en hearing har kommittén sammanträffat med representanter från Akademikerförbundet SSR och Sveriges Kommunaltjänstemannaförbund (SKTF).

SSR har framhållit behovet av ett legitimationsförfarande för socionomer. För legitimation bör, enligt SSR, krävas socionomexamen och viss yrkeserfarenhet under handledning. SSR ser gärna att legitimationsförfarandet förenas med en lämplighetsprövning och att det införs särskilda behörighetsregler för de olika socionomyrkena.

Vid diskussioner kring risker som kan vara förenade med socionomernas verksamhet har SSR anfört bl.a. följande. Socionomers yrkesutövning och handlande eller brist på handlande kan komma att avgöra om den enskilde skall ta allvarlig skada av en situation eller ett förhållande. Det kan t.ex. gälla vid barnmisshandel, vid skolmobbing, vid sexuella övergrepp mot barn, vid missförhållanden inom familjer eller vid psykiska och sociala störningar. Socionomers yrkesutövning är i sådana fall av avgörande betydelse för att lindra skador och förhindra bestående men. Vid myndighetsutövning inom socialtjänsten ingriper socialsekreteraren ofta i den enskildes liv som i situationer innebär risk för att den enskildes integritet, psykiska välbefinnande och hälsa kan komma att påverkas.

SSR har vidare anfört att socionomernas yrkesutövning vilar på vetenskaplig grund, att det finns omfattande forskning i socialt arbete och att utvecklingen av metoder i socialt arbete pågår.

Den största gruppen socionomer är enligt SSR verksam inom kommunal socialtjänst som socialsekreterare. I avsnitt 5 har kommittén redovisat ytterligare framställningar beträffande socionomer. I avsnitt 10.4.2 har kommittén diskuterat sjukhuskuratorerna.

SKTF har inför kommittén anfört att det politiska inflytandet över socionomernas verksamhet gör det svårt att driva ett legitimationskrav för socionomerna. Det bör dock, menar förbundet, finnas tydliga behörighetskrav för socionomtjänster.

15.8 Kommitténs överväganden

Socialtjänsten innefattar, som framgått, flera olika verksamhetsområden och berör ett mycket stort antal människor. Inom socialtjänsten finns yrkesfunktioner som innefattar bedömningar och ställningstaganden som i hög grad berör den enskilde. Vid myndighetsutövning inom socialtjänsten ingriper exempelvis socialsekreteraren många gånger i den enskildes liv på ett sätt som kan innebära risker för den enskildes integritet och psykiska välbefinnande. Det finns därför goda skäl att ställa höga krav på de personer som deltar i beslutsprocesser och handläggning av ärenden inom socialtjänsten. Utöver en god och adekvat utbildning krävs ofta personlig mognad och särskild lämplighet för yrket.

När det gäller frågan om legitimation och behörighetsreglering kan man vid en jämförelse med hälso- och sjukvårdspersonal peka på vissa skillnader. Den medicinska personalen har ett särskilt ansvar för sina medicinska åtgärder och står i detta hänseende endast under Socialstyrelsens tillsyn. Arbetsgivare och politiker kan inte ingripa och fatta beslut i strikt medicinska frågor. Inom socialtjänsten är den enskilde befattningshavaren på ett helt annorlunda sätt beroende av vad som beslutas av socialnämndens politiskt tillsatta ledamöter. Vid allvarligare ingripanden av tvångskaraktär är det också nämnden eller domstolen som fattar beslut. Även om det självfallet är av stor vikt att det beslutsunderlag som kan ha arbetats fram av enskilda tjänstemän inom socialtjänsten är av god kvalitet, är det nämnden eller domstolen som har det formella ansvaret. Inom socialtjänsten sätter nämnderna dessutom genom beslut och medelstilldelning på ett mer omedelbart sätt än inom hälso- och sjukvården upp gränser för tjänstemännens handlande. Redan av dessa anledningar kan det ställa sig svårt att införa en reglering inom socialtjänsten som motsvarar vad som gäller inom hälso- och sjukvården med sitt mera direkta ansvar för den enskilde befattningshavaren. Ett regelverk avpassat för socialtjänsten skulle därför av allt att döma åtminstone delvis behöva konstrueras på ett annat sätt än behörighetsregleringen av hälso- och sjukvården. Sannolikt skulle ett sådant regelverk kräva nya organisationsformer för tillsyn m.m. och därmed också medföra ökade kostnader.

Socialtjänsten skiljer sig också i vissa andra avseenden från verksamhet inom hälso- och sjukvården. En del av de beslut som fattas av tjänstemän inom den offentliga förvaltningen kan överklagas till allmän förvaltningsdomstol. Ett exempel på beslut som kan överklagas är beslut om bistånd till en persons försörjning och livsföring i övrigt. Lagstiftningen erbjuder också en möjlighet att ställa tjänstemän till ansvar för viss form av misskötsamhet. Således kan den tjänsteman som vid myndighetsutövning, på ett icke ringa sätt, uppsåtligen eller av oaktsamhet åsidosatt vad som gäller för uppgiften dömas för tjänstefel (20 kap. 1 § brottsbalken).

Utbildningsbakgrund och erfarenhet hos de personer som verkar inom socialtjänsten varierar, liksom inom många andra verksamhetsområden. Många har en socionomexamen som grundutbildning. Socionomutbildningen är emellertid närmast att betrakta som en generalistutbildning som inte leder till ett särskilt förutbestämt yrke. En till socionomutbildningen knuten legitimation skulle därför mera ha karaktären av bekräftelse av en examen.

För kommitténs del är det främst skillnaderna beträffande det personliga ansvaret i yrkesutövningen som föranlett ställningstagandet att ett legitimationsförfarande enligt modell från hälso- och sjukvården inte bör skapas för socialtjänstområdet. Denna ståndpunkt innebär emellertid inte att kommittén tagit ställning mot en behörighetsreglering inom socialtjänsten.

Som ett alternativ till en mera direkt överföring av hälso- och sjukvårdens behörighetsreglering skulle man kunna tänka sig en behörighetsreglering eller kompetensreglering knuten till vissa tjänster, möjligen med Finlands reglering som förebild. Socialtjänstkommittén kan sägas i viss mån ha slagit in på vägen mot en behörighetsreglering genom förslaget om en särskild bestämmelse att det för utförande av socialtjänstens uppgifter skall finnas personal med lämplig utbildning och erfarenhet. Bestämmelsen är visserligen mycket generellt formulerad, men syftar ändå till att framhålla hur viktigt det är att upprätthålla en hög kompetens och välja personer med lämplig bakgrund och personlighet till yrken inom socialtjänsten.

Kommittén har i andra sammanhang pekat på behovet av en lämplighetsprövning i samband med utbildningen eller antagningen till en utbildning. Regeringen har, som kommittén redovisat i avsnitt 6.6.5, föreslagit att ett särskilt prov skall få användas som urvalsinstrument vid antagning till utbildningar som leder fram till vissa yrken som ställer särskilda krav på personliga egenskaper eller särskild kompetens. Vård- och lärarutbildningarna har nämnts som exempel på utbildningar där denna typ av prov skall få användas. Enligt kommitténs uppfattning borde även vissa inriktningar av utbildningar som leder till yrken inom socialtjänsten kunna komma i fråga för sådan särskild prövning i samband med antagningen.

Beträffande två stora utbildningsvägar inom socialtjänsten, socionomutbildningen och den sociala omsorgsutbildningen har Socialtjänstkommittén lämnat förslag till förändringar. Även Högskoleverket har föreslagit förändringar beträffande den sociala omsorgsutbildningen. Kommittén anser att man bör avvakta den vidare behandlingen av förslaget till ny socialtjänstlag och förslagen beträffande utbildningarna inom socialtjänstområdet innan man överväger att införa en ny reglering för yrken inom socialtjänsten.

16 Mervärdesskatt på sjukvård, tandvård och social omsorg

Sammanfattning

Sjukvård, tandvård och social omsorg har i Sverige varit undantagna från skatteplikt för mervärdesskatt så länge den skatteformen tillämpats här. Detsamma gäller i övriga nordiska länder sedan 1960-talet, då mervärdesskatten infördes i dessa länder liksom i Sverige.

Kommitténs uppdrag i fråga om mervärdesskatten är främst att överväga om konsekvensändringar bör göras i denna till följd av de ändringar av behörighetslagstiftningen som kommittén föreslår. Vidare har i direktiven till kommittén framhållits att en del problem uppkommer genom att sjukvårdstjänster som tillhandahålls på sjukhus och liknande är skattefria men att samma tjänster i annan verksamhet inom sjukvårdens område är skattefria bara om de tillhandhålls av legitimerad personal.

De ändringar av behörighetslagstiftningen m.m. som kommittén föreslår avser inte tandvården och den sociala omsorgen. Övervägandena i fråga om mervärdesskatten avser därför endast sjukvården.

Kommittén har i fråga om behörighetsreglerna inom sjukvården föreslagit att utövare av ytterligare fyra yrken inom sjukvården - apotekare, receptarier, arbetsterapeuter och sjukhusfysiker - skall kunna få legitimation för yrket. Vidare har kommittén föreslagit att bland annat audionomer, biomedicinska analytiker, dietister och ortopedingenjörer skall få sin yrkestitel skyddad i deras yrkesutövning.

Kommittén har funnit att sjukvård som tillhandahålls av dessa yrkesutövare fyller de allmänna kraven för undantag från skatteplikt till mervärdesskatt och att skattebortfallet vid ett sådant undantag kan beräknas till uppskattningsvis omkring 6-7 milj. kr. Undantag från skatteplikt föreslås för sjukvård, som tillhandahålls av dessa yrkesgrupper. Sjukvårdstjänster som utförs på apotek av legitimerade apotekare och receptarier blir dock enligt kommitténs mening inte skattefria, då apotekarverksamheten bedrivs av Apoteksbolaget AB vilket inte enligt reglerna om mervärdesskatt kan tillhandahålla skattefri sjukvård. Om denna bedömning inte godtas, föreslår

kommittén att en bestämmelse införs i mervärdesskattelagen om att sjukvård som tillhandahålls av legitimerade apotekare och receptarier hos Apoteksbolaget AB inte undantas från skatteplikt. Vidare bör en uppföljning göras av verkningarna av de ändrade skattepliktsreglerna bl.a. avseende frågor om gränsdragningen mellan skattefria och skattepliktiga sjukvårdstjänster.

Frågan om skatteplikt för vård som ges av svenskutbildade kiropraktorer bör enligt kommitténs mening tas upp i samband med att regeringen behandlar utbildning och behörighet för dem efter en pågående särskild utredning. För alternativa behandlingsformer föreslår kommittén i övrigt inte några ändringar av mervärdesbeskattningen.

16.1 Inledning

Kommittén har fått i uppdrag att belysa de eventuella skattetekniska konsekvenserna av de förslag som kommittén lämnar. Som en bakgrund till uppdraget i denna del anförs i direktiven först att sjukvård, tandvård och social omsorg med vissa begränsningar är undantagna från skatteplikt enligt mervärdeskattelagen. Särskilt framhålls att begränsningen av skattefriheten för sjukvårdstjänster inom den privata sektorn till legitimerad personal vållat praktiska problem och kritiserats.

Kommitténs förslag i behörighetsfrågor torde inte beröra någon annan skatteform än mervärdesskatten. Om mervärdesskatten kan här i korthet sägas att den är en skatt på yrkesmässig omsättning av varor och tjänster. Den som tillhandahåller en tjänst är skattskyldig och skall redovisa och betala in till statskassan den mervärdesskatt som han tagit ut av kunden (patienten) för tjänsten, den s.k. utgående mervärdesskatten. Den beräknas som en viss procentuell andel av vederlaget (priset, betalningen e.d.) för tjänsten. Först får han emellertid dra av vad han betalat i mervärdesskatt för de insatsvaror (t.ex. maskiner, instrument, förbandsartiklar m.m.) och tjänster, som han skaffat i verksamheten s.k. ingående mervärdesskatt.

Tjänster, som enligt mervärdesskattelagens regler utgör sjukvård, tandvård eller social omsorg är undantagna från skatteplikt. Undantaget från skatteplikt för sjukvården gäller dock endast om vården ges av särskilt angivna vårdgivare. Inom den offentliga sektorn är det vård vid sjukhus och andra inrättningar som är undantagen från skatteplikt. Vid enskild verksamhet undantas dels vård som ges av legitimerade yrkesutövare, dels vård som ges vid godkända enskilda vårdhem (fr.o.m. den 1 januari 1997 vid inrättningar för sluten vård, SFS 1996:794).

Kommitténs förslag om ändringar i behörighetsregleringen kan få effekter på mervärdesbeskattningen. Det gäller i första hand den föreslagna utökningen av antalet legitimationsyrken. Vidare har begränsningen av skattefriheten inom den privata sektorn till legitimerade yrkesutövare kritiserats. Kritiken har bl.a. avsett bristande konkurrensneutralitet mellan ej legitimerade yrkesutövare som skall ta ut mervärdesskatt för sjukvårdstjänster som är likartade tjänster som är skattefria då de utförs inom den institutionella vården eller av legitimerade vårdgivare. Frågor som hör samman med detta problem har - vilket framhålls i direktiven - behandlats av Utredningen om vissa mervärdesskattefrågor bl.a. i betänkandet SOU 1992:121. Efter utredningens förslag har undantag från mervärdesskatt föreskrivits för naprapater och vissa fotvårdare. Utredningens förslag att även andra alternativa behandlingsformer och sjukvårdstjänster utanför den skattefria institutionella vården och vård som ges av legitimerade yrkesutövare skulle undantas från skatteplikt har behandlats i flera lagstiftningsärenden. Slutlig ställning till förslagen om en utvidgning av undantaget från skatteplikt för olika former av vård och omsorg borde dock enligt finansministerns uttalande i prop. 1993/94:225 tas först då vår kommitté avslutat sitt arbete (betr. berörda lagstiftningsärenden se avsnitt 16.3.1).

I de följande avsnitten finns först en beskrivning av reglerna i mervärdesskattelagen (1994:200) och EU:s principer om mervärdesskatt på tjänster inom sjukvården, tandvården och den sociala omsorgen (avsnitt 16.2). Därefter redovisas några lagstiftningsärenden som avsett skatteplikten dels för flertalet alternativmedicinska behandlingsformer, dels för fotvård, naprapati och kiropraktik (avsnitt 16.3). Avslutningsvis redovisas kommitténs ställningstaganden (avsnitt 16.4).

Mervärdesskatten utgår för närvarande enligt huvudregeln med 25 % av priset på de skattepliktiga varor och tjänster som den skattskyldige omsatt minus den ingående skatten.

Statsfinansiellt är mervärdesskatten den största statliga skatten. 1995 uppgick den till totalt ca 150 miljarder kr. Enligt statsbudgeten 1995/96 (18 månader) uppgår mervärdesskatten till cirka 168 miljarder kronor.

16.2 Regler om mervärdesskatt på sjukvård m.m.

16.2.1 Bakgrund

1968 års lag om mervärdeskatt

Regler om mervärdesskatt för varor och tjänster ingick ursprungligen i lagen (1968:430) om mervärdeskatt. Enligt 1968 års mervärdeskattelag beskattades i stort sett omsättningen (försäljning, byte, osv.) av alla slags varor som inte var särskilt undantagna från skatteplikt. Då det gällde tjänster förhöll det sig tvärtom. Tjänster beskattades inte, om de inte räknades upp i en relativt begränsad förteckning i lagen. I denna uppräkning ingick inte vårdtjänster eller omsorgstjänster som således inte var skattepliktiga.

1990 års skattereform

Inför den skattereform, som kom till stånd 1990, föranstaltade regeringen om utredningar avseende bl.a. en breddning av skattebasen, dvs. en utvidgning av de slag av verksamheter, varor m.m. som skulle beskattas.

Kommittén för indirekta skatter fick 1987 i uppdrag att undersöka förutsättningarna för en vidgad skattebas för mervärdesskatten till en generell varu- och tjänstebeskattning (Dir. 1987:30). En begränsning av möjligheterna till undantag från skatteplikt skulle utredas. Vidare skulle kommittén särskilt beakta de mervärdesskatteprinciper som tillämpades inom EG-länderna och det harmoniseringsarbete för mervärdesskatterna som pågick inom EG.

Kommittén föreslog i betänkandet SOU 1989:35 att en generell beskattning av varor och tjänster skulle införas. Med beaktande av vad som angetts i EG:s sjätte mervärdesskattedirektiv den 17 maj 1977 (77/388/EEG) avseende det skattepliktiga området skulle emellertid enligt kommittén vissa undantag från skatteplikt göras. Det gällde bl.a. för sjukvård, tandvård och social omsorg. I fråga om dessa regler och tolkningen av dem anförde kommittén bl.a. (Del I s. 107 f):

> Förutom den institutionsanknutna vården undantas sådan behandling av personer som är ett led i utövandet av läkaryrket ("the medical and paramedical professions") såsom detta yrke definieras i respektive medlemsstat. Omfattningen av vad som skall anses vara mervärdesskattefritt beror i hög grad på hur respektive medlemsstat definierar begreppen sjukvård, läkarvård etc. Sålunda torde det enligt uppgift inte stå i strid med direktivet att låta undantaget omfatta exempelvis psykologverksamhet,

sjukgymnastik, arbetsterapi, verksamheter i form av hälsohem och konvalescenthem samt homeopatverksamhet. Vad som däremot inte kan anses ingå i det skattefria området är sådana tjänster som närmast är att hänföra till skönhetsvård o.d. Enligt kommissionens uppfattning omfattar undantaget för sjukvård inte exempelvis en ögonläkares försäljning av glasögon. Däremot kan en offentligt subventionerad försäljning komma att bli mervärdeskattefri enligt de nedan behandlade undantagen för social omvårdnad. - I direktiven undantas från skatteplikt tjänster som tillhandahålls av tandtekniker samt tandproteser som tillhandahålls av tandtekniker eller tandläkare. Ytterligare undantas tillhandahållande av organ, blod och mjölk från människor, oberoende av om tillhandahållandet sker med eller utan anknytning till sjukvård.

Kommitténs förslag i fråga om sjukvården innebar i huvudsak att undantag från skatteplikt gjordes för institutionell vård och vård som tillhandahölls av legitimerad vårdgivare. I motiven till sitt förslag anförde kommittén bl.a (s. 195f).

Mervärdesskatten är en konsumtionsskatt. En generell mervärdesskatt på tjänster skall således även avse de s.k. personliga tjänsterna. I likhet med vad som gäller inom EG bör - av bl.a. sociala hänsyn - undantag dock göras för sjukvård, tandvård och social omvårdnad.(---)

Vid bestämmandet av skattefrihetens räckvidd bör beaktas följande. Skattefriheten bör i möjligaste mån inte nå så långt att den träffar skönhetsvård, allmän rekreation o.d. Gränsdragningen bör vara så enkel och klar som möjligt för att undvika tillämpningsproblem hos såväl de rörelsedrivande företagen som skattemyndigheterna. Skattefriheten bör i möjligaste mån hållas inom de allmänpolitiska målsättningarna för vilka typer av vård som bör ha stöd från samhället. (---) Av praktiska skäl bör uttryckligt undantag göras för vård som tillhandahålls av någon med särskild legitimation för att utöva yrke inom sjukvården.

Kommmitténs förslag om en breddad skattebas för mervärdesskatten med bl.a. undantag från skatteplikt för vård och omsorg antogs av riksdagen prop. 1989/90:111, SFS 1990:576).

1990 års skattereform innebar således en förändring av grundprincipen i 1968 års mervärdeskattelag då det gällde mervärdebeskattningen av tjänster. Genom skattereformen infördes den generella regeln att både varor och tjänster alltid är skattepliktiga till mervärdesskatt, om de inte undantagits särskilt i lagen. Denna grundregel överensstämde med gällande EG-regler. Vård- och omsorgstjänster undantogs från skatteplikt vid 1990 års skattereform enligt särskilda regler i 8 § och anvisningar till 8 §.

Efter 1990 års skattereform gjordes ett antal ändringar i lagen i fråga om undantagen från skatteplikt för vård- och omsorgstjänster. Det gäller bl.a. i fråga om medicinskt betingad fotvård; se vidare avsnitt 16.3.2.

16.2.2 Nuvarande reglering

Grundläggande regler

De nu gällande reglerna om undantag från skatteplikt för tjänster avseende sjukvård, tandvård och social omsorg finns i 3 kap. 4-7 §§ i 1994 års mervärdesskattelag (1994:200), ML. De svarar i stort sett mot de bestämmelser som genom 1990 års skattereform infördes i 8 § och anvisningarna till den paragrafen i 1968 års mervärdeskattelag.

Huvudregeln om undantag från skatteplikt för vårdtjänsterna finns i 3 kap. 4 §.

> Från skatteplikt undantas omsättning av tjänster som utgör sjukvård, tandvård eller social omsorg samt tjänster av annat slag och varor som den som tillhandahåller vården eller omsorgen omsätter som ett led i denna (3 kap. 4 § första stycket ML).

Grundläggande för regleringen är de definitioner avseende begreppen sjukvård, tandvård och social omsorg som enligt ML skall gälla vid mervärdebeskattningen. Till de grundläggande reglerna hör också generella bestämmelser om skattefrihetens omfattning i fråga om varor och tjänster inom vården och om vård som vårdgivaren ombesörjer genom uppdragstagare, entreprenad e.dyl. De definitioner som skall tillämpas vid mervärdesbeskattningen av vad som är skattefri sjukvård, tandvård och social omsorg finns i 3 kap. 5, 6 respektive 7 § ML.

> Med sjukvård förstås åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda eller behandla sjukdomar, kroppsfel och skador samt vård vid barnsbörd,
> - om åtgärderna vidtas vid sjukhus eller någon annan inrättning som drivs av det allmänna eller vid inrättningar som avses i 1 § stadgan (1970:88) om enskilda vårdhem m.m., eller
> - om åtgärderna annars vidtas av någon med särskild legitimation att utöva yrke inom sjukvården. Med sjukvård förstås även sjuktransporter som utförs med transportmedel som är särskilt inrättade för sådana transporter. Med sjukvård jämställs medicinskt betingad fotvård (3 kap. 5 § ML).

Fr.o.m. den 1 januari 1997 ersätts uttrycket "vid inrättning som avses i 1 § stadgan (1970:88) om enskilda vårdhem m.m." i paragrafens

första stycke av "inom enskild verksamhet, vid inrättningar för sluten vård" (prop. 1995/96:176, bet. 1995/96:SoU 18, SFS 1996:794).

> Med tandvård förstås åtgärder för att förebygga, utreda eller behandla sjukdomar, kroppsfel och skador i munhålan (3 kap. 6 § ML).
>
> Med social omsorg förstås offentlig eller privat verksamhet för barnomsorg, äldreomsorg, stöd och service till vissa funktionshindrade och annan jämförlig social omsorg (3 kap. 7 §).

Riksskatteverket (RSV) har meddelat rekommendationer m.m. om undantag från skatteplikt för sjukvård, tandvård och social omsorg. Dessa fanns ursprungligen i RSV:s meddelande RSV Im 1991:1. Från och med den 1 juli 1996 gäller meddelandet RSV S 1996:7.

a. Grundläggande definitioner

De grundläggande definitionerna av vad som vid mervärdesbeskattningen skall avses med sjukvård, tandvård och social omsorg finns således i 3 kap. 5, 6 respektive 7 § ML. I dessa definitioner avses

* med *sjukvård* åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda eller behandla sjukdomar, kroppsfel och skador samt vård vid barnsbörd,
* med *tandvård* åtgärder för att förebygga, utreda eller behandla sjukdomar, kroppsfel och skador i munhålan och
* med *social omsorg* offentlig eller privat verksamhet för barnomsorg, äldreomsorg, stöd och service till vissa funktionshindrade och annan jämförlig social omsorg.

RSV har i meddelandet RSV S 1996:7 kommenterat definitionen av sjukvård i ML:

> Med "åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar, kroppsfel eller skador" förstås sådana åtgärder som kan godkännas av Socialstyrelsen som sjukvård och som därmed ligger inom ramen för behörigheten att utöva sjukvårdsyrke enligt lagen (1984:542) om behörighet att utöva yrke inom hälso- och sjukvården (behörighetslagen). Vad som ligger utanför detta område, vanligen s.k. alternativvård och det som faller under lagen (1960:409) om förbud i vissa fall mot verksamhet på hälso- och sjukvårdens område, omfattas inte av begreppet sjukvård.
>
> För att uppfylla kravet på "medicinsk" skall åtgärderna stå i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet.
>
> Med "åtgärder för att förebygga" avses verksamhet som syftar till att förebygga uppkomsten av sjukdomar, t.ex. mödrahälsovården, eller åtgärder beträffande patienter som varit sjuka, t.ex. hjärinfarktpatienter, eller sådana som är sjuka, t.ex. vid kroniska sjukdomstillstånd.

Med "åtgärder för att utreda" avses en inom ramen för behörighetslagen utförd bedömning av patientens hälsotillstånd och bestämmande av behandlingsåtgärder, t.ex. en läkares diagnos eller en psykologbedömning.

Med "åtgärder för att behandla" avses sjukvårdsbehandlingar som står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet och som utförs inom ramen för behörighetslagen.

I anslutning till denna kommentar har RSV lämnat följande rekommendationer.

Begreppet sjukvård enligt ML bör inte helt anses motsvara begreppet sjukvård enligt hälso- och sjukvårdslagen. Sistnämnda begrepp bör dock användas till ledning vid tolkning av begreppet sjukvård enligt ML.

Som exempel på åtgärder som bör omfattas av undantaget för sjukvård kan nämnas: vaccinationer, akupunkter, allmän hälsoundersökning, mammografi, mödrahälsovård, läkarkonsultationer per telefon, samtalsstöd vid relationsstörningar, alkoholtest och andra rättsmedicinska undersökningar.

Som exempel på åtgärder som inte bör omfattas av undantaget för sjukvård kan nämnas: allmän kostrådgivning eller en psykologs handledning av och stöd åt vårdpersonal i deras yrkesutövning samt allmän rekreation och friskvård. Till undantagen sjukvård bör inte heller hänföras sådana bedömningar och utlåtanden i exempelvis körkorts- eller pensionsfrågor som grundas på analyser av medicinska intyg eller journaler. Här är närmast fråga om administrativa/konsultativa tjänster.

b. Vårdgivare

För tandvården och den sociala omsorgen ställs inte några kompletterande förutsättningar upp för att verksamheten skall vara undantagen från skatteplikt utöver vad som anges i de grundläggande definitionerna. Det är däremot fallet då det gäller sjukvården. För att sjukvård skall vara skattefri krävs det bl.a. att vården skall tillhandahållas av i 3 kap. 5 § ML föreskrivna *vårdgivare*. Dessa utgörs av följande tre kategorier

* institutionella vårdgivare inom den offentliga sektorn - sjukhus eller någon annan inrättning som drivs av det allmänna
* institutionella vårdgivare inom den privata sektorn - inrättning enligt 1 § stadgan om enskilda vårdhem m.m.; fr.o.m. den 1 januari 1997 enskild verksamhet vid inrättningar för sluten vård
* legitimerade yrkesutövare inom sjukvården.

Ändringen fr.o.m. den 1 januari 1997 i fråga om privata vårdinstitutioner till att avse enskild verksamhet vid inrättningar för sluten vård

är enligt propositionen inte avsedd att utgöra någon ändring i sak, se prop. 1995/96:176 s. 107.

RSV anför i sin Handledning för mervärdesskatt 1996 (s.83) beträffande den institutionella vården att skattefriheten omfattar all sjukvård som ges vid ovan nämnda inrättningar, oavsett vilken personalkategori som tillhandahåller den. Vid ett sjukhus finns, anförs det, olika personalgrupper som utan att vara legitimerade är sjukvårdspersonal. Eftersom det är institutionen som är vårdgivare och inte enskilda anställda, är enligt RSV den sjukvård som ges i sin helhet undantagen från skatteplikt.

c. Vårdens omfattning, led i vården, huvudsaklighetsprincipen m.m.

En annan grundläggande regel avser *omfattningen* av den verksamhet som skall anses utgöra sjukvård, tandvård och social omsorg. Denna gränsdragning regleras i 3 kap. 4 § ML. Enligt denna bestämmelse räknas till sjukvård, tandvård och social omsorg inte bara själva vård- och omsorgstjänsterna utan också tjänster av annat slag och varor som den som tillhandahåller vården eller omsorgen omsätter som ett led i vård- och omsorgsverksamheten. Även varor och tjänster som i sig är skattepliktiga kan således vara fria från mervärdesskatt om de kan ses som *ett led i vården*. Det gäller t.ex kryckor, proteser och andra hjälpmedel som vårdgivaren mot avgift tillhandahåller patienten. Inom den sociala omsorgen är t.ex. allt vad som tillhandahålls boende som ett led i omvårdnaden vid vårdhem, ålderdomshem och liknande institutionella vårdformer undantagna från skatteplikt. Skattefriheten omfattar däremot inte skattepliktiga varor och tjänster som vårdgivaren tillhandahåller vårdtagaren utan att det sker som ett led i vården. t.ex. försäljning av tandvårdsprodukter eller varor och tjänster som vårdtagaren tillhandahåller patienter efter fritt val, t.ex. varor som säljs i en cafeteria.

Enligt bestämmelsens ursprungliga utformning gällde som förutsättning för skattefrihet att tjänsten eller varorna inom vården och den sociala omsorgen skulle tillhandahållas direkt av vårdgivaren. Efter förslag av Utredningen om teknisk översyn av mervärdesskattelagen i betänkandet SOU 1992:6 undantogs upphandlade vårdtjänster, som en uppdragstagare tillhandhåller en vårdgivare, från skatteplikt (prop. 1991/92:122 s. 6 f, SFS 1992:190). Som ett exempel kan nämnas ett läkarföretag som tillhandahåller läkare för sjukvårdstjänstgöring på ett sjukhus. Kravet att vårdgivaren själv eller endast genom uppdragstagare skulle tillhandahålla vård- eller omsorgstjänster togs helt bort enligt ett förslag av Utredningen om vissa mervärdeskattefrågor (SOU 1992:121 s. 37-38, prop. 1993/94:99 s. 152). Därmed slogs det fast

att det som är avgörande i skattepliktsfrågan är innehållet i tjänsten och inte i vilket led tjänsten tillhandahålls.

Här kan också nämnas den s.k. *huvudsaklighetsprincipen* som kan ha betydelse för vilken verksamhet som skall vara skattefri på grund av reglerna om undantag för vård- och omsorgstjänster. Huvudsaklighetsprincipen innebär enligt RSV:s förenämnda handledning (s. 367) att skatteplikt för en tjänst bedöms utifrån dess huvudsakliga karaktär när prestationen utgör en helhet. När en skattepliktig prestation utgör ett underordnat led i en i övrigt skattefri verksamhet, t.ex. sjukvård, skall denna inte brytas ut och beskattas.

I samband med att förslag om den nya mervärdesskattelagen skulle läggas fram för riksdagen ansåg lagrådet att man i den nya regleringen skulle skriva in en presumtion för uppdelning av omsättning på dels varor, dels tjänster i en verksamhet, om de omsätts i samband med varandra. Departementschefen följde inte förslaget. Han uttalade bl.a. följande (prop. 1993/94:99 s. 137 och 138).

> Den princip som tillämpats i praxis beträffande exempelvis en tjänsteprestation som i dag innehåller flera *underordnade moment* bestående av andra tjänster eller varuöverlåtelser, men där avsikten ändå varit att tillhandahålla en enda tjänst, är snarast att bedöma prestationen utifrån dess huvudsakliga karaktär. Någon uppdelning av prestationen i olika delar har därför som regel inte skett. Först om prestationen bestått av flera olika var för sig klart avskiljbara delar har en uppdelning skett.

Ett nyligen avgjort fall avseende tillämpningen av huvudsaklighetsprincipen vid sjukvårdstjänster är Regeringsrättens dom den 5 juli 1996 i mål nr 1906-1995. Målet gällde ett bolag som bedrev privat sjukvård och för detta hade ett avtal med sjukvårdsdistriktet. Sjukvården skedde vid hembesök och för transporten av läkarna till och från patienterna anlitade bolaget ett fristående taxiföretag. Bolaget inkluderade kostnaderna för taxiresorna i sina fakturor till sjukvårdsdistriktet för den utförda sjukvården. Fakturabeloppet i sin helhet bedömdes vara undantaget från skatteplikt såväl av Skatterättsnämnden som av Regeringsrätten.

Kompletterande regler

Det finns i ML kompletterande regler i fråga om skatteplikten för vissa tjänster och varor inom sjukvården och tandvården.

Enligt 3 kap. 4 § ML är följande tjänster och varor undantagna från skatteplikt, nämligen

- kontroller och analyser av prover som tagits som ett led i sjukvården eller tandvården

- omsättning av vissa dentaltekniska produkter och tjänster avseende sådana produkter
- sjuktransporter och
- medicinskt betingad fotvård.

I 3 kap. 23 § finns det vidare ett undantag från skatteplikt för vissa uppräknade varor, bl.a.

- läkemedel som lämnas ut enligt recept eller säljs till sjukhus eller för in i landet i anslutning till sådan utlämning eller försäljning samt
- modersmjölk, blod och organ från människor.

Till förtydligande har en regel avseende skatteplikten för glasögon och andra synhjälpmedel förts in i 3 kap. 4 § andra stycket. Där föreskrivs att undantaget från skatteplikt inte gäller omsättning av glasögon eller andra synhjälpmedel även om varorna omsatts som ett led i tillhandahållande av sjukvård.

Kommittén anser, som framgår av avsnitt 16.4.3, att behörighetsregleringen bör ändras bl.a. för biomedicinska analytiker och för apotekare och receptarier. De särskilda kompletterande reglerna om undantag från skatteplikt för kontroller och analyser av prover och för läkemedel kan således vara av intresse. Dessa undantagsregler berörs därför något i det följande.

a. Kontroll och analys av prover

För att problem med konkurrenssnedvridning mellan laboratorier inom sjukvårdsinrättningar och fristående laboratorier skulle undvikas, föreslog Kommittén för indirekta skatter att fristående laboratoriers verksamhet med kontroll och analyser av prover skulle vara undantagen från skatteplikt (SOU 1989:35, del 1, s. 197). Förslaget, som endast avsåg prov och kontroller som tillhandahölls vårdgivaren, godtogs av riksdagen (prop. 1989/90:111, SFS 1990:573).

Genom en lagändring gäller skattefriheten numera för provanalyser och kontroller oavsett vem som beställt tjänsten (prop. 1993/94:99, SFS 1994:200). 3 kap. 4 § ML lyder nu i denna del: "Undantaget omfattar även kontroller och analyser av prov som tagits som ett led i sjukvården eller tandvården..."

Någon direkt tillämplig bestämmelse i sjätte mervärdesskattedirektivet som svarar mot undantaget från skatteplikt för provanalyser och kontroller finns, såvitt framgått, inte.

RSV har i meddelandet RSV S 1996:7 lämnat kommentarer och rekommendationer avseende kontroll och analys av prover. RSV anför att omsättning av kontroll- eller analystjänster av prover som tagits som ett led i sjukvård och tandvård undantas från skatteplikt. Vem som är beställare av tjänsten saknar betydelse (jfr. prop. 1993/94:99 s. 151). Ett fristående laboratorium kan således, anför RSV, skattefritt

tillhandahålla sådana analystjänster åt en vårdgivare eller någon annan. Undantaget gäller, sägs det, t.ex. analys av blod eller röntgenbilder. Härefter har RSV lämnat följande rekommmendationer:

> Klinisk läkemedelsprövning, som läkemedelsföretag utför i samarbete med vårdgivare, bör inte anses omfattas av undantaget.
> Graviditetstest vid apotek bör inte heller omfattas av undantaget eftersom provet inte tas som ett led i sjukvård.

b. Läkemedel

Kommittén för indirekta skatter anförde inför 1990 års skattereform följande om beskattningen av läkemedel (SOU 1989:35, del 1, s. 197-198).

> Den nuvarande regeln om skattefrihet för vissa läkemedel avviker från den skatteplikt som gäller inom EG enligt EG:s sjätte direktiv. Frågan om skatteplikt för de undantagna läkemedlen är närmast en fråga om kostnaderna i den allmänna sjukförsäkringen och för landstingen. I avvaktan på att dessa aspekter vidare utreds bör skattefriheten för tillhandahållande av läkemedel bestå.

Förslaget godtogs av riksdagen (prop. 1989/90:111, SFS 1990:573).

Bestämmelserna om skattefrihet för vissa läkemedel finns nu i 3 kap. 23 § 2 ML. Enligt bestämmelsen avser skattefriheten "läkemedel som lämnas ut enligt recept eller säljs till sjukhus eller förs in i landet i anslutning till sådan utlämning eller försäljning".

I betänkandet (SOU 1994:88) har Utredningen om teknisk EG-anpassning anfört följande om mervärdesskatten på läkemedel (s. 118-119):

> När det gäller det svenska undantaget för läkemedel enligt 3 kap. 23 § 2 ML kan konstateras att det sjätte direktivet inte innehåller något motsvarande undantag från skatteplikt. Sverige har emellertid i anslutningsfördraget med EG erhållit rätt att från skatteplikt undanta läkemedel när det säljs till sjukhus eller mot recept. Det svenska undantaget för läkemedel kan därför kvarstå.

RSV har inte kommenterat undantaget från skatteplikt för läkemedel i sina meddelande om mervärdesskatten.

c. Medicinskt betingad fotvård

Här kan vidare nämnas något om det undantag för medicinskt betingad fotvård som införts 1993 i enlighet med förslag i prop. 1992/93:190 (SFS 1993:642); se vidare under avsnitt 16.3.2. Även i Danmark undantas vissa former av fotvård från mervärdesskatt. RSV har i meddelandet RSV S 1996:7, med hänvisning till propositionen, lämnat följande kommentarer till undantaget:

> Med medicinskt betingad fotvård avses fotvård som utförs efter indikation som motiverar särskilda fotvårdsinsatser. Fotvård som innefattar något moment av skönhetsvård eller som tillhandahålls för att öka det allmänna välbefinnandet omfattas inte. Enbart sådan fotvård som är föranledd av fotåkomma eller som ges på grund av t.ex. nedsatta kroppsfunktioner omfattas av undantaget för sjukvård (se prop. 1992/93:190 s.15).

16.2.3 Sjätte mervärdesskattedirektivet

Som tidigare nämnts har ett omfattande arbete alltsedan 1990 års skattereform pågått för att harmonisera de svenska reglerna om mervärdesskatt med mervärdesbeskattningen inom EU (EG).

Mervärdesbeskattningen har en vidsträckt internationell tillämpning. Den är obligatorisk inom EU-länderna. Harmoniseringen mellan EU-ländernas mervärdesskattesystem styrs av ett antal mervärdesskattedirektiv. För bestämningen av skattebasen, dvs. bland annat vilka tjänster som skall vara skattepliktiga inom EU, är det tidigare nämnda sjätte mervärdesskattedirektivet från 1977 grundläggande (Sjätte Rådsdirektivet av den 17 maj 1977 om harmonisering av medlemsstaternas omsättningsskatter - Gemensamt system för mervärdesskatt: enhetlig skattebas; 77/388/EEC).

Ändringar och tillägg har gjorts genom senare direktiv, främst 1991 i samband med öppnandet av den inre marknaden. Genom det sjätte direktivet, som är bindande för hur mervärdesskattelagstiftningen i medlemsländerna skall vara utformad, har skattebasen angivits tämligen detaljerat, dvs. vilka varor och tjänster som skall vara skattepliktiga. Emellertid lämnar direktivets bestämmelser ofta en tämligen vid ram för de enskilda staternas utformning av undantagen från skatteplikt.

I betänkandet (SOU 1994:88) Mervärdesskatten och EU, som avgivits av Utredningen om teknisk EG-anpassning av de indirekta skatterna, lämnas en redogörelse för innehållet i det sjätte mervärdesskattedirektivet och om svensk konformitet med EG-reglerna m.m.

I SOU 1994:88 redovisas de obligatoriska undantagen från skatteplikt inom EG vad gäller sjukvård, tandvård och social omsorg

(inklusive skyddet av barn och unga). Dessa finns i artikel 13.A 1 punkterna b - h och p i sjätte direktivet.

I fråga om sjukvård undantas enligt direktivet i huvudsak sjukhusvård och annan sjukvård som tillhandahålls av offentligrättsliga institutioner eller av privata institutioner om de behörigen godkänts av respektive medlemsstat som sjukvårdsinstitution och om sjukvården tillhandahålls under sociala former motsvarande vad som gäller för de offentligrättsliga institutionerna. Aktiviteter/förehavanden med nära anknytning till vården undantas också (artikel 13.A 1 b).

Förutom den institutionsanknutna vården undantas från beskattning, anförs det, ombesörjande av medicinsk vård/behandling av personer för såvitt behandlingen utgör ett led i utövandet av läkaryrket såsom detta yrke definieras i respektive medlemsstat (artikel 13.A I c). Utöver behandling utförd av läkare omfattas också behandling företagen av personer med yrken som anknyter till läkaryrket. Från skatteplikt inom sjukvårdsområdet undantas vidare tillhandahållande av mänskliga organ, blod och mjölk (artikel 13.A 1 d), sjuktransporter (artikel 13.A 1 p) och tjänster som tillhandahålls av tandtekniker samt tandproteser som tillhandahålls av tandläkare eller tandtekniker (artikel 13.A 1 e).

I fråga om social omvårdnad undantas, anförs det, tillhandahållande av varor och tjänster med nära anknytning till socialt bistånd och sociala trygghetsanordningar (artikel 13.A 1 g). Vidare undantas tillhandahållande av varor och tjänster med nära anknytning till skyddet av barn och ungdom (artikel 13.A 1 h). Beträffande kraven på det tillhandahållande subjektet uppställs villkor snarlika de som gäller för sjukvården.

Skattebefrielse för sjukvård och socialvård (inklusive skyddet av barn och ungdom) gäller enligt utredningen inte om sådan befrielse inte är väsentlig för utförandet av det aktuella slaget av transaktioner eller om sådan befrielse främst innebär möjlighet för subjektet att få ytterligare intäkter vid direkt konkurrens med mervärdesskatteskyldiga kommersiella företag (artikel 13.A 2 b). Beträffande samma verksamhetsområden finns det ytterligare en reglering, nämligen att en medlemsstat får uppställa vissa villkor för att privaträttsliga subjekt skall få åtnjuta skattebefrielse, såsom att subjektet inte får vara vinstdrivande m.m. (artikel 13.A 2 a).

Utredningen behandlar därefter svensk EG-konformitet i fråga om mervärdesskattereglerna om undantag från skatteplikt för vård- och omsorgstjänster. Utredningen anför att ML:s bestämmelser om skattebefrielse på detta område i allt väsentligt överensstämmer med motsvarande regler i sjätte direktivet. Genomgången av sistnämnda regler ger också enligt utredningen vid handen att omfattningen av vad som skall anses vara mervärdesskattefritt i hög grad beror på hur de

enskilda medlemsstaterna definierar begreppen sjukvård, läkarvård etc. Det finns således en betydande nationell handlingsfrihet.

16.3 Mervärdesskatt på alternativa behandlingsformer, kiropraktik m.m.

Under senare år har en utvidgning av undantaget från skatteplikt för sjukvård till att avse tjänster av ytterligare yrkesgrupper aktualiserats. Det har gällt en skattebefrielse för tjänster av alternativmedicinare, mera generellt. En sådan skattebefrielse har varit föremål för överväganden och lagförslag. Vidare har skatteplikten för tjänster som tillhandahålls av vissa fotvårdare, naprapater och kiropraktorer tagits upp i flera lagstiftningsärenden. Dessa beskrivs kort i det följande.

16.3.1 Alternativa behandlingsformer

Utredningen om vissa mervärdesskattefrågor föreslog i betänkandet SOU 1992:121 ett generellt undantag från skatteplikt för alternativmedicin och alternativa terapier. (I betänkandet föreslogs också bland annat skattefrihet för medicinskt betingad fotvård, se avsnitt 16.3.2) Den av utredningen förslagna skattefriheten för alternativa behandlingsmetoder var avsedd att omfatta merparten av de mest förekommande alternativmedicinska behandlingsformerna i Sverige. Undantaget från skatteplikt skulle bygga på förutsättningen att en patient söker vård för en sjukdom, skada eller ett kroppsfel samt att vårdgivaren gör en individuell utredning av vårdbehovet och därefter utför en individuellt anpassad behandling. Skattefriheten avsågs inte omfatta skönhetsvård, allmän rekreation eller icke medicinskt betingad förebyggande friskvård. Förändringen fick enligt utredningen utgå från patientens behov sett ur dennes perspektiv snarare än vad som ur strikt medicinsk synpunkt kunde anses vara adekvat vård (SOU 1992:121 s. 35-37). Den föreslagna regeln i lagen om mervärdeskatt hade följande lydelse:

> Med sjukvård jämställs annan individuellt utförd utredning eller behandling av sjukdom, kroppsfel eller skada, under förutsättning att åtgärderna är anpassade till resultatet av en individuell undersökning av den vårdsökande, samt medicinskt betingad fotvård, allt under förutsättning att åtgärderna inte är förbjudna enligt lag.

Utredningsförslaget presenterades i prop. 1992/93:190, men något förslag om skattefrihet för de alternativa behandlingsmetoderna lämnade inte. Skatteutskottet hemställde emellertid i betänkandet

1992/93SkU26 att riksdagen skulle ge regeringen till känna att regeringen snarast skulle återkomma med förslag av denna innebörd. Riksdagen biföll utskottets hemställan (rskr. 1992/93:420).

I prop. 1993/94:225 behandlades utredningsförslaget om skattefrihet för alternativmedicin. Där angavs i fråga om remissbehandlingen att förslaget avstyrkts av Socialstyrelsen, RSV, Konsumentverket, Kammarrätten i Stockholm, Svenska Kommunförbundet, Landstingsförbundet, Civilekonomernas Riksförbund, Sveriges Psykologförbund och Svenska Chiropraktikersällskapet men tillstyrkts av samtliga remissinstanser som representerar yrkesutövare av alternativmedicinska behandlingsformer. Övriga remissinstanser hade tillstyrkt eller lämnat förslaget utan erinran.

Departementschefen anförde (s. 19-20):

> Utformningen av undantaget från skatteplikt medför att alternativa behandlingsmetoder och terapier inte omfattas av skattefriheten. Enligt utredningen har denna ordning kritiserats för att leda till konkurrenssnedvridningar inom vårdområdet. Utredningen har särskilt pekat på att det inom den institutionella vården ibland tillhandahålls kompletterande behandlingar som är underordnande sjukvårdstjänsten som helhet och därmed skattefria. När motsvarande behandlingar utförs utanför den institutionella vården som separata tjänster omfattas de däremot av skatteplikten. Utredningen har också anfört att konsumtions- och konkurrensneutralitetsskäl talar för att det är patientens behov i en sjukdomssituation sett ur dennes perspektiv snarare än vad som ur strikt medicinsk synpunkt kan vara adekvat vård som skall vara avgörande för vad som skall omfattas av skattefriheten för sjukvårdstjänster.
>
> De remissinstanser som har avstyrkt förslaget har bl.a. anfört att det ger upphov till betydande gränsdragningsproblem och att åtgärder på mervärdesskatteområdet bör avvaktas till dess Alternativmedicinkommitténs betänkande (SOU 1989:60) har behandlats och lett till lagstiftningsåtgärder.
>
> Regeringen delar uppfattningen att utredningens förslag kan ge upphov till gränsdragningsproblem. Regeringen anser också att utformningen av förslaget kan komma att medföra en skattefrihet som är betydligt vidare än vad utredningen avsett. Till detta kommer att de statsfinansiella kostnaderna för ett undantag från skatteplikt med denna innebörd enligt utredningens beräkningar uppgår till drygt 100 miljoner kronor. Regeringen anser att det nu inte finns något statsfinansiellt utrymme för att utvidga det skattefria området på det sätt utredningen föreslagit.
>
> Inom regeringskansliet bereds för närvarande ett förslag om legitimation för naprapater. Såsom mervärdesskattelagens undantag för omsättning av sjukvårdstjänster är utformat kommer

undantaget att omfatta även denna yrkesgrupp när legitimation införs.

Vidare har regeringen lämnat direktiv (dir. 1994:2) till en parlamentarisk kommitté som skall göra en samlad översyn av principerna för legitimation och behörighet samt lämna förslag bl.a. i frågan om legitimation och behörighetsföreskrifter för olika yrkesutövare inom hälso- och sjukvården och näraliggande områden. Starka skäl talar enligt regeringens uppfattning för att ett ställningstagande i fråga om en utvidgning av undantaget från skatteplikt för sjukvårdstjänster bör avvaktas till dess detta arbete har avslutats.

I sitt betänkande 1993/94 nr 30 instämde Skatteutskottet i regeringens bedömning att skattefriheten för alternativa behandlingsmetoder då inte borde genomföras. Riksdagen delade denna uppfattning.

16.3.2 Medicinskt betingad fotvård

Förslag om skattefrihet för medicinskt betingad fotvård framställdes av Utredningen om vissa mervärdesskattefrågor i betänkandet SOU 1992:121 (s. 38-40) tillsammans med förslaget om skattefrihet för alternativmedicin. Förslaget om undantag från skatteplikt för medicinskt betingad fotvård lades fram i prop. 1992/93:190. Departementschefen anförde (s. 15):

> Utredningen har föreslagit att medicinskt betingad fotvård skall undantas från skatteplikt. Jag har samma uppfattning. Med medicinsk fotvård avses behandling och åtgärder som anses ligga inom hälso- och sjukvårdens ansvarsområde och som är av vikt för att undvika komplikationer vid vissa sjukdomstillstånd. Det gäller t.ex. diabetes, ledgångsreumatism, psoriasis, vissa cirkulations- och hudsjukdomar m.m. Sådan fotvård tillhandahålls i betydande utsträckning efter ordination eller anvisning av den som behandlar grundsjukdomen. Starka skäl talar enligt min uppfattning för att denna typ av fotvård bör omfattas av undantaget från skatteplikt för sjukvård. (---) Enbart sådan fotvård som är föranledd av fotåkomma eller ges på grund av t.ex. nedsatta kroppsfunktioner skall enligt utredningen omfattas av undantaget. Jag anser att denna avgränsning är väl avvägd och ansluter mig därför till utredningens förslag.

Riksdagen godtog förslaget (bet. 1992/93:SkU 126, SFS 1993:642). Den nya bestämmelsen har tagits in i 3 kap. 5 § ML med definitionen av sjukvård. Där sägs nu att med sjukvård jämställs medicinskt betingad fotvård.

16.3.3 Kiropraktorer och naprapater

Efter förslag av Alternativmedicinkommittén i betänkandet SOU 1987:12 infördes legitimation för de kiropraktorer som har examen som Doctor och Chiropractic från utländsk skola (prop. 1988/89:96, SFS 1989:407). Genom legitimationen undantogs dessa kiropraktorers verksamhet från skatteplikt.

I prop. 1993/94:145 föreslogs att kiropraktorer utbildade vid Skandinaviska Chiropraktorskolan och naprapater utbildade vid Naprapathögskolan skulle kunna få legitimation. Frågan om legitimation av kiropraktorer och naprapater hade dessförinnan behandlats flera gånger av riksdagen och Socialutskottet. I propositionen angavs vidare att naprapati som ges av en legitimerad yrkesutövare skulle komma att omfattas av undantaget från mervärdesskatteplikt för sjukvård och att detsamma skulle gälla den nya grupp kiropraktorer som enligt förslaget skulle kunna få legitimation. I propositionen anfördes att det årligen utförs cirka en miljon naprapatbehandlingar på 200.000 patienter. I det sammanhanget anfördes också att förslaget inte kunde beräknas medföra några betydelsefulla kostnadskonsekvenser för samhället och enskilda.

Riksdagen antog förslaget, såvitt avsåg naprapaterna, men avslog i enlighet med Socialutskottets betänkande 1993/94:24 förslaget om legitimation av de svenskutbildade kiropraktorerna.

16.4 Kommitténs ställningstagande

16.4.1 Bakgrund

Mervärdesskattesystemets ursprungliga uppbyggnad i Sverige med i princip skattefrihet för hela tjänstesektorn ersattes i samband med 1990 års skattereform vid anpassning till EG:s skattedirektiv med en generell skatteplikt för omsättning av tjänster. Den generella skatteplikten för tjänster genombröts emellertid av ett antal undantag. I överensstämmelse med EG:s regler om mervärdesskatt i gemenskapens sjätte mervärdesskattedirektiv föreskrevs då i den svenska lagen om mervärdesskatt att sjukvård, tandvård och social omsorg skulle vara skattefria.

De ursprungliga definitionerna från 1990 års lagstiftning av vilka vård- och omsorgstjänster som skulle vara skattefria överensstämmer i huvudsakliga delar med de nu gällande reglerna i 3 kap. nya mervärdesskattelagen (1994:200, ML). De avser för det första den grundläggande definitionen av vad som skall anses vara sjukvård, nämligen "åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda eller behandla sjukdomar, kroppsfel och skador samt vård vid barnsbörd". Det andra

huvudsakliga kravet gäller vårdgivaren, som skall vara antingen ett allmänt sjukhus e.dyl. eller en inrättning enligt stadgan om enskilda vårdhem m.m. eller också en legitimerad yrkesutövare inom sjukvården. Ett antal regler har därutöver tillagts eller ändrats i stort sett som ett led i harmoniseringen med EG:s mervärdesskattedirektiv (se avsnitt 16.2.2 och 16.2.3).

Kommitténs överväganden kommer i första hand att avse frågan om de nya legitimationsyrken som kommittén föreslagit och yrkesutövare som nu särskilt föreslagits få skyddade yrkestitlar skall åtnjuta samma frihet från mervärdesskatt som de vårdgivare inom sjukvården som nu är legitimerade yrkesutövare.

Med anledning bl.a. av tidigare lagstiftningsärenden berör kommittén också frågor om mervärdesskatt på den verksamhet som bedrivs av kiropraktorer, utbildade vid Skandinaviska Kiropraktorhögskolan, och på andra alternativa behandlingsformer. I samband med att skatteplikten för farmaceuternas verksamhet behandlas berör kommittén Apoteksbolaget AB:s ställning som mervärdesskatteskyldig vårdgivare.

Vad gäller de nya legitimationsyrkena förutsätter den nuvarande mervärdesskatteregleringen att sjukvård som ges av en legitimerad vårdgivare är undantagen från skatteplikt. En klar presumtion gäller därför för att sjukvård som ges av de yrkesutövare som föreslås bli legitimerade skall vara skattefri. Endast om alldeles särskilda skäl föreligger bör det kunna övervägas att inte medge undantag från skatteplikt för vårdgivare som tillhör ett legitimationsyrke. Den bedömningen liksom bedömningen av beskattningen av sjukvård, meddelad av yrkesutövare som föreslås få skyddad yrkestitel, får göras mot bakgrund av de motiv för skattefriheten som uttalats från statsmakternas sida. Vidare måste förslag om en eventuell utvidgad skattefrihet ses mot sjukvårdsbegreppet och begreppet vårdgivare i ML. Avgörande betydelse måste även fästas vid vad som i EU:s direktiv avses med sjukvård och vilka yrkesutövare som därmed kan komma i fråga för skattefrihet. Även statsfinansiella aspekter måste vägas in.

16.4.2 Allmänna förutsättningar för undantag från skatteplikt för sjukvård

I de ursprungliga motiven i SOU 1989:35 för regeln om undantag från skatteplikt för sjukvård framhöll Kommittén för indirekta skatter bland annat följande förhållanden som borde beaktas vid bestämmandet av skattefrihetens räckvidd (jfr avsnitt 16.1).

- Gränsdragningen bör vara så enkel och klar som möjligt för att undvika tillämpningsproblem.

- Av praktiska skäl bör uttryckligt undantag göras för vård som tillhandahålls av någon med särskild legitimation att utöva yrke inom sjukvården.
- Omfattningen av vad som skall anses vara mervärdesskattefritt beror i hög grad på hur respektive medlemsstat definierar begreppen sjukvård, läkarvård etc.
- Skattefriheten bör i möjligaste mån hållas inom de allmänpolitiska målsättningarna för vilka typer av vård som bör ha stöd från samhället.

Generellt sett torde några beaktansvärda svårigheter inte föreligga att avgränsa de grupper av yrkesutövare som kommittén föreslår bli legitimerade - apotekare, receptarier, arbetsterapeuter och sjukhusfysiker - eller den verksamhet som utförs av dessa grupper och är hänförlig till sjukvård. Detsamma torde gälla de yrkesutövare som därutöver enligt kommittén bör erhålla skyddad yrkestitel, nämligen audionomer, biomedicinska anlytiker, dietister och ortopedingenjörer. Den verksamhet som bedrivs av dessa yrkesgrupper bedöms också som samhällsnyttig i den mening som anges i ovanstående motiv för reglerna om undantag från skatteplikt.

De allmänna förutsättningar för undantag från skatteplikt som angetts ovan får således anses föreligga för de nu diskuterade yrkesgrupper för vilka kommittén föreslår ändrade behörighetsregler. Den vård som dessa yrkesutövare ger utförs till allra största delen inom den allmänna sektorn. I den förhållandevis ringa utsträckning som de är vårdgivare i enskild verksamhet kan många skäl tala för att den vård de ger stöds genom samma frihet från mervärdesskatt som gäller för motsvarande institutionella vård.

Som angetts i avsnitt 16.2.3 har Utredningen om teknisk EG-anpassning i betänkandet SOU 1994:88 funnit att undantagen från skatteplikt i ML vad gäller sjukvård - efter vissa numera genomförda ändringar - i allt väsentligt överensstämmer med EG:s mervärdesskattedirektiv.

16.4.3 Överväganden och förslag

Som kommittén anfört under föregående punkt får de allmänna förutsättningarna för undantag från skatteplikt anses föreligga beträffande sjukvård som ges av yrkesutövare inom de nya legitimationsyrkena och de vid föregående punkt nämnda yrkena som därutöver föreslås få skyddad yrkestitel. Ett förslag om sådant undantag skall dock bedömas också med hänsyn till dess statsfinansiella effekter. Vidare får vid skattepliktsbedömningen även beaktas speciella förhållanden, som t.ex. i vad mån en legitimerad yrkesutövare, som ger viss vård, är en sådan vårdgivare, som sägs i 3 kap.

5 § ML. Detta är en förutsättning för att hans sjukvårdstjänster liksom tjänster av annat slag och varor, som omsätts som led i sjukvård, enligt 3 kap. 4 § skall undantas från skatteplikt (jfr. avsnitt 16.2.2 punkterna b och c).

För sjukvårdstjänster av övriga yrkesutövare som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen - bl.a. specialistsjuksköterskor som föreslås få skyddad yrkestitel - har kommittén inte funnit att det föreligger skäl att diskutera skattepliktsförhållandena.

I det följande behandlar kommittén under punkt a. Apotekare och receptarier, punkt b. Arbetsterapeuter och sjukhusfysiker samt punkt c. Audionomer, biomedicinska analytiker, dietister och ortopedingenjörer. Vidare tas frågan om mervärdesskatt på vård av svenskutbildade kiropraktorer upp under punkt d. och av utövare av alternativa behandlingsformer under punkt e.

Vid beräkningen av de statsfinansiella effekterna av förslag om undantag från skatteplikt för de yrkesutövare som nu nämnts har viss utredning inhämtats från Finansdepartementets enhet SE/SkA. Utredningen har gjorts av departementssekreteraren Urban Hansson Brusewitz. Därvid har angetts att bruttobudgeteffekten för staten av en skattebefrielse för vissa yrken kan uppskattats med hänsyn till en beräknad förädlingseffekt av 57 procent vad gäller näringsgrenen SNI 85149 som omfattar icke legitimerad hälso- och sjukvård, medicinsk service (laboratorieverksamhet, blodcentraler, syn och hörselcentraler), tandhygienistverksamhet, paramedicinsk vård (arbetsterapi, sjukgymnastik, kurator- och psykologverksamhet) samt ambulanstransporter. Den formel som kan tillämpas är följande: X x 0,57 x 0,25, där X = omsättningen, 0,57 = förädlingseffekten och 0,25 skattesatsen. Beräkningsmetoden används i vissa fall i det följande. Även för skatteberäkningen avseende de alternativa behandlingsformerna och för de svenskutbildade kiropraktorerna har vissa uppgifter lämnats i förenämnda utredning.

Flera yrkesorganisationer har framfört att man vid uppskattningen av de samhällsekonomiska effekterna av ett utökat antal skattebefriade vårdyrken och vårdformer bör beakta bl.a. att en sådan utökning medför en minskad belastning av den allmänna sjukvården och en positiv inverkan på folkhälsan genom lägre kostnader för patienterna.

a. Apotekare och receptarier

Antalsuppgifter m.m. om farmaceuterna (apotekare och receptarier) finns in avsnitt 5. Enligt uppgift från apotekare Ulf Janzon, generalsekreterare i Nordiska läkemedelsnämnden, fanns år 1994 närmare 7.000 yrkesverksamma farmaceuter. Cirka 5.700 var verksamma inom Apoteksbolaget AB, cirka 1.000 inom läkemedelsindustrin och övriga,

knappt 300, inom offentlig verksamhet i första hand Läkemedelsverket och Farmaceutiska fakulteten. Ulf Janzon har vidare i en promemoria till kommittén diskuterat konsekvenserna för statens intäkter av mervärdessskatt vid en legitimering av farmaceuter. Som bakgrund hänvisas först till de allmänna reglerna om undantag för sjukvård från skatteplikt i 3 kap. 4 och 5 §§ ML samt till bestämmelsen i 3 kap. 23 § enligt vilken läkemedel som lämnas ut enligt recept eller säljs till sjukhus är undantagen från skatteplikt. I promemorian anförs bl.a. följande:

> Vid en legitimering av farmaceuter (apotekare och receptarier) kommer en förändring av mervärdesskatteuttaget att ske för farmaceutiska tjänster som utgör sjukvård och som säljs direkt till patienten, samt varor som omsätts som ett led i dessa tjänster. I pengar är försäljningen av receptfria läkemedel i samband med egenvårdsrådgivning viktigast.
>
> Rådgivning av farmaceut avseende behandling av enklare sjukdomar och med denna sammanhängande försäljning av receptfria läkemedel, så kallade egenvårdsläkemedel, direkt till patient blir enligt min tolkning undantagna från mervärdesskatt om farmaceuter legitimeras. Detta får ekonomiska konsekvenser för statens intäkter av mervärdesskatt. (---)
>
> Det är i sammanhanget viktigt att poängtera att egenvård ger stora besparingar för staten genom att onödiga besök i primärvården kan undvikas, givetvis förutsatt en hög kvalitet i rådgivningen och där annat än enklare sjukdomar slussas vidare till primärvården.
>
> Idag är situationen den att receptfria läkemedel normalt blir billigare för patienten om denne besöker en läkare och får sina receptfria läkemedel på recept jämfört med om patienten köper samma läkemedel direkt på apoteket. Detta gäller även då läkemedel inte omfattas av läkemedelsförmånssystemet. Detta ger patienten fel signaler och kan därmed motverka ett rationellt utnyttjande av hälso- och sjukvårdens resurser.
>
> Med det alternativ som jag förespråkar, att tjänster som utförs av legitimerade farmaceuter, i likhet med andra legitimerade yrkesutövare i sjukvården, undantas från mervärdesskatt och att inget undantag görs för receptfria läkemedel, oavsett om dessa förskrivs på recept eller inte, fås årliga besparingar för staten på mellan 50 och 100 miljoner kr.(---)
>
> Apoteksbolaget AB är den dominerande arbetsplatsen för Sveriges farmaceuter. Cirka 50 % av apotekarna och 90 % av receptarierna arbetar inom bolaget som har ensamrätt till detaljhandel med läkemedel, exklusive s.k. naturläkmedel och ytterligare några mindre varugrupper. Andra viktiga arbetsplatser för farmaceuter är läkemedelsindustrin och olika myndigheter. Denna PM är koncentrerad på apoteksfarmaceuter då det är inom

deras verksamhetsområde som en legitimering av farmaceuter kan ge konsekvenser för statens mervärdesskatteintäkter.

All detaljhandel med läkemedel bedrivs i dag av Apoteksbolaget AB. Två grupper läkemedel är undantagna från mervärdesskatt, läkemedel på recept och läkemedel som levereras till sjukhus. Den totala försäljningen (mätt i AUP, apotekens försäljningspriser) av läkemedel på recept var 1995 13.802 miljoner kr. och försäljningen till sjukhus 2.188 miljoner kr. Den för läkemedel på recept angivna försäljningen omfattar både receptbelagda och receptfria läkemedel. Samma situation gäller för försäljningen till sjukhus. Apotekare Bo Gunnarsson på Apoteksbolaget AB uppskattar att av försäljningen (beräknad som volym, DDD) av receptfria läkemedel går cirka 35 % på recept, cikra 5 % till sluten vård och cirka 60 % direkt till kund utan recept. (---)

Nuvarande prissättningsregler innebär att ett receptfritt läkemedel som förskrivs på recept normalt blir billigare än om motsvarande läkemedel säljs direkt till patienten på apotek. (---)

Egenvårdsläkemedel, dvs. läkemedel som säljs direkt till kund/patient utan recept är alltså inte undantagna från mervärdesskatt. Här är Apoteksbolaget den helt dominerande aktören. (Ett fåtal receptfria läkemedel säljs av så kallade apoteksombud men dessa är endast kommissionärer åt Apoteksbolaget.) I en departementspromemoria, "Apoteksbolagets framtida roll" (Ds 1995:82), föreslås dock att ett antal receptfria läkemedel bör få säljas utanför apoteken i framtiden.

Ett antal nyligen godkända läkemedel, så kallade naturläkemedel, får redan i dag säljas utanför apoteken. (---) Omsättningen för hela gruppen kan grovt uppskattas till 1000 miljoner kr 1995, enligt Ds 1995:82. (---)

Apoteken i Sverige hade 1995 cirka 85 miljoner kundbesök. En mycket grov uppskattning av anledningen till apoteksbesöket kan göras; Cirka 25 miljoner av dessa kunder hämtar enbart ut läkemedel mot recept, cirka 50 miljoner kunder köper enbart receptfria läkemedel och/eller andra varor och resterande 10 miljoner kunder hämtar både ut läkemedel mot recept och köper receptfria läkemedel och/eller andra läkemedel. Vanligast är att egenvårdskunden söker lindring mot värk/feber, olika hudåkommor och förkylning. Det är lätt att föreställa sig vilken belastning på primärvården det skulle medföra om dessa kunder inte valde att gå till apoteket utan istället valde att först besöka primärvården. (---)

Merparten av de tjänster som utförs av farmaceuter på uppdrag av externa kunder utförs för sjukvårdshuvudmännen och är vanligen undantagna från skatteplikt då de utförs som ett led i hälso- och sjukvården. Några vanliga exempel är dosdispensering, dvs uppdelning av veckans medicinering för en enskild patient, beredning av cellgifter och radioaktiva läkemedel. (---) Endast de tjänster som indirekt riktas mot en enskild patient undantas. På alla andra tjänster påförs mervärdesskatt.

Apotekens tjänster som riktas direkt mot en enskild patient är vanligen kostnadsfria, som den egenvårdsrådgivning som sker på varje apotek och ingår istället som en del av priset på de varor som säljs. En viss annan verksamhet finns dock som riktas mot enskilda patienter, om än i blygsam omfattning. Exempel på sådana tjänster är utbildningsaktiviteter för rökavvänjning. Sådana är i dag undantagna från skatteplikt när de bedrivs inom hälso- och sjukvården eller av legitimerade sjuksköterskor eller läkare men skattepliktiga när de bedrivs av farmaceuter inom Apoteksbolaget AB. Under 1995 kan volymen för denna typ av verksamhet uppskattas till cirka 250 tusen kr. inklusive moms. (---)

Tjänster

En legitimation av farmaceuter skulle ge marginella konsekvenser för statens intäkter av mervärdesskatt. De tjänster som bör bli aktuella för att undantas från skatteplikt är sådana som avser förebyggande hälso- och sjukvård riktad till enskilda patienter. Ett exempel på sådana tjänster är utbildningsaktiviteter för rökavvänjning. (---)

Under 1995 skulle statens intäkter minska med cirka 50 tusen kr. om de ovan beskrivna tjänsterna undantagits från mervärdesskatt. Konsekvenserna för statens intäkter av mervärdesskatt med avseende på tjänster vid en legitimering av farmaceuter är således försumbara.

Läkemedel

För receptfria läkemedel får en legitimering av farmaceuter stora konsekvenser för mervärdesskatteintäkterna. (---)

Om inga förändringar görs i Mervärdesskattelagen torde en legitimation av farmaceuter föra med sig att samtliga receptfria läkemedel omfattas av undantaget från skatteplikt förutsatt att dessa försäljs av farmaceut. Försäljningen av "traditionella" receptfria läkemedel utan recept var 1995 cirka 1500 miljoner kr. exkl. moms och momsintäkterna följaktligen cirka 375 miljoner kr. Till detta kommer försäljningen av de så kallade naturläkemedlen. Här avses försäljningen av produkter som antingen säljs som naturläkemedel eller som får säljas på dispens till dess att Läkemedelsverket tagit ställning till huruvida de skall godkännas som naturläkemedel eller ej. Den totala försäljningen under 1995 uppgick till cirka 1000 miljoner kr exkl. moms och därmed mervärdesskatteintäkterna till cirka 250 miljoner kr. Den totala försäljningen av receptfria, "traditionella" och natur-, läkemedel var således cirka 2500 miljoner kr under 1995 och den teoretiska minskningen av statens mervärdesskatteintäkter 625 miljoner kr. Detta förutsätter dock att samtliga egenvårdsläkemedel och

potentiella och existerande naturläkemedel utlämnas av farmaceut, något som inte sker i dag. (---)

Det är knappast motiverat att undanta också naturläkemedel från mervärdesskatt då dessa produkter inte varit det tidigare. Ett alternativ är då att undanta samtliga "traditionella" receptfria läkemedel från mervärdesskatt. Detta skulle minska statens mervärdesskatteintäkter med cirka 375 miljoner kr. (---)

Ett annat alternativ är att göra samtliga receptfria läkemedel skattepliktiga. Detta är det alternativ som jag förespråkar då det är enkelt att genomföra, enkelt att överblicka konsekvenserna och dessutom innebär ökade intäkter för statskassan.

(---)Enligt Apoteksbolaget AB är försäljningen av receptfria läkemedel på recept och till sjukhus cirka 1000 miljoner kr under 1995. Om detta alternativ varit gällande under 1995 skulle statens intäkter ökat med cirka 250 miljoner kr. Av dessa 250 miljoner kr skulle 30 miljoner kr ha varit en merkostnad för sjukhusen(---) En försiktig uppskattning ger vid handen att av dessa 220 miljoner kr skulle Riksförsäkringsverkets andel bli 150-200 miljoner kr och patienternas merkostnad 20-30 miljoner kr. Totalt skulle statens intäkter öka med 50-100 miljoner kr om detta alternativ genomförs.(---)

Ett annat alternativ är att bibehålla dagens situation. Egenvårdsläkemedel bör då anges som skattepliktiga i 4 §. Det innebär att nuvarande prisobalans mellan receptfria läkemedel på recept och egenvårdsläkemedel bibehålls med den risk för felaktiga prioriteringar, och därmed ökade offentliga kostnader, som detta kan innebära. Det är dessutom inte konkurrensneutralt. Detta alternativ skulle inte ge några skattemässiga konsekvenser. De övriga alternativ som skisserats i inledningen av detta avsnitt behöver utredas vidare innan några konsekvensanalyser kan göras. (---)

Urban Hansson Brusewitz har gjort vissa invändningar mot Ulf Janzons beräkningar av skattekonsekvenserna i vad avser beaktande av avdrag för Apoteksbolaget AB för ingående mervärdesskatt hänförlig till receptfria varor. Om alla receptfria varor undantas från mervärdesskatt beräknas bruttobudgeteffekten för staten till cirka 190 milj. kr och om endast läkemedel för egenvård undantas till 60 milj. kr.

Av det som redovisats framgår att farmaceuter i allt väsentligt arbetar för Apoteksbolaget AB. För att sjukvård och tjänster och varor som omsätts som led i sjukvård skall vara undantagna från skatteplikt krävs enligt 3 kap. 5 § ML att vårdgivaren är antingen ett allmänt sjukhus eller annan inrättning som drivs av det allmänna (offentlig institution), ett enskilt vårdhem (privat institution) eller av yrkesutövare med legitimation inom sjukvården.

Vårdgivare är den som bedriver näringsverksamheten - den som är rörelseidkare. I förarbetena till ML angavs det så att med vårdgivaren

förstås liksom enligt förarbetena till 1968 lag om mervärdeskatt den näringsidkare, det företag, den institution eller den organisation, i vars regi vården ges. Uppdragstagare åt en vårdgivare avses ej (SOU 1992:6, del 1, s.135). De farmaceuter som arbetar hos Apoteksbolaget AB är anställda hos bolaget och är således inte rörelseidkare. Kommittén anser att de därför inte är vårdgivare i apoteksverksamheten i ML:s mening. Apoteksbolaget AB är vidare inte en sådan offentlig eller privat institution som avses i 3 kap. 5 § och är givetvis inte heller att jämställa med någon som har särskild legitimation. Det saknar därför enligt kommitténs uppfattning betydelse för frågan om undantag för skatteplikt för de tjänster och varor som Apoteksbolaget AB omsätter i sin apoteksverksamhet om bolagets direkta tillhandahållande av tjänster och varor till kunderna utförs av legitimerad personal eller ej. Apoteksbolaget utför inte heller apoteksverksamhet för någon sådan vårdgivares räkning som anges i 3 kap. 5 §. Någon förändring av de gällande förhållandena avseende beskattningen av bolagets omsättning sker således enligt kommitténs mening inte vid en legitimering av farmaceuterna. En eventuell omstrukturering av apoteksverksamheten kan däremot aktualisera frågan om mervärdesbeskattningen av denna verksamhet, om farmaceuterna är legitimerade.

De farmaceuter som inte arbetar hos Apoteksbolaget AB är enligt de redovisade antalsuppgifterna anställda antingen hos läkemedelsindustrin eller Farmaceutiska fakulteten vid Uppsala Universitet. Ingen av dessa är en sådan vårdgivare som enligt 3 kap. 5 § ML kan ge skattefri sjukvård. För den händelse något mindre antal farmaceuter därutöver skulle arbeta med sjukvård som egna rörelseidkare måste det anses sakna statsfinansiellt intresse och betydelse för frågan om sjukvård lämnad av legitimerade farmaceuter skall vara undantagna från skatteplikt.

Kommittén har således gjort bedömningen att en legitimering av farmaceuterna inte påverkar skatteplikten för de tjänster (rådgivning m.m.) och den varuförsäljning som förekommer på apoteken. Anledningen härtill är som anförts kommitténs uppfattning att Apoteksbolaget AB är vårdgivare för denna verksamhet och att bolaget inte är en sådan vårdgivare vars sjukvårdstjänster är undantagna från skatteplikt enligt 3 kap. 5 ML.

Om kommitténs bedömning av skattepliktsfrågan för farmaceuterna och Apoteksbolaget AB inte godtas, anser kommittén att 3 kap. 5 § ML bör kompletteras med en bestämmelse av innebörd att undantaget från skatteplikt för sjukvårdstjänster inte gäller för sådana tjänster som legitimerade apotekare och receptarier tillhandahåller i apoteksverksamhet som Apoteksbolaget AB driver. Kommittén anser således att någon förändring i skatteplikten för bolagets tillhandahållande av

tjänster och varor inte skall ske som en följd av kommitténs förslag om legitimation av farmaceuter.

b. Arbetsterapeuter och sjukhusfysiker

Enligt Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter är antalet yrkesverksamma arbetsterapeuter 6.100 (se avsnitt 5). Av dessa var cirka 90 procent anställda hos offentlig institutionell vårdgivare. Av återstoden arbetar en del hos staten och cirka 5 procent eller cirka 300 hos privata vårdgivare eller som fria yrkesutövare. Vid en grov uppskattning av det antal arbetsterapeuter som vid en legitimering till skillnad från nuläget skulle befrias från mervärdesskatt till cirka 80, patientavgiften till cirka 200 och antalet patientbesök per vecka till cirka 40 skulle med tillämpning av den tidigare i avsnittet angivna formeln skattebortfallet bli omkring 3,5 milj. kr.

Sjukhusfysikernas verksamhet har beskrivits i avsnitt 10.2.3. Där framgår det att det finns omkring 150 tjänster som sjukhusfysiker vid sjukhus och att nästan alla sjukhusfysiker är verksamma inom den offentliga hälso- och sjukvården. Ett 30-tal sjukhusfysiker arbetar som konsulter i privat näringsverksamhet och liknande som enligt uppgift från Svenska sjukhusfysikerförbundet ofta redan är skattefri. Någon förändring av annat än marginell beskaffenhet av skatteplikten till mervärdesskatt om sjukhusfysikerna legitimeras synes inte inträffa.

c. Audionomer, biomedicinska analytiker, dietister och ortopedingenjörer

En särskild fråga är om de i rubriken angivna yrkesgrupperna som genom förslagen till ändrad behörighetsreglering får skyddad yrkestitel men inte legitimation också skall, liksom den legitimerade personalen, vara fria från mervärdesskatt. Som tidigare nämnts anser kommittén att de allmänna förutsättningarna för undantag från skatteplikt föreligger även för de audionomer, biomedicinska analytiker, dietister och ortopedingenjörer som föreslås få skyddad yrkestitel. Deras verksamhet får anses medföra den förutsatta samhällsnyttan och är - liksom yrkesgrupperna som sådana - lätta att avgränsa mot annan verksamhet och andra yrkesgrupper. I princip samma tillsyns- och påföljdsregler - bortsett från delegitimering - föreslås gälla för de båda kategorierna.

Audionomerna arbetar till helt övervägande del inom den allmänna sjukvården. Antalet audionomer upppgår enligt Svenska Audionomföreningen till ca 700. Av dessa arbetade 1991 omkring 550 som landstingsanställda hörselvårdsassistenter. Omkring 100 verkar som hörselpedagoger och hörselvårdskonsulter (jfr. avsnitt 5). Endast ett

mindre antal arbetar i egen regi inom hörselvården. Dessa uppskattas här till omkring 30. Mot den bakgrunden och med tillämpning av samma uppskattningsmetod som använts i fråga om arbetsterapeuterna torde skattebortfallet vid undantag från skatteplikt för sjukvård, tillhandahållen av audionomer med skyddad yrekstitel kunna beräknas till, grovt uppskattat, drygt 1 milj. kr.

Som framgår av avsnitt 5 finns det omkring 12.000 *biomedicinska analytiker*, varav 9.000 arbetar inom den direkta hälso- och sjukvården. Enligt 3 kap. 4 § ML är kontroller och analyser av prov som tagits som ett led i sjukvården och tandvården fria från mervärdesskatt. Landstingen har tidigare svarat för merparten av laboratoriemedicinen men denna bedrivs nu i olika driftformer, både i privat regi och som kommunala bolag. Allt flera biomedicinska analytiker är därför anställda inom privat laboratorieverksamhet eller bedriver själv sådan verksamhet. De biomedicinska analytikernas produkter och tjänster inom sjukvården torde redan nu i allt väsentligt omfattas av det undantag som finns i ML från skatteplikt för kontroller och analyser av prov som tagits som ett led i sjukvården eller tandvården. Ett undantag från skatteplikt för sjukvård med biomedicinska analytiker som vårdgivare kan därför enligt kommitténs mening få endast obetydlig verkan på statens skatteintäker.

Dietisterna är enligt uppgift från Agrifack cirka 550. Av dessa uppges 250 vara verksamma på sjukhus, 100 inom primärvården, 10 inom kommuner och ett tiotal inom utbildningsinstitutionerna. Av de åtminstone 100-150 dietister som arbetar i den privata sektorn bedriver redan nu en del sjukvårdsverksamhet som är undantagen från skatteplikt. Det har enligt uppgifter från Socialstyrelsen blivit allt vanligare att dietister bildar bolag och att den offentliga vården köper deras tjänster, som då undantas från skatteplikt. Från Agrifack har uppgetts att 50 dietister är privat verksamma och att av dem hälften f.n. kan antas ha patientmottagning. Avgiften för en dietistkonsultation i egen verksamhet uppges vara ungefär 250 kr, varav 50 kr är mervärdesskatt. Agrifack beräknar det totala antalet patientbesök till 15 000 (25 dietister x 15 patientbesök per vecka x 40 veckor). Omsättningen uppgår därvid enligt Agrifack till 3 750 000 kr varav 750 000 kr är mervärdesskatt.

Svenska Ortopedingenjörers Förening uppger att den har omkring 180 medlemmar som är kliniskt verksamma i Sverige varav 40 är anställda i offentlig verksamhet (se avsnitt 5 och 10.3.4). *Ortopedingenjörerna* är främst verksamma vid ortopedtekniska avdelningar i anslutning till de större länssjukhusen och i enskilda företag vars tjänster köps av landstingen. Deras sjukvårdstjänster och -produkter är i dessa fall undantagna från skatteplikt. En del ortopedingenjörer tillhandahåller emellertid sina tjänster och produkter till allmänheten.

I den mån detta sker i egen regi är ortopedingenjörens verksamhet i dag skattepliktig. Ett undantag från skatteplikt för dessa ortopedingenjörers vårdtjänster- och produkter torde i dagsläget endast avse ett mindre antal av yrkesutövare, uppskattningsvis omkring 30, och endast medföra ett skattebortfall som, grovt uppskattat, inte överstiger 1 milj. kr.

d. Kiropraktorer

Som framgått av tidigare avsnitt, avsnitt 11 och 16.3.3, föreslogs i prop. 1993/94:145 att kiropraktorer utbildade vid Skandinaviska Kiropraktorhögskolan skulle få legitimation vilket vissa utlandsutbildade kiropraktorer har. Förslaget avslogs av riksdagen. Enligt uppgifter från skolan finns det nu omkring 160 verksamma kiropraktorer som examinierats vid skolan. Med tidigare redovisat beräkningssätt skulle vid en årlig omsättning av 80-100 milj. kr skattebortfallet för de svenskutbildade kiropraktorerna kunna beräknas till omkring 12 milj. kr.

Som anförts i avsnitt 11.5 har kommittén ansett att frågan om legitimation av svenskutbildade kiropraktorer bör anstå till dess en av regeringen föranstaltad utredning om utbildningens kvalitet m.m. slutförts. Kommittén har därför inte föreslagit några nya behörighetsregler för dessa kiropraktorer. Kommittén anser att frågan om skatteplikten för de svenskutbildade kiropraktorerna lämpligen bör avgöras i samband med att beslut fattas om behörighetsregleringen för dessa kiropraktorer.

e. Alternativa behandlingsformer

Som framgått av avsnitt 16.3.1 har förslag tidigare lagts fram om en utvidgning av skattefriheten till att mer generellt omfatta alternativa terapier. Förslaget antogs inte och bland de skäl som angavs härför var att de föreslagna gränsdragningarna i fråga om vad som skulle avses med de skattefria terapierna var alltför oprecisa. Det skattebortfall som skulle uppkomma bedömdes i utredningsbetänkandet uppgå till cirka 150 miljoner kr och i propositionen till omkring 100 miljoner kr. Skattebortfallet ansågs i propositionen vara alltför stort. Man ansåg även att man borde avvakta resultatet av vår kommittés förslag i behörighetsfrågorna angående alternativmedicinarna. En ny beräkning av departementssekreteraren Urban Hansson Brusewitz vid Finansdepartementet visar att budgeteffekten av en befrielse från mervärdesskatt 1994 kunde beräknas uppgå till högst 94 milj. kr.

Kommittén har behandlat de alternativa behandlingsformerna bl.a. ur behörighetssynpunkt i avsnitt 9.5.5. Kommittén har därvid inte

förordat någon förändring av behörighetsregleringen för utövare av dessa behandlingsformer eller i övrigt lagt fram förslag som bör föranleda någon förändring av beskattningsreglerna för dem. En utvidgning till en mer generell skattefrihet för alternativa behandlingsformer torde medföra ett betydande skattebortfall. Kommittén förordar inte en sådan skattebefrielse. Inte heller förordar kommittén att någon eller några av de alternativa terapierna nu undantas från skatteplikten till mervärdesskatt.

Förslag

Kommittén anser att de allmänna förutsättningarna föreligger för att medge undantag från skatteplikt för sjukvård som tillhandahålls av utövare av de föreslagna nya legitimationsyrkena apotekare, receptarie, arbetsterapeut och sjukhusfysiker. Detsamma gäller för de yrken för vilka kommittén särskilt föreslagit att yrkestiteln skall skyddas - audionomer, biomedicinska analytiker, dietister och ortopedingenjörer.

Undantaget från skatteplikt för mervärdesskatt för de angivna yrkesgrupperna medverkar till att minska en konkurrenssnedvridning mellan sjukvård av samma slag som utövas i olika verksamhetsformer. Det sammanlagda skattebortfallet vid ett sådant undantag torde (uppskattningsvis) kunna beräknas till omkring 6-7 milj. kr, vilket synes kunna godtas.

Mot bakgrund av det anförda finns det enligt kommitténs mening inte något som hindrar att sjukvårdstjänster, som tillhandahålls av utövare av de föreslagna nya legitimationsyrkena, undantas från skatteplikt. Vidare föreslås att motsvarande undantag införs för sjukvård som ges av audionomer, biomedicinska analytiker, dietister och ortopedingenjörer med skyddad yrkestitel.

Mot bakgrund av förhållandena för de legitimerade farmaceuterna som arbetar hos Apoteksbolaget AB har kommittén ett andrahandsyrkande enligt följande.

Apoteksbolaget AB bedriver apoteksverksamheten i riket och påförs mervärdesskatt för de sjukvårdstjänster, t.ex. rådgivning, som tillhandahålls på apoteken av farmaceuter. Dessa tjänster är således f.n. inte undantagna från skatteplikt. Det föreslagna undantaget från skatteplikt för sjukvård, som tillhandahålls av legitimerade farmaceuter, påverkar enligt kommitténs mening inte detta skattepliktsförhållande, då Apoteksbolaget, som är vårdgivare i apoteksverksamheten, enligt 3 kap. 5 § ML inte tillhör den särskilt kvalificerade grupp av vårdgivare vars sjukvårdstjänster är undantagna från skatteplikt. Vid sådant förhållande är det som kommittén tidigare anfört utan betydelse för mervärdesbeskattningen att sjukvårdstjänsten utförs av legitimerade farmaceuter, anställda hos Apoteksbolaget AB.

Om denna bedömning inte godtas, bör 3 kap. 5 § kompletteras med en bestämmelse om att sjukvård, tillhandahållen av legitimerade farmaceuter hos Apoteksbolaget AB, inte undantas från skatteplikt.

Förändringarna inom sjukvården och även den utökning av antalet yrkesgrupper som föreslås kunna ge skattefri sjukvård aktualiserar ett behov från skattesynpunkt av att följa upp innehållet i de tjänster som dessa och andra grupper inom hälso- och sjukvården tillhandahåller. Därvid bör särskilt gränsen mellan sjukvårdstjänster och skattepliktiga tjänster uppmärksammas för bedömningen av om det rör sig om en skattefri sjukvårdsprestation. Dessa förhållanden har avgörande betydelse för bl.a. tillämpningen av den s.k. huvudsaklighetsprincipen (se avsnitt 16.2.2) vilken kan behöva övervägas framdeles vad gäller sjukvården.

I fråga om de svenskutbildade kiropraktorerna föreslås att frågan om undantag från mervärdesskatt tas upp i samband med att regeringen efter särskilt företagen nu pågående utredning behandlar frågan om dessa kiropraktorers utbildning och behörighetsreglering.

För alternativa behandlingsformer i övrigt föreslår kommittén inte någon ändring av mervärdesbeskattningen.

17 Ekonomiska konsekvenser av kommitténs förslag

17.1 Inledning

I kommitténs direktiv läggs endast i ett fall ekonomiska aspekter på de frågor kommittén skall utreda. Det gäller vissa skattetekniska konsekvenser av en legitimering. Kommittén bör således i fråga om mervärdesskatten belysa även de eventuella skattetekniska konsekvenserna av lämnade förslag. För kommitténs arbete gäller härutöver kommittédirektiven till samtliga kommittéer och utredare om bl.a. utredningsförslagens inriktning. Detta direktiv innebär att kommittén om vi lämnar förslag som innebär utgiftsökningar eller inkomstminskningar också skall ange hur dessa skall finansieras. Förslagen skall således kunna genomföras med oförändrade eller minskade resurser.

17.2 Genomgång av kommitténs förslag

Utbildningsfrågor

Kommittén föreslår att vissa yrkesutbildningar regleras i högskoleförordningen men bedömer att en sådan reglering inte innebär några ökade kostnader för högskolan.

Nya legitimationsgrundande yrken och ett särskilt skydd för yrkestiteln

En central fråga som kommittén utrett är om ytterligare yrkegrupper skall omfattas av de nuvarande legitimationsregler. Kommittén föreslår i avsnitt 10 att apotekare, arbetsterapeuter, receptarier och sjukhusfysiker erhåller legitimation.

Kommittén föreslår också att några yrkesgrupper erhåller en skyddad yrkestitel utan att för den skull erhålla legitimation. Det gäller audionomer, biomedicinska analytiker, dietister och ortopedingenjörer. Vidare föreslår kommittén att de yrkesutövare som på detta sätt

erhåller skyddad yrkestitel skall räknas som hälso- och sjukvårdspersonal. Härutöver föreslår kommittén att också andra yrkesutövare som bedriver vård, behandling eller undersökning av patienter skall räknas som hälso- och sjukvårdspersonal om de har en av samhället fastställd vårdutbildning.

Socialstyrelsen får genom att nya yrkesgrupper föreslås erhålla legitimation fler yrkesgrupper att handlägga. Socialstyrelsens handläggning av nuvarande legitimationsärenden är av förhållandevis stor omfattning. Den synes dock vara effektivt utformad. De yrkesgrupper som tillkommer torde inte medföra ett så stort merarbete att det innebär någon betydande kostnadshöjning. Ansökningar om legitimation är dessutom avgiftsbelagda.

De yrkesgrupper som kommittén föreslår skall bli legitimerade, men även de som föreslås erhålla skyddad yrkestitel och de som har av samhället fastställd vårdutbildning, är redan i dag i mycket stor utsträckning hälso- och sjukvårdspersonal. Det medför att de redan nu omfattas av Socialstyrelsens individtillsyn. Den omständigheten att de genom förslagen i all sin verksamhet blir hälso- och sjukvårdspersonal torde inte medföra någon betydande merkostnad för myndigheten. Av samma skäl torde inte några merkostnader uppkomma för HSAN.

Frågor om mervärdesskatt

En konsekvens av gällande skatteregler är att de yrkesgrupper kommittén föreslår bli legitimerade genom legitimationen befrias från skyldighet att erlägga mervärdesskatt. Detta har dock inte fått påverka kommitténs ställningstaganden i denna fråga. Skälen för att kommittén föreslår legitimering av ytterligare yrkesgrupper är i första hand att patientsäkerheten kräver det. En legitimering av fler yrkesgrupper medför emellertid också ett skattebortfall för staten. I avsnitt 16 har kommittén närmare redovisat de ekonomiska konsekvenserna i detta avseende av en legitimering.

Kommittén har tolkat direktiven så att det inte ankommer på kommittén att föreslå utgiftsminskningar som motsvarar det skattebortfall som en legitimering av nya yrkesgrupper kan innebära. Däremot har vi, i enlighet med vad som anges i direktiven, försökt belysa de skattetekniska konsekvenserna av förslaget.

Kommittén föreslår även att de yrkesgrupper som, utan att erhålla legitimation, får en skyddad yrkestitel också skall befrias från skyldighet att erlägga mevärdesskatt.

Skälet för att dessa grupper bör erhålla en skyddad yrkestitel är dels patientsäkerheten, dels att samhället genom yrkestiteln kan garantera att yrkesutövaren har viss kompetens och dels att yrkesgrupperna därigenom kommer under samhällets tillsyn även när de är privat

verksamma. Ett annat viktigt skäl har varit att en reglering av yrket gynnar yrkesutövarens möjligheter till fri rörlighet inom EU.

De yrkesgrupper kommittén föreslår skall ha möjlighet använda en skyddad yrkestitel är samhällsnyttiga i den mening som anges i motiven till bestämmelserna om undantag från skatteplikt. Ett undantag från skyldighet att redovisa mervärdesskatt för dessa yrkesgrupper medverkar också till att minska en konkurrenssnedvridning mellan sjukvård av samma slag som utövas i olika verksamhetsformer.

I avsnitt 16 har kommittén försökt beräkna skattebortfallet för dessa yrkesgrupper. Sammanslaget torde skattebortfallet för samtliga yrkesgrupper, såväl de nya legitimationsyrkena som de som föreslås ges möjlighet använda en skyddad yrkestitel, uppgå till omkring 6-7 milj. kr. Inte heller avseende de yrkesgrupper som föreslås erhålla skyddad yrkestitel anser kommittén det vara rimligt att föreslå utgiftsminskningar.

Begränsningar i rätten att vidta vissa hälso- och sjukvårdande åtgärder

Kommittén föreslår en del ändringar i lagstiftningen som begränsar rätten att vidta vissa hälso- och sjukvårdande åtgärder. Ändringarna medför sammantaget en viss utvidgning av det straffbara området och de kan föranleda vissa ytterligare arbetsuppgifter för Socialstyrelsen. Kommittén anser dock att kostnadsökningen med anledning härav är marginell och bör kunna rymmas inom Social-styrelsens nuvarande anslag.

Sammanfattning

Sammantaget är det kommitténs mening att de förslag som läggs fram i detta betänkande i huvudsak kan rymmas inom nuvarande kostnadsramar för berörda myndigheter.

18 Generella kommittédirektiv

18.1 Inledning

Enligt våra direktiv gäller för kommittén de generella kommittédirektiv som regeringen utfärdat till samtliga kommittéer och särskilda utredare om dels utredningsförslagens inriktning (dir 1984:5) och dels beaktande av EG-aspekter i utredningsverksamheten (dir 1988:43).

Härutöver finns emellertid ytterligare generella kommittédirektiv. Det gäller direktiven att redovisa regionalpolitiska konsekvenser (dir 1992:50), direktiven att pröva offentliga åtaganden (dir 1994:23), direktiven att redovisa jämställdhetspolitiska konsekvenser (dir 1994:124) och direktiven att redovisa konsekvenser för brottsligheten och det brottsförebyggande arbetet (dir 1996:49).

I detta avsnitt redovisar kommittén våra ställningstaganden till de angivna direktiven.

18.2 De olika direktiven

Utredningsförslagens inriktning (dir 1984:5) och Offentliga åtaganden (dir 1994:23)

Enligt dir 1984:5 skall kommittén bl.a. om förslagen innebär utgiftsökningar eller inkomstminskningar visa hur dessa skall finansieras. Kommittén skall också analysera möjligheter till besparingar och effektiviseringar.

Kommittén skall vidare enligt dir 1994:23 förutsättningslöst pröva om det offentliga åtagande som kommittén är satt att utreda bör vara en offentlig angelägenhet och i så fall vilka styrmedel som skall tillämpas för att uppnå målen för detta åtagande. Vad gäller genuint kollektiva nyttigheter kan prövningen av det offentliga åtagandet göras översiktligt eller slopas helt.

Den fråga kommittén satts att utreda gäller främst utformningen av behörighets- och legitimationsregler inom hälso- och sjukvården och närliggande områden.

Som kommittén bl.a. redovisat i avsnitt 7 kan samhälleliga begränsningar i bl.a. närings- och yrkesfriheten t.ex. genom särskilda behörighets- och legitimationsregler vara godtagbara om de är gjorda för att tillgodose angelägna allmänna intressen. Patienternas krav på säkerhet i hälso- och sjukvården har ansetts vara ett sådant angeläget allmänt intresse som motiverar offentliga regleringar. Kommittén har också i avsnitt 8 konstaterat att det även i framtiden finns behov av offentliga regleringar på detta område.

Kommitténs förslag innebär i vissa fall minskningar i statens intäkter av mervärdesskatt. Detta diskuterar vi särskilt i avsnitt 16.

I avsnitt 17 finns därutöver en sammanfattande redovisning av de ekonomiska konsekvenserna av kommitténs förslag.

EG-aspekter i utredningsverksamheten (dir 1988:43)

Våra direktiv anger uttryckligen att kommittén skall undersöka vilken gemensam ordning som i förekommande fall råder inom EU inom det för kommittén aktuella ämnesområdet och ta till vara de möjligheter till harmonisering med EG:s regler som finns. Kommittén skall också redovisa de statsfinansiella och samhällsekonomiska kostnaderna som uppkommer av de förslag som läggs fram som innebär anpassning till EG:s regler, direktiv eller förslag till direktiv.

Kommittén har i avsnitt 4.2 och 4.3 redovisat EU:s bestämmelser på området inklusive olika EG-direktiv. Frågan om den svenska regleringens förhållande till vissa EG-direktiv har främst betydelse när det gäller utbildningsfrågor. Kommittén har även diskuterat detta i avsnitt 6.

Regionalpolitiska konsekvenser (dir 1992:50)

Detta direktiv innebär att kommittén skall belysa regionalpolitiska konsekvenser av våra förslag. Vi skall särskilt beakta hur förslagen påverkar sysselsättningen och den offentliga servicen i olika delar av landet samt hur planerade förändringar av taxor, avgifter, skatter och bidrag påverkar de ekonomiska förutsättningarna för kommuner, näringsliv och privatpersoner i olika delar av lander. Vid förslag till större omorganisationer eller bildande av nya myndigheter skall redovisas överväganden om decentralisering och lokalisering utanför Stockholm.

Kommitténs förslag rör som tidigare nämnts i första hand frågan om ytterligare yrkesgrupper inom hälso- och sjukvården och närliggande områden skall omfattas av nuvarande eller kompletterande behörighetsregleringar. I det fallet torde kommitténs förslag vara regionalpolitiskt neutrala. Tillsynen över de yrkesgrupper som kommittén föreslår skall

omfattas av sådan reglering sker främst genom Socialstyrelsens försorg. Det ingår inte i kommitténs uppdrag att utreda denna myndighet eller var den har sin verksamhet förlagd. Kommittén kan dock i detta sammanhang notera att Socialstyrelsens verksamhet till viss del är decentraliserad såtillvida att styrelsen har regionala enheter på flera ställen i landet.

Kommitténs förslag om behörighetsreglering får betydelse för vissa yrkesgrupper på så sätt att de befrias från skyldighet att erlägga mervärdesskatt. Några regionalpolitiska effekter härav torde inte uppkomma.

Vad gäller utbildningsfrågor konstaterar kommittén att det finns behov av viss ytterligare reglering av vissa utbildningar inom hälso- och sjukvården, se främst avsnitt 6. Kommittén har dock inte lagt in några regionalpolitiska aspekter i bedömningen av behovet av reglering av utbildningar. Samtidigt kan kommittén konstatera att några av dessa utbildningar bedrivs endast på ett fåtal platser. Att antalet yrkesutbildningar som är reglerade kan komma att utökas genom kommitténs förslag kan medföra att fler orter ser det som angeläget att införa dessa utbildningar vilket kan få betydelse för skolornas utvecklingsmöjligheter.

Jämställdhetspolitiska konsekvenser (dir 1994:124)

Enligt dessa direktiv skall de förslag som kommittén lägger fram föregås av en analys och innehålla en redovisning av hur förslagen kan förväntas påverka, direkt eller indirekt, kvinnors respektive mäns villkor och därmed förutsättningarna för jämställdhet mellan könen. Det gäller bl.a. förslag som rör hälso- och sjukvårdsområdet och utbildningen.

De förslag kommittén lämnar rörande lagstiftning, främst en utvidgad behörighetsreglering, torde vara jämställdhetspolitiskt neutrala. Vad gäller de nya yrkesgrupper som kommittén föreslår skall omfattas av regleringar, legitimation eller skyddad yrkestitel, har de mycket olika könsfördelning. Arbetsterapeuter och receptarier torde således i stor utsträckning vara kvinnor medan t.ex. sjukhusfysiker i större utsträckning är män. Vilket kön som dominerar inom en yrkesgrupp har dock inte påverkat kommitténs bedömning av behovet av reglering av utbildning eller behörighet.

Generellt kan samtidigt sägas att huvuddelen av de yrken kommittén föreslår bli legitimerade eller erhålla skyddad yrkestitel domineras av kvinnor. Det gäller audionomer, dietister och biomedicinska analytiker. Ortopedingenjörer torde i större utsträckning vara män.

De främsta skälen för förslagen till reglering har varit att de angivna yrkena anses ha särskild betydelse för patientsäkerheten och

utbildningen anses vara av sådan längd och ha en så hög kvalitet att yrkena bör omfattas av den samhällsgaranti som en legitimation eller skyddad yrkestitel innebär. Det har i det sammanhanget framhållits av representanter för flera yrkesgrupper att en reglering av yrket genom legitimation eller på annat sätt också skulle höja yrkesgruppens status. Kommittén ser denna konsekvens som fullt möjlig. Detta förhållande har dock inte heller påverkat kommitténs ställningstagande till vilka yrkesgrupper som bör omfattas av regleringarna.

Det brottsförebyggande arbetet (dir 1996:49)

Dessa direktiv anger att alla förslag som läggs fram av kommittéer eller utredare skall föregås av en analys och innehålla en redovisning av effekterna för brottsligheten och för det brottsförebyggande arbetet. Det gäller bl.a. förslag som rör hälso- och sjukvården och utbildningen. Om kommittén bedömer att en sådan analys och redovisning inte kan göras på ett meningsfullt sätt till följd av utredningsuppdragets eller ämnets karaktär, skall detta anges och särskilt motiveras.

Regleringar inom hälso- och sjukvården har huvudsakligen i syfte att upprätthålla en hög patientsäkerhet. Bristfälliga eller felaktiga behandlingar m.m. kan skada patienterna. Sådana skador kan leda till att den som tillfogar dem blir straffrättsligt ansvarig. Han eller hon utsätts emellertid i första hand för det särskilda ansvarssystem som finns inom hälso- och sjukvården med disciplinpåföljd eller i förekommande fall indragning av legitimationen.

De regleringar som kommittén har haft i uppgift att utreda rör det senare regelsystemet och frågor om ansvaret för patienternas säkerhet. Detta regelsystem är i huvudsak fristående från det straffrättsliga regelsystemet. Det torde dock ha en inte obetydlig brottsförebyggande effekt bl.a. genom att den som riskerar att bli av med sin legitimation i vissa fall inte längre kan utöva sitt yrke.

Kommitténs förslag till kompletterande behörighetsregleringar medför att vissa yrkesgrupper inom hälso- och sjukvården som i dag inte är hälso- och sjukvårdspersonal och därför står utanför hälso- och sjukvårdens tillsynsregler genom förslagen kommer att omfattas av dessa regler. Likaså innebär kommitténs förslag att vissa nya yrkesgrupper skall omfattas av legitimationsreglerna. Det innebär att dessa ställs under ett strängare tillsynssystem genom att de som nyss nämnts kan bli av med sin legitimation och därigenom i de flesta fall i princip hindras att utöva sitt yrke.

Att ytterligare yrkesgrupper kommer att omfattas av hälso- och sjukvårdens särskilda ansvarssystemet stärker patientsäkerheten. Det kan också minska risken för felbehandlingar i vården och därigenom i sin yttersta konsekvens minska risken för vissa brottliga gärningar.

I den meningen kan kommitténs förslag ha vissa brottsförebyggande effekter.

Kommittén föreslår härutöver bl.a. att gränsen för när behandling av barn är tillåten för den som inte är hälso- och sjukvårdspersonal höjs från åtta till femton år. Den som bryter mot denna bestämmelse kan dömas till böter eller fängelse i högst ett år (se avsnitt 13.4.6). Detta förslag utvidgar det straffrättsliga ansvarsområdet.

Kommittén föreslår också att vite skall kunna användas i större utsträckning än i dag för den som bryter mot vissa bestämmelser i den föreslagna nya lagstiftningen. Användande av vite kan vara ett effektivt alternativ till ett straffrättsligt förfarande.

19 Författningskommentar

19.1 Förslag till lag (1997:000) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område

Kommittén föreslår att en ny lag om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område införs. Skälen härför anges närmare i avsnitt 14. Lagen är en sammanslagning av följande lagar:
- lagen (1984:542) om behörighet att utöva yrke inom hälso- och sjukvården m.m. (behörighetslagen),
- lagen (1994:953) om åligganden för personal inom hälso- och sjukvården (åliggandelagen),
- lagen (1994:954) om disciplinpåföljd m.m. på hälso- och sjukvårdens område (disciplinpåföljdslagen) och
- lagen (1960:409) om förbud i vissa fall mot verksamhet på hälso- och sjukvårdens område (kvacksalverilagen).

Bestämmelserna i de angivna lagarna har överförts i den nya lagen på följande sätt.

I första kapitlet finns förutom en redovisning av lagens innehåll en definition av begreppet hälso- och sjukvård genom en hänvisning till främst hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) och tandvårdslagen (1985:125). Här definieras också begreppet hälso- och sjukvårdspersonal genom en bestämmelse som med vissa ändringar är överförd från åliggandelagen.

I andra kapitlet finns bestämmelser om åligganden för hälso- och sjukvårdspersonalen. Dessa är överförda från åliggandelagen.

I tredje kapitlet finns behörighets- och legitimationsregler för personal inom hälso- och sjukvården. Dessa motsvarar behörighetslagens nuvarande bestämmelser men är förändrade i flera fall.

I fjärde kapitlet anges att vissa hälso- och sjukvårdande åtgärder endast får vidtas av hälso- och sjukvårdspersonal. Dessa bestämmelser är överförda från kvacksalverilagen men innehåller vissa förändringar.

I femte kapitlet finns regler om disciplinpåföljd och återkallelse av legitimation m.m. Bestämmelserna är överförda från disciplinpåföljdslagen.

I sjätte kapitlet finns bestämmelser om HSAN:s verksamhet. Dessa bestämmelser är överförda från disciplinpåföljdslagen.

I sjunde kapitlet finns bestämmelser om Socialstyrelsens individtillsyn enligt den föreslagna lagen. Bestämmelserna är överförda från åliggandelagen.

I åttonde kapitlet finns slutligen ansvarsbestämmelser för den som bryter mot vissa bestämmelser i de tidigare kapitlen. Bestämmelserna är överflyttade från behörighetslagen och kvacksalverilagen. Här finns också bestämmelser om hur olika beslut av Socialstyrelsen och HSAN får överklagas. Bestämmelserna är förändrade till viss del.

I de enskilda paragraferna har främst gjorts ändringar av redaktionell och språklig natur. Det gäller t.ex. hänvisningar till bestämmelser mellan de sammanslagna lagarna. Dessa hänvisningar sker nu i stället till kapitel eller till särskilda paragrafer i den nya lagen. I något fall har språket moderniserats.

Materiella ändringar har gjorts i bestämmelser som kommer från behörighetslagen och kvacksalverilagen. Det gäller också i ansvarsbestämmelserna.

Kommittén vill i detta sammanhang poängtera att huvuddelen av bestämmelserna är överflyttade från ovan angivna lagar utan några materiella ändringar. Avsikten är att de förarbeten som ligger till grund för de bestämmelserna och den praxis som kan ha utvecklats givetvis skall ha fortsatt giltighet för sådana bestämmelser.

Såväl de redaktionella som de materiella ändringarna kommenteras i den följande genomgången av de enskilda kapitlen och paragraferna.

Som kommittén angett i avsnitt 14 har vi inte haft utrymme för att utforma den nya lagstiftningen med hänsyn till den nya tillsynslag som träder i kraft den 1 januari 1997. De bestämmelser i åliggandelagen som överflyttas till den nya tillsynslagen återfinns således i sjunde kapitlet i vårt lagförslag. De från disicplinpåföljdslagen till den nya tillsynslagen överflyttade bestämmelserna återfinns i 5 kap. 4 § i vårt lagförslag.

Kommittén har inte heller fört in den nya bestämmelsen 7 a § åliggandelagen som ävenledes träder i kraft den 1 januari 1997. Innebörden av bestämmelsen har dock kommenterats i avsnitt 9.5.7.

1 kap. Inledande bestämmelser

I detta kapitel finns en innehållsförteckning över lagen samt definitioner av begreppen hälso- och sjukvård och hälso- och sjukvårdspersonal.

1 §

Denna paragraf är ny. I den räknas i förtydligande syfte upp innehållet i de olika kapitlen. Uppräkningen är inte uttömmande utan avsedd att ge läsaren en översiktlig bild av var olika bestämmelser finns. På

samma sätt som i dag anges i 1 § behörighetslagen sägs i denna paragraf att lagen gäller på hälso- och sjukvårdens område. Vad som menas med hälso- och sjukvård anges i 2 §.

2 §

Denna paragraf är ny men har sin förebild i bl.a. 3 § patientskadelagen (se prop 1995/96:187 s. 77). I paragrafen definieras hälso- och sjukvård genom hänvisning till hälso- och sjukvårdslagen, tandvårdslagen samt verksamhet inom detaljhandel med läkemedel.

I begreppet hälso- och sjukvård ingår enligt förarbetena till nuvarande åliggandelag även klinisk forskning på människor (se prop. 1993/94:149 s. 117). Avsikten är att så skall vara fallet även framdeles.

Att kommittén valt att i denna paragraf ange vad som är hälso- och sjukvård genom hänvisning till bl.a. hälso- och sjukvårdslagen innebär givetvis inte att den lagen automatiskt blir tillämplig på alla personer som vidtar hälso- och sjukvårdande åtgärder. Kommitténs lagstiftningsförlag gäller yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område och riktar sig således i första hand till hälso- och sjukvårdspersonal. Det är således inte så att t.ex. hälso- och sjukvårdslagens allmänna regler om kraven på hälso- och sjukvården genom hänvisningen i denna bestämmelse blir tillämplig på alternativmedicnska yrkesutövare. I kapitel 4 räknas däremot upp vissa åtgärder och sjukdomar som inte får utföras av andra än hälso- och sjukvårdpersonal. Bestämmelserna där är i huvudsak överförda från kvacksalverilagen. Detta kapitel riktar sig, liksom kvacksalverilagen i dag, till alla yrkesutövare som inte är hälso- och sjukvårdspersonal.

3 §

I paragrafen definieras begreppet hälso- och sjukvårdspersonal. De olika punkterna motsvarar i huvudsak 1 § åliggandelagen. Kommittén har i avsnitt 9.5.2 diskuterat omfattningen av begreppet hälso- och sjukvårdspersonal.

I *första punkten* anges att även vissa yrkesutövare som använder en skyddad yrkestitel med stöd av förslag till ny bestämmelse i 3 kap. 5 § tredje stycket är att anse som hälso- och sjukvårdspersonal. Det får bl.a. till följd att vissa yrkesutövare kommer under Socialstyrelsens tillsyn när de använder den skyddade yrkestiteln i enskild yrkesverksamhet. Det gäller audionomer, biomedicinska analytiker, dietister och ortopedingenjörer. Kommittén har närmare diskuterat denna fråga i avsnitt 9.5.7 och 10.3.

Förutsättningen för att en icke legitimerad yrkesutövare som har rätt att erhålla en yrkestitel som är skyddad skall bli hälso- och sjukvårdspersonal och därigenom omfattas av samhällets tillsyn är att han eller

hon *använder* yrkestiteln. Samhällets garanti vad avser den skyddade yrkestiteln gäller en viss kompetens dvs. främst en viss utbildning. Om yrkesutövare i sin yrkesverksamhet inte utnyttjar denna möjlighet genom att använda yrkestiteln är det heller inte rimligt att de, även om de uppfyller förutsättningarna för det, automatiskt blir hälso- och sjukvårdspersonal och ställs under samhällets tillsyn. Sådana yrkesutövare kan givetvis av andra skäl komma under samhällets tillsyn t.ex. genom att biträda en legitimerad yrkesutövare i dennes verksamhet.

Andra punkten motsvarar 1 § första stycket andra punkten åliggandelagen.

I *tredje punkten* anges på samma sätt som i dag att den som biträder en legitimerad yrkesutövare blir hälso- och sjukvårdspersonal. Detta gäller dock inte den som biträder en yrkesutövare som enbart använder en skyddad yrkestitel med stöd av bestämmelserna i 3 kap 5 § tredje stycket.

Genom att kommittén föreslår att såväl apotekare som receptarier kan erhålla legitimation har personkretsen som omfattas av *fjärde punkten* reducerats. Detta har markerats genom att ordet "övrig" nu inleder punkten. Frågan om legitimation för apotekare och receptarier diskuterar kommittén i avsnitt 10.2.2. Nuvarande 1 § första stycket fjärde punkt åliggandelagen omfattar även dessa yrkesgrupper men genom förslaget kommer det att gälla övriga yrkesgrupper för vilken det gäller särskilda föreskrifter och personal inom den särskilda giftinformationsverksamhet som bedrivs av Apoteksbolaget Aktiebolag och som tillverkar eller expedierar läkemedel eller lämnar råd och upplysningar. Exempel härpå är apotekstekniker.

Femte punkten motsvarar 1 § första stycket femte punkten åliggandelagen.

Sjätte punkten är ny. Bakgrunden till bestämmelsen kommenteras närmare i avsnitt 9.5.2. Genom införandet av denna punkt kommer de skolmedicinska yrkesgrupper på hälso- och sjukvårdens område som har en vårdutbildning som är fastställd av samhället att bli hälso- och sjukvårdspersonal även när de är självständigt verksamma som enskilda yrkesutövare. Det gäller t.ex. vårdutbildad fotvårdspersonal och undersköterskor i privat verksamhet. Sjätte punkten i 1 § första stycket åliggandelagen har strukits. I den angavs att arbetsterapeuter under vissa förutsättningar var hälso- och sjukvårdspersonal. Genom att kommittén i avsnitt 10.2.1 föreslår att arbetsterapeuter kan erhålla legitimation blir de hälso- och sjukvårdspersonal enligt första punkten.

Sjunde punkten motsvarar 1 § första stycket sjunde punkten åliggandelag.

Åttonde punkten motsvarar 1 § åttonde punkten i åliggandelagen. En hänvisning där till behörighetslagen ändrats till att gälla denna lag.

De begränsningar i omfattningen av begreppet hälso- och sjukvårdspersonal som i övrigt gäller i dag och som anges i förarbetena till åliggandelagen är tänkt att gälla även i fortsättningen. Det avser t.ex. personal inom rättspykiatrin och vad gäller s.k. levandeundersökningar (jfr. prop. 1993/94:149 s. 85f).

2 kap. Åligganden för hälso- och sjukvårdspersonal

I detta kapitel har åliggandelagens allmänna bestämmelser om åligganden för hälso- och sjukvårdspersonalen införts. Åliggandelagens bestämmelser om Socialstyrelsens tillsyn finns i sjunde kapitlet. Hänsyn har inte tagits till propositionen 1995/96:176 Förstärkt tillsyn över hälso- och sjukvården och den nya tillsynslagen (1996:786).

1 §
Bestämmelsen motsvarar 2 § åliggandelagen.

2 §
Bestämmelsen motsvarar i huvudsak 3 § åliggandelagen. I sista meningen hänvisas numera till 8 § andra stycket och 9 § i detta kapitel. Den ändrade hänvisningen är en följd av ändrad paragrafindelning.

3 - 10 §§
Bestämmelserna motsvarar i samma följd 4 - 11 §§ i åliggandelagen.

3 kap. Behörighets- och legitimationsregler

I detta kapitel har införts huvuddelen av behörighetslagens regler. Ansvars- och delegationsbestämmelser m.m. finns i 8 kap.

1 §
Denna bestämmelse motsvarar i huvudsak 1 § behörighetslagen. Här anges de särskilda behörighets- och kompetensbevis eller rättigheter som ett yrke kan erhålla.

I paragrafen har begreppet *skyddad yrkestitel* införts. Kommittén har närmare diskuterat motiven för detta i avsnitt 9.4, 9.5.7 och 10.3.

Av paragrafens ordalydelse framgår att bestämmelserna i detta kapitel endast gäller inom hälso- och sjukvården (angående definitionen härav, se 1 kap. 2 §) och inte på andra samhällsområden.

2 §

Denna bestämmelse motsvarar i huvudsak 2, 2 a och 5 §§ i nuvarande behörighetslag. Här anges vilken utbildning och praktisk tjänstgöring som krävs för att en yrkesutövare skall ha rätt till legitimation. Andra stycket motsvarar 3 § första stycket andra meningen behörighetslagen. Sista stycket motsvarar 2 § näst sista stycket behörighetslagen.

I denna bestämmelse regleras enbart legitimationen. Att de yrken som anges här också genom att erhålla legitimationen får skydd för yrkestiteln regleras i 5 §.

Kommittén har valt att räkna upp samtliga yrkesgrupper som kan erhålla legitimation i tabellen, istället för att, som i dag, i särskilda paragrafer (2 a respektive 5 § behörighetslagen) ange att naprapater och kiropraktorer kan erhålla legitimation. Vad gäller praktisk tjänstgöring kan regeringen i dag förordna härom genom en särskild bestämmelse i 2 a § och 5 § behörighetslagen. Denna rätt anges enligt kommitténs förslag i stället i en särskild bestämmelse i 8 kap. 15 §.

De yrkesgrupper som tillkommit är apotekare (se avsnitt 10.2.2), arbetsterapeuter (se avsnitt 10.2.1), receptarier (se avsnitt 10.2.2), röntgensjuksköterskor (se avsnitt 6.5.8) och sjukhusfysiker (se avsnitt 10.2.3).

3 §

Denna paragraf motsvarar i huvudsak 9 § behörighetslagen. Genom paragrafen ges ett generellt skydd för beteckningen *legitimerad* för samtliga legitimerade yrkesgrupper. Den som bryter mot bestämmelsen kan dömas till böter enligt 8 kap. 3 §. Motsvarande straffbestämmelse finns i dag i 10 § fjärde stycket behörighetslagen.

4 §

Bestämmelsen motsvarar såvitt avser barnmorska, läkare och tandläkare 6 § behörighetslagen och såvitt avser apotekare och receptarier 7 § behörighetslagen.

För närvarande erhåller apotekare och receptarier ensamrätt att utöva sina respektive yrken genom sina yrkesexamina. Enligt kommitténs förslag kan apotekare och receptarier erhålla legitimation. Deras rätt att utöva yrket bör då i stället knytas till legitimationen, på samma sätt som i dag gäller övriga legitimerade yrkesgrupper som har ensamrätt till sina yrken.

Vad gäller det straffbara området regleras detta i 8 kap. 1 och 2 §§. Att obehörigen utöva läkaryrket är således enligt 8 kap. 1 § endast straffbelagd enligt denna lag för läkare med indragen legitimation eller behörighet eller begränsad behörighet. Övriga begränsningar i rätten att utöva hälso- och sjukvårdande åtgärder finns i 4 kap. (dvs.

nuvarande kvacksalverilagen) och de är straffbelagda enligt 8 kap. 4 §. Regleringen motsvarar gällande rätt.

Obehörig utövning av tandläkaryrket är däremot straffbelagd enligt 8 kap. 2 §. Även detta motsvarar gällande rätt.

Obehörig utövning av barnmorskeyrket är inte straffbelagt i 8 kap. 1 eller 2 §. Däremot kan det vara straffbelagt enligt 8 kap. 4 § om den åtgärd som vidtas strider mot begränsningarna i 4 kap. Även detta motsvarar gällande rätt (jfr särskilt lagrådets yttrande i prop. 1983/84:179 s. 46).

I dag är det inte straffbelagt att obehörigen utöva apotekar- eller receptarieyrket trots att utövande av yrkena enligt gällande rätt är förbehållet de som avlagt apotekar- respektive receptarieexamen. Kommittén har ansett att det f.n. inte är nödvändigt att särskilt straffbelägga obehörigt utövande av dessa yrken.

5 §

I denna paragraf anges vilka yrkesgrupper som får rätt att använda en särskild yrkestitel. Det gäller till att börja med samtliga de yrkesgrupper som kan erhålla legitimation. Rätten att använda yrkestiteln för dessa uppkommer i samband med att yrkesutövaren erhåller legitimationen. Rätten att använda yrkestiteln upphör om legitimationen återkallas.

Om det förslag till interimistisk återkallelse av legitimation som f.n. bereds inom regeringskansliet genomförs bör, som en konsekvens, rätten att använda en skyddad yrkestitel också upphöra i samband därmed.

Enligt andra stycket erhåller vissa yrken inte skydd för sina yrkestitlar. Skälet härför har redovisats i avsnitt 9.4.

Enligt tredje stycket har vissa där särskilt uppräknade icke legitimerade yrkesgrupper möjlighet att använda en skyddad yrkestitel. Vilken utbildning de måste genomgå för att erhålla skyddet och vilken titel som därigenom skyddas skall föreskrivas av regeringen.

Kommittén föreslår i avsnitt 6.4.2 att utbildningarna för de nu uppräknade yrkena regleras genom en särskild yrkesexamen. Det naturliga är att denna yrkesexamen ligger till grund för rätten att använda en yrkestitel.

Som kommittén konstaterat i avsnitt 9.5.7 medför rätten att använda en skyddad yrkestitel inte någon ensamrätt att utöva yrket. Den som inte har rätt till eller inte vill använda en yrkestitel får dock enligt 7 § inte använda en titel som kan förväxlas med en skyddad yrkestitel. Detta hindrar dock inte en yrkesutövare att ange att han avlagt en viss yrkesexamen även om motsvarande yrkestitel är skyddad.

I fjärde stycket regleras yrkestitlar för specialistsjuksköterskor. Bakgrunden till bestämmelsen kommenteras i avsnitt 6.5.7. De

sjuksköterskor som erhåller examen som specialistsjuksköterska får genom bestämmelsen skydd för den yrkestitel som anges i examensordningen.

Rätten att använda en skyddad yrkestitel kompletteras med bestämmelserna i 6 och 7 §§.

6 §

Paragrafen motsvarar i huvudsak 9 § första stycket 1 och 3 behörighetslagen vad gäller barnmorska, läkare, psykolog, psykoterapeut och tandläkare. För övriga legitimerade yrkesgrupper är den ny.

Den som bryter mot bestämmelsen kan dömas till böter enligt 8 kap. 3 §. Den bestämmelsen motsvarar 10 § fjärde stycket i nuvarande behörighetslag.

Enligt de här föreslagna bestämmelserna medför skyddet av yrkestiteln förbud för andra att inom hälso- och sjukvården använda yrkestiteln och den som bryter mot bestämmelsen kan dömas till böter enligt den nyss angivna ansvarsbestämmelsen i 8 kap. 3 §.

Enligt 1 kap. 3 § blir den som med stöd av 3 kap. 5 § tredje stycket använder en yrkestitel därigenom hälso- och sjukvårdspersonal. Däremot blir den som biträder en sådan yrkesutövare inte automatiskt hälso- och sjukvårdspersonal vilket blir fallet om han eller hon biträder en legitimerad yrkesutövare.

För legitimerade yrkesgrupper medför en delegitimering att de inte längre har rätt att använda yrkestiteln eftersom rätten att använda en yrkestitel är knuten till legitimationen.

För de yrkesgrupper som erhåller rätt att använda en skyddad yrkestitel genom examen blir situationen annorlunda. Deras rätt till yrkestitel är knuten till en avlagd yrkesexamen. Denna examen kan inte fråntas dem om de väl uppfyllt kraven för den. Genom att använda yrkestiteln blir de hälso- och sjukvårdspersonal och ställs under samhällets tillsyn. De kan då också tilldelas disciplinpåföljderna erinran och varning.

Införandet av skyddade yrkestitlar fristående från legitimationen kommer att medföra behov av övergångsbestämmelser. Kommittén har inte haft möjlighet utarbeta sådana.

7 §

Denna bestämmelse är avsedd att hindra användandet av yrkestitlar med snarlikt innehåll med de som är skyddade enligt 5 §. Avsikten är att det föreslagna skyddet skall vara lika omfattande som det hittills varit för de yrkesgrupper som i dag har skyddad yrkestitel; med andra ord, vad som angetts i förarbetena till nuvarande lagstiftning vad gäller skydd för t.ex. läkartiteln och psykologtiteln skall fortfarande ha giltighet. Bland annat bör titeln doktor på hälso- och sjukvårdens

område inte få användas av andra än legitimerade läkare. Genom bestämmelsen utvidgas skyddet till att på motsvarande sätt gälla samtliga legitimerade yrkesgrupper samt de yrkesgrupper som enligt 5 § tredje stycket också kan erhålla skyddad yrkestitel utan att vara legitimerade.

Den som bryter mot bestämmelsen kan dömas till böter enligt 8 kap. 3 §.

8 §

Bestämmelsen motsvarar i huvudsak 3 a § behörighetslagen. Regeringen har enligt 8 kap. 15 § möjlighet att till Socialstyrelsen delegera rätten att föreskriva om utbildning.

9 §

Bestämmelsen motsvarar i huvudsak 4 § behörighetslagen. Angående delagationsrätten, se föregående paragraf.

10 §

Första stycket i denna bestämmelse motsvarar 3 § första stycket, 3 a § andra stycket och 4 § andra stycket behörighetslagen. Andra stycket har sin motsvarighet i 2 § första stycket andra meningen behörighetslagen.

4 kap. Begränsningar i rätten att vidta vissa hälso- och sjukvårdande åtgärder

I detta kapitel återfinns bestämmelserna från kvacksalverilagen. Paragrafindelningen har ändrats med hänsyn till att ett par bestämmelser i kvacksalverilagen numera är upphävda (4 - 5 §§). I 6 § kvacksalverilagen anges att det i behörighetslagen finns bestämmelser om ansvar för den som obehörigen använder yrkestitel eller betecknar sig som legitimerad yrkesutövare inom hälso- och sjukvården eller tandvården. Bestämmelsen har utgått. Kvacksalverilagens ansvarsbestämmelser finns i åttonde kapitlet. Vissa ändringar av såväl språklig som materiell natur har gjorts i övriga bestämmelser.

I de fall några ändringar inte gjorts gäller bestämmelserna således oförändrade. Det innebär bl.a. att de uttalanden som gjorts i förarbetena till kvacksalverilagen (se prop. 1960 nr. 141) även i fortsättningen kan ha betydelse. Det gäller även senare utalanden i förarbeten. Likaså är den praxis som utvecklats gällande även fortsättningsvis.

1 §

Paragrafen har sin motsvarighet i 1 § kvacksalverilagen. Här beskrivs när bestämmelserna i kapitlet är tillämpliga. Paragrafen har ändrats på så sätt att hänvisning nu görs till kapitlet i stället för till lagen.

I 1 § första stycket i nuvarande kvacksalverilag anges att en förutsättning för att lagen skall vara tillämplig är att någon utför undersökning, behandling etc. mot ersättning. I vårt förslag har detta begrepp ändrats till att gälla den som yrkesmässigt vidtar undersökning, behandling etc. De närmare skälen för denna ändring anges i avsnitt 13.4.4.

Andra stycket i 1 § kvacksalverilagen innehåller en bestämmelse som anger att lagen inte är tillämplig på läkare samt den personal som står under Socialstyrelsens tillsyn. Kvacksalverilagen gäller med andra ord inte hälso- och sjukvårdspersonal. I vårt förslag har detta stycke tagits bort och ersatts med meningen att bestämmelserna gäller dock inte den som enligt 1 kap. 3 § är hälso- och sjukvårdspersonal. Någon ändring i sak är inte avsedd med denna nya formulering. Avsikten är således att bestämmelserna i detta kapitel endast skall gälla för de som yrkesmässigt utövar i lagen närmare preciserad hälso- och sjukvårdande verksamhet utan att vara hälso- och sjukvårdspersonal.

Som också angetts ovan i anslutning till 1 kap. 2 § regleras således i detta kapitel endast gränserna för vad en yrkesutövare som inte är hälso- och sjukvårdspersonal får göra i samband med vissa hälso- och sjukvårdande åtgärder. Utgångspunkten är att det är tillåtet för var och en att vara yrkesverksam på hälso- och sjukvårdens område och i samband därmed tillämpa t.ex. alternativmedicinska behandlingsmetoder. Denna frihet begränsas av bestämmelserna i detta kapitel. För den yrkesutövare som är hälso- och sjukvårdspersonal finns andra begränsningar, till att börja med i hälso- och sjukvårdslagen. I vårt förslag till 2 kap. (nuvarande åliggandelagens bestämmelser om åligganden för hälso- och sjukvårdspersonal) regleras närmare vilka skyldigheter denna personal har. I 2 kap. 1 § anges således att hälso- och sjukvårdspersonal skall uföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. Några sådana skyldigheter åvilar inte den som utövar yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område utan att vara hälso- och sjukvårdspersonal. En sådan yrkesutövares verksamhet begränsas främst av förbuden i 4 kap. 2 §.

Som angetts i kommentaren till 3 kap. 4 § är obehörigt utövande av läkar- och barnmorskeyrkena som huvudregel endast straffbelagda i den omfattning som de innefattar åtgärder som omfattas av begränsningarna här i 4 kap.

Utövande av tandläkaryrket är, liksom i dag, förbehållet den som har legitimation som tandläkare enligt 3 kap. 4 § i vårt förslag.

Obehörigt utövande av tandläkaryrket är straffbart enligt en särskild bestämmelse i 8 kap. 2 §.

Bakgrunden till att regleringen fått denna utformning är svårigheterna att avgränsa omfattningen av främst läkaryrket, se även lagrådets yttrande till nuvarande behörighetslag, prop. 1983/84:179 s. 45-47.

Kommittén har inte avsett att ändra på det beskrivna rättsläget.

2 §

Bestämmelsen, som kommenteras närmare i avsnitt 13.4.5., har sin motsvarighet i 2 § kvacksalverilagen. Då 1 § enligt kommitténs förslag endast består av ett stycke har hänvisningen till första stycket strukits.

Första punkten motsvarar i huvudsak 2 § a) i kvacksalverilagen men tillämpningsområdet är i viss utsträckning utvidgat. Bestämmelsen omfattar således inte endast samhällsfarliga sjukdomar enligt smittskyddslagen utan *anmälningspliktiga sjukdomar*.

Andra punkten motsvarar 2 § b) i kvacksalverilagen. Begreppen kräfta respektive sockersjuka är utbytta mot begreppen cancer respektive diabetes. Någon ändring i sak är inte avsedd.

Tredje och fjärde punkten motsvarar 3 § kvacksalverilagen.

Femte punkten motsvarar 2 § e) kvacksalverilagen.

Nuvarande 2 § d kvacksalverilagen avseende förbud mot skriftliga råd och anvisningar utan personlig undersökning har utmönstrats, se avsnitt 13.4.4.

3 §

Bestämmelsen har sin motsvarighet i 2 § c) kvacksalverilagen. Åldersgränsen för undersökning och behandling av barn har höjts från åtta till femton år utom såvitt avser tillhandahållande av optiska synhjälpmedel där i stället en begränsning med krav på anvisning av läkare införts. Dessa ändringar diskuterar kommittén i avsnitt 13.4.6.

5 kap. Regler om disciplinpåföljd och återkallelse av legitimation m.m.

I detta kapitel finns bestämmelser som i huvudsak oförändrat motsvarar disciplinpåföljdslagens regler om disciplinpåföljd och återkallelse av legitimation. Disciplinpåföljdslagens regler om HSAN:s verksamhet återfinns i sjätte kapitlet och bestämmelserna om överklagande m.m. i åttonde kapitlet. Hänsyn har inte tagits till propositionen Förstärkt tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonal, prop. 1995/96:176 med ny tillsynslag (1996:786).

Vissa redaktionella ändringar har gjorts. Således har 2 § disciplinpåföljdslagen, som anger vad som avses med hälso- och sjukvårdspersonal, strukits eftersom detta begrepp definieras i 1 kap. 2 §.

Härutöver har hänvisningar till lagen ändrats till att gälla detta kapitel eller i förekommande fall till paragraf i annat kapitel. Detta framgår av motiveringen till respektive paragraf.

1 §

Bestämmelsen motsvarar 1 § disciplinpåföljdslagen. Den redaktionella ändringen har gjort att uttrycket denna lag och lagen har ändrats till detta kapitel och kapitlet.

2 §

Bestämmelsen motsvarar 3 § disciplinpåföljdslagen. I paragrafen hänvisas numer till 3 - 5 §§ till följd av ändrad paragrafnumrering.

3 §

Bestämmelsen motsvarar 4 § disciplinpåföljdslagen. I stället för hänvisning till paragrafer i åliggandelagen har införts en hänvisning till motsvarande bestämmelser i andra kapitlet.

4 §

Bestämmelsen motsvarar 5 § disciplinpåföljdslagen. I paragrafens första stycke görs en hänvisning till 6 kap. 13 §. Den motsvarar 25 § disciplinpåföljdslagen. I sista stycket görs en hänvisning till 6 kap. 21 §. Den bestämmelsen motsvarar 33 § disciplinpåföljdslagen.

5 §

Bestämmelsen motsvarar 6 § disciplinpåföljdslagen. Hänvisningen till 6 kap. 13 § motsvarar den tidigare hänvisningen till 25 § disciplinpåföljdslagen.

6 §

Bestämmelsen motsvarar 7 § disciplinpåföljdslagen.

7 §

Bestämmelsen motsvarar 8 § disciplinpåföljdslagen. I första stycket hänvisas till 6 § första stycket 2 vilket motsvarar 7 § första stycket 2 disciplinpåföljdslagen.

8 §

Bestämmelsen motsvarar 9 § disciplinpåföljdslagen.

9 §
Bestämmelsen motsvarar 10 § disciplinpåföljdslagen. I första stycket hänvisas till 8 § som motsvarar 9 § disciplinpåföljdslagen.

10 §
Bestämmelsen motsvarar 11 § disciplinpåföljdslagen.

11 §
Bestämmelsen motsvarar 12 § disciplinpåföljdslagen. I första stycket hänvisas till tredje kapitlet som innehåller relevanta bestämmelser från behörighetslagen.

6 kap. Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnds verksamhet

I detta kapitel har införts de bestämmelser i disciplinpåföljdslagen (13 - 34 §§) som behandlar HSAN:s verksamhet. Hänvisningar till paragrafer i disciplinpåföljdslagen har ändrats till hänvisningar till motsvarande bestämmelser i främst femte kapitlet. Frågor om överklagande m.m. finns i åttonde kapitlet (35 - 40 §§ disciplinpåföljdslagen).

1 §
Bestämmelsen motsvarar 13 § disciplinpåföljdslagen. I andra stycket hänvisas till 5 kap. 6 - 11 §§ och motsvarar 7 - 12 §§ disciplinpåföljdslagen.

2 - 3 §§
Bestämmelserna motsvarar 14 respektive 15 § disciplinpåföljdslagen.

4 §
Bestämmelsen motsvarar 16 § disciplinpåföljdslagen. Hänvisningarna i första stycket 1 till 5 kap. 7, 9 respektive 11 §§ motsvarar tidigare hänvisningar till 8, 10 respektive 12 § disciplinpåföljdslagen. Hänvisningen till 11 § motsvarar tidigare hänvisning i disciplinpåföljdslagen till 23 § den lagen. Hänvisningen i första stycket 4 till 5 kap. 7 § tredje stycket motsvarar tidigare hänvisning till 8 § tredje stycket disciplinpåföljdslagen.

5 - 6 §
Bestämmelserna motsvarar 17 - 18 §§ disciplinpåföljdslagen.

7 §
Bestämmelsen motsvarar 19 § disciplinpåföljdslagen. Hänvisningen i andra stycket till 5 kap. 6 - 11 §§ motsvarar en hänvisning till 7 - 12 §§ i disciplinpåföljdslagen.

8 - 12 §§
Bestämmelserna motsvarar 20 - 24 §§ disciplinpåföljdslagen.

13 §
Bestämmelsen motsvarar 25 § disciplinpåföljdslagen. Hänvisningen till 7 § motsvarar 19 § disciplinpåföljdslagen.

14 - 17 §§
Bestämmelserna motsvarar i samma följd 26 - 29 §§ disciplinpåföljdslagen.

18 §
Bestämmelsen motsvarar 30 § disciplinpåföljdslagen. Hänvisningarna till 5 kap. 7, 9 och 11 §§ motsvarar 8, 10 och 12 §§ disciplinpåföljdslagen.

19 -20 §§
Bestämmelserna motsvarar 31 - 32 §§ disciplinpåföljdslagen.

21 §
Bestämmelsen motsvarar 33 § disciplinpåföljdslagen. Hänvisningen till 5 kap. 4 § tredje stycket motsvarar 5 § tredje stycket disciplinpåföljdslagen.

22 §
Bestämmelsen motsvarar 34 § disciplinpåföljdslagen.

7 kap. Socialstyrelsens tillsyn

I detta kapitel finns bestämmelser om Socialstyrelsens individtillsyn enlgit den föreslagna lagen. Bestämmelserna är överförda från 12 - 18 §§ åliggandelagen. Hänsyn har inte tagits till propositionen 1995/96:176 Förstärkt tillsyn över hälso- och sjukvården och den nya tillsysnlagen (1996:786)

1 - 3 §§
Bestämmelserna motsvarar 12 - 14 §§ åliggandelagen.

4 §
Bestämmelsen motsvarar 15 § åliggandelagen. Hänvisningen till 3 § motsvarar en hänvisning till 14 § åliggandelagen.

5 §
Bestämmelsen motsvarar 16 § åliggandelagen. Hänvisningen till 5 kap. motsvarar en hänvisning till disciplinpåföljdslagen.

8 kap. Ansvarsbestämmelser m.m.

I detta kapitel finns bestämmelser om ansvar för överträdelse av förbud enligt 3 kap. Dessa bestämmelser motsvarar behörighetslagens ansvarsbestämmelser.

Här finns också bestämmelser om ansvar vid överträdelse av bestämmelser i 4 kap. Dessa bestämmelser motsvarar kvacksalverilagens ansvarsbestämmelser.

En ny möjlighet att förelägga vite vid misstanke om brott mot de nyssnämnda förbuden i 3 och 5 kap. finns också i åttonde kapitlet.

Vidare finns här bestämmelser om överklagande av HSAN:s beslut i ansvarsärenden enligt 6 kap. Dessa bestämmelser motsvarar disciplinpåföljdslagens bestämmelser.

Slutligen finns här bestämmelser om överklagande av beslut av Socialstyrelsen samt bemyndigande för regeringen att meddela ytterligare föreskrifter etc. Dessa bestämmelser är överförda från både behörighetslagen, kvacksalverilagen och åliggandelagen.

1 §
Bestämmelsen motsvarar 10 § första stycket första meningen behörighetslagen. Kommittén har särskilt diskuterat bl.a denna bestämmelse ovan i anslutning till 3 kap. 4 § och 4 kap. 1 §.

2 §
Bestämmelsen motsvarar 10 § första stycket andra meningen och andra stycket behörighetslagen. I förtydligande syfte har bestämmelserna som gäller ansvar för den som obehörigen utövar tandläkaryrket brutits ut och getts en särskild paragraf, se även kommentarerna till 3 kap. 4 § och 4 kap. 1 §.

3 §
Bestämmelsen motsvarar delvis 10 § fjärde stycket behörighetslagen och innehåller straffbestämmelser för den som bryter mot angivna bestämmelser.

I 3 kap. 3 § anges att endast den som erhållit legitimation enligt 3 kap. 2 § får använda denna beteckning. Den som obehörigen använder beteckningen legitimerad kan straffas härför. Bestämmelsen omfattar genom kommitténs förslag även legitimerade apotekare, arbetsterapeuter, receptarier, röntgensjuksköterskor och sjukhusfysiker.

I 3 kap. 6 § anges att endast den som rätt till en yrkestitel enligt 3 kap. 5 § får använda denna yrkestitel. Regleringen är ny. Genom den straffbeläggs obehörigt användande av huvuddelen av de yrkestitlar där yrket är legitimerat, således såväl yrken som hittills haft legitimation som de yrkesgrupper kommitten föreslår bli legitimerade. Undantag görs för kiropraktorer, naprapater och optiker. Kommittén har i avsnitt 9.4. redovisat skälen härför. Dessutom straffbeläggs obehörigt användande av vissa särskilt skyddade yrkestitlar. Det gäller för yrkena audionom, biomedicinsk analytiker, dietist och ortopedingenjör samt specialistsjuksköterska.

I 3 kap. 7 § anges att man inte får använda en yrkestitel som är förväxlingsbar med en skyddad yrkestitel. Denna bestämmelse är i huvudsak ny men har i dag en motsvarighet vad gäller psykolog- och psykoterapeuttitlarna. I dag gäller dessutom att det inte är tillåtet att ge sig ut för att vara läkare, tandläkare och barnmorska eller på annat sätt ge sken av att ha sådan kompetens. Den nuvarande bestämmelsen avseende psykolog- och psykoterapeutitlarna (9 § sista stycket behörighetslagen) utvidgas till att omfatta samtliga skyddade yrkestitlar. Någon ändring i sak vad gäller titlarna för psykologer och psykoterapeuter är inte avsedd. Dessutom torde nuvarande regler vad gäller obehörigt användande av läkar-, tandläkar och barnmorsketitlarna överensstämma med kommitténs förslag. Det är angeläget att upprepa att skyddet för yrkestitlarna endast gäller på hälso- och sjukvårdens område, inte inom t.ex. umgängeslivet, jfr prop. 1983/84:179 s. 41-42.

I 3 kap. 8 respektive 9 § anges att endast den som har rätt till skyddad beteckning som Europaläkare respektive specialistbeteckning för läkare och tandläkare får använda dessa beteckningar. Den som bryter mot dessa bestämmelser kan dömas till böter.

4 §

Första och andra styckena i denna bestämmelse motsvarar 7 § kvacksalverilagen. Hänvisningen till 4 kap. motsvarar hänvisningar i 7 § kvacksalverilagen till bestämmelser i den lagen.

I 7 § kvacksalverilagen finns en hänvisning till 10 § behörighetslagen. Denna hänvisning har, i konsekvens med vad som ovan sagts under 1 §, ändrats till att gälla 1-3 §§.

Uttrycket "hälsofarligt kvacksalveri" har tagits bort. I stället anges att den som bryter mot bestämmelserna döms till böter eller fängelse i högst ett år.

5 §

Denna bestämmelse är ny. I 3 kap. 3, 6 - 9 §§ anges begränsningarna i rätten att använda begreppet legitimerad, en skyddad yrkestitel, förväxlingsbara yrkestitlar, skyddad beteckning för Europaläkare eller skyddad specialistbeteckning. I 4 kap. 2 och 3 §§ anges vissa begränsningar i rätten att vidta vissa hälso- och sjukvårdande åtgärder. I nu förevarande paragraf ges möjlighet åt Socialstyrelsen att förelägga en yrkesutövare att under viss tid upphöra med verksamhet som misstänks bryta mot angivna bestämmelser. För att ett sådant föreläggande skall vara effektivt har en möjlighet att förena det med vite införts, se även avsnitt 13.4.8.

I andra stycket har som en konsekvens av vitesbestämmelsen införts en bestämmelse som erinrar om att den som överträtt ett vitesföreläggande inte samtidigt kan dömas till straff för att ha utövat verksamhet som omfattas av vitesföreläggandet.

6 §

Bestämmelsen motsvarar 9 § kvacksalverilagen. Begreppet hälsofarligt kvacksalveri har utmönstrats, jfr 4 § ovan. Hänvisningen till 4 kap. motsvarar en hänvisning till 1 § första stycket kvacksalverilagen. I 6 § andra meningen har en ny regel om möjlighet att förena förbudet med vite införts.

I andra stycket har på samma sätt som i 5 § andra stycket i detta kapitel införts en bestämmelse som erinrar om att den som överträtt ett vitesförbud enligt första stycket inte samtidigt kan dömas till straff för att ha utövat verksamhet som omfattas av vitesförbudet.

7 §

Bestämmelsen motsvarar 10 § kvacksalverilagen. Hänvisningen till 6 § motsvarar en hänvisning till 9 § kvacksalverilagen.

8 §

Bestämmelsen motsvarar 35 § disciplinpåföljdslagen. Överklagande av beslut enligt disciplinpåföljdslagen sker f.n. till kammarrätten. Frågan om att överklagande av HSAN:s beslut i stället i första instans skall ske hos allmän förvaltningsdomstol (länsrätt) har diskuterats i propositionen 1994/95:27. Regeringen anförde där (s.159) att den principiella utgångspunkten även här bör få genomslag och att den första domstolsprövningen av beslut från HSAN alltså skall ske i länsrätt. Regeringen ansåg samtidigt i propositionen att man borde

avvakta resultatet av den utredning som hade till uppgift att bl.a. lämna förslag till ett mer differentierat sanktionssystem för hälso- och sjukvårdspersonalen och frågan om interimistisk delegitimering. Dessa frågor har utretts och förslag har presenterats i betänkandet (SOU 1995:147) Förbättrad tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonal. I betänkandet har frågan om överklagande inte tagits upp. Betänkandet bereds för närvarande i regeringskansliet.

Enligt kommittén finns inte anledning att avvika från de numer etablerade överklagandereglerna i förvaltningsärenden. Kommitténs förslag är lämnade i överensstämmelse härmed.

Som framgår av 13 § är Socialstyrelsen motpart till yrkesutövare som överklagat ansvarsnämndens eller domstols slutliga beslut enligt dessa bestämmelser.

9 §

Bestämmelsen motsvarar 36 § disciplinpåföljdslagen. Hänvisningen till 6 kap. 7 § första stycket motsvarar en hänvisning till 19 § första stycket disciplinpåföljdslagen.

10 §

Bestämmelsen motsvarar 37 § disciplinpåföljdslagen. Hänvisningen till 9 § motsvarar en hänvisning till 36 § disciplinpåföljdslagen.

11 §

Bestämmelsen motsvarar 38 § disciplinpåföljdslagen. Hänvisningen i punkt 4 till 5 kap. 7 § första stycket motsvarar tidigare hänvisning till 8 § första stycket disciplinpåföljdslagen. Hänvisningen i punkt 5 till 6 kap. 11 § andra stycket motsvarar en hänvisning till 23 § andra stycket disciplinpåföljdslagen.

12 §

Bestämmelsen motsvarar 39 § disciplinpåföljdslagen. Hänvisningen till 5 kap. 6 - 11 §§ motsvarar en hänvisning till 7 - 12 §§ disciplinpåföljdslagen.

13 §

Bestämmelsen motsvarar 40 § disciplinpåföljdslagen.

14 §

Bestämmelsen motsvarar 11 § behörighetslagen och 11 § kvacksalverilagen. Den omfattar även överklagande av ett vitesföreläggande enligt 7 kap. 2 §. I den delen motsvarar bestämmelsen 17 § åliggandelagen.

I 14 § regleras även överklagande då det gäller den nya regeln om vitesföreläggande enligt 8 kap. 5 §.

15 §
Bestämmelsen motsvarar del av 3a § samt 4 §, 5 § andra stycket och 12 § behörighetslagen.

16 §
Bestämmelsen motsvarar 18 § åliggandelagen.

Övergångsbestämmelser

Kommitténs förslag kommer att medföra behov av övergångsbestämmelser, särskilt när det gäller rätten att använda skyddad yrkestitel. Sådana övergångsbestämmelser måste till för att bl.a. tillgodose personer med äldre utbildningar och som under lång tid använt den yrkestitel som skyddas. Kommittén har dock inte haft möjlighet utarbeta sådana bestämmelser.

19.2 Förslag till lag (1997:000) om ändring i Mervärdesskattelagen (1994:200)

3 kap. 5 §

I bestämmelsen definieras bl.a. kretsen av vårdgivare vilkas sjukvårdstjänster är undantagna från skatteplikt. Dessa har enligt huvudregeln hittills varit allmänna och enskilda sjukvårdsinstitutioner samt legitimerade yrkesutövare inom sjukvården. Den definierade kretsen utökas nu genom att också sjukvård som ges av yrkesutövare med skyddad yrkestitel enligt 3 kap. 5 § lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område undantas från skatteplikt. Den föreslagna behörighetsregleringen innebär att de yrkesgrupper som får sina sjukvårdstjänster undantagna från skatteplikt utökas dels med apotekare, receptarier, arbetsterapeuter och sjukhusfysiker, vilka enligt nyssnämnda lag blir legitimerade, dels med audionomer, biomedicinska analytiker, dietister och ortopedingenjörer, vilka enligt särskild föreskrift i lagen får sin yrkestitel skyddad. Motiven till ändringen av 3 kap. 5 § ML framgår av avsnitt 16.4.3.

Som angetts i nyssnämnda avsnitt påverkar utökningen av kretsen vårdgivare med legitimerade apotekare och receptarier enligt kommitténs uppfattning inte mervärdesbeskattningen av den verksamhet som dessa yrkesutövare utför i tjänst hos eller för Apoteksbolaget AB. Bolaget kan nämligen enligt kommitténs bedömning inte hänföras till sådan vårdgivare som avses i 3 kap. 5 § ML och som tillhandahåller skattefri sjukvård. Kommittén har inte heller ansett att någon ändring

av skattepliktskaraktären för den här aktuella, mycket omfattande och speciella verksamheten, bör komma till stånd som en konsekvens av kommitténs förslag i behörighetsfrågorna. I den PM av generalsekreteraren i Nordiska läkemedelsnämnden, apotekaren Ulf Janzon, som delvis återgivits i avsnitt 16.4.3, har också framhållits att - då det gäller mervärdesbeskattningen av apoteksverksamheten - flera alternativ bör utredas vidare innan några konsekvensanalyser kan göras.

Ett undantag från skatteplikt bör regleras genom en preciserad och entydig undantagsbestämmelse. Föreskriften i 3 kap. 5 § ML om vilka vårdgivare som kan meddela skattefri sjukvård svarar enligt kommitténs mening mot detta krav. Någon särskild regel har därför inte ansetts behövlig för att mervärdesbeskattningen av sjukvårdstjänster, som utövas av legitimerade apotekare och receptarier, verksamma hos eller för Apoteksbolaget AB, skall förbli oförändrad. Ett sådant beskattningsresultat skulle möjligen även kunna nås genom en tillämpning av den i avsnitt 16.2.2 beskrivna huvudsaklighetsprincipen, då de sjukvårdstjänster (rådgivning m.m.) som tillhandahålls av apoteken endast torde utgöra en mindre del av hanteringen där. En sådan tillämpning rymmer emellertid en hel del oklarheter, vilka framstår som otillfredställande. För det fall man inte skulle godta kommitténs bedömning att Apoteksbolaget AB inte är en sådan vårdgivare, vars sjukvårdstjänster enligt 3 kap. 5 § ML undantas från skatteplikt, bör bestämmelsen enligt vad kommittén framhållit i avsnitt 16.4.3 kompletteras så att sjukvård, tillhandahållen av legitimerade apotekare och legitimerade receptarier hos Apoteksbolaget AB inte undantas från skatteplikt.

Reservation och särskilda yttranden

Reservation av ledamoten Birgitta Andersson (v)

1994 års behörighetskommitté har bl.a. haft att överväga behovet av en rättslig reglering inom socialtjänsten och näraliggande områden. Enligt kommittén bör det inte skapas något legitimationsförfarande för yrken inom socialtjänsten. Däremot menar man att det kan finnas skäl att överväga en behörighetsreglering eller kompetensreglering knuten till vissa tjänster. Man hänvisar till den vidare behandlingen av Socialtjänstkommitténs förslag till ny socialtjänstlag och vad som där sagts beträffande socionom- och sociala omsorgsutbildningar. I konsekvens med vad som här sägs, borde förslag ha lagts om en ny utredning som får till uppgift att överväga en behörighetsreglering eller kompetensreglering för yrken inom socialtjänsten. Något sådant uppdrag ligger ju inte i den vidare behandlingen av Socialtjänstkommitténs förslag.

Beträffande kuratorer inom hälso- och sjukvården uttalar man att det inte finns anledning att lämna något förslag till reglering, då man gör bedömningen att arbetet handlar om sociala och psykosociala insatser mer än behandlande hälso- och sjukvårdsverksamhet. Jag delar inte den uppfattningen.

Som klient inom socialtjänsten, patient inom hälso- och sjukvården och i andra sammanhang där man i en utsatt position behöver hjälp, skall man kunna lita på att den man möter har nödvändig kompetens. Syftet med en legitimation är att tillförsäkra den som söker hjälp en god professionell handläggning och en garanti för en kvalitativ miniminivå.

Som socionom har man en högskoleutbildning med vetenskaplig förankring och en bredd i yrkesrollen. Man har ett självständigt arbete med eget yrkesansvar. Man har ett behandlingsansvar och intygsrätt

och uppfyller därmed de kriterier som kommittén föreslår skall ligga till grund för en legitimation.

Enligt min uppfattning bör en reglering ske av socionomers yrkesutövning inom socialtjänsten, hälso- och sjukvården samt andra områden, i första hand genom en legitimation för socionomer.

Särskilt yttrande av ledamoten Ulla Orring (fp)

Behörighetskommitténs förslag om legitimation och behörighetsföreskrifter för olika grupper inom hälso- och sjukvården och närliggande grupper är ett steg i rätt riktning. Men enligt min mening saknas däremot en realistisk bedömning av gruppen medicintekniska ingenjörer/sjukhusingenjörer - dess kompetens, ansvarsområde m m., Och därmed kvarstår frågan om rättssäkerhetsaspekten då förslaget om system med personcertifiering idag ej är särskilt prövat.

Jag anser att de bedömningskriterier som ligger till grund för sjukhusfysikers legitimation även kan vara relevanta för sjukhusingenjörer.

Utbildningen på universitetsnivå är mycket likartad för båda yrkesgrupperna - antalet universitetspoäng ligger på samma nivå.

Ansvarsförhållanden för båda yrkesgrupperna är likartade med den skillnaden att sjukhusingenjörerna som regel inte ansvarar för strålskyddsfrågor.

Däremot har sjukhusingenjörerna ansvar för elsäkerhet (EMC-störning), gassäkerhet, laser, mikrovågsbehandling (TUMT/TRMT), ultraljud mm.

I många fall går ansvarsområden dessutom samman och kan i allra högsta grad variera från sjukhus till sjukhus beroende på kompetensen som finns tillgänglig inom respektive specialområde.

Jag vill lyfta fram fler omständigheter som kan belysa likheterna mellan grupperna. Det regelverk som mer och mer införs via EU beträffande medicintekniska produkter ställer krav som kan jämföras med strålskyddskrav. EU direktiven angående medicintekniska produkter finns omsatt i svensk lagstiftning SFS 1993:584, reviderad i SFS 1994:860, och i en rad svenska författningar, där några är väsentliga för hur produkter får introduceras och användas i Sverige. SOFS 1994:20 Medicintekniska produkter SOFS 1994:21, Ansvaret för medicintekniska produkter i hälso och sjukvården m.m. I dessa föreskrifter noteras att det är väsentligt att sjukvården har personer med erforderlig teknisk kompetens inom sakområdet som svarar för produkter är tekniskt fullgoda och att väsentliga krav enligt EU-direktiven är uppfyllda.

Definitioner som karaktäriserar sjukhusfysikernas och sjukhusingenjörernas arbetsområde i generella termer kan beskrivas enligt följande:

Den medicinska fysiken innefattar all användning av fysikaliskt kunnande för diagnostik och behandling av sjukdomar. Området domineras av problemställningar kring användning av strålning även

om andra medicinska tillämpningar av fysiken ingår i ämnet. Delområdet radiofysik omfattar såväl joniserande strålning som icke joniserande. På sjukhusen är verksamheten samlad i radiofysikavdelningar med verksamhet inom röntgen-,MR- och nuklärmedicinsk diagnostik, informationsteknik speciellt när det gäller bilder, strålbehandling med foton och elektronstrålning från acceleratorer och med radioaktiva läkemedel samt inom strålskydd. Till de större sjukhusens radiofysikavdelningar är också knutna universitetsavdelning för radiofysik organiserade under de medicinska fakulteterna.

Den medicinska tekniken omfattar all användning av ingenjörsvetenskap för diagnostik och behandling. Till området räknas medicinsk elektronik och mätteknik, datorteknik och databehandling,gasteknik, instrumentteknik och finmekanik, radiologisk teknik mm. På sjukhusen är huvuddelen av den medicinska tekniken normalt samlad i en medicinteknisk avdelning, men även klinikbundna verksamheter finns. Verksamheten är relativt jämt fördelad mellan områdena diagnostiska mät-ochundersökningsinstrument(EKG,ultraljud,endoskopiutrustning mm) utrustning för vård och behandling(infusionspumpar, laser, anestesiapparater respiratorer,mikrovågsutrustning mm) samt kemiska och biologiska analysinstrument(fotometrar, centrifuger, SEM mm. Till de större sjukhusens medicintekniska avdelningar är också knutet en universitetsavdelning för medicinsk teknik eller motsvarande organiserade under de medicinska fakulteterna. (Malmö,Lund och Linköping). Undervisning och forskning inom medicinsk teknik och närliggande ämnen ges också vid de tekniska högskolorna i Lund,-Göteborg, Stockholm samt universitetet i Umeå.

Användningen av avancerad medicinteknisk utrustning/produkter inom hälso- och sjukvården ökar alltmer. Detta innebär också krav på ökade kunskaper i medicinsk fysik och medicinsk teknik hos den personal som handhar och utnyttjar utrustningen. Sjukvårdens krav på ökad effektivitet, produktivitet och säkerhet accentuerar ytterligare kraven.

Den snabba utvecklingen och den medicinska fysikens och den medicinska teknikens tvärvetenskapliga karaktär leder dessutom till kommunikationsproblem både när det gäller teknikens utnyttjande i sjukvården och dess användning i samband med forskning och utveckling.

Min sammanställning över likformigheten i utbildning, ansvar, kompetens och arbetsuppgifter mellan sjukhusfysiker och sjukhusingenjörer (medicinska civilingenjörer) ger vid handen att en likartad behandling av båda grupperna borde ha varit befogad.

Utredningen anför att ackreditering och certifiering vore en möjlighet för att garantera kompetensen hos sjukhusingenjörer(medicinska civilingenjörer). Detta används som argument mot legitimering

för denna grupp. Enligt min uppfattning inverkar legitimering mycket hårdare än certifiering på de medicinska kraven som ställs på individen och får dessutom större stöd i lagen. Därmed gagnas patientsäkerheten på ett betydligt mer tillfredsställande sätt.

Jag anser att det hade varit önskvärt att sjukhusfysiker och medicintekniska ingenjörer(sjukhusingenjörer) hade behandlats på ett likartat sätt.

Särskilt yttrande av experten Bo Hjern

Behörighetskommittén har haft till uppgift att göra en samlad översyn och lämna förslag i frågan om legitimation och behörighetsföreskrifter för olika yrkesgrupper inom hälso- och sjukvården och närliggande områden. I direktiven pekas särskilt på de förslag som föreligger om legitimation för kuratorer och socionomer. Detta kan enligt min mening inte tolkas på annat sätt än att syftet har varit att frågan om legitimation för socionomer inom såväl hälso- och sjukvården som socialtjänsten skulle utredas grundligt. När kommittén, trots detta, inte anser sig ha haft utrymme för att utreda den frågan och lämnar den utan ställningstagande med en vag antydan om att den kan behandlas i samband med utarbetandet av en proposition om ny socialtjänstlag, vill jag klargöra, att kommittén enligt min mening borde ha föreslagit regeringen att skyndsamt låta utreda möjligheterna att reglera socionomernas yrkesutövning inom socialtjänsten.

Kommittén har i sin bedömning (10.4.4) anfört att den verksamhet som sjukhuskuratorer ägnar sig åt mer är att betrakta som sociala och psykosociala insatser än som behandlande hälso- och sjukvårdsverksamhet. Jag menar att man måste ha en bredare syn än så på vad sjukdom är och vad målet för hälso- och sjukvården bör vara för att kunna hjälpa dagens patienter inom många av hälso- och sjukvårdens olika sektorer. Kuratorer, som arbetar vid t.ex. kliniker för psykiatri, barn- och ungdomspsykiatri, neurologi, gynekologi eller rehabilitering, med arbetsinsatser såsom kris- och stödsamtal, motivationssamtal, suicidriskbedömningar, krisintervention eller abortrådgivning sysslar enligt min uppfattning i hög grad med hälso- och sjukvårdsverksamhet. För att kunna göra en riktig bedömning av behovet av legitimation för sjukhuskuratorer borde kommittén grundligare än som skett ha prövat deras verksamhet utifrån de uppställda kriterierna för legitimation.

Kommittén anser att det f.n. inte finns något uttalat behov från statens sida att reglera vidareutbildningen av psykologer och pekar i det sammanhanget på möjligheten för psykologer att genom psykoterapeutexamen och legitimation som psykoterapeut erhålla samhällets godkännande vid specialisering. En specialisering inom psykologisk behandling (psykoterapi) utgör emellertid bara en av flera vidareutbildningsvägar för psykologer. Andra av hälso- och sjukvården idag efterfrågade specialiseringar är t.ex. diagnostik, neuropsykologi och förebyggande psykologiska åtgärder. Den gemensamma nordiska arbetsmarknaden för psykologer begränsas idag av att Sverige som det enda - och största - landet i Norden saknar statligt reglerad specia-

listordning för psykologer. Frågan om författningsreglering av psykologernas specialistkompetens bör därför enligt min mening bli föremål för en särskild utredning.

Patienternas behov av skydd mot hälsofarligt kvacksalveri inom psykologisk verksamhet är betydande. En särskild utredning rörande utformningen av ett sådant skydd i lagstiftningen bör därför enligt min mening så snart som möjligt genomföras.

Särskilt yttrande av experten Carin Lyckéus

Behörighetsreglering för biomedicinska analytiker

För biomedicinska analytiker föreslås yrkesexamen och skyddad yrkestitel. Med tanke på den betydelse yrkesgruppen har för patientsäkerheten anser jag att de även bör omfattas av legitimationsbestämmelserna.

Biomedicinska analytiker arbetar inom många olika verksamhetsgrenar av hälso- och sjukvården. Gemensamt för samtliga är att deras bedömningar utgör viktiga grundstenar i det diagnostiska arbetet som underlag för åtgärder. I analyskedjan har den biomedicinska analytikern ansvar för att rätt prov analyseras och att analysen sker på ett korrekt och tillförlitligt sätt. Innan svar lämnas gör de också en rimlighetsbedömning av resultatet. Förutom den viktiga analysverksamheten har de biomedicinska analytikerna i ökande grad också direkta patientkontakter. Således är det numera rutin att de t.ex. inom den kliniska kemin svarar för provtagningar såväl i öppen som sluten vård. Inom den kliniska fysiologin har arbetet alltid bedrivits i direkt samverkan med patienterna.

Genom de framlagda förslagen kommer kretsen hälso- och sjukvårdspersonal att utökas så att de biomedicinska analytikerna kommer att omfattas av Socialstyrelsens individtillsyn även när de är verksamma vid privata laboratorier. Detta är naturligtvis en betydande förbättring av patientsäkerheten jämfört med dagens situation. Däremot föreslås gruppen inte ingå i kategorien legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. Då de har ett kvalificerat arbete med stor betydelse för patientsäkerheten och arbetar självständigt utan kontroll av någon annan yrkeskategori anser jag att de uppfyller de kriterier kommittén funnit bör väga tungt vid bedömning av om legitimation skall tillämpas. Jag anser därför att de bör omfattas av legitimationsinstrumentet. Den skillnad detta skulle medföra jämfört med det framlagda förslaget är att de automatiskt skulle omfattas av bestämmelser som riktas till legitimerad personal, samt att personer som av olika skäl befunnits olämpliga för yrket kan delegitimeras.

Kommitténs direktiv

Översyn av vissa behörighetsfrågor

Dir. 1994:2

Beslut vid regeringssammanträde den 13 januari 1994

1 Sammanfattning av uppdraget

En parlamentarisk kommitté skall göra en samlad översyn av principerna för legitimation och behörighet och mot bakgrund av översynen lämna förslag bl.a. i frågan om legitimation och behörighetsföreskrifter för olika yrkesgrupper inom hälso- och sjukvården och närliggande områden. Översynen skall också omfatta bestämmelserna i lagen (1960:409) om förbud i vissa fall mot verksamhet på hälso- och sjukvårdens område (den s.k. kvacksalverilagen).

Kommittén skall särskilt fästa vikt vid konsekvenserna av dels Sveriges närmande till EU, dels den avreglering av vissa vårdutbildningar som skett genom högskolereformen och dels de ökade möjligheterna till privat verksamhet, som öppnar sig för olika yrkesgrupper inom hälso- och sjukvården.

2 Allmänt om kompetens- och behörighetskrav

Hälso- och sjukvården i vidsträckt bemärkelse syftar till att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador. En modern vård kan emellertid inte fungera utan en välutbildad och kompetent personal som utför sina arbetsuppgifter sakkunnigt och omsorgsfullt. Särskilda krav måste ställas på den som är yrkesverksam inom hälso- och sjukvården.

Det är i detta sammanhang som de offentligrättsliga kompetens- och behörighetskraven måste ses. I 13 och 23 §§ hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) föreskrivs att det i vården skall finnas den personal som behövs för att ge en god vård. Bestämmelser med likartad innebörd finns i 5 § stadgan (1970:88) om enskilda vårdhem m.m. och i 13 §

tandvårdslagen (1980:125). Vidare har Apoteksbolaget AB i avtal med staten åtagit sig att se till att den personal som sysselsätts inom läkemedelsdistributionen uppfyller de krav som måste ställas från säkerhetssynpunkt. Behörighetsregleringen inom hälso- och sjukvården har i stor utsträckning varit nationellt präglad, beroende på olika behov och värderingar. En utbildning i ett land har därför sällan ansetts tillräcklig för verksamhet i ett annat land utan mer eller mindre omfattande kompletteringar. Inom hälso- och sjukvården inklusive tandvården och inom detaljhandeln med läkemedel finns således begränsningar i den närings- och etableringsfrihet som annars med få undantag gäller i Sverige. Dessa återfinns i huvudsak i de legitimationskrav som föreskrivs i lagen (1984:542 om behörighet att utöva yrke inom hälso- och sjukvården m.m. (den)s.k. behörighetslagen).

3 Rättslig reglering av hälso- och sjukvårdsyrken m.m.

3.1 Allmän bakgrund

Bestämmelser om legitimation för personal inom hälso- och sjukvården infördes i början av 1900-talet. De yrkesgrupper vars yrken tidigast berördes av sådana bestämmelser var läkare och tandläkare. Efter hand har allt fler yrken reglerats. Numera omfattas elva yrkesgrupper av legitimationsbestämmelser.

Den rättsliga regleringen var till en början splittrad på en rad olika författningar. Legitimationen hade inte sällan olika innebörd för de olika yrkena.

I början av 1980-talet gjordes bl.a. av den anledningen en övers n av behörighetsreglerna på hälso- och sjukvårdens område av 1981 års behörighetskommitté. Kommitténs huvuduppgift var att föreslå vilka principer som skulle gälla för en rättslig reglering av olika yrken. Kommittén hade också till uppgift att så långt som möjligt föreslå enhetliga regler för de berörda yrkesgrupperna och att föreslå ett regelverk, vari bestämmelserna samlades.

3.2 1984 års behörighetslagstiftning

I propositionen 1983/84:179 om lag om behörighet att utöva yrke inom hälso- och sjukvården m.m. (bet. 1983/84:5oU32, rskr 1983/84-:376), som i huvudsak utgick från behörighetskommitténs förslag, anförde föredragande statsrådet bl.a. följande om legitimation i hälso- och sjukvården.

"Legitimationens huvudfiunktion är att vara en garanti för en viss kunskapsnivå och för sådana personliga egenskaper hos yrkesutövaren att denne är förtjänt av allmänhetens och myndigheternas förtroende. Det förhållandet att legitimationen vid behov kan dras in har i detta sammanhang en central betydelse. Dessutom fyller legitimationen ett väsentligt informationsbehov dels gentemot allmänheten som behöver en lättfattlig "varudeklaration" av olika yrkesutövares kvalifikationer, dels gentemot statliga och kommunala myndigheter som måste kunna titta på yrkesutövarna t.ex. i fråga om recept och intyg och dels gentemot sjukvårdshuvudmännen för att undvika att personer anställs som visat sig vara uppenbart olämpliga att utöva yrket.

I likhet med kommittén och remissinstanserna anser jag att bestämmelser om legitimation fortsättningsvis bör förbehållas sådana grupper av yrkesutövare som har en yrkesfunktion med kvalificerade arbetsuppgifter och ett särskilt ansvar för patienternas säkerhet i vården. Det förhållandet att en yrkesgrupp i inte oväsentlig utsträckning vänder sig direkt till allmänheten, t.ex. i egenskap av fria yrkesutövare, bör tillmätas särskild betydelse.

- - - restriktivitet bör iakttas när det gäller att statligt reglera områden, där flertalet yrkesutövare är anställda av sjukvårdshuvudmännen. Rättslig reglering bör komma i fråga endast när behovet av skydd för patienternas säkerhet påkallar det."

I propositionen om behörighetslagen anfördes också beträffande bestämmelsen om skydd för yrkestitlarna barnmorska, läkare och tandläkare att regleringen av rätten att använda yrkestiteln för läkare tillkommit därför att behov förelåg att ge allmänheten ett skydd mot mindre kompetenta yrkesutövare. Under den tid som förflutit sedan denna bestämmelses tillkomst hade det, enligt vad som anfördes i propositionen, tid efter annan visat sig att yrkesutövare med otillräcklig kompetens sökt ge sken av kompetens genom att använda titeln doktor eller läkare utan tydlig ursprungsbeteckning eller en benämning där sådan titel ingår. För att få en konsekvent och enhetlig reglering föreslogs skyddet utsträckt till att avse även yrkestitlarna barnmorska och tandläkare.

Med utgångspunkt i förslagen i prop. 1983/84:179 infördes de grundläggande bestämmelserna om kompetensbevis (t.ex. legitimation), om behörighetskrav för att utöva yrke samt om skydd för yrkestitel och yrkesbeteckning. Dessa bestämmelser återfanns främst i lagen (1984:542) om behörighet att utöva yrke inom hälso- och sjukvården m.m. (behörighetslagen) och förordningen (1984:545) om behörighet att utöva yrke inom hälso- och sjukvården m.m. (behörig-

hetsförordningen). Bestämmelserna gäller såväl för hälso- och sjukvården inklusive tandvården som för detaljhandeln med läkemedel.

I 2 § behörighetslagen uppräknas de yrkesgrupper som under vissa angivna förhållanden kan få legitimation. Frågor om legitimation prövas enligt 3 § av Socialstyrelsen. Styrelsens beslut enligt lagen får överklagas hos kammarrätten. I 6 - 8 §§ ges bestämmelser om behörighet att utöva vissa yrken inom hälso- och sjukvården m.m. (t.ex. barnmorska, läkare och tandläkare).

I 15-17 §§ lagen (1980:11) om tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonalen m.fl. (tillsynslagen) finns bestämmelser om återkallelse av legitimation och om återfående av legitimation.

För närvarande finns föreskrifter om legitimation för tio yrkesgrupper på grundval av den utbildning som ges i Sverige, nämligen för barnmorska, glasögonoptiker, logoped, läkare, psykolog, psykoterapeut, sjukgymnast, sjuksköterska, tandhygienist och tandläkare. Dessutom finns föreskrifter om legitimation för yrkesgruppen kiropraktor för yrkesutövare som har examen vid utländsk högskola, såsom Doctor of Chiropractic eller motsvarande.

Som krav för legitimation ställs dels viss i en författning angiven examen, dels för flera av yrkesgrupperna praktisk tjänstgöring efter examen. Legitimationen innebär för vissa av yrkesgrupperna i princip ensamrätt för yrket.

I behörighetslagen finns också bestämmelser om kompetens för specialistutbildade läkare och tandläkare samt bemyndigande för Socialstyrelsen att utfärda föreskrifter om behörigheten för icke-legitimerade tandhygienister samt tandsköterskor.

När det gäller apotekare och receptarier saknas numera bestämmelser om legitimation. Avlagd examen ger emellertid i princip ensamrätt till verksamhet vid apotek. Läkemedelsverket utfärdar föreskrifter om vilka yrkesgrupper som är behöriga att förordna om recept.

Tillsynslagen överses för närvarande. Bestämmelser med i stort sätt samma innehåll som det som redovisats kan dock förväntas återfinnas i en ny lagstiftning.

3.3 Förbud mot att utöva verksamhet inom hälso- och sjukvård

Lagen (1960:409) om förbud i vissa fall mot verksamhet på hälso- och sjukvårdens område, den s.k. kvacksalverilagen, reglerar den hälso- och sjukvård som mot ersättning ges av personer som inte står under Socialstyrelsens tillsyn. Enligt kvacksalverilagen får den, som inte tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen, inte mot ersättning behandla vissa angivna sjukdomar eller undersöka eller behandla barn som inte fyllt åtta år m.m. Vissa undersöknings- och behandlingsmeto-

der förbehålls hälso- och sjukvårdspersonal. Det gäller allmän bedövning, lokal bedövning genom injektion av bedövningsmedel, hypnos samt undersökning eller behandling med radiologiska metoder. Bestämmelserna är straffsanktionerade. Vid utgången av år 1992 upphävdes de bestämmelser i kvacksalverilagen som förbjöd både ambulerande verksamhet och att någon som saknade svenskt medborgarskap utövade verksamhet enligt lagen, med visst undantag för optikerverksamhet (SFS 1992:1563).

Alternativmedicinkommitten har i sitt huvudbetänkande (SOU 1989:60) lagt fram förslag till en ny lag om alternativmedicinsk verksamhet m.m. som föreslås ersätta kvacksalverilagen. Alternativmedicinsk verksamhet föreslås även i fortsättningen i princip bli tillåten. Lagförslaget skiljer emellertid mellan dem som har viss medicinsk basutbildning och dem som saknar sådan.

Föreslagen medicinsk basutbildning skall ge yrkesutövaren kompetens att kunna allmänt bedöma patientens hälsotillstånd för att vid behov hänvisa patienten till hälso- och sjukvården. Den som har basutbildningen kan enligt förslaget registrera sig hos Socialstyrelsen och marknadsföra sig som registrerad alternativmedicinsk yrkesutövare. Socialstyrelsen avses besluta om basutbildningen och erforderlig prövning av kompetensen. Sjukdomar som omfattas av smittskyddslagen och sjukdomar hos gravida kvinnor skall dock enligt förslaget inte få behandlas av alternativmedicinska utövare. Även akuta, livshotande tillstånd föreslås bli undantagna från alternativmedicinsk behandling. Allvarliga sjukdomar, t.ex. cancer eller psykoser, får behandlas av alternativmedicinsk yrkesutövare endast om patienten först haft kontakt med läkare beträffande sjukdomen. Kommittén ansåg också att gällande förbud mot bedövning och radiologiska metoder bör bibehållas. Vidare bör det enligt förslaget vara helt förbjudet att alternativmedicinskt behandla barn under tre år samt gälla vissa restriktioner för sådan behandling av barn under 15 år.

Alternativmedicinkommitténs förslag har remissbehandlats och fått ett blandat mottagande av remissinstanserna. Regeringen har ännu inte tagit ställning till förslaget.

3.4 Kompetensbevisens rättsverkningar

Till legitimationen knyts vissa rättsverkningar. I behörighetslagen ges ett straffrättsligt skydd för yrkestitlarna barnmorska, läkare och tandläkare. För övriga legitimerade yrkesutövare innebär legitimationen ett straffrättsligt skydd för beteckningen "legitimerad" i kombination med yrkestiteln. Bestämmelsen hör samman med legitimationens syfte att ge allmänheten en garanti för att yrkesutövaren uppfyller

kraven på duglighet och allmän kompetens. Enligt 10 § behörighetslagen döms den som bryter mot bestämmelserna om skyddet för yrkestitel och yrkesbeteckning till böter. För de yrkesgrupper på hälso- och sjukvårdsområdet som i dag har ensamrätt till sin yrkestitel, dvs. barnmorskor, läkare och tandläkare, gäller i princip en ensamrätt att utöva yrket enligt behörighetslagen. Någon som inte är behörig enligt denna lag att utöva sådant yrke får alltså inte ge sig ut för att vara barnmorska, läkare eller tandläkare i verksamhet på hälso- och sjukvårdens eller tandvårdens område.

För psykologer och psykoterapeuter finns inte på motsvarande sätt en exklusiv behörighet att utöva yrket. Den behöriga användningen av dessa titlar knyts därför genom ändringen i behörighetslagen den 1 januari 1994 till det förhållandet att yrkesutövaren innehar legitimation som psykolog eller psykoterapeut.

Legitimationen utgör också i vissa fall ett behörighetskrav i samband med tillsättning av tjänster. Föreskrifter om detta finns i förordningen (1982:771) om behörighet till vissa tjänster inom hälso- och sjukvården och om tillsättning av sådana tjänster. Legitimation som behörighetskrav omfattar enligt bestämmelserna läkare, barnmorskor, sjukgymnaster och sjuksköterskor. Socialstyrelsen skall enligt förordningen meddela allmänna råd om kompetenskrav för arbetsterapeuter, sjukgymnaster, sjukhusfysiker, sjukhusingenjörer, sjuksköterskor och ambulanspersonal. En motsvarande reglering på tandvårdsområdet finns i förordningen (1985:884) om behörighet till vissa tjänster inom folktandvården och om tillsättning av sådana tjänster. Vidare finns behörighetskrav för föreståndare och vårdhemsläkare enligt 6 § stadgan (1970:88) om enskilda vårdhem.

Här bör även nämnas att bl.a. sjukvård, tandvård och social omsorg undantas från skatteplikt enligt 8 § lagen (1968:430) om mervärdeskatt. Enligt anvisningarna gäller detta bl.a. vård som tillhandahålls av någon med särskild legitimation att utöva yrke inom hälso- och sjukvården. Med sjukvård jämställs numera även medicinskt betingad fotvård. Begränsningen till legitimerad personal har vållat praktiska problem och kritiserats. En särskild utredning har i betänkandet Vissa mervärdesskattefrågor (SOU 1992:121) lagt fram förslag till förändringar. Dessa bereds i Finansdepartementet.

3.5 Behörighet för personal med utländsk utbildning

För godkännande för yrkesutövning i Sverige av personal med utländsk utbildning finns särskilda bestämmelser i behörighetslagstiftningen. Olika principer för godkännande gäller för yrkesutövare med

godkännande från nordiskt land, för yrkesutövare från annat land inom EES och för yrkesutövare från länder utanför EES.

3.5.1 Yrkesutövare som omfattas av EES-avtalet

Regeringen har i propositionen 1992/93:83 om vissa behörighetsfrågor inom hälso- och sjukvården m.m. lagt fram förslag om ändringar i behörighetslagen som syftar till att anpassa reglerna till EES-avtalet i fråga om ömsesidigt erkännande av kompetensbevis för verksamhet inom hälso- och sjukvården m.m. Riksdagen har beslutat i enlighet med förslagen (bet. 1993/94:SoU4, rskr. 1993/94:5).

Genom EES-avtalet åtar sig Sverige att i svensk lagstiftning införa regler om ömsesidigt erkännande av kompetensbevis för läkare, tandläkare, barnmorskor och sjuksköterskor inom allmän hälso- och sjukvård och farmaceuter. Dessa återfinns i ett antal EG-direktiv som omfattas av EES-avtalet.

Medborgare i ett EES-land med sådan utbildning från ett EES-land som uppfyller de krav som anges i direktiven har enligt avtalet rätt till legitimation eller annat kompetensbevis här i landet utan att några tilläggskrav får ställas, vare sig på praktik, språkkunskaper eller författningskunnande. Även utövare av andra reglerade yrken än de tidigare nämnda med en minst treårig högskoleutbildning (t.ex. psykologer, psykoterapeuter, sjukgymnaster, logopeder, kiropraktorer och optiker) kommer att omfattas av EES-avtalet. För dessa grupper ger det EG-direktiv, som är tillämpligt, länderna dock vissa möjligheter att ställa krav på s.k. lämplighetsprov eller praktisk tjänstgöring innan godkännande ges.

Även reglerade yrken med kortare utbildning kommer senare att omfattas av avtalet genom det s.k. andra generella EG-direktivet. Sådan yrkesutövare från ett land, där reglering av yrket saknas, som uppfyller direktivens krav i övrigt, har möjlighet att kunna få godkännande med stöd av avtalet efter två års tjänstgöring utöver uppfyllandet av nämnda krav.

En närmare beskrivning av EES-avtalets innebörd i dessa delar återfinns i propositionen 1992/93:83 samt under avsnittet F. Direktiv om ömsesidigt erkännande av kompetensbevis och harmonisering av författningar som rör yrkesutövningen inom hälso- och sjukvården m.m. i en promemoria, utarbetad inom Socialdepartementet, Införande av EES-rätt - ömsesidigt erkännande av kompetensbevis för verksamhet inom hälso- och sjukvården m.m. (Ds 1992:34).

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer bemyndigas genom en bestämmelse i behörighetslagen att meddela föreskrifter om villkoren för att personer med utländsk utbildning som

omfattas av EES-avtalet skall få kompetensbevis och om deras behörighet att utöva yrket. Ett nytt kompetensbevis införs, nämligen kompetens som allmän-praktiserande läkare (Europaläkare). Som ett led i EES-anpassningen ändras också tillsynslagen. Lagändringarna träder i kraft den dag regeringen bestämmer (SFS 1992:1562, 1564 och 1565). I och med att EES-avtalet nu blivit gällande har regeringen beslutat att bestämmelserna samtidigt skall träda i kraft.

Detaljbestämmelser som behövs för att direktiven skall bli tillämpliga kommer att införas i behörighetsförordningen och i Socialstyrelsens föreskrifter.

Genom EES-avtalet kommer yrkesutövare med svensk legitimation från de nämnda grupperna att på motsvarande sätt kunna få godkännande i övriga EES-länder.

Yrkesutövare från icke reglerade yrken, t.ex. arbetsterapeuter, kommer dock att underkastas nämnda tilläggskrav på viss tids tjänstgöring för att kunna få godkännande för yrket i ett annat EES-land.

3.5.2 Yrkesutövare med godkännande från annat nordiskt land

Inom Norden finns sedan en tid tillbaka en reglering för hälso- och sjukvårdspersonal som har godkännande i ett annat nordiskt land. Denna följer av vad som beslutats i 1981 års nordiska överenskommelse om godkännande av vissa yrkesgrupper för verksamhet inom hälso- och sjukvården och veterinärväsendet (prop.1981/82:86). Överenskommelsen omfattar 18 yrkesgrupper, nämligen läkare, tandläkare, sjuksköterskor, apotekare, sjukgymnaster, arbetsterapeuter, barnmorskor, distriktssköterskor, optiker, psykologer, receptarier, röntgenassistenter, skötare i psykiatrisk vård, tandhygienister, tandsköterskor, tandtekniker, undersköterskor och veterinärer.

Grundtanken är att den som förvärvat legitimation eller annat godkännande för yrket i ett av de nordiska länderna skall kunna ansöka om och få motsvarande godkännande i de andra nordiska länderna, i princip utan krav på kompletterande utbildning eller tjänstgöring. I överenskommelsen anges också vilken utbildning som godtas för legitimation om yrket inte skulle vara rättsligt reglerat i något av länderna. Yrket måste emellertid vara reglerat i minst två av de fördragsslutande länderna för att överenskommelsen skall vara tillämplig. I de fall en rättslig reglering av yrket skulle saknas i ett land gäller fri arbetsmarknad i det landet för det yrket. Bestämmelserna enligt den nordiska överenskommelsen tillämpas i Sverige även på utomnordiska medborgare som har auktorisation från ett nordiskt land.

Enligt EES-avtalet accepteras det nordiska samarbetet, i den utsträckning det inte hindrar att EES-avtalet fungerar tillfredsställande.

En översyn av den nordiska överenskommelsen har nyligen genomförts med inriktning att göra nödvändiga anpassningar till EES-avtalet. Översynen har visat att ett nordiskt regelverk är till fördel för de berörda yrkesgrupperna även sedan EES-avtalet trätt i kraft och att det finns skäl att utnyttja den möjlighet som EES-avtalet erbjuder att behålla den nordiska överenskommelsen för samtliga berörda yrkesgrupper. Bestämmelser som är mer begränsande än EES-avtalets har mönstrats ut ur överenskommelsen, t.ex. möjligheten att kräva vissa språk- och författningskunskaper samt viss praktik. Av avtalstekniska skäl har de sålunda anpassade bestämmelserna förts över i en ny överenskommelse om gemensam nordisk arbetsmarknad för viss hälso- och sjukvårdspersonal och veterinärer. En ny yrkesgrupp - kiropraktorerna - har förts in i den nya överenskommelsen, som har trätt i kraft samtidigt med EES-avtalet den 1 januari 1994.

3.5.3 Övriga yrkesutövare med utländsk utbildning

För övriga yrkesutövare med utländsk utbildning, dvs. de som inte omfattas av EES-avtalet eller har godkännande i något nordiskt land, får Socialstyrelsen besluta i varje enskilt fall om dels den kompletterande utbildning och praktik som behövs för att kunskaperna och färdigheterna skall svara mot de svenska kompetenskraven, dels de nödvändiga kunskaperna i författningar och dels de för yrket behövliga språkkunskaperna. Socialstyrelsen har utfärdat föreskrifter som relativt ingående reglerar vad som krävs för att yrkesutövaren skall kunna godkännas, framför allt när det gäller läkare. Tillämpningen och utformningen av dessa föreskrifter har emellertid ifrågasatts och en översyn av bestämmelserna har förordats från flera håll. En anpassning av bestämmelserna med anledning av EES-avtalet kommer att behöva göras. Behov av att införa motsvarande föreskrifter för ytterligare yrkesgrupper finns också.

3.6 Behörighet inom socialtjänsten

För socialtjänstpersonal saknas helt bestämmelser om legitimation. I vissa fall meddelas dock kompetensbestämmelser av Socialstyrelsen. Enligt 10 § socialtjänstförordningen (1981:750) skall det vid varje hem för vård eller boende finnas en person som förestår verksamheten samt den personal som i övrigt behövs för en ändamålsenlig verksamhet. Detta tillämpas också på hem för vård eller boende som drivs av

enskilda. Vid särskilda ungdomshem skall det enligt I 1 § socialtjänstförordningen finnas tillgång till läkare som bör ha viss specialistkompetens. Vid hem som ger vård och behandling åt missbrukare av alkohol eller narkotika bör läkare finnas tillgängliga som har sådana kunskaper som är lämpade för verksamheten. Vid de nämnda hemmen bör det också finnas tillgång till psykologisk expertis.

Socialstyrelsen meddelar enligt 10 § andra stycket förordningen närmare föreskrifter om kompetenskraven för föreståndare vid sådana hem. Sådana föreskrifter finns i SOSFS 1982:36. I den mån det är påkallat meddelar styrelsen även föreskrifter om kompetenskrav för personal med vård- och behandlingsuppgifter.

Sådana hem som drivs av enskilda omfattas dock inte av 10 § andra stycket och 11 § socialtjänstförordningen. Socialstyrelsen meddelar emellertid närmare föreskrifter enligt 34 § förordningen i fråga om hem för vård eller boende som drivs av enskilda.

Även om bestämmelser om legitimation för socialtjänstpersonal saknas, gäller enligt I § andra punkten tillsynslagen att personalen, i den mån den ger hälso- och sjukvård inom ramen för socialtjänsten, anses tillhöra hälso- och sjukvårdspersonalen genom att biträda en legitimerad yrkesutövare i dennes vård av patienter, t.ex. en distriktsläkare eller en distriktssköterska.

4 Socialutskottets betänkanden

I Socialutskottets betänkande 1992/93:SoU1 Vissa behörighetsfrågor m.m. med anledning av propositionen 1992/93:83 och motioner (rskr. 1992/93:13) behandlas bl.a. ett antal motioner vari yrkas att legitimation eller andra behörighetsföreskrifter skall införas för ytterligare yrkesgrupper. Utskottet tar i detta sammanhang upp yrkesgrupperna naprapater, socionomer, kuratorer, dietister, arbetsterapeuter och fotterapeuter. Socialutskottet konstaterar att Socialstyrelsen redovisat ett uppdrag som avsåg frågan om det föreligger ett dokumenterat vetenskapligt underlag för att tillstyrka legitimation för naprapater och nämner att det enligt Socialstyrelsens mening inte för närvarande föreligger ett sådant underlag för att tillstyrka legitimation av naprapater. Utskottet anser att regeringen nu bör ta ställning till frågan om naprapater skall kunna legitimeras. När det gäller frågan om legitimation eller andra behörighetsföreskrifter för ytterligare yrkesgrupper anser utskottet att en samlad översyn bör göras under parlamentarisk medverkan och att regeringen därefter bör återkomma till riksdagen i denna fråga och vissa andra frågor som har samband därmed.

Vidare berör utskottet att chefen för Utbildningsdepartementet i prop. 1992/93:1 föreslagit att det utöver vissa generella examina också bör finnas ett antal yrkesexamina. Dessa bör avsluta utbildningar som är inriktade mot yrken, där det finns olika former av officiellt fastställd legitimation eller behörighetskrav.

I Socialutskottets betänkande 1993/94:SoU4 Ledningsansvaret och vissa behörighetsfrågor med anledning av olika motionsyrkanden (rskr. 1993/94:5) behandlas bl.a. motioner vari yrkas att legitimation eller andra behörighetsföreskrifter skall införas för ytterligare yrkesgrupper. Utskottet tar i detta sammanhang åter upp yrkesgrupperna naprapater och arbetsterapeuter.

Vidare behandlar utskottet en motion om att den kommande utredningen om legitimations- och behörighetsfrågor bör ha nära samstämmighet med översynsutredningen för de medellånga vårdutbildningarna. I motionen hänvisas till motioner om yrkesexamina för de medellånga vårdutbildningarna, t.ex. laboratorieassistenter och dietister, i samband med riksdagsbehandlingen av en ny högskolelag (1992/93:UbU3).

Socialutskottet pekar bl.a. på ett uttalande i propositionen 1992/93:169 om högre utbildning för ökad kompetens om att regeringens möjlighet att bestämma över utbildningarnas omfattning begränsas till de utbildningar som avslutas med yrkesexamen. Utskottet konstaterar att de frågor som motionen aktualiserar kan tas upp i den samlade översynen av legitimations- och behörighetsregler för olika yrkesgrupper och förutsätter att vid översynen kommer att beaktas vad som föreslagits om översynsutredningen för de medellånga vårdutbildningarna.

5 Vissa pågående översyner m.m.

5.1 Närings- och yrkesskydd

Fri- och rättighetskommittén (Ju 1992:01) har enligt sina direktiv (dir. 1991:119) övervägt ett grundlagsskydd för närings- och yrkesverksamheten samt en utformning av regleringen som medger erforderliga undantag. I kommitténs betänkande (SOU 1993:40) Fri- och rättighetsfrågor, Del A, föreslås att vissa bestämmelser tas in i regeringsformen. Regeringen har till riksdagen överlämnat propositionen 1993/94:117 Inkorporering av Europakonventionen och andra fri- och rättighetsfrågor, vari föreslås dels vissa ändringar i regeringsformen, dels en särskild lag om inkorporering av den europeiska konventionen angående skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna. Bl.a. föreslås att ett skydd för närings- och yrkesfriheten

införs i regeringsformen som en ny grundläggande fri- och rättighet. Begränsningar i rätten att driva näring eller utöva yrke får enligt förslaget införas endast för att skydda angelägna allmänna intressen och aldrig i syfte enbart att ekonomiskt gynna vissa personer eller företag. Vidare slås fast genom ett stadgande i regeringsformen att lag eller annan föreskrift inte får meddelas i strid med Sveriges åtaganden på grund av Europakonventionen. De nya reglerna föreslås träda i kraft den 1 januari 1995.

5.2 *Viss ny organisation för läkemedelsförsörjningen*

Läkemedelsförsörjningsutredningen - LFU 92 - (S 1992:07), har lämnat delbetänkandet Läkemedel och kompetens (SOU 1993:106) som redovisar den del av utredningens arbete som rör försäljningen av receptfria läkemedel. Det framhålls att denna fråga inte kan diskuteras isolerat från de kompetenskrav som måste ställas för att säkerställa en riktig information till kunderna. Utredningen har därför beaktat också vissa utbildningsfrågor. Utredningen föreslår att det skall krävas en verksamhetsansvarig farmaceut som föreståndare för de s.k. egenvårdsapoteken och framhåller bl.a. att starka skäl föreligger för att en legitimering av farmaceuter återinförs. Mycket talar enligt utredningen för att också receptarier legitimeras.

5.3 *Viss utvärdering av kiropraktorskola*

Regeringen uppdrog åt Socialstyrelsen i juni 1993 att utvärdera den kiropraktorutbildning som bedrivs vid Skandinaviska Chiropraktor Skolan i Stockholm. Syftet med utvärderingen var att klargöra om utbildningstiden och innehållet i denna utbildning var av samma kvalitet som en godkänd utbildning till Doctor of Chiropractic-examen. Socialstyrelsen har redovisat uppdraget i december 1993 och bl.a. anfört som sammanfattande omdöme att utbildningen i många avseenden är jämförbar med utbildningen vid the Anglo-European College of Chiropractic i Bournemouth, England, men att Skandinaviska Chiropraktor Skolan i Stockholm på vissa väsentliga punkter ännu ej har samma standard. Denna utvärdering samt införandet av utbildning för kiropraktorer i Odense kan få konsekvenser för nuvarande legitimationsbestämmelser för kiropraktorer.

5.4 *Offentlig tillsyn över enskild vård och omsorg*

En arbetsgrupp inom Socialdepartementet har överlämnat förslaget Enskild vård och omsorg - offentlig tillsyn (Ds 1993:38). Arbetsgruppen föreslår att stadgan (1970:88) om enskilda vårdhem upphävs och ersätts av nya bestämmelser om enskild verksamhet i hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen (1980:620). Vårdhemmen bör delas upp i sådana för hälso- och sjukvården, t.ex. enskilda sjukhus, och sådana inom socialtjänsten, t.ex. enskilda ålderdomshem.

Konvalescenthem/hälsohem som även bedriver sjukvård föreslås omfattade av bestämmelserna om enskild hälso- och sjukvård. Övriga konvalescenthem avses regleras genom lagen (1966:742) om hotell- och pensionatsrörelse.

De föreslagna nya bestämmelserna i hälso- och sjukvårdslagen innebär bl.a. att en enskild fysisk eller juridisk person som avser att yrkesmässigt bedriva hälso- och sjukvård skall anmäla detta till Socialstyrelsen. Styrelsen föreslås överta tillsynen av sluten enskild hälso- och sjukvård från länsstyrelserna.

Däremot bör enligt förslaget ansvaret för tillstånd och tillsyn beträffande enskild verksamhet enligt socialtjänstlagen kvarligga hos länsstyrelserna. Tillstånd skall sökas hos länsstyrelsen för alla särskilda boendeformer som drivs av enskilda och för enskilda hem med korta vårdtider för äldre och handikappade med inriktning på rehabilitering m.m., s.k. hem för viss heldygnsvård. Enligt förslaget skall bl.a. en medicinskt ansvarig sjuksköterska finnas vid de särskilda boendeformerna i enskild regi. Förslagen om offentlig tillsyn över enskild vård och omsorg bereds i regeringskansliet med sikte på en proposition under våren 1994.

5.5 *Tillsynen över hälso- och sjukvården*

Tillsynsutredningen har i sitt huvudbetänkande Tillsynen över hälso- och sjukvården (SOU 1991:63) bl.a. föreslagit att det skall anges i tillsynslagen att den gäller för yrkesutövning inom fyra särskilt angivna uppgiftsområden och då främst vid undersökning, vård och behandling av patienter. Alla som har legitimation för yrke inom hälso- och sjukvården skall enligt förslaget anses tillhöra hälso- och sjukvårdspersonalen. I den mån yrkesutövare vid verksamheter med annat huvudsakligt syfte än att bedriva hälso- och sjukvård, såsom socialtjänsten, fullgör uppgifter inom området patientvård omfattas de enligt förslaget av bestämmelserna i tillsynslagen endast om de utför sådana uppgifter.

Tillsynsutredningen lägger fram förslag som syftar till att göra den statliga tillsynen över allmän och enskild hälso- och sjukvård mer effektiv. Bestämmelsen i 18 § tillsynslagen om att även annan behörighet att utöva yrke inom hälso- och sjukvården än legitimation kan återkallas har aldrig tillämpats. Utredningen föreslår därför att den upphävs.

Förslagen om tillsynen över hälso- och sjukvården bereds för närvarande i regeringskansliet med sikte på en proposition under våren 1994.

5.6 Högskolereformens konsekvenser för behörighetsregleringen

Den reform för universitet och högskolor som riksdagen har beslutat om med anledning av regeringens proposition Högre utbildning för ökad kompetens (prop. 1992/93:169, bet. 1992/93:UbUl4, rskr. 1992/93:363) och som gäller fr.o.m. budgetåret 1993/94 innebär att linjesystemet har avskaffats och att regering och riksdag därmed inte längre beslutar om dimensioneringen av enskilda utbildningar. Avsikten är att studenternas efterfrågan skall få ett större genomslag. Genom linjesystemets avskaffande styrs utbildningarnas innehåll inte längre genom centralt fastställda utbildningsplaner. Dessa har ersatts av en examensordning som reglerar vilka examina som får förekomma. Framför allt sådana utbildningar, som leder mot yrken som är reglerade i lagar eller förordningar eller genom andra behörighetsföreskrifter, avslutas med en yrkesexamen. För varje yrkesexamen anges en övergripande målbeskrivning.

De utbildningar som leder fram till legitimation för yrke inom hälso- och sjukvården återfinns i examensordningen. Härutöver tas ytterligare några utbildningar för vårdpersonal upp. Påbyggnadsutbildningar för sjuksköterskor avslutas inte med en yrkesexamen. Därmed regleras inte dessa utbildningars innehåll längre av statsmakterna.

6 Framställningar om införande av legitimation för ytterligare yrkesgrupper

6.1 Legitimation för naprapater

Svenska Naprapatförbundet har hemställt om att naprapater med examen Doctor of Naprapathy bereds möjlighet att få legitimation.

Naprapati innefattar enligt förbundet en kombination av olika behandlingsteknologier vid besvär och funktionsstörningar från

rörelseapparaten. Naprapaten använder sig av manipulationsbehandling, massage, stretching, ergonomisk rådgivning, rehabiliteringsträning och mobilisering m.m. Förslaget om legitimation för naprapater bereds för närvarande i regeringskansliet med sikte på en proposition under våren 1994.

6.2 Legitimation för osteopater

Osteopati är en manuell terapi varigenom osteopater - liksom kiropraktorer och naprapater - behandlar ryggar, hållning och rörelseapparat. Svenska osteopatförbundet anger att skillnaden ligger i den helhetsfilosofi och den mjuka hävstångsteknik som används vid osteopatisk behandling. De flesta osteopater har genomgått en fyraårig svensk utbildning i osteopati i samarbete med professor Jan Westman vid universitetet i Uppsala och Maidstone College of Osteopathy i England. En framställning om legitimation för osteopater har gjorts, vari framhålls att osteopatin numera erhållit legitimation i Storbritannien.

6.3 Legitimation för rehabiliteringsterapeuter

Förslag föreligger om en treårig utbildning för rehabiliteringsterapeut. Verksamhetsområdet avses vara bl.a. rehabilitering av långtidssjukskrivna med mindre tydlig diagnos och med s.k mångfaktoriella diagnoser. En rehabterapeut behandlar symtom t.ex. med massage, akupunktur och naturmedicin. En framställning om legitimation för rehabterapeuter har gjorts.

6.4 Legitimation för ortopedingenjörer

Svensk Ortopedisk Förening har hemställt om legitimation för ortopedingenjörer, som utbildats och examinerats vid Hälsohögskolan i Jönköping sedan mer än tio år tillbaka och enligt föreningen utför ansvarsfullt och relativt självständigt arbete i sjukvården på ungefär samma sätt som sjukgymnaster. Föreningen framhåller att komponentbrott i proteser och ortoser utgör en reell skaderisk för patienter och att därför denna gren av sjukvårdande verksamhet borde ges en fristående status med legitimation för dess chefsföreträdare.

6.5 Legitimation för transaktionsanalytiska psykoterapeuter

Svenska transaktionsanalytiska föreningen har hemställt om att transaktionsanalytiska psykoterapeuter skall kunna få legitimation som psykoterapeuter och bl.a. anfört att transaktionsanalys är en psykodynamisk terapiform med utvecklad teori och metodik för hur mellanmänsklig kommunikation - interpersonella transaktioner - påverkar psykisk hälsa och patologi.

6.6 Legitimation för undersköterskor m.fl.

Framställningar om legitimation för undersköterskor, laboratorieassistenter, arbetsterapeuter, sjukhusingenjörer, dietister, kuratorer, socionomer. hörselvårdsassistenter, fotterapeuter och akupunktörer föreligger. Titeln hörselvårdsassistent har bytts ut mot titeln audionom den 1 januari 1994. Vidare föreligger en framställning om att även kiropraktorutbildning som inte är formellt godkänd för att kunna leda till "Doctor of Chiropractics" skall kunna ge legitimation.

Frågor om legitimation även för andra än här berörda yrkesgrupper med utbildning för yrken inom hälso- och sjukvården, såsom sjukhusfysiker, skötare inom psykiatrisk vård och tandsköterska, kan bli aktuella att pröva.

6.7 Legitimation för homeopater m.fl.

Homeopati bygger på antagandet att en sjukdom kan botas genom små mängder av ämnen som hos friska personer framkallar effekter som liknar sjukdomens symtom. En framställning om legitimation för homeopater har gjorts.

Frågor om legitimation även för andra än här berörda yrkesgrupper inom naturmedicinens område kan bli aktuella att pröva.

7 Uppdraget

De principer som har gällt för införandet av legitimationskrav för olika yrken inom hälso- och sjukvården fastställdes i början av 1980-talet, då den nuvarande behörighetslagstiftningen beslutades av riksdagen. Dessa principer har berörts under avsnittet 1984 års behörighetslagstiftning (3.2).

De genomgripande förändringar som skett och fortfarande sker i samhället, bl.a. genom Sveriges nämnande till EU och genom

införandet av nya organisationsformer i många offentliga verksamheter, motiverar en översyn av behörighetsregleringen inom hälso- och sjukvården och närliggande områden.

Den främsta orsaken till en rättslig reglering av yrken inom hälso- och sjukvården är omsorgen om patienternas säkerhet i vården. Detta måste vara ledstjärnan även för varje förändring eller utvidgning av bestämmelserna om kompetensbevis och behörighetskrav. Särskilt i de fall, när en yrkesgrupp vänder sig direkt till allmänheten, får sådana bestämmelser stor betydelse när det gäller att trygga de berättigade krav på säkerhet i vården som patienterna kan ställa. De hittillsvarande grundläggande principerna för legitimation och behörighet bör i allt väsentligt kunna ligga till grund även för den översyn och de överväganden som nu behöver göras. 1 alltmer ökad utsträckning kommer emellertid vård sannolikt att tillhandahållas av företag och enskilda i stället för av det offentliga, som i dag svarar för den övervägande delen av vårdverksamheten. Den kontroll som ligger i nuvarande anställningsförfarande för verksamhet inom den offentligt bedrivna vården kommer av allt att döma att minska i betydelse. Förändringen och utvecklingen inom vårdområdet ställer bl.a. krav på förbättrade möjligheter till kontroll från statens sida av hälso- och sjukvårdspersonalens yrkesutövning, särskilt utanför den offentliga vården.

Vidare finns inom EU ett betydligt mer omfattande system med kompetenskrav och behörighet än vad vi har i Sverige. Genom EES-avtalet och vid medlemskap i den Europeiska gemenskapen åtar sig Sverige att tillämpa regler om ömsesidigt erkännande av kompetensbevis för verksamhet inom hälso- och sjukvården m.m. för ett stort antal yrkesgrupper. Behovet av kompetensbevis, som utfärdas av ansvariga myndigheter, kan därför förutses komma att öka även av denna anledning.

Sverige måste bl.a. se till att landets nationella utbildningar uppfyller de krav som är förutsättningen för detta ömsesidiga erkännande. Viss anpassning har redan skett i samband med EES-avtalet. Även i fortsättningen kommer det emellertid att krävas vissa anpassningar till system som gäller inom EU.

De svenska medborgarna måste vid en fri arbetsmarknad inom EU få en konkurrenskraftig utbildning som ger den sökta behörigheten. I detta sammanhang finns det skäl att närmare analysera om den genomförda avregleringen inom högskolan innebär ökat behov, av regler på behörighetsområdet för vissa vårdutbildningar. Socialutskottets påpekanden om de medellånga vårdutbildningarna bör även beaktas i det sammanhanget. Såsom framgår av redogörelsen i det föregående innebär en rättslig reglering av ett yrke också ofta fördelar

vid en tillämpning av EG:s regelverk för godkännande i annat EES-land. Förhållandet bör analyseras närmare.

Vid en översyn av bestämmelserna om kompetensbevis och behörighetskrav bör hänsyn också tas till marknadseffektiviteten. Därvid bör beaktas såväl etableringsmöjligheterna som att villkoren är konkurrensneutrala.

Legitimation och andra kompetensbevis innebär i regel en form av intrång i näringsfriheten. På grundval av förslag från fri- och rättighetskommittén har regeringen i propositionen 1993/94:117 Inkorporering av Europakonventionen och andra fri- och rättighetsfrågor bl.a. föreslagit att principerna om närings- och yrkesfrihet regleras i regeringsformen. Härutöver föreslås en särskild lag om inkorporering av den europeiska konventionen angående skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna.

Begränsningar i rätten att driva näring eller utöva yrke får, enligt regeringens förslag om ändring av regeringsformen, införas endast för att skydda angelägna allmänna intressen och aldrig i syfte enbart att ekonomiskt gynna vissa personer eller företag. Vidare får lag eller annan föreskrift inte meddelas i strid med Sveriges åtaganden på grund av Europakonventionen.

De nya reglerna avses träda i kraft den 1 januari 1995.

Konsekvenserna av förslagen i propositionen för behörigheten inom hälso- och sjukvården m.m. bör genomlysas närmare. Det förhållandet att närings- och yrkesfriheten regleras i en grundlag kan t.ex. föranleda att viss behörighetsreglering, som för närvarande beslutas på myndighetsnivå, blir frågor som regering och riksdag bör besluta om.

Frågan om återkallelse av legitimation eller annat kompetensbevis bör även kunna tas upp. En avvägning bör ske mellan patienternas intresse av säkerhet i vården och den legitimerade yrkesutövarens rättssäkerhet. I detta sammanhang bör även diskuteras behovet av en fast övre åldersgräns för giltigheten av legitimation.

Av de yrkesgrupper som själva kommit in med förslag om att de skall få legitimation för yrket är flera i dag underkastade den s.k. kvacksalverilagens beskärmelser. Ett förslag till ny lagstiftning på området har utarbetats av den s.k. alternativmedicinkommittén. Förslaget har emellertid fått ett blandat mottagande av remissinstanserna och ännu inte lett till något beslut.

Som ett led i översynsarbetet bör övervägas hur en lagstiftning om förbud i vissa fall mot verksamhet på hälso- och sjukvårdens område bör vara utformad i framtiden.

Hittills har legitimation inte förekommit inom socialtjänsten. Förslag föreligger emellertid om legitimation för bl.a. kuratorer och socionomer. Syftet är att tillförsäkra allmänheten en god och pro-

fessionell handläggning inom socialtjänsten. Övervägandena beträffande behovet av era rättslig reglering för dessa och närliggande yrken bör utgå från samma principer som föreslås gälla för en reglering av yrken inom hälso- och sjukvården.

Mot denna bakgrund föreslår regeringen att en parlamentarisk kommitté tillsätts för att göra en samlad översyn av principerna för legitimation och behörighet samt att mot bakgrund av denna översyn lämna förslag bl.a. i frågan om legitimation och behörighetsföreskrifter för olika yrkesgrupper inom hälso- och sjukvården och närliggande områden.

Översynen skall också omfatta bestämmelserna i lagen (1960:409) om förbud i vissa fall mot verksamhet på hälso- och sjukvårdens område (den s.k. kvacksalverilagen).

Kommittén skall således, med utgångspunkt i den grundsyn som redovisats i det föregående, överväga vilka allmänna principer som bör gälla för utfärdande av olika kompetensbevis. Kommittén bör också överväga om det finns andra former för rättslig reglering av yrken eller verksamhet som kan utgöra ett alternativ till legitimation. Strävan bör vara att åstadkomma en så enhetlig reglering som möjligt av de yrken som kommer i fråga.

Kommittén skall fästa särskild vikt vid konsekvenserna av dels Sveriges närmande till Europa, dels den avreglering av vissa vårdutbildningar som skett genom högskolereformen och dels de ökade möjligheterna till privat verksamhet, som öppnar sig för olika yrkesgrupper inom hälso- och sjukvården.

Kommittén skall därvid ta hänsyn även till vad som gäller utanför Sverige, och då framför allt inom EES, vid utarbetandet av sina förslag till principer för kompetensbevis inom hälso- och sjukvården. Kommittén bör särskilt beakta intresset av likformiga regler i de nordiska staterna inom denna ram.

Mot bakgrund av vad som har redovisats under avsnittet Kompetensbevisens rättsverkningar (3.4) i fråga om mervärdesskatt bör kommittén belysa även de eventuella skattetekniska konsekvenserna av lämnade förslag.

För utredningens arbete gäller kommittédirektiven till samtliga kommittéer och särskilda utredare om dels utredningsförslagens inriktning (dir. 1984:5), dels beaktande av EG-aspekter i utredningsverksamheten (dir. 1988:43).

Kommitténs uppdrag skall redovisas före utgången av år 1995.

(Socialdepartementet)

Statens offentliga utredningar 1996

Kronologisk förteckning

1. Den nya gymnasieskolan - hur går det? U.
2. Samverkansmönster i svensk forskningsfinansiering. U.
3. Fritid i förändring.
   Om kön och fördelning av fritidsresurser. C.
4. Vem bestämmer vad? EU:s interna spelregler inför regeringskonferensen 1996. UD.
5. Politikområden under lupp. Frågor om EU:s första pelare inför regeringskonferensen 1996. UD.
6. Ett år med EU. Svenska statstjänstemäns erfarenheter av arbetet i EU. UD.
7. Av vitalt intresse. EU:s utrikes- och säkerhetspolitik inför regeringskonferensen. UD.
8. Batterierna - en laddad fråga. M.
9. Om järnvägens trafikledning m.m. K.
10. Forskning för vår vardag. C.
11. EU-mopeden. Ålders- och behörighetskrav för två- och trehjuliga motorfordon. K.
12. Kommuner och landsting med betalningssvårigheter. Fi.
13. Offentlig djurskyddstillsyn. Jo.
14. Budgetlag - regeringens befogenheter på finansmaktens område. Fi.
15. Union för både öst och väst. Politiska, rättsliga och ekonomiska aspekter av EU:s sjätte utvidgning. UD.
16. Förankring och rättigheter. Om folkomröstningar, utträdesrätt, medborgarskap och mänskliga rättigheter i EU. UD.
17. Bättre trafik med väginformatik. K.
18. Totalförsvarspliktiga m95. Förslag om jobb/studier efter muck, bostadsbidrag, dagpenning, försäkringar. Fö.
19. Sverige, EU och framtiden. EU 96-kommitténs bedömningar inför regeringskonferensen 1996. UD.
20. Samordnad rollfördelning inom teknisk forskning. U.
21. Reform och förändring. Organisation och verksamhet vid universitet och högskolor efter 1993 års universitets- och högskolereform. U.
22. Inflytande på riktigt - Om elevers rätt till inflytande, delaktighet och ansvar. U.
23. Kartläggning och analys av den offentliga sektorns upphandling av varor och tjänster med miljöpåverkan. N.
24. Från Maastricht till Turin. Bakgrund och övriga EU-länders förslag och debatt inför regeringskonferensen 1996. UD.
25. Från massmedia till multimedia - att digitalisera svensk television. Ku.
26. Ny kurs i trafikpolitiken + Bilagor. K.
27. En strategi för kunskapslyft och livslångt lärande. U.
28. Det forskningspolitiska landskapet i Norden på 1990-talet. U.
29. Forskning och Pengar. U.
30. Borgenärsbrotten - en översyn av 11 kap. brottsbalken. Fi.
31. Attityder och lagstiftning i samverkan + bilagedel. C.
32. Möss och människor. Exempel på bra IT-användning bland barn och ungdomar. SB.
33. Banverkets myndighetsroll m.m. K.
34. Aktiv arbetsmarknadspolitik + expertbilaga. A.
35. Kriminalunderrättelseregister DNA-register. Ju.
36. Högskola i Malmö. U.
37. Sveriges medverkan i FN:s familjeår. S.
38. Nationalstadsparker. M.
39. Rapport från klimatdelegationen 1995. Klimatrelaterad forskning. M.
40. Elektronisk dokumenthantering. Ju.
41. Statens maritima verksamhet. Fö.
42. Demokrati och öppenhet. Om folkvalda parlament och offentlighet i EU. UD.
43. Jämställdheten i EU. Spelregler och verklighetsbilder. UD.
44. Översyn av skatteflyktslagen. Reformerat förhandsbesked. Fi.
45. Presumtionsregeln i expropriationslagen. Ju.
46. Enskilda vägar. K.
47. Cirkelsamhället. Studiecirklars betydelser för individ och lokalsamhälle. U.
48. Shaping Sustainable Homes in an Urbanizing World. Swedish National Report for Habitat II. N.
49. Regler för handel med el. N.
50. Förbud mot vapen på allmän plats m.m. Ju.
51. Grundläggande drag i en ny arbetslöshetsförsäkring - alternativ och förslag. A.
52. Precisering av handelsändamålet i detaljplan. M.
53. Kalkning av sjöar och vattendrag.M.
54. Kooperativa möjligheter i storstadsområden. S.
55. Sverige, framtiden och mångfalden. A.
55. På väg mot egenföretagande. A.
55. Vägar in i Sverige. A.
56. Hälften vore nog - om kvinnor och män på 90-talets arbetsmarknad. A.
57. Pensionssamordning för svenskar i EU-tjänst. Fi.
58. Finansieringen av det civila försvaret. Fö.

Statens offentliga utredningar 1996

Kronologisk förteckning

59. Europapolitikens kunskapsgrund. En principdiskussion utifrån EU 96-kommitténs erfarenheter. UD.
60. Miljö och jordbruk. Om EU:s miljöregler och utvidgningens effekter på den gemensamma jordbrukspolitiken. UD.
61. Olika länder - olika takt. Om flexibel integration och förhållandet mellan stora och små stater i EU. UD.
62. EU, konsumenterna och maten - Förväntningar och verklighet. Jo.
63. Medicinska undersökningar i arbetslivet. A.
64. Försäkringskassan Sverige - Översyn av socialförsäkringens administration. S.
65. Administrationen av EU:s jordbrukspolitik i Sverige. Jo.
66. Utvärderat personval. Ju.
67. Medborgerlig insyn i kommunala entreprenader. Fi.
68. Några folkbokföringsfrågor. Fi.
69. Kompetens och kapital + bilaga. N.
70. Samverkan mellan högskolan och näringslivet. N.
71. Lokal demokrati och delaktighet i Sveriges städer och landsbygd. In.
72. Rättspsykiatriskt forskningsregister. S.
73. Svensk kärnteknisk tillsynsverksamhet. Volym 1 - En granskning. M.
73. Swedish Nuclear Regulatory Activities. Volume 1 - An Assessment. M.
74. Svensk kärnteknisk tillsynsverksamhet. Volym 2 - Faktaredogörelser. M.
74. Swedish Nuclear Regulatory Activities. Volume 2 - Descriptions. M.
75. Värden i folkhögskolevärlden. U.
76. EU:s regeringskonferens - procedurer, aktörer, formalia. Sammanfattning av ett seminarium i april 1996. UD.
77. Utländska försäkringsgivare med verksamhet i Sverige. Fi.
78. Elberedskapen. Organisation, ansvarsfördelning och finansiering. N.
79. Översyn av revisionsreglerna. Fi.
80. Viktigt meddelande. Radio och TV i Kris och Krig. Ku.
81. Skydd för sparande i sparkasseverksamhet. Fi.
82. En översyn av luft- sjö- och spårtrafikens tillsynsmyndigheter. K.
83. Allmänt pensionssparande. S.
84. Ekobrottsforskning. Ju.
85. Egon Jönsson - en kartläggning av lokala samverkansprojekt inom rehabiliteringsområdet. S.
86. Utvecklad samordning inom det civila försvaret och fredsräddningstjänsten. Kartläggning, överväganden och förslag. Fö.
87. Tredimensionell fastighetsindelning. Ju.
88. Kameraövervakning. Ju.
89. Samverkan mellan högskolan och de små och medelstora företagen. N.
90. Sammanhållet studiestöd. U.
91. Den privata vårdens omfattning och framtida ersättningsformer - En översyn av de nationella taxorna för läkare och sjukgymnaster. S.
92. IT i miljöarbetet. M.
93. Ny yrkestrafiklagstiftning. K.
94. Nationell teleadresskatalog. K.
95. Botniabanan. K.
96. Strukturförändring och besparing. En uppföljning av genomförda förändringar inom försvarsmaktens ledningsorganisation. Fö.
97. Effektivare försvarsfastigheter! Utvärdering av en reform. Fö.
98. Vem styr försvaret? Utvärdering av effekterna av LEMO-reformen. Fö.
99. Avveckling med inlärning. Erfarenheter från LEMO-reformens avveckling av personal. Fö.
100. Ett nytt system för skattebetalningar. Del A. Ett nytt system för skattebetalningar. Del B. Författningsförslag, författningskommentarer och bilagor. Fi.
101. Kärnavfall - teknik och platsval. KASAMs yttrande över SKBs FUD-Program 95. M.
102. TUFF - Teckenspråksutbildning för föräldrar. U.
103. Miljöbalken. En skärpt och samordnad miljölagstiftning för en hållbar utveckling. Del 1 och 2. M.
104. Konsumentskydd på elmarknaden. C.
105. Att främja donationer till universitet och högskolor. U.
106. EU och Sverige - från Kiruna till Malmö. Sammanfattning av fyra regionala möten 1995-96. UD.
107. Union utan gränser - konsekvenser, möjligheter, problem. Sammanfattning av ett seminarium i november 1995. UD.
108. Konsumenterna och miljön. C.
109. Från åkerlotter till Paradis - ett delbetänkande från Utredningen om universitetsfastigheter m.m. angående överlåtelser och tomträttsupplåtelser av vissa högskolefastigheter. Fi.
110. Inför ett Svenskt kulturnät - IT och framtiden inom kulturområdet. Ku.

Statens offentliga utredningar 1996

Kronologisk förteckning

111. Bevakad övergång. Åldersgränser för unga upp till 30 år. C
112. Integrering av miljöhänsyn inom den statliga förvaltningen. M.
113. En allmän och aktiv försäkring vid sjukdom och rehabilitering. Del 1 och 2. S.
114. En körkortsreform. K.
115. Barnkonventionen och utlänningslagen. S.
116. Artikel 6 i Europakonventionen och skatteutredningen. Fi.
117. Expertrapporter från Skatteväxlingskommittén. Fi.
118. Station Stockholm Nord. K.
119. Lättnad i dubbelbeskattningen av mindre företags inkomster. Fi.
120. Högskolan i Malmö - Slutbetänkande. U.
121. Spår, miljö och stadsbild i centrala Stockholm. K.
122. Kunskapssyn och samhällsnytta i hantverkscirklar och hantverksutövande. U.
123. Iakttagelser och förslag efter omstruktureringen av försvarets ledning och stöd. Fö.
124. Miljö för en hållbar hälsoutveckling. Betänkande. Förslag till nationellt handlingsprogram. S. Bilaga 1. Miljörelaterade hälsorisker. S. Bilaga 2. Aktörer och verktyg i miljöhälsoarbetet. S.
125. Droger i trafiken. Ju.
126. Doping i folkhälsoperspektiv. Del A och Del B. S.
127. Folkbildningens institutioner. U.
128. Skyddet av kulturmiljön. En översyn av kulturminneslagens bestämmelser om byggnader och kulturmiljöer, prästgårdar, kyrkstäder och ortnamn. Ku.
129. Den kommunala självstyrelsen och grundlagen. In.
130. De två kulturerna. Rapporter av Klaus Richard Böhme, Bo Huldt, Carl-Einar Stålvant samt Kent Zetterberg. Bilagor med underlagsmaterial till UTFÖR:s slutbetänkande SOU 1996:123. Fö.
131. Extern värdering av hot och förmåga. Mätnings- och organisationsaspekter på statsmakternas styrning av försvaret. Bilagor med underlagsmaterial till UTFÖR:s slutbetänkande SOU 1996:123. Fö.
132. Det stora och snabba greppet. Om LEMO-reformens metoder och resultat. Bilagor med underlagsmaterial till UTFÖR:s slutbetänkande SOU 1996:123. Fö.
133. Jämställd vård. Olika vård på lika villkor. S.
134. Jämställd vård. Möten i vården ur ett tvärvetenskapligt perspektiv. S.
135. Fibromyalgi och Duchennes muskeldystrofi. Kunskapsläge och behov av framtida FoU. S.
136. Effekter av EU:s jordbrukspolitik. Jo.
137. Kommunalförbund och gemensam nämnd – två former för kommunal samverkan. In.
138. Ny behörighetsreglering på hälso- och sjukvårdens område m.m. S.

Statens offentliga utredningar 1996

Systematisk förteckning

Statsrådsberedningen

Möss och människor. Exempel på bra IT-användning bland barn och ungdomar. [32]

Justitiedepartementet

Kriminalunderrättelseregister
DNA-register. [35]
Elektronisk dokumenthantering. [40]
Presumtionsregeln i expropriationslagen.[45]
Förbud mot vapen på allmän plats m.m. [50]
Utvärderat personval. [66]
Ekobrottsforskning. [84]
Tredimensionell fastighetsindelning. [87]
Kameraövervakning. [88]
Droger i trafiken. [125]

Utrikesdepartementet

Vem bestämmer vad? EU:s interna spelregler inför regeringskonferensen 1996. [4]
Politikområden under lupp. Frågor om EU:s första pelare inför regeringskonferensen 1996. [5]
Ett år med EU. Svenska statstjänstemäns erfarenheter av arbetet i EU. [6]
Av vitalt intresse. EU:s utrikes- och säkerhetspolitik inför regeringskonferensen. [7]
Union för både öst och väst. Politiska, rättsliga och ekonomiska aspekter av EU:s sjätte utvidgning. [15]
Förankring och rättigheter. Om folkomröstningar, utträdesrätt, medborgarskap och mänskliga rättigheter i EU. [16]
Sverige, EU och framtiden. EU 96-kommitténs bedömningar inför regeringskonferensen 1996. [19]
Från Maastricht till Turin. Bakgrund och övriga EU-länders förslag och debatt inför regeringskonferensen 1996. [24]
Demokrati och öppenhet. Om folkvalda parlament och offentlighet i EU. [42]
Jämställdheten i EU. Spelregler och verklighetsbilder. [43]
Europapolitikens kunskapsgrund. En principdiskussion utifrån EU 96-kommitténs erfarenheter. [59]
Miljö och jordbruk. Om EU:s miljöregler och utvidgningens effekter på den gemensamma jordbrukspolitiken. [60]
Olika länder - olika takt. Om flexibel integration och förhållandet mellan stora och små stater i EU. [61]
EU:s regeringskonferens - procedurer, aktörer, formalia. Sammanfattning av ett seminarium i april 1996. [76]
EU och Sverige - från Kiruna till Malmö. Sammanfattning av fyra regionala möten 1995-96. [106]
Union utan gränser - konsekvenser, möjligheter, problem. Sammanfattning av ett seminarium i november 1995. [107]

Försvarsdepartementet

Totalförsvarspliktiga m95. Förslag om jobb/studier efter muck, bostadsbidrag, dagpenning, försäkringar. [18]
Statens maritima verksamhet. [41]
Finansieringen av det civila försvaret. [58]
Utvecklad samordning inom det civila försvaret och fredsräddningstjänsten. Kartläggning, överväganden och förslag. [86]
Strukturförändring och besparing.
En uppföljning av genomförda förändringar inom försvarsmaktens ledningsorganisation. [96]
Effektivare försvarsfastigheter!
Utvärdering av en reform. [97]
Vem styr försvaret? Utvärdering av effekterna av LEMO-reformen. [98]
Avveckling med inlärning. Erfarenheter från LEMO-reformens avveckling av personal. [99]
Iakttagelser och förslag efter omstruktureringen av försvarets ledning och stöd. [123]
De två kulturerna. Rapporter av Klaus Richard Böhme, Bo Huldt, Carl-Einar Stålvant samt Kent Zetterberg. Bilagor med underlagsmaterial till UTFÖR:s slutbetänkande SOU 1996:123. [130]
Extern värdering av hot och förmåga. Mätnings- och organisationsaspekter på statsmakternas styrning av försvaret. Bilagor med underlagsmaterial till UTFÖR:s slutbetänkande SOU 1996:123. [131]
Det stora och snabba greppet. Om LEMO-reformens metoder och resultat. Bilagor med underlagsmaterial till UTFÖR:s slutbetänkande SOU 1996:123. [132]

Socialdepartementet

Sveriges medverkan i FN:s familjeår. [37]
Kooperativa möjligheter i storstadsområden. [54]
Försäkringskassan Sverige - Översyn av socialförsäkringens administration. [64]
Rättspsykiatriskt forskningsregister. [72]
Allmänt pensionssparande. [83]
Egon Jönsson - en kartläggning av lokala samverkansprojekt inom rehabiliteringsområdet. [85]

Statens offentliga utredningar 1996

Systematisk förteckning

Den privata vårdens omfattning och framtida ersättningsformer – En översyn av de nationella taxorna för läkare och sjukgymnaster. [91]
En allmän och aktiv försäkring vid sjukdom och rehabilitering. Del 1 och 2. [113]
Barnkonventionen och utlänningslagen. [115]
Miljö för en hållbar hälsoutveckling. Betänkande. Förslag till nationellt handlingsprogram. [124]
Bilaga 1. Miljörelaterade hälsorisker. [124]
Bilaga 2. Aktörer och verktyg i miljöhälsoarbetet. [124]
Doping i folkhälsoperspektiv. Del A och Del B. [126]
Jämställd vård. Olika vård på lika villkor. [133]
Jämställd vård. Möten i vården ur ett tvärvetenskapligt perspektiv. [134]
Fibromyalgi och Duchennes muskeldystrofi. Kunskapsläge och behov av framtida FoU. [135]
Ny behörighetsreglering på hälso- och sjukvårdens område m.m. [138]

Kommunikationsdepartementet

Om järnvägens trafikledning m.m. [9]
EU-mopeden. Ålders- och behörighetskrav för två- och trehjuliga motorfordon. [11]
Bättre trafik med väginformatik. [17]
Ny kurs i trafikpolitiken + Bilagor. [26]
Banverkets myndighetsroll m.m. [33]
Enskilda vägar. [46]
En översyn av luft- sjö- och spårtrafikens tillsynsmyndigheter. [82]
Ny yrkestrafiklagstiftning. [93]
Nationell teleadresskatalog. [94]
Botniabanan. [95]
En körkortsreform [114]
Station Stockholm Nord. [118]
Spår, miljö och stadsbild i centrala Stockholm. [121]

Finansdepartementet

Kommuner och landsting med betalningssvårigheter. [12]
Budgetlag – regeringens befogenheter på finansmaktens område. [14]
Borgenärsbrotten – en översyn av 11 kap. brottsbalken. [30]
Översyn av skatteflyktslagen.
Reformerat förhandsbesked. [44]
Pensionssamordning för svenskar i EU-tjänst. [57]
Medborgerlig insyn i kommunala entreprenader. [67]
Några folkbokföringsfrågor. [68]
Utländska försäkringsgivare med verksamhet i Sverige. [77]
Översyn av revisionsreglerna. [79]
Skydd för sparande i sparkasseverksamhet. [81]
Ett nytt system för skattebetalningar. Del A.
Ett nytt system för skattebetalningar. Del B. Författningsförslag, författningskommentarer och bilagor. [100]
Från åkerlotter till Paradis – ett delbetänkande från Utredningen om universitetsfastigheter m.m. angående överlåtelser och tomträttsupplåtelser av vissa högskolefastigheter. [109]
Artikel 6 i Europakonventionen och skatteutredningen. [116]
Expertrapporter från Skatteväxlingskommittén. [117]
Lättnad i dubbelbeskattningen av mindre företags inkomster. [119]

Utbildningsdepartementet

Den nya gymnasieskolan – hur går det? [1]
Samverkansmönster i svensk forskningsfinansiering. [2]
Samordnad rollfördelning inom teknisk forskning. [20]
Reform och förändring. Organisation och verksamhet vid universitet och högskolor efter 1993 års universitets- och högskolereform. [21]
Inflytande på riktigt – Om elevers rätt till inflytande, delaktighet och ansvar. [22]
En strategi för kunskapslyft och livslångt lärande. [27]
Det forskningspolitiska landskapet i Norden på 1990-talet. [28]
Forskning och Pengar. [29]
Högskola i Malmö. [36]
Cirkelsamhället. Studiecirklars betydelser för individ och lokalsamhälle. [47]
Värden i folkhögskolevärlden. [75]
Sammanhållet studiestöd. [90]
TUFF – Teckenspråksutbildning för föräldrar. [102]
Att främja donationer till universitet och högskolor. [105]
Högskolan i Malmö – Slutbetänkande. [120]
Kunskapssyn och samhällsnytta i hantverkscirklar och hantverksutövande. [122]
Folkbildningens institutioner. [127]

Jordbruksdepartementet

Offentlig djurskyddstillsyn. [13]
EU, konsumenterna och maten – Förväntningar och verklighet. [62]
Administrationen av EU:s jordbrukspolitik i Sverige. [65]
Effekter av EU:s jordbrukspolitik. [136]

Statens offentliga utredningar 1996

Systematisk förteckning

Arbetsmarknadsdepartementet

Aktiv arbetsmarknadspolitik + expertbilaga. [34]
Grundläggande drag i en ny arbetslöshetsförsäkring – alternativ och förslag.[51]
Sverige, framtiden och mångfalden. [55]
På väg mot egenföretagande. [55]
Vägar in i Sverige. [55]
Hälften vore nog – om kvinnor och män på 90-talets arbetsmarknad. [56]
Medicinska undersökningar i arbetslivet. [63]

Kulturdepartementet

Från massmedia till multimedia – att digitalisera svensk television. [25]
Viktigt meddelande.
Radio och TV i Kris och Krig. [80]
Inför ett Svenskt kulturnät – IT och framtiden inom kulturområdet. [110]
Skyddet av kulturmiljön. En översyn av kulturminneslagens bestämmelser om byggnader och kulturmiljöer, prästgårdar, kyrkstäder och ortnamn. [128]

Näringsdepartementet

Kartläggning och analys av den offentliga sektorns upphandling av varor och tjänster med miljöpåverkan. [23]
Shaping Sustainable Homes in an Urbanizing World. Swedish National Report for Habitat II. [48]
Regler för handel med el. [49]
Kompetens och kapital + bilaga. [69]
Samverkan mellan högskolan och näringslivet. [70]
Elberedskapen. Organisation, ansvarsfördelning och finansiering. [78]
Samverkan mellan högskolan och de små och medelstora företagen. [89]

Civildepartementet

Fritid i förändring.
Om kön och fördelning av fritidsresurser. [3]
Forskning för vår vardag. [10]
Attityder och lagstiftning i samverkan + bilagedel. [31]
Konsumentskydd på elmarknaden. [104]
Konsumenterna och miljön. [108]
Bevakad övergång. Åldersgränser för unga upp till 30 år. [111]

Inrikesdepartementet

Lokal demokrati och delaktighet i Sveriges städer och landsbygd. [71]
Den kommunala självstyrelsen och grundlagen. [129]
Kommunalförbund och gemensam nämnd – två former för kommunal samverkan. [137]

Miljödepartementet

Batterierna – en laddad fråga. [8]
Nationalstadsparker. [38]
Rapport från klimatdelegationen 1995.
Klimatrelaterad forskning. [39]
Precisering av handelsändamålet i detaljplan. [52]
Kalkning av sjöar och vattendrag [53]
Svensk kärnteknisk tillsynsverksamhet.
Volym 1 – En granskning. [73]
Swedish Nuclear Regulatory Activities.
Volume 1 – An Assessment. [73]
Svensk kärnteknisk tillsynsverksamhet.
Volym 2 – Faktaredogörelser. [74]
Swedish Nuclear Regulatory Activities.
Volume 2 – Descriptions. [74]
IT i miljöarbetet. [92]
Kärnavfall – teknik och platsval. KASAMs yttrande över SKBs FUD-Program 95. [101]
Miljöbalken. En skärpt och samordnad miljölagstiftning för en hållbar utveckling. Del 1 och 2. [103]
Integrering av miljöhänsyn inom den statliga förvaltningen. [112]

FRITZES
Postadress: 106 47 Stockholm
Fax 08-20 50 21, Telefon 08-690 91 90

ISBN 91-38-20380-4
ISSN 0375-250-X