



Det varslede «smutthullet»

– Juridisk gjennomgang av risiko, handlingsrom og tiltak i autorisasjons-, lisens- og spesialistgodkjenningsordningene for utenlandsk helsepersonell

Rapport til Helsedirektoratet - Mai 2026

Utarbeidet av Advokatfirmaet Simonsen Vogt Wiig AS

Denne rapporten er utarbeidet av Advokatfirmaet Simonsen Vogt Wiig AS på oppdrag fra Helsedirektoratet.

Advokat Espen Bakken har vært klientansvarlig partner for Helsedirektoratet. Arbeidet er utført av et team ledet av advokat Lill Egeland, med bistand fra advokat Magnus Tønnesen Nilstad, advokat Erling Hermansen Grøndahl og øvrige advokater og advokatfullmektiger med ekspertise innen relevante fagområder.

Rapporten gir en juridisk gjennomgang av risiko, handlingsrom og mulige tiltak i autorisasjons-, lisens- og spesialistgodkjenningsordningene for utenlandsk helsepersonell. Gjennomgangen bygger i hovedsak på relevante rettskilder, offentlig tilgjengelig informasjon, dokumentasjon og øvrig materiale gjort tilgjengelig av Helsedirektoratet, samt intervjuer med ansatte i Helsedirektoratet.

Innhold

1	Innledning	8
2	Oppsummering og sluttkommentar	9
2.1	Innledning	9
2.2	Rettslige rammer og organisatorisk ansvarsfordeling	9
2.3	«Smutthullet».....	9
2.4	Handlingsrom innenfor gjeldende rett	9
2.5	Vurdering av iverksatte strakstiltak	10
2.6	Vurdering av foreslåtte og mulige tiltak.....	10
2.7	Sluttkommentar	11
3	Mandat og avgrensninger	12
3.1	Mandatet	12
3.2	Avgrensninger og presiseringer	12
4	Bakgrunnen for utredningen – «Bad Practice»	14
4.1	«Bad Practice»-prosjektet	14
4.2	Artikkelserien «Bad Practice» i VG.....	15
4.2.1	Overordnet om sakene i artikkelserien	15
4.2.2	Om saken vedrørende Lund-legen (autorisasjon)	17
4.2.3	Om saken vedrørende Uppsala-legen (spesialistgodkjenning).....	23
4.3	Helsedirektoratets rapporter til Helse- og omsorgsdepartementet etter «Bad Practice»-artikkelserien i VG.....	28
4.3.1	Innledning.....	28
4.3.2	Første Rapport av 17. november 2025	28
4.3.3	Andre Rapport av 1. desember 2025	29
5	Organisatoriske rammer: Ansvarsfordelingen mellom Helsedirektoratet og Helsetilsynet	31
5.1	Innledning	31
5.2	Innvilgende myndighet – Helsedirektoratet	31
5.2.1	Om Helsedirektoratets myndighet.....	31
5.2.2	Statistikk om søknader og vedtak	32
5.3	Tilsynsmyndighetene – Helsetilsynet og statsforvalteren	35
5.3.1	Helsetilsynet og statsforvalteren	35
5.3.2	Statistikk om tilbakekall av autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning.....	36
6	Rettslige rammer	38
6.1	Innledning og om «helsepersonell» etter helsepersonelloven.....	38
6.2	Reglene om autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning i helsepersonelloven.....	39
6.2.1	Innledning.....	39
6.2.2	Vilkårene for autorisasjon i helsepersonelloven § 48 a.....	39
6.2.3	Vilkårene for lisens i helsepersonelloven § 49	43
6.2.4	Vilkårene for spesialistgodkjenning for leger, sykepleiere og tannleger	43

6.3	Reglene om adgangen til å nekte autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning i helsepersonelloven § 53 (2): Tilbakekallsgrunnene i helsepersonelloven § 57	45
6.3.1	Utgangspunkter.....	45
6.3.2	Tilbakekallsgrunnene i helsepersonelloven § 57 (1).....	47
6.3.3	Tilbakekallsgrunnen i helsepersonelloven § 57 (4).....	54
6.3.4	Tilbakekallsgrunnen i helsepersonelloven § 57 (5).....	55
6.3.5	Særlig om tilbakekall av spesialistgodkjenning.....	56
6.4	Reglene om autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning for borgere fra EØS og Sveits	56
6.4.1	Innledning.....	56
6.4.2	Overordnet om yrkeskvalifikasjonsdirektivet og reglene om fri bevegelighet i EØS-avtalen.....	57
6.4.3	Utgangspunkter i EFTA-konvensjonen.....	61
6.4.4	Reglene i EØS-forskriften: Utgangspunkter.....	62
6.4.5	Reglene i EØS-forskriften: Regler for tildeling av autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning.....	63
6.4.6	Reglene i EØS-forskriften: Adgangen til å nekte autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning.....	68
6.4.7	Saksbehandlingsfrister i yrkeskvalifikasjonsdirektivet og EØS-forskriften.....	71
6.5	Reglene om autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning for borgere fra Storbritannia og Nord-Irland	73
6.6	Reglene om autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning for tredjelandsborgere (borgere utenfor EØS, Sveits, Storbritannia og Nord-Irland)	73
7	Generelle saksbehandlingsregler og rettssikkerhetsgarantier ved behandling av søknader	75
7.1	Innledning.....	75
7.2	Om generelle saksbehandlingsregler i forvaltningsloven.....	75
7.2.1	Utgangspunkter.....	75
7.2.2	Taushetsplikt i forvaltningen.....	75
7.2.3	Saksbehandlingstid og foreløpig svar.....	77
7.2.4	Forvaltningsorganets utrednings- og informasjonsplikt.....	78
7.2.5	Partens rett til å uttale seg og partens medvirkningsplikt.....	81
7.2.6	Om vedtaket.....	83
7.3	Om klageadgang og domstolskontroll.....	84
7.4	Om retting og omgjøring.....	85
7.5	Om ugyldighet og ugyldighetsgrunner.....	89
7.6	Om bevisbyrde, beviskrav og tvilsrisiko i forvaltningsretten.....	91
7.7	Om uskyldspresumsjonen etter Grunnloven og EMK.....	93
7.8	Om vernet mot selvinkriminering i forvaltningsretten.....	96
8	Informasjons- og dokumentasjonsgrunnlaget for vurderingen av utenlandsk helsepersonells søknader	98
8.1	Innledning.....	98
8.2	Regler om informasjons- og dokumentasjonsinnhenting fra søkere fra EØS og Sveits.....	98

8.2.1	Reglene om dokumentasjon fra søker i yrkeskvalifikasjonsdirektivet.....	98
8.2.2	Reglene om dokumentasjon fra søker i EØS-forskriften	101
8.3	Reglene om informasjonsutveksling mellom EØS-stater og de nordiske landene	102
8.3.1	Reglene om informasjonsutveksling mellom EØS-stater i yrkeskvalifikasjonsdirektivet og forståelsen av direktivet i Norge.....	102
8.3.2	Overenskomst om felles nordisk arbeidsmarked for visse yrkesgrupper innen helsevesenet og for veterinærer (Arjeplogavtalen)	107
8.3.3	Reglene om informasjonsutveksling mellom land i norsk rett - helsepersonelloven § 66 og EØS-forskriften § 28.....	110
8.4	Regler om informasjons- og dokumentasjonsinnhenting for tredjelandsborgere	112
8.5	Regler om vandelskontroll og politiattest etter norsk rett	112
8.5.1	Overordnet om vandelskontroll: Krav til lovhjemmel.....	112
8.5.2	Krav om politiattest for helsepersonell	114
8.5.3	Krav om politiattest etter universitets- og høyskoleloven § 12-2.....	114
8.5.4	Krav om politiattest etter helsepersonelloven § 20 a.....	117
8.5.5	Krav om politiattest etter helse- og omsorgstjenesteloven §§ 5-4 og 5-4 a.....	122
8.5.6	Overordnet vandelskontroll for helsepersonell i Sverige og Danmark.....	124
9	Gjennomgang av søknadsprosessen og interne rutiner mv. for vurderinger av søknader	128
9.1	Innledning	128
9.2	Gjennomgang av søknadsprosessen for søknader om autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning.....	128
9.2.1	Innledning.....	128
9.2.2	Inngivelse av søknad om autorisasjon og lisens som helsepersonell	131
9.2.3	Inngivelse av søknad om spesialistgodkjenning.....	136
9.3	Gjennomgang av rutiner og prosedyrer for behandlingen av søknader om autorisasjon og lisens	139
9.3.1	Innledning.....	139
9.3.2	Prosedyre: «Saksforberedelse for autorisasjon».....	140
9.3.3	Prosedyre: «Saksbehandling for autorisasjon»	140
9.3.4	Prosedyre: «Saksbehandling og vedtak».....	141
9.3.5	Prosedyre: «Behandling av søknad om autorisasjon – Straffedom, tiltalte, siktelse».....	142
9.3.6	Sjekkliste ved behandling av søknader om autorisasjon og lisens	144
9.4	Gjennomgang av rutiner og prosedyrer for behandlingen av søknader om spesialistgodkjenning.....	147
9.4.1	Innledning.....	147
9.4.2	Prosedyre: «Konvertering av spesialistgodkjenning for helsepersonell fra utland»	147
9.4.3	Arbeidsark	149
9.4.4	Praksisnotater.....	149
9.4.5	Behandling av søknader om spesialistgodkjenning hvor søkeren i søknadsskjemaet har besvart bekreftende på spørsmålet om siktelse, tiltale eller dom for brudd på straffelov.....	150

10 «Smutthullet» i autorisasjons-, lisens- og spesialistgodkjenningsordningene	151
10.1 Innledning	151
10.2 Om «smutthullet»; noe nytt eller har det “alltid” vært der?.....	152
10.2.1 Innledning.....	152
10.2.2 Perioden 2000–2007: De første forslagene og innføringen av helsepersonelloven § 20 a.....	152
10.2.3 Perioden 2010–2017: «Farlige leger», nordisk debatt og gjentatte avslag.....	154
10.2.4 Nærmere om perioden 2015–2016: Ny § 48 a i helsepersonelloven og SAKs gjentatte anbefaling.....	156
10.2.5 2020: Helsedirektoratets brev til Helse- og omsorgsdepartementet med anmodning om lovhjemmel og utredning av handlingsrom	157
10.2.6 2020–2021: Helsedirektoratets ønske om informasjonsutveksling om verserende tilsynssaker med de nordiske landene	159
10.2.7 Oppsummering	161
10.3 Handlingsrommet innenfor gjeldende rett.....	162
10.3.1 Innledning.....	162
10.3.2 Utredningsplikstens rekkevidde.....	162
10.3.3 Helsedirektoratets ansvar for sakens opplysning.....	163
10.3.4 Egenerklæringsløsningen	164
10.3.5 Samlet vurdering	164
11 Vurdering av iverksatte strakstiltak.....	166
11.1 Innledning	166
11.2 Strakstiltak # 1: Utvidet tilgang til IMIs varslingsmodul	166
11.2.1 Omtale av strakstiltaket.....	166
11.2.2 Vår vurdering av strakstiltaket.....	167
11.3 Strakstiltak # 2: Implementering av spørsmål om straffbare forhold i søknadsskjemaet....	173
11.3.1 Historisk bakteppe.....	173
11.3.2 Omtale av tiltaket.....	175
11.3.3 Vår vurdering av strakstiltaket.....	176
11.3.4 Avsluttende merknader: Tiltak som kan minimere etterlevelsrisiko	185
11.4 Strakstiltak # 3: Utvidet kontroll i saksbehandlingsrutinene.....	188
11.4.1 Omtale av strakstiltaket.....	188
11.4.2 Vår vurdering av strakstiltaket.....	188
12 Vurdering av foreslåtte og mulige tiltak.....	189
12.1 Innledning	189
12.2 Foreslått tiltak # 1: Lovhjemmel for å kunne innhente utvidet politiattest for søkere	189
12.2.1 Historisk bakteppe.....	189
12.2.2 Omtale av tiltaket.....	190
12.2.3 Vår vurdering av tiltaket	190
12.3 Foreslått tiltak # 2: Samarbeid om en felles standard for rapportering i IMI og vurdering av egnethet.....	198

12.3.1	Omtale av tiltaket.....	198
12.3.2	Vår vurdering av tiltaket.....	198
12.4	Foreslått tiltak # 3: Gjennomgang av eventuelle saker tilbake i tid.....	203
12.4.1	Omtale av tiltaket.....	203
12.4.2	Vår vurdering av tiltaket.....	203
12.5	Foreslått tiltak # 4: Bør Helsedirektoratet begynne å «Google» søkere? – Bruk av åpne kilder i saksbehandlingen	204
12.5.1	Omtale av tiltaket.....	204
12.5.2	Om forholdet til personvernreglene.....	204
12.5.3	Om forholdet til retten til privatliv etter Grunnloven og EMK.....	208
12.5.4	Om begrensninger for bruken av opplysningene: Rettslige og faktiske begrensninger...209	
12.6	Foreslått tiltak # 5: Økt digitalisering og mulig bruk av KI.....	213
12.6.1	Omtale av tiltaket.....	213
12.6.2	Vår vurdering av tiltaket.....	214
12.7	Ytterligere mulige tiltak	215
12.7.1	Innledning.....	215
12.7.2	Felles internasjonalt, europeisk eller nordisk register over helsepersonell	215
12.7.3	Økt bevissthet om grunnlaget for å nekte autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning etter helsepersonelloven § 53 (2): Tilbakekallsgrunnlagene i § 57.....	220
12.7.4	Medlemskap i European Criminal Records Information System (ECRIS).....	221
12.7.5	Arjeplogavtalen – et uutnyttet handlingsrom	224

1 Innledning

Avisen Verdens Gang («VG») publiserte i løpet av høsten og vinteren 2025 en rekke artikler om utenlandsk helsepersonell. Artikkelen satte søkelys på hvordan helsepersonell kan fortsette å arbeide i nye land, herunder Norge, etter å ha begått alvorlige forsømmelser i utøvelsen av sitt yrke, herunder skadet eller forgrepet seg på pasienter i hjemlandet eller i et tidligere vertsland. VGs prosjekt og artikkelserie heter «Bad Practice», og inngår i et initiativ ledet av VG, der også gravejournalistnettverket Organized Crime and Corruption Reporting Project («OCCRP») og britiske The Times deltar.

Gjennom «Bad Practice»-prosjektet avdekket VG at minst 23 leger som er fratatt autorisasjonen i utlandet, likevel har kunnet utøve yrket i Norge etter å ha blitt innvilget norsk autorisasjon og/eller spesialistgodkjenning av Helsedirektoratet. Sakene omtalt av VG omhandler blant annet leger som skal ha begått alvorlig feilbehandling, som har vært under etterforskning, eller blitt dømt for alvorlige straffbare forhold i utlandet, herunder seksuelle overgrep mot pasienter og vold.

Artikkelserien «Bad Practice» vakte stor oppmerksomhet, også politisk, og ledet til at både Helsedirektoratet og Statens helsetilsyn («**Helsetilsynet**») iverksatte en rekke undersøkelser, samt iverksatte strakstiltak og forbedringstiltak,¹ av betydning for behandlingen av såkalte utenlandssaker. Blant tiltakene som ble besluttet, var å foreta «en ekstern gjennomgang av området autorisasjon og spesialistgodkjenning med formål å avdekke risiko som grunnlag for å vurdere ytterligere tiltak.»²

Til å gjennomføre den eksterne gjennomgangen, er Advokatfirmaet Simonsen Vogt Wiig AS («**vi**») engasjert av Helsedirektoratet. Vi er bedt om å foreta en nøytral og uavhengig juridisk gjennomgang av området lisens, autorisasjon og spesialistgodkjenning til helsepersonell med utdanning utenfor Norge, dvs. både EU/EØS-borgere og tredjeland. Gjennomgangens overordnede formål er å avdekke risiko for pasientsikkerheten. Oppdragets mandat er omtalt i pkt. 3.

Utredningen i denne rapporten besvarer mandatet.

¹ Omtalt blant annet i rapport fra Helsedirektoratet, «Tiltak for å redusere risiko ved behandling av søknad om autorisasjon og spesialistgodkjenning av helsepersonell med utdanning» fra 17. november 2025 (heretter omtalt som «**Første rapport**»), og rapport, «Tiltak for å redusere risiko ved autorisasjon og spesialistgodkjenning av helsepersonell med utdanning fra utlandet» fra 1. desember 2025 (heretter omtalt som «**Andre Rapport**»).

² Se Helsedirektoratet, «Tiltak for å redusere risiko ved behandling av søknad om autorisasjon og spesialistgodkjenning av helsepersonell med utdanning» fra 17. november 2025.

2 Oppsummering og sluttkommentar

2.1 Innledning

Denne utredningen er utarbeidet av Advokatfirmaet Simonsen Vogt Wiig AS på oppdrag fra Helsedirektoratet, med formål å foreta en nøytral og uavhengig juridisk gjennomgang av området autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning til helsepersonell med utdanning utenfor Norge.

Utredningen er foranlediget av VGs «Bad Practice»-artikkelserie, som avdekket at minst 23 leger som var fratatt autorisasjonen i utlandet likevel hadde kunnet utøve yrke som helsepersonell i Norge. Sakene omhandlet blant annet leger som hadde begått alvorlig feilbehandling eller var dømt for alvorlige straffbare forhold, herunder seksuelle overgrep mot pasienter.

2.2 Rettslige rammer og organisatorisk ansvarsfordeling

Helsedirektoratet har myndighet til å innvilge og nekte autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning, jf. helsepersonelloven § 53, mens Helsetilsynet har myndighet til å kalle tilbake allerede gitt godkjenning, jf. helsepersonelloven § 57 (se pkt. 5). For søkere med yrkeskvalifikasjoner fra en EØS-stat gjelder yrkeskvalifikasjonsdirektivet, gjennomført i EØS-forskriften, som oppstiller regler om automatisk godkjenning av harmoniserte utdanninger og en generell ordning for øvrige lovregulerte yrker (se pkt. 6.4). Direktivet begrenser hva Helsedirektoratet kan etterspørre av dokumentasjon, men er ikke til hinder for at norske myndigheter oppstiller og håndhever et krav om egnethet, forutsatt at kravet er i samsvar med EØS-avtalens regler om fri bevegelighet (se pkt. 6.4.6).

For søkere uten EØS-tilknytning gjelder de alminnelige reglene i helsepersonelloven.

2.3 «Smutthullet»

Gjennomgangen viser at «smutthullet» ikke er noe nytt. Helsedirektoratet, tidligere SAFH og SAK, har siden 2005 gjentatte ganger påpekt at autorisasjonsmyndigheten mangler reelle virkemidler for å vurdere søkeres egnethet, og har anbefalt hjemmel for politiattest i 2005, 2011, 2015 og 2020 – uten at lovgiver eller departementet har vedtatt dette (se pkt. 10.2). Risikoen var kjent, dokumentert og kommunisert til departementet. Helsedirektoratets brev av 11. november 2020 til Helse- og omsorgsdepartementet – som eksplisitt dokumenterte at direktoratet hadde gitt autorisasjon til straffedømte leger – ble ikke besvart (se pkt. 10.2.5).

Departementets begrunnelse for å avslå autorisasjonsmyndighetens forespørsler synes gjennomgående å ha vært knyttet til administrative og økonomiske konsekvenser, samt usikkerhet om effekten av et slikt krav. Denne begrunnelsen ble fastholdt til tross for at autorisasjonsmyndigheten gjentatte ganger dokumenterte konkrete saker der straffedømte hadde fått autorisasjon, og til tross for at Sverige og Danmark allerede har innført tilsvarende ordninger (se pkt. 10.2.6).

2.4 Handlingsrom innenfor gjeldende rett

Det er vår vurdering at alminnelige forvaltningsrettslige prinsipper, herunder utredningsplikten etter forvaltningsloven § 17 og medvirkningsplikten i søknadssaker, gav Helsedirektoratet et handlingsrom som ikke synes å ha blitt utnyttet fullt ut (se pkt. 10.3). Særlig gjelder dette muligheten for å stille relevante spørsmål til søkeren om forhold av betydning for egnethetsvurderingen. Helsedirektoratet identifiserte selv allerede i 2020 en egenerklæringsløsning som et alternativ til politiattest, men implementerte denne først som strakstiltak i desember 2025 (se pkt. 10.3.4).

Helsedirektoratet har likevel ikke vært uten relevante informasjonskilder: Helsedirektoratet har innhentet CCPS, foretatt tilsynssjekk mot utenlandske myndigheter, kontrollert søkere mot Helsepersonellregisteret og interne systemer, og for EØS-søkere hatt mulighet til å sende forespørsler i IMI. For tredjelandborgere har imidlertid informasjonsgrunlaget vært vesentlig svakere (se pkt. 10.3.5).

2.5 Vurdering av iverksatte strakstiltak

Utvidet tilgang til IMIs varslingsmodul er et klart positivt tiltak som gir Helsedirektoratet et vesentlig bedre informasjonsgrunnlag (se pkt. 11.2). IMI har imidlertid svakheter, herunder varierende rapporteringspraksis mellom EØS-statene, manglende rapportering om verserende saker, feil i navn og fødselsdato, og at begrunnelser for tilbakekall ikke inngår i selve varselet. Helsedirektoratet kan derfor ikke bare legge til grunn at det ikke foreligger relevante forhold dersom et IMI-søk ikke gir treff (se pkt. 11.2.2.2).

Implementeringen av spørsmål om straffbare forhold i søknadsskjemaet (egenerklæringen) er et relevant tiltak, men slik det i dag er utformet går det etter vår vurdering lenger enn nødvendig og reiser utfordringer knyttet til personvernregelverket, EMK artikkel 8 og Grunnloven § 102, og EØS-avtalens regler om fri bevegelighet (se pkt. 11.3). Spørsmålet er ikke avgrenset etter alvorlighetsgrad, tid eller relevans for egnethetsvurderingen, og innhenter dermed opplysninger som ikke er «nødvendige» for vurderingen etter helsepersonelloven § 53. Helsedirektoratet bør revurdere innretningen av strakstiltaket (se pkt. 11.3.4).

Utvidet kontroll i saksbehandlingsrutinene er en fornuftig skjerping av saksbehandlingen ved at det bygges inn flere kontrollpunkter i prosessen. Alle søknader med tilknytning til en annen EØS-stat skal heretter kontrolleres opp mot IMI, sammen med CCPS og konformitetsbekreftelse der det er aktuelt (se pkt. 11.4).

2.6 Vurdering av foreslåtte og mulige tiltak

Det er naturlig å utrede nærmere en lovhjemmel for vandelskontroll, men for utenlandske statsborgere har vandelskontroll kjente begrensninger. Begrensningen ligger i at det kun er anledning til å kreve fremlagt norsk politiattest, men et krav om botid kan avhjelpe begrensningene (se pkt. 12.2).

Samarbeid om felles standarder for rapportering i IMI er positivt, men forutsetter at EØS-statene faktisk oppfyller sine eksisterende forpliktelser etter yrkeskvalifikasjonsdirektivet. Det mest effektive tiltaket vil være at EU-kommisjonen håndhever direktivet. For Norge, som ikke er EU-medlem, vil det mest nærliggende tiltaket være tett dialog med EU og EUs medlemsland, fortrinnsvis i samarbeid med de øvrige nordiske landene (se pkt. 12.3).

Gjennomgang av saker tilbake i tid er et klart positivt tiltak. Vi er opplyst om at alle de syv identifiserte sakene nå er gjennomgått og sjekket ut (se pkt. 12.4).

Personvernregelverket er ikke til absolutt hinder for at Helsedirektoratet kan bruke åpne kilder som ledd i sin saksbehandling, herunder Google-søk. Regelverket oppstiller imidlertid begrensninger for slik bruk. Opplysninger fra åpne kilder har varierende grad av pålitelighet, riktighet og fullstendighet, og bør ikke alene danne grunnlag for et forvaltningsvedtak. Helsedirektoratet bør derfor etablere klare rutiner og retningslinjer for bruk av åpne kilder før dette tas i bruk (se pkt. 12.5).

Økt digitalisering og mulig bruk av KI har et klart potensiale, men forutsetter lukkede løsninger og klare rutiner for å ivareta personvernregelverket og taushetsplikten (se pkt. 12.6).

Av mulige tiltak fremheves særlig:

- Behovet for å utnytte Arjeplogavtalens mulighetsrom for informasjonsutveksling om verserende tilsynssaker mellom de nordiske landene. En lovendring som gir Helsetilsynet hjemmel til å utlevere slike opplysninger bør utredes (se pkt. 12.7.5).
- Norsk tilslutning til ECRIS bør vurderes nærmere, da tilgang til andre EØS-staters strafferegistre fremstår som en høyst relevant informasjonskilde (se pkt. 12.7.4).
- Arbeidet for å etablere et felles register over helsepersonell, fortrinnsvis på EU/EØS-nivå, subsidiært på nordisk nivå, bør støttes (se pkt. 12.7.2).

2.7 Sluttkommentar

Det er etter vårt syn dekkende at Helsedirektoratet i sin første rapport av 17. november 2025 skriver: «Hva Helsedirektoratet kan etterspørre i forbindelse med saksbehandlingen av disse søknadene, er begrenset.» Yrkeskvalifikasjonsdirektivet oppstiller klare rammer for hvilken dokumentasjon norske myndigheter, herunder Helsedirektoratet, kan få utlevert fra andre myndigheter, og det nordiske og europeiske samarbeidet om informasjonsutveksling har iboende svakheter som Helsedirektoratet ikke alene kan avhjelpe.

Samtidig er det et uutnyttet handlingsrom i egenerklæringer – en løsning Helsedirektoratet selv identifiserte allerede i 2020, men som først ble implementert som strakstiltak i desember 2025. Egenerklæringer har imidlertid den iboende svakheten at de gir et øyeblikksbilde, basert på søkerens egen fremstilling, uten uavhengig verifikasjon. En søker som bevisst ønsker å skjule relevante forhold, vil kunne gjøre det uavhengig av om spørsmålet stilles. Egenerklæringens verdi ligger derfor primært i dens preventive effekt og i at den gir Helsedirektoratet en oppfordring til nærmere undersøkelser der søkeren svarer bekreftende.

I kritikken mot Helsedirektoratet synes det å være lagt til grunn et uriktig premiss om at Helsedirektoratet kan få utlevert informasjon om *verserende* tilsynssaker i andre land. Som utredningen viser, er dette ikke tilfellet. Norske myndigheter har tolket yrkeskvalifikasjonsdirektivet slik at det ikke forplikter landene til å formidle opplysninger om uavsluttede disiplinærsaker, og departementet avviste i 2020 Helsedirektoratets høringsinnspill om å gi Helsetilsynet hjemmel til å dele slik informasjon med de nordiske landene – til tross for at Arjeplogavtalen åpner for det og Helsedirektoratet uttrykte et «klart behov» for en slik hjemmel. Det er i denne sammenheng et paradoks at Helsedirektoratet kritiseres for ikke å ha innhentet informasjon om verserende saker, når lovgiver i Norge samtidig har avvist å gi norske myndigheter hjemmel til å utlevere tilsvarende informasjon til andre land.

Situasjonen synes derfor å være at Helsedirektoratet har etterspurt og foreslått relevante tiltak, men at lovgiver ikke har støttet tiltakene ut fra andre avveininger. Resultatet er at «smutthullet» består, men at Helsedirektoratet har iverksatt relevante tiltak for å avbøte eksisterende utfordringer.

3 Mandat og avgrensninger

3.1 Mandatet

Mandatet for oppdraget fremgår av «Mandat for ekstern gjennomgang av området autorisasjon og spesialistgodkjenning av helsepersonell i Helsedirektoratet» signert 20. februar 2026 («**Mandatet**»). Av Mandatets pkt. 1 fremgår om oppdragets innhold og SVWs mandat:

«(1) Helsedirektoratet («**Oppdragsgiver**» eller «**Hdir**») har anmodet Advokatfirmaet Simonsen Vogt Wiig AS («**Oppdragstaker**» eller «**SVW**») om å foreta en nøytral og uavhengig juridisk gjennomgang av området autorisasjon og spesialistgodkjenning av og lisens til helsepersonell utdannet utenfor Norge, med formål å avdekke risiko for pasientsikkerheten. Gjennomgangen skal minimum omfatte følgende:

- Vurdere om regelverket følges
- Vurdere Helsedirektoratets interne rutiner og prosedyrer på området
- Vurdere om Helsedirektoratet utnytter de mulighet som finnes i eksisterende regelverk blant annet med tanke på informasjon og dokumentasjon som etterspørres og innhentes
- Vurdere iverksatte tiltak
- Vurdere behov for ytterligere tiltak og forbedringer, inkludert regelverksendringer

(2) Gjennomgangen skal inkludere øvrige forhold som SVW mener er relevant for en fullstendig undersøkelse av ansvar og oppgaver Hdir har innen områdene autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning.

(3) Gjennomgangen skal adressere hele prosessen fra søknad er mottatt til saken er avsluttet. Gjennomgangen skal ha fokus på juridiske og faktiske begrensninger, feil og utilstrekkeligheter i informasjonstilgangen. Gjennomgangen skal ikke omfatte inngående vurderinger av Hdirs saksbehandling av søkerens identitet, nasjonalitet eller utdanning og kvalifikasjoner, herunder bekreftelse på yrkeskvalifikasjoner, bevis for formelle kvalifikasjoner eller attest for yrkeserfaring (hvor relevant).

(4) Hdir har allerede iverksatt flere strakstiltak og arbeider også med mer langsiktige tiltak. Som det fremgår av punkt (1) skal gjennomgangen vurdere disse tiltakene og identifisere behov for eventuelle ytterligere tiltak, inkludert behov for regelverksendringer.

(5) Helsetilsynet har igangsatt en gjennomgang av sitt ansvarsområde som blant annet omfatter tilbakekalling av autorisasjon og godkjenninger. Det er viktig at denne gjennomgangen ser hen til Helsetilsynets arbeid for å sikre at hele verdikjeden blir vurdert».

Mandatets pkt. 1 (avsnitt 1-5) utgjør de overordnede rammene for denne utredningen.

3.2 Avgrensninger og presiseringer

Selv om Mandatet angir rammene for oppdraget, finner vi det naturlig å gjøre noen sentrale avgrensninger og presiseringer som gjelder for rapporten.

I lys av Mandatets pkt. 1 nr. (2), vil vi gjennomgående i Rapporten kunne omtale og utdype forhold som ikke uten videre direkte besvarer Mandatet, men som vi likevel mener er relevante å utdype. Dette vil eksempelvis kunne gjelde omtale av historikk, tilgrensende rettsområder og historiske lovforslag og lovgivningsprosesser.

På den annen side vil vi i denne Rapporten avgrense mot, blant annet:

- Vurderinger som gjøres av utdanningskrav, faglige kvalifikasjoner og praksis i forbindelse med søknad om norsk autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning.

- Regler om midlertidig grensekryssende tjenesteyting.
- Helsefaglige vurderinger og avveininger. I den grad vi omtaler pasientsikkerhet, vil vi i Rapporten derfor gjennomgående omtale dette fra et juridisk perspektiv.
- Særlovgivning i andre EØS-stater, herunder Sverige og Danmark. Vi vil likevel kunne omtale rettstilstanden i andre EØS-stater der det fremstår hensiktsmessig for å synliggjøre sentrale skiller mellom norsk lovgivning og lovgivning i andre land. Vi presiserer at vi ikke har fullstendig oversikt over andre lands rett. Slike gjennomganger tar derfor ikke sikte på å være uttømmende og vil kunne inneholde unøyaktigheter.

4 Bakgrunnen for utredningen – «Bad Practice»

4.1 «Bad Practice»-prosjektet

I 2024 tok VG initiativ til et samarbeid med europeiske medier for å undersøke en mistanke om at leger som har begått alvorlige feil, er domfelt for straffbare forhold (herunder seksuelle overgrep) eller har mistet autorisasjonen i ett land, enkelt kan flytte til et annet land og fortsette sin praksis uten at myndighetene griper inn. Granskningsprosjektet fikk navnet «Bad Practice» og ble ledet av VG, gravenettverket OCCRP og den britiske avisen The Times.

Over flere måneder gjennomgikk 90 journalister offentlige registre og fremsatte innsynsbegjæringer til nasjonale myndigheter. Begjæringene gjaldt både autoriserte leger og leger som hadde fått autorisasjonen suspendert eller tilbakekalt.

Journalistene startet med å innhente oversikter over autoriserte leger i 49 land i og rundt Europa, og lette deretter etter leger som hadde fått autorisasjonen suspendert eller tilbakekalt. OCCRP bygget en database som til slutt inneholdt mer enn 2,5 millioner dokumenter hentet fra offentlige registre, innsynsbegjæringer, rettsdokumenter, lokale medieoppslag og fortrolige kilder.

Gjennom denne struktureringen avdekket journalistene leger som var suspendert eller hadde fått autorisasjonen tilbakekalt i ett land, men som tilsynelatende likevel hadde fått autorisasjon og praktiserte i et annet land. For å verifisere om legene faktisk var yrkesaktive, ringte journalistene deres oppgitte arbeidssted, bestilte timer via nett eller møtte personlig opp på det antatte arbeidsstedet.

OCCRP anmodet også EU-kommisjonen om kopi av alle varsler og meldinger om yrkesbegrensninger for leger sendt i perioden 2016 til juli 2025, og fikk utlevert en anonymisert oversikt med 17 000 oppføringer.

Gjennom sammenstilling og analyse av data avdekket journalistene mer enn 100 tilfeller der en lege hadde autorisasjon i ett land til tross for at vedkommende var suspendert eller fratatt autorisasjonen i én eller flere andre jurisdiksjoner.

Om funnene skriver OCCRP på sine nettsider:

«OCCRP's investigation focused on doctors working in Europe, but the problem extended across continents. Some shocking cases included: [...]

- A Romanian doctor banned from practicing in the U.K. after a tribunal ruled that he systematically subjected young men and boys to “unnecessary, invasive and intimate procedures for his own sexual gratification” — now working at a hospital in Romania.
- A German practitioner given a lifetime ban in Switzerland for sexually assaulting an 18-year-old female patient — now working in a private medical center in Germany.

But these findings are the tip of the iceberg. The true scope of the problem is hidden by a lack of complete and comparable data.»³

«Bad Practice reveals how failed warning systems, official complacency and a lack of accountability from the banned doctors themselves leaves the public unprotected and unaware.»⁴

³ Se «Everything You Need to Know About the 'Bad Practice' Investigation» publisert av OCCRP den 1. oktober 2025: [Lenke](#) (lastet ned 29. april 2026).

⁴ Se «Bad Practice» publisert av OCCPR den 2. oktober 2025: [Lenke](#) (lastet ned 29. april 2026).

4.2 Artikkelserien «Bad Practice» i VG

4.2.1 Overordnet om sakene i artikkelserien

Torsdag 2. oktober 2025 publiserte VG en artikkel med over- og underoverskriften:

«Knivstakk naboer – kan være lege i Norge»
«Nå har alarmen gått hos norske myndigheter».⁵

VG kunne i artikkelen avsløre at «Bad Practice»-prosjektet hadde identifisert at «minst 23 leger fortsatt kan jobbe i Norge, til tross for at de er fratatt sin lokale legeautorisasjon i andre land.»

I artikkelen ble vist til at legene var «avskiltet i hjemlandet fordi myndighetene der mente at de utgjorde en fare for pasienter. Flere av dem er også dømt for alvorlig kriminalitet.» Blant legene som ble trukket frem, var en anonymisert mann fra Sverige, som er «[d]ømt til flere års fengsel for å stikke to naboer med kniv i ansiktet og andre deler av kroppen», og en anonymisert svensk gynekolog som var dømt for «å utnytte to pasienter seksuelt under behandling».

Det ble videre vist til at VG kunne «dokumentere at flere fortsatte å jobbe som leger i Norge etter at de mistet autorisasjonen i utlandet». Blant dem:

«Mann fra Sverige

Dømt for å ødelegge en politibil på oppdrag, og for besittelse av narkotika. Mannen bekrefter til VG at han nå jobber ved et sykehus i Norge.

Mann fra Sverige

Dømt for dokumentforfalsk om falske corona-tester og for økonomisk kriminalitet. Har de siste årene jobbet ved legevakter på Østlandet og er registrert som fastlege. Var under tilsyn da han sa fra seg sin svenske autorisasjon.»

VG kunne videre avsløre «at Statens helsetilsyn ble varslet fortløpende om legene som omtales i denne saken. Likevel kunne de fortsatt jobbe med norske pasienter». Helsetilsynet var blitt forespurt av VG om de avskiltede legene «drøyt to uker» før artikkelen ble publisert, og spurt om «hvorfors de fortsatt har tillatelse til å jobbe med pasienter i Norge.»

Til VG uttalte Helsetilsynets direktør, Sjur Lehmann:

«- Ut fra vår foreløpige gjennomgang ser vi at varsler i flere tilfeller har vært håndtert feil. Da har vi ikke gjort jobben vår godt nok [...]».

Samme dag, publiserte VG en ny artikkel: «Regjeringen tar straks grep etter lege-avsløring».⁶ I artikkelen fremgår, blant annet, at helse- og omsorgsminister Jan Christian Vestre, varslet grep. Herunder at «regjeringen vil følge opp problemet også med nordiske land og EU», og at Vestre ville be «Helsetilsynet om en fullstendig redegjørelse om hva som har gått galt, om og på hvilken måte dette har utfordret pasientsikkerheten, hvordan det kunne vært unngått og hva tilsynet vil gjøre for å sikre at ikke samme feil skjer igjen.»

Funnene i prosjektet «Bad Practice» ble publisert i flere titalls medier, og i ovennevnte artikkel skriver VG at «[s]ærlig avsløringen av at det felles europeiske varslingssystemet IMI knapt brukes av flere land – og at varsler ikke følges opp av nasjonale myndigheter – vekker oppsikt.»

⁵ Se «Knivstakk naboer – kan være lege i Norge», publisert av VG den 2. oktober 2025: [Lenke](#) (lastet ned 29. april 2026).

⁶ Se «Regjeringen tar straks grep etter lege-avsløring», publisert av VG den 2. oktober 2025: [Lenke](#) (lastet ned 29. april 2026).

Prosjektet avdekket at myndighetene i 15 land ikke hadde åpnet varslene i IMI, til tross for at det i løpet av 2025 ble sendt over 500 varsler om leger som var blitt suspendert eller hadde fått autorisasjonen tilbakekalt. Dette omfattet:

«[...] Bulgaria, Kroatia, Kypros, Tsjekkia, Frankrike, Hellas, Ungarn, Island, Latvia, Litauen, Liechtenstein, Luxembourg, Portugal, Slovakia og Slovenia.

Ytterligere tre land – Østerrike, Estland og Finland – åpnet færre enn fem varsler.

Ifølge dataene leser flere land varslene jevnlig. Myndighetene i Sverige, Spania, Norge, Nederland, Malta, Polen, Irland, Italia og Danmark ser ut til å ha åpnet alle – eller nesten alle – varslene om «vesentlige årsaker» som ble sendt ut i fjor.»⁷

Avsløringene i VG fikk også politisk oppmerksomhet, og leder av helsekomiteen på Stortinget, Kjersti Toppe, fremsatte den 13. oktober 2025 følgende spørsmål (interpellasjon) til helse- og omsorgsministeren, Jan Christian Vestre, som lyder:

«Om statsråden snarest vil redegjøre for Stortinget om hvordan leger som har mistet sin autorisasjon i andre land fortsatt har kunnet jobbe som lege i Norge, hva som har som vært konsekvensene for pasientene, og hva som nå gjøres for å rette opp i skandalen.»⁸

Utover høsten/vinteren publiserte VG ytterligere saker i «Bad Practice»-artikkelserien. I én av disse sakene, publisert den 12. oktober 2025, kunne VG avsløre:

«Legen ble avskiltet for å ha tatt pasientens bryst i munnen
Norske myndigheter var klare over saken, men ga ham likevel lov til å jobbe her.»⁹

Legen omtalt i saken var på tidspunktet 61 år, hadde utdannet seg som lege på 80-tallet og hadde hovedsakelig arbeidet som kirurg i Sverige. I det følgende vil legen omtales med benevnelsen «**Lund-legen**», se pkt. 4.2.2 for nærmere omtale av saken.

Den 14. november 2025 publiserte VG en ny artikkel med følgende overskrift:

«Lege satt fengslet for voldtekter – så fikk han lov til å jobbe i Norge
– vi har ikke rutiner for å google søkere, sier Helsedirektoratet.»¹⁰

I saken omtales en navngitt svensk lege som sommeren 2025 var «dømt til åtte års fengsel for voldtekter av ni pasienter.» Selv om legen er navngitt i VGs artikler, har vi valgt å ikke navngi legen i rapporten. I stedet vil vi omtale vedkommende med benevnelsen «**Uppsala-legen**». Saken om Uppsala-legen omtales nærmere i pkt. 4.2.3.

Sakene om Lund-legen og Uppsala-legen i VG rettet fokus også mot Helsedirektoratet. Særlig ble det reist kritikk og spørsmål knyttet til Helsedirektoratets informasjonsinnhenting og bakgrunnssjekk av søkere, herunder også om bruk/ikke-bruk av Google som kilde og om dialog med utenlandske myndigheter i anledning behandling av søknader om autorisasjon og spesialistgodkjenning. Herunder ba også leder av

⁷ Se «Hele Europa og Norge ble advart om denne psykiateren» «Men 20 land åpnet ikke varselet som kunne røpet hva han var dømt for», publisert av VG den 18. desember 2025, oppdatert 6. januar 2026: [Lenke](#) (lastet ned 29. april 2026).

⁸ Interpellasjon nr. 2 (2025-2026), oversendt regjeringen den 13. oktober 2025. Besvart 25. november 2025.

⁹ Se «Legen ble avskiltet for å ha tatt pasientens bryst i munnen» «Norske myndigheter var klare over saken, men ga ham likevel lov til å jobbe her», publisert av VG den 12. oktober 2025: [Lenke](#) (lastet ned 29. april 2026).

¹⁰ Se «Lege satt fengslet for voldtekter – så fikk han lov til å jobbe i Norge» «– Vi har ikke rutiner for å google søkere, sier Helsedirektoratet», publisert av VG den 9. november 2025, oppdatert 14. november 2025: [Lenke](#) (lastet ned 29. april 2026).

helsekomiteen på Stortinget, Kjersti Toppe, om at «statsråd Vestre [skulle] komme til Stortinget for å redegjøre for saken – fra A til Å». ¹¹

Helsedirektoratet – i likhet med Helsetilsynet – ble siden instruert om å gi en fullstendig redegjørelse om saken. Vi forstår at dette ble gjort i et etatsstyringsmøte den 12. november 2025. Helsedirektoratet har i forlengelsen gitt to skriftlige redegjørelser til Helse- og omsorgsdepartementet. Rapportene er omtalt under pkt. 4.3.

Oppslagene i VG ble videre et tema i Stortinget den 25. november 2025, hvor interpellasjonen fra Toppe var på dagsordenen som sak nr. 4. ¹² Blant spørsmålene Toppe stilte til helse- og omsorgsministeren var:

- «Korleis kunne det skje? Eg har mange spørsmål til helse- og omsorgsministeren i denne saka:
- Ansvarleg direktør i Helsedirektoratet for arbeidet med godkjenning av autorisasjonar sa til VG at det ville krevje «uforholdsmessig mye ressurser» om ein skulle sjekka kvar enkelt av dei 2 500 årlege autorisasjonssøknadene, men gjer det det, og er statsråden einig i dette?
- [...]
- Kva vurderingar har statsråden gjort når det gjeld organisering av dette arbeidet i Noreg, som no er delt på to organisasjonar som tydelegvis heller ikkje snakkar saman?
 - I kva grad har statsråden og hans departement kontrollert arbeidet på dette området, og kva konkret har statsråden sjølv gjort når det gjeld å forbetra varslingsrutinane i andre land i Norden og i EU?
 - Vil statsråden gå inn for at ein kan krevja vandelsattest for arbeid som lege i Noreg?»

4.2.2 Om saken vedrørende Lund-legen (autorisasjon)

Lund-legen er født i **februar 1964**, utdannet seg til lege på 1980-tallet, har hovedsakelig arbeidet som kirurg, og arbeidet fra **2002** i Malmö samtidig som han også tok vakter blant annet ved akuttmottaket ved sykehuset i Lund. Legen var i **2022** ansatt i Region Skåne.

Den **27. mars 2022** arbeidet Lund-legen på akuttmottaket ved sykehuset i Lund. Denne dagen undersøkte Lund-legen to kvinnelige pasienter, som etter undersøkelsene klaget til sykehuset på måten Lund-legen hadde undersøkt dem på.

Ifølge en senere dom i Lunds tingsrett fikk Lund-legen kunnskap om anklagene mot ham fra den ene pasienten den **4. april 2022**, mens den andre pasienten klaget på Lund-legen direkte etter behandlingen til annet personell på sykehuset og innga en politianmeldelse «några dagar senare». ¹³ Vi forstår at førstnevnte pasient også politianmeldte Lund-legen.

Klagene fra de to pasientene ble siden gjenstand for en internutredning på sykehuset i Lund. Lund-legen ble kort tid etter klagene tatt ut av tjeneste (suspendert), før han den **4. juli 2022** ble meddelt avskjed av sin arbeidsgiver, Region Skåne. ¹⁴ vi forstår det slik at Lund-legen i etterkant bestred avskjedens gyldighet og fremmet stillingsvernssøksmål mot Region Skåne. ¹⁵

¹¹ Se «Toppe om Helsedirektoratet: – En større og større skandale», publisert av VG den 12. november 2025: [Lenke](#) (lastet ned 29. april 2026).

¹² Se dagsordenen på Stortinget – Møte tirsdag den 25. november 2025, sak nr. 4: [Lenke](#) (lastet ned 29. april 2026).

¹³ Se dom i sak B 3297-22, Lunds tingsrett, på side 10 og side 16.

¹⁴ Se artikkelen «Läkare döms för sexuella ofredanden på akuten i Lund», publisert av SVT den 3. april 2024: [Lenke](#) (lastet ned 29. April 2026), og «Lege satt fengslet for voldtekter – så fikk han lov til å jobbe i Norge», publisert av VG den 9. november 2025, oppdatert 14. november 2025: [Lenke](#) (lastet ned 29. april 2026).

¹⁵ Se dom i sak B 3297-22, Lunds tingsrett, på side 19.

Forut for anklagene skal Lund-legen aldri tidligere «haft några anmärkningar, enligt sjukhuset»,¹⁶ og han var ikke tidligere blitt straffedømt.¹⁷

I **november 2022** inngav Lund-legen en søknad om norsk autorisasjon til Helsedirektoratet, som i flere omganger anmodet om manglende dokumentasjon som ledd i saksbehandlingen av søknaden. Søknaden var først komplett i løpet av **desember 2023**, hvorpå Helsedirektoratet foretok en kontroll av Lund-legens yrkesrett i Sverige gjennom å kontakte svenske myndigheter.

Slik vi forstår det, var Lund-legen på dette tidspunktet blitt «åtalad» for to tilfeller av «sexuelt ofredande» mot pasientene omtalt over, og var blitt avskjediget fra sin stilling i Region Skåne begrunnet i hendelsene etter at Region Skåne hadde konkludert i internutredningen.

Vi forstår det slik at tiltale ble tatt ut i **desember 2023**, etter endt etterforskning.¹⁸ Det er ikke kjent for oss når Lund-legen formelt ble siktet i saken. Tiltalen mot Lund-legen ble omtalt i svenske medier, men Lund-legen ble ikke identifisert med navn.¹⁹

Lund-legen nektet for skyld i avhør med politiet, og gjentok dette også i media gjennom sin advokat i en nettartikkel publisert av SVT den **16. desember 2023** etter at han var blitt tiltalt:

«Läkaren nekar till brott. Enligt sjukhuset förekommer inga tidigare anmärkningar mot honom.

– Jag skulle aldrig utsätta en patient för detta. Det är hemskt, fruktansvärt, säger läkaren i förhör.

Hans försvarsadvokat Lars Kruse menar att bevisen är mycket svaga.

– Det är ett väldigt tråkigt ärende och denna person är helt oskyldig, säger han bestämt till SVT Nyheter Skåne.»²⁰

Vi forstår at straffesaken mot Lund-legen ble behandlet i Lunds tingsrett i løpet av **februar 2024**. Gjerningsbeskrivelsene som Lund-legen stod tiltalt for, var som følger:

«1.1 SEXUELLT OFREDANDE (5000-K374209-22)

[Lund-legen] har ofredat målsägande A, på ett sätt som kunde förväntas kränka A:s sexuella integritet, genom att smeka hennes bröst, ta hennes bröstvårta i munnen och försöka kyssa henne och då slickat henne på läpparna eller på annat sätt vidrört hennes läppar med tungan. Det hände den 27 mars 2022 i Lund, Lunds kommun.

[Lund-legen] begick gärningen med uppsåt.

[...]

2.1 SEXUELLT OFREDANDE (5000-K376540-22)

[Lund-legen] har ofredat målsägande B genom att i samband med en undersökning av B:s bröstorg, utöver den undersökning som varit påkallad, också krama och smeka målsägande B:s bröst på ett sätt som kunde förväntas kränka B:s sexuella integritet. Det hände den 27 mars

¹⁶ Se «Läkare döms för sexuella ofredanden på akuten i Lund», publisert av SVT den 3. april 2024: [Lenke](#) (lastet ned 29. april 2026)

¹⁷ Dom i sak B 3297-22, Lunds tingsrett, på side 19.

¹⁸ Se «Läkare åtalad för sexuella ofredanden mot kvinnor på akuten i Lund», publisert av SVT den 16. desember 2023, oppdatert 3. april 2024: [Lenke](#) (lastet ned 29. april 2026).

¹⁹ Ibid.

²⁰ Ibid.

2022 i Lund, Lunds kommun.

[Lund-legen] begick gärningen med uppsåt.»²¹

Lunds tingsrätt avsa dom i saken den **3. april 2024** (sak B 3297-22), og av dommen på side 15 fremgår det at Lund-legen bestred straffeansvar for anklagene, og anførte at undersøkelsene ikke hadde noe seksuelt formål, men var utført «i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet».

Av dommen fremgår at tingsrätten fant at begge pasientene hadde forklart seg «långa, levande och detaljrika», at forklaringene var «trovärdiga» og at støttebevisene styrket deres fremstilling, herunder «hur de reagerat efter undersökningarna och vad de berättat för andra.» Tingsrätten fremhevet også at de to kvinnene ikke kjente hverandre, og at «A:s och B:s uppgifter utgör därför ett starkt stöd för riktigheten i varandras uppgifter.»

Til tross for at det ikke forelå tekniske bevis, konkluderte tingsrätten med at det var «ställt utom rimligt tvivel att [Lund-legen hadde] gjort sig skyldig till de åtalade gärningarna.» Lund-legen ble derved dømt for to tilfeller av «sexuellt ofredande» (sexuelt krenkende atferd) mot de to pasientene.

Tingsrätten fastsatte straffereaksjonen til «villkorlig dom» (betinget dom) og «100 dagsböter om 300 kr (30 000 kr)», og til at Lund-legen måtte betale erstatning på henholdsvis 40 800 svenske kroner til pasient A og 35 800 svenske kroner til pasient B. Lund-legen ble også dømt til å betale deler av statens dekning av advokatkostnader (100 000 svenske kroner) og til å betale en avgift til det svenske Brottsofferfonden. For straffutmålingen fremhevet tingsrätten:

«Brotten har nämligen riktats mot patienter som pga. av smärta och oro sökt akut sjukvård och som befunnit sig ensamma med en undersökande läkare. Brotten har för A och B varit djupt integritetskränkande.

Vid bestämmande av påföljden ska dock beaktas att [Lund-legen] blivit avskedad pga. av gärningarna. Det finns en arbetsrättslig tvist men tingsrätten har att utgå ifrån att den fällande domen leder till att beslutet om avskedande inte kommer att ändras. Det finns därför skäl att frångå ett fängelsestraff och i stället döma [Lund-legen] till villkorlig dom. Den villkorliga domen ska förenas med böter. [...]

Domfellelsen ble omtalt i blant annet SVT samme dag (**3. april 2024**), hvor Lund-legens advokat bekreftet at «domen kommer tvekløst att överklagas».²² Lund-legen ble ikke navngitt i SVTs omtale av saken.²³ Lund-legen hadde på dette tidspunktet ikke fått sin yrkesrett begrenset i Sverige, og kunne derfor fortsatt praktisere som lege til tross for anklagene.

Ankefristen var **24. april 2024**, og Lund-legen anket også dommen til Hovrätten över Skåne och Blekinge, der han krevde seg frifunnet.

Som omtalt over, hadde Helsedirektoratet i desember 2023 konstatert at Lund-legens søknad om norsk autorisasjon, opprinnelig inngitt i november 2022, var komplett, og Helsedirektoratet foretok derfor tilsynssjekk med svenske helsemyndigheter om Lund-legens yrkesrett i Sverige.

Vi forstår at svenske myndigheter i dialogen med Helsedirektoratet opplyste at Lund-legen ikke hadde noen begrensninger i sin yrkesrett i Sverige som lege, og det heller ikke ble opplyst om noen pågående

²¹ Se Lunds tingsrätts dom i sak B 3297-22, på side 4.

²² Se «Läkare döms för sexuella ofredanden på akuten i Lund», publisert av SVT den 3. april 2024: [Lenke](#) (lastet ned 30. april 2026).

²³ Lund-legen ble heller ikke navngitt i Läkartidningen, som omtalte dommen i artikkelen «Två fall av sexuell ofredande på samma dag – nu fälls läkaren», publisert av Läkartidningen den 10. April 2024: [Lenke](#) (lastet ned 30. april 2026).

tilsynssak eller straffesak mot ham. På bakgrunn av den informasjonen som da forelå, innvilget Helsedirektoratet Lund-legen norsk autorisasjon den **29. mai 2024**.

Likevel, omtrent tre uker senere, **18. juni 2024**, besluttet Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd («**HSAN**»), etter «anmälan» (innstilling) fra svenske helsetilsynsmyndigheter, Inspektionen för vård och omsorg («**IVO**»), å midlertidig inndra (suspendere) Lund-legens svenske autorisasjon. Suspensjonen ble gitt med en varighet på seks måneder, til **18. desember 2024**, i tråd med svensk rett. Vi forstår det slik at IVO følgelig må ha innledet en undersøkelsessak mot Lund-legen før Helsedirektoratet innvilget ham norsk autorisasjon.

Vi viser her til at det i Sverige er Socialstyrelsen som gir autorisasjon (legitimation), mens det er IVO som fører tilsyn og behandler klager, men IVO kan ikke selv tilbakekalle eller suspendere autorisasjoner. Det er i Sverige HSAN som har kompetanse til å fatte vedtak om suspensjon og tilbakekall av autorisasjon, og behandler derved innstillinger fra IVO, som utreder sakene. Dersom IVO mener en lege er uskikket og bør fratras autorisasjonen, midlertidig eller at denne bør tilbakekalles, vil følgelig IVO sende en «anmälan» (innstilling) til HSAN som deretter vurderer og fatter en beslutning i saken. HSAN er slik sett et domstolslignende organ som tar de formelle beslutningene, og deres beslutninger kan påklages til Förvaltningsrätten i Stockholm, og eventuelt videre til Kammarrätten og deretter til Högsta förvaltningsdomstolen.

Vi forstår at Lund-legen påklaget HSANs suspensjonsvedtak til Förvaltningsrätten i Stockholm, og krevde at suspensjonen ble bragt til opphør.²⁴

I Norge ble Helsetilsynet den **12. juli 2024** varslet av svenske myndigheter, HSAN, om suspensjonsvedtak.²⁵ Lund-legen hadde siden **29. mai 2024** hatt norsk legeautorisasjon, men arbeidet aldri i Norge.

Etter det vi forstår, avventet imidlertid Helsetilsynet med å treffe vedtak i saken om mulig suspensjon av norsk autorisasjon i påvente av ankebehandlingen av straffesaken for Lund-legen.²⁶

Etter å ha mottatt «anmälan» fra IVO om forlengelse av Lund-legens suspensjon, fattet HSAN den **30. januar 2025** et nytt suspensjonsvedtak på nye seks måneder. Lund-legen påklaget vedtaket inn for Förvaltningsrätten i Stockholm med krav om å få tilbake autorisasjonen.

Etter svensk rett fordrer en forlengelse av et suspensjonsvedtak at forlengelsesvedtaket treffes innen seks måneder. Som omtalt over, ble suspensjonsvedtaket fattet den **18. juni 2024**, og det ble nå klart at IVO hadde inngitt «anmälan» om å forlenge suspensjonen av Lund-legen drøyt ti dager etter seksmånedersfristens utløp, og at HSAN først hadde truffet beslutning om forlengelse over én måned senere, **30. januar 2025**.

På denne tiden var ankesaken over Lunds tingsrätts dom mot Lund-legen i Hovrätten över Skåne och Blekinge til behandling, og hovrätten avsa dom i ankesaken den **13. februar 2025** (sak B 2013-24).

Av dommen fremgår at hovrätten opprettholdt skyldavgjørelsen og fant Lund-legen skyldig i to tilfeller av «sexuelt ofredande» mot de to pasientene. Hovrätten reduserte imidlertid den strafferettslige reaksjonen, slik at den betingede dommen ikke lenger skulle kombineres med dagsbøter, med følgende begrunnelse:

²⁴ Se Andre Rapport på side 5.

²⁵ Se «Legen ble avskiltet for å ha tatt pasientens bryst i munnen» «Norske myndigheter var klare over saken, men ga ham likevel lov til å jobbe her», publisert av VG den 12. oktober 2025: [Lenke](#) (lastet ned 30. april 2026).

²⁶ Se Andre Rapport på side 5.

«Hovrätten delar tingsrättens bedömning att det finns sådana försvårande omständigheter att straffvärdet för vart och ett av brotten overstiger bötesnivå. Det samlade straffvärdet är dock något lägre än vad tingsrätten funnit och motsvarar ett kortare fängelsestraff.

Sexuellt ofredande är inte brott av sådan art att det finns en presumtion för att bestämma påföljden till fängelse (se RH 2008:40 och RH 2018:21). Utgångspunkten är därför att påföljden ska bestämmas till villkorlig dom och böter.

Av utredningen framgår att [Lund-legen] har blivit avskedad och efter tingsrättens dom även fått sin läkarlegitimation återkallad interimistiskt i väntan på hovrättens avgörande. Detta medför att det finns särskilda skäl att inte förena den villkorliga domen med dagsböter. Tingsrättens dom ska ändras i enlighet med detta.»²⁷

Hovrätten reduserte også erstatningsutmålingene til de to pasientene til henholdsvis 35 800 svenske kroner til pasient A og 30 800 svenske kroner til pasient B. Av hovrättens dom fremgår det samtidig at avgjørelsen kunne overprøves ved anke til Högsta domstolen, Sveriges Høyesterett, innen **13. mars 2025**, og Lund-legen besluttet å anke dommen til Högsta domstolen.

Kort tid etter hovrättens dom, den **25. februar 2025**, fattet Helsetilsynet vedtak om å tilbakekalle Lund-legens norske autorisasjon som lege i medhold av helsepersonelloven § 57 (5).²⁸ Etter helsepersonelloven § 57 (5) har Helsetilsynet hjemmel til å kalle tilbake norsk autorisasjon dersom autorisasjonen er «gitt på grunnlag av tilsvarende godkjenning i et annet land» og «godkjenningen i dette landet mister sin gyldighet». I vedtaket om tilbakekall, som er delvis gjengitt i VGs artikkel av 12. oktober,²⁹ fremgår:

«Statens helsetilsyn tilbakekaller din norske autorisasjon som lege i medhold av helsepersonelloven § 57 femte ledd som følge av at din svenske autorisasjon har mistet sin gyldighet.

[...] Statens helsetilsyn fikk 12. juli 2024 informasjon fra Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (heretter HSAN) om at din svenske autorisasjon som lege mistet sin gyldighet 18. juni 2024.

[...] Ut fra gjerningsbeskrivelsene i tingsrättens dom legger Statens helsetilsyn til grunn at straffesaken gjelder grenseoverskridende seksuelle handlinger mot to pasienter.»

Vi bemerker til dette at Helsetilsynets tilbakekall ikke synes å være forankret i en særskilt vurdering etter helsepersonelloven § 57 (2), som gir Helsetilsynet hjemmel til å kalle tilbake autorisasjon «dersom innehaveren er uegnet til å utøve sitt yrke forsvarlig på [...] på grunn av atferd som anses uforenlig med yrkesutøvelsen.» Tilbakekallet var i stedet direkte knyttet opp til svenske myndigheters beslutning om suspensjon.

Tre dager senere, den **28. februar 2025**, fikk Lund-legen medhold i Förvaltningsrätten i Stockholm i sin klage over HSANs vedtak om forlengelse av suspensjonen av **30. januar 2025**. Förvaltningsrätten i Stockholm opphevet derved den svenske suspensjonen, slik at Lund-legen igjen hadde svensk autorisasjon og yrkesrett. Bakgrunnen var, som omtalt over, at svenske myndigheter ikke hadde overholdt den aktuelle seksmånedersfristen.

Ettersom det norske tilbakekallet var forankret i det svenske, som omtalt over, fattet Helsetilsynet den **18. mars 2025** et omgjøringsvedtak der Lund-legen ble gitt tilbake sin norske autorisasjon som lege, jf.

²⁷ Se hovrättens dom i sak B 3297-22, på side 4–5.

²⁸ Se «Legen ble avskiltet for å ha tatt pasientens bryst i munnen» «Norske myndigheter var klare over saken, men ga ham likevel lov til å jobbe her», publisert av VG den 12. oktober 2025: [Lenke](#) (lastet ned 30. april 2026).

²⁹ Ibid.

forvaltningsloven § 35. Hjemmelsgrunnlaget for omgjøringen synliggjør at omgjøringen fant sted uten å være foranlediget av en «klage» fra Lund-legen.³⁰ Oppslag i Helsepersonellregisteret bekrefter at Lund-legen igjen hadde norsk autorisasjon som lege fra **18. mars 2025**.

Vi forstår at Högsta domstolen avviste Lund-legens anke i slutten av **september 2025**, og at hovrättens dom av **13. februar 2025** derved er rettskraftig.

Den **12. oktober 2025** publiserte VG en artikkel i «Bad Practice»-artikkelserien omhandlende Lund-legen. Artikkelen har følgende overskrift:

«Legen ble avskiltet for å ha tatt pasientens bryst i munnen
Norske myndigheter var klare over saken, men ga ham likevel lov til å jobbe her.»³¹

I artikkelen ble det bekreftet fra Helsetilsynet, ved direktør Sjur Lehmann, at:

«[...] vi har nå sendt varsel om suspensjon til legen. Helsetilsynet skulle gjort en selvstendig vurdering, selv om svenske myndigheter opphevet sitt vedtak. Dette ble unnlatt, noe vi sterkt beklager.»

Det fremgår av artikkelen at Lund-legen «aldri har jobbet som lege i Norge», og oppslag i Helsepersonellregisteret viser at Lund-legens norske autorisasjon ble suspendert i seks måneder den **3. november 2025**.

Den **14. november 2025** publiserte VG en ny artikkel i «Bad Practice»-artikkelserien omhandlende både Lund-legen og Uppsala-legen, hvor sistnevnte omtales nærmere under pkt. 4.2.3. Artikkelen har følgende overskrift:

«Lege satt fengslet for voldtekter – så fikk han lov til å jobbe i Norge
– vi har ikke rutiner for å google søkere, sier Helsedirektoratet.»³²

I artikkelen fremgår, blant annet, følgende:

«I slutten av mai 2024 ga Helsedirektoratet autorisasjon til en svensk mann (61) som *allerede* var funnet skyldig i seksuelle krenkelser mot to pasienter i Lund tingrett i Sverige.

Et Google-søk på legens navn mens Helsedirektoratet hadde saken til behandling, ville fortalt om dommen for seksuelle overgrep 3. april 2024.

Han fikk autorisasjon i midten av mai samme år.

– vi har ikke rutiner for å google søkere, sier Lien Jensen til VG.»³³ (vår utheving)

I den omtalte artikkelen har ikke VG opplyst om hvilken kilde/treff det vises til for omtalen av at et «Google-søk på legens navn mens Helsedirektoratet hadde saken til behandling, ville fortalt om dommen for seksuelle overgrep 3. april 2024.» Vi forstår at dette heller ikke er tilkjennegitt til Helsedirektoratet.

³⁰ Se «Legen ble avskiltet for å ha tatt pasientens bryst i munnen» «Norske myndigheter var klare over saken, men ga ham likevel lov til å jobbe her», publisert av VG den 12. oktober 2025: [Lenke](#) (lastet ned 30. april 2026), omgjøringsvedtaket er gjengitt i VGs artikkel.

³¹ Ibid.

³² Se «Lege satt fengslet for voldtekter – så fikk han lov til å jobbe i Norge», publisert av VG den 9. november 2025, oppdatert 14. november 2025: [Lenke](#) (lastet ned 30. april 2026).

³³ Ibid.

Vi har på denne bakgrunn foretatt en nærmere gjennomgang av treff på Lund-legens navn i Google for artikler, innlegg mv. publisert i perioden 3. april 2024 til 29. mai 2024. Vi har også foretatt søk etter publiserte artikler, innlegg, mv. som omtaler Lunds tingsratts dom av 3. april 2024 generelt. Søkene ble foretatt i inkognitomodus, og vi fikk følgende treff:

Kilde	Publiseringsdato	Omtale	Identifiseres Lund-legen?
Redaktørstyrte medier			
SVT	3. april 2024 ³⁴	Dommen omtales, men navnet på Lund-legen gjengis ikke. Han omtales gjennomgående som «läkaren».	Nei
Läkartidningen	10. april 2024 ³⁵	Dommen omtales, men navnet på Lund-legen gjengis ikke. Han omtales gjennomgående som «läkaren».	Nei
Andre medier			
Flashback (anonymt nettforum)	4. april 2024 og 7. april 2024 ³⁶	Én og samme bruker på forumet delte navnet på Lund-legen i en forumtråd 4. april 2024, og 7. april 2024 delte vedkommende et utdrag fra Lunds tingsratts dom av 3. april 2024 mot Lund-legen, herunder domsslutningen. Lund-legens fulle navn fremgår av det delte utdraget.	Ja

Slik vi ser det, ville et Google-søk på Lund-legen i perioden 3. april 2024 til 29. mai 2024 gitt treff på at en anonym bruker på nettforumet Flashback hadde delt domsslutningen fra Lunds tingsratts dom av 3. april 2024. Videre søk ville underbygget at det var avsagt en dom i Lunds tingsrett mot Lund-legen, men også at dommen ikke var rettskraftig, at Lund-legen nektet for anklagene og at Lund-legen gjennom sin advokat hadde varslet at dommen ville bli anket.³⁷

Oppslag i Helsepersonellregisteret viser at Lund-legen den **11. desember 2025** fikk tilbakekalt sin autorisasjon i Norge. Oppslag i Helsepersonellregisteret foretatt den **25. april 2026** viser at Lund-legen ikke har gyldig norsk autorisasjon som lege, og slik vi forstår det, har Lund-legen aldri jobbet som lege i Norge.

4.2.3 Om saken vedrørende Uppsala-legen (spesialistgodkjenning)

Uppsala-legen er født i juni **1986** (ca. 39 år), har utdanning som lege fra Polen og fikk svensk legeautorisasjon i **2014**.

I flere perioder mellom 2009 og 2011 arbeidet legen ved Nordlandssykehuset i Norge som pleieassistent på studentlisens.³⁸ Uppsala-legen søkte senere om, og fikk innvilget, norsk autorisasjon som lege i **2017**. Slik vi forstår det, har Uppsala-legen ikke utøvet legeyrket i Norge.³⁹

³⁴ Se «Läkare åtalad för sexuella ofredanden mot kvinnor på akuten i Lund», publisert av SVT den 16. desember 2023, oppdatert 3. april 2024: [Lenke](#) (lastet ned 30. april 2026).

³⁵ Se nyhetsmeldingen «Två fall av sexuellt ofredande på samma dag – nu fällt läkaren», publisert av Läkartidningen den 10. April 2024: [Lenke](#) (lastet ned 30. april 2026).

³⁶ Se Flashback, tråd om Lund-legen: [Lenke](#). Se innlegg #181 (av 4. april 2024) og innlegg # 184 (av 7. april 2024).

³⁷ Se nærmere om «Google»-søk og bruk av åpne kilder i saksbehandlingen under pkt. 12.5.

³⁸ Se Andre Rapport på side 5.

³⁹ Se «Lege satt fengslet for voldtekter – så fikk han lov til å jobbe i Norge», publisert av VG den 9. november 2025, oppdatert 11. november 2025: [Lenke](#) (lastet ned 30. april 2026).

Uppsala-legen fikk spesialistgodkjenning innen allmenntillegisin i Sverige i **2020**, ble ansatt i Region Uppsala i **januar 2021** som «distriktslåkare» ved Samariterhemmets vårdcentral, og hadde en del av sin tjeneste ved Mottagning unga män fra **2023**.⁴⁰

Våren 2024 mottok Uppsala-legens daværende arbeidsgiver, Region Uppsala, et varsel om Uppsala-legen fra en pasient, etter en kroppslig undersøkning. Pasienten politianmeldte siden forholdet som seksuell trakassering til svensk politi.

Den **16. april 2024** ble Uppsala-legen meddelt «avstängning» med umiddelbar virkning av Region Uppsala. Av brevet sendt til Uppsala-legen av daværende arbeidsgiver, fremgår:

«Du informeras härmed om att du är avstängd från ditt arbete från och med 240416 enligt AB § 10. Avstängningen kommer att pågå i högst 30 dagar, sedan kommer nytt ställningstagande ske. Avstängningen innebär att du ej har tillträde till din arbetsplats samt att du ej ska kontakta kollegor och brukare på arbetsplatsen.

Under tiden för avstängning så ska du finnas tillgänglig för samtal med arbetsgivaren.»⁴¹

Siden mottok Region Uppsala ytterligere to varsler om Uppsala-legen.

I **november 2024** ble Region Uppsala kjent med et fjerde varsel, som også ble politianmeldt. Forholdet ble siden omtalt av en leder i Region Uppsala som «det allvarligaste klagomålet hittills.»⁴²

Den **24. desember 2024** ble Uppsala-legen meddelt avskjed av daværende arbeidsgiver, Region Uppsala, fra stillingen som «Distriktslåkare».⁴³ Avskjeden var begrunnet i varslene og tillitsbrudd. Vi forstår det slik at Uppsala-legen på dette tidspunktet var formelt mistenkt for seksuelle overgrep av svenske myndigheter.

Den **10. januar 2025** innga Mottagning unga män, Region Uppsala, en «anmälan» til svenske helsetilsynsmyndigheter, IVO. I brevet til IVO omtales ovennevnte varsler, og det informeres om at Uppsala-legen, til tross for «avstängning» og uten godkjenning av Region Uppsala hadde tjenestegjort som lege i Region Stockholm og at Uppsala-legen hadde et eget foretak som «stafettlåkare».⁴⁴

Den **27. januar 2025** innga Uppsala-legen en søknad om allmennspesialistgodkjenning i Norge, altså en søknad om konvertering av svensk spesialistgodkjenning til norsk allmenntillegisin. Søknaden som ble inngitt var fullstendig, og vedlagt fulgte kopi av svenske autorisasjons- og spesialistgodkjenningsbevis.

Helsedirektoratet igangsatte siden saksbehandling av søknaden, og kontaktet i den anledning svenske helsemyndigheter, Socialstyrelsen, gjennom etablerte kontaktpunkter den **6. februar 2025**:

- Det ble sendt en IMI-forespørsel med spørsmål om Uppsala-legen hadde utdanning gjennomført i Sverige, samt bedt om en konformitetsbekreftelse.
- Det ble videre sendt en e-post til Socialstyrelsen ved Enheten för rättsinformation och behörighetsupplysning med spørsmål om bekreftelse på Uppsala-legens yrkesrett i Sverige.

⁴⁰ Se Uppsala tingsrätt dom i sak B 10935-24.

⁴¹ Se «Lege satt fengslet for voldtekter – så fikk han lov til å jobbe i Norge», publisert av VG den 9. november 2025, oppdatert 11. november 2025: [Lenke](#) (lastet ned 30. april 2026).

⁴² Se Varsel til IVO gjengitt i artikkelen «Lege satt fengslet for voldtekter – så fikk han lov til å jobbe i Norge», publisert av VG den 9. november 2025, oppdatert 11. november 2025: [Lenke](#) (lastet ned 30. april 2026).

⁴³ Se «Lege satt fengslet for voldtekter – så fikk han lov til å jobbe i Norge», publisert av VG den 9. november 2025, oppdatert 11. november 2025: [Lenke](#) (lastet ned 30. april 2026).

⁴⁴ «Stafettlåkare» er en lege, ofte allmenntilleg, som arbeider på oppdragsbasis/midlertidig ved et legekantor, en helseinstitusjon eller annen medisinsk enhet for å dekke et midlertidig ansettelsesbehov.

Den **7. februar 2025** fikk Helsedirektoratet bekreftet av Socialstyrelsen ved Enheten for rettsinformasjon og behørighetsopplysning at Uppsala-legen hadde autorisasjon som lege fra Sverige siden 16. desember 2014, og at det ikke var noen begrensninger i Uppsala-legens yrkesrett:

«Behørighetsbegrensning | Det finns inga nu gällande behørighetsbegrensningar»⁴⁵

Den **10. februar 2025** besluttet IVO å «åtalsanmäla» Uppsala-legen i medhold av kapittel 7, § 29 (2) i den svenske Patientsäkerhetslag (2010:659), som lyder:

«Om hälso- och sjukvårdspersonal är skäligen misstänkt för att i yrkesutövningen ha begått ett brott för vilket fängelse är föreskrivet, ska Inspektionen för vård och omsorg, om inte annat följer av 9 kap. 17 §, göra anmälan till åtal.»

Den **14. februar 2025** fikk Helsedirektoratet, som ledd i saksbehandlingen av Uppsala-legens søknad om spesialistgodkjenning i Norge, bekreftet av Socialstyrelsen gjennom IMI, at legens spesialistutdanning er i samsvar med kravene i yrkeskvalifikasjonsdirektivet:

«Specialistutbildningen i allmänmedicin är genomförd i Sverige. Den utbildning som ligger till grund för specialistkompetens i allmänmedicin uppfyller de krav som anges i artikel 28 i direktiv 2005/36/EG i enlighet med Bilaga V, punkt 5.1.2 och punkt 5.1.4.»

På bakgrunn av tilgjengelig informasjon og bekreftelser fra svenske helsemyndigheter, innvilget Helsedirektoratet den **17. februar 2025** norsk spesialistgodkjenning innen allmenmedisin.

Vi forstår det slik at Helsedirektoratet på dette tidspunktet ikke hadde noen opplysninger om den pågående tilsynssaken i Sverige, IVOs «åtalsanmälan» eller andre forhold ved Uppsala-legens sitt virke eller person som kunne tilsi at det forelå grunnlag for ikke å innvilge spesialistgodkjenningen. Svenske myndigheter hadde verken trukket tilbake Uppsala-legens autorisasjon eller spesialistgodkjenning, og det var ikke sendt ut en advarsel fra svenske helsemyndigheter til andre myndigheter i EØS gjennom IMI Alerts.

Det er likevel en realitet at dagen *før* Helsedirektoratet fikk bekreftet av svenske helsemyndigheter, Socialstyrelsen, at det ikke heftet noen begrensninger ved Uppsala-legens yrkesrett i Sverige (**7. februar 2025**), var Uppsala-legen blitt varetektsfengslet og siktet av svenske myndigheter for voldtekt av flere pasienter i Sverige (**6. februar 2025**).

Varetektsfengslingen ble omtalt i svenske medier, herunder SVT. I en artikkel publisert på SVTs nettsider **torsdag 6. februar 2025**, heter det:

«En läkare inom Region Uppsala misstänks för fem våldtäkter. Övergreppen ska ha skett på en vårdcentral och på en annan primärvårdsavdelning i Uppsala län. Totalt är det fyra patienter som anmält honom.»

Mannen häktades på torsdagen, mot sitt nekande, misstänkt for fem våldtäkter, som enligt åklagaren ska ha begått i början av förra året.

Han häktades på sannolika skäl, vilket är den starkare misstankegraden. [...] Han misstänks för en sjätte – men tingsrätten ansåg att det bara fanns fog att häkta honom för fem. [...] Totalt handlar det om fyra patienter som anmält mannen.»⁴⁶

⁴⁵ Se «Lege satt fengslet for voldtekter – så fikk han lov til å jobbe i Norge», publisert av VG den 9. november 2025, oppdatert 11. november 2025: [Lenke](#) (lastet ned 30. april 2026).

⁴⁶ Se «Läkare misstänks för fem våldtäkter mot patienter», publisert av SVT den 6. februar 2025, oppdatert 6. oktober 2025: [Lenke](#) (lastet ned 30. april 2026).

Varetektsfengslingen ble også omtalt i Läkartidningen,⁴⁷ men verken Läkartidningen eller SVT identifiserte Uppsala-legen med navn, bilde eller på annet vis i artiklene.

Tidlig i **mai 2025** tok svenske påtalemyndigheter ut tiltale mot Uppsala-legen, som satte ham under tiltale for ni tilfeller av voldtekt mot åtte fornærmede.⁴⁸ Ifølge svenske medier, som fortsatt ikke identifiserte legen med navn, satt Uppsala-legen fortsatt varetektsfengslet og han nektet for «brott».

Den **24. juni 2025** ble Uppsala-legen dømt i Uppsala tingsrett (saksnr. B 10935-24) for to tilfeller av «våldtäkt» og åtte tilfeller av «sexuelt overgrep» mot tidligere pasienter, til en samlet straff på syv års fengsel. Som skjerpende for straffeutmålingen, fremhevet tingsretten at det for samtlige tilfeller var tale om et pasient-lege-forhold. Den omstendighet at Uppsala-legen «är tidigare ostraffad» var ikke til hinder for fengselsstraff.⁴⁹ Uppsala-legen ble videre idømt å betale 1 265 000 svenske kroner i erstatning til ofrene. Av dommen fremkommer videre om rettens syn på Uppsala-legens videre yrkesrett dersom dommen ble stående:

«Försvaret har inte inkommit med någon utredning kring konsekvenserna för Christians framtida yrkesutövning i händelse av fällande dom. När rättens ordförande ställt frågor kring detta under huvudförhandlingen i målet har det från båda parter dock framstått som uppenbart eller ofrånkomligt att Christian vid en kommande prövning skulle förlora sin läkarlegitimation om han fälls för de gärningar han står åtalad för. **För tingsrätten framstår det som uppenbart att Christian i praktiken berövas sin möjlighet att arbeta som läkare i och med denna dom, om den står sig i högre instans (jfr. RH 2013:38).**»⁵⁰ (vår utheving)

Etter domfellelsen anket både Uppsala-legen (som påstod frifinnelse) og «åklagaren» (som påstod strengere straff) Uppsala tingsretts dom til Svea hovrätt.

Den **5. september 2025** avsa Svea hovrätt dom i ankesaken (saksnr. B 9589-25), som fant Uppsala-legen skyldig i ti tilfeller av «våldtäkt» mot ni ulike pasienter, og skjerpet straffen til åtte års fengsel. Uppsala-legen ble videre dømt til å betale ca. 1,9 millioner svenske kroner i erstatning til ofrene.

Uppsala-legen påanket siden Svea hovrätts dom til Högsta domstolen, som i **oktober 2025** avviste anken (saksnr. B 8254-25). Dommen i Svea hovrätt er derved rettskraftig. Uppsala-legen har hele tiden hevdet sin uskyld.

Ifølge en artikkel i «Bad Practice»-artikkelserien, mottok VG et tips om dommen mot Uppsala-legen «i slutten av oktober» 2025, av en som mistenkte at Uppsala-legen hadde «norsk autorisasjon».⁵¹ VG publiserte siden en artikkel som omtalte Uppsala-legen den **14. november 2025**, med følgende overskrift:

«Lege satt fengslet for voldtekter – så fikk han lov til å jobbe i Norge
– vi har ikke rutiner for å google søkere, sier Helsedirektoratet.»⁵²

Helsetilsynet hadde på dette tidspunktet, den **3. november 2025**, truffet vedtak om å suspendere Uppsala-legens norske autorisasjon med en varighet på seks måneder, dvs. til **3. mai 2026**, jf.

⁴⁷ Se «Doctor detained for multiple rapes», publisert av Läkartidningen den 6. februar 2026: [Lenke](#) (lastet ned 30. april 2026).

⁴⁸ Se «Åklagaren om läkaråtalet: «Går inte att jämföra med något annat», publisert av SVT den 8. mai 2025: [Lenke](#) (Lastet ned 30. april 2026).

⁴⁹ Se Uppsala tingsrett dom i sak B 10935-24, på side 34.

⁵⁰ Se Uppsala tingsrett dom i sak B 10935-24, på side 34–35.

⁵¹ Se «Lege satt fengslet for voldtekter – så fikk han lov til å jobbe i Norge» «– Vi har ikke rutiner for å google søkere, sier Helsedirektoratet», publisert av VG den 8. november, oppdatert 14. november 2025: [Lenke](#) (lastet ned 30. april 2026).

⁵² Ibid.

Helsedirektoratets rapport til Helse- og omsorgsdepartementet av 1. desember 2025.⁵³ Av redegjørelsen fremgår at Helsedirektoratet hadde informert Danmark om Uppsala-legen, da han også hadde gyldig autorisasjon og spesialistgodkjenning i Danmark.

Den **28. november 2025** innga IVO en «anmälan» på Uppsala-legen til HSAN, hvor det ble tatt til orde for å tilbakekalle Uppsala-legens svenske legeautorisasjon og spesialistgodkjenning. Fra begrunnelsen gjengis her:

«[...] Som grund för yrkandet anför IVO att [Uppsala-legen] i samband med yrkesutövningen gjort sig skyldig till ett allvarligt brott som är ägnat att påverka förtroendet för honom. Hans legitimation som läkare ska därför återkallas med stöd av 8 kap. 3 § första stycket 2 patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL.»

Ifølge oppslag i det norske helsepersonellregisteret, ble Uppsala-legens norske autorisasjon tilbakekalt av Helsetilsynet den **19. januar 2026**.

I en nettartikkel publisert av SVT den **6. mars 2026**,⁵⁴ fremgår det at Uppsala-legen nylig er tiltalt for ytterligere straffbare forhold:

«Läkaren som nu avtjänar fängelsestraffet åtalas nu för ytterligare nio våldtäkter – mot sammanlagt sju patienter. Samt tre fall av våldtäkt mot barn – som ska ha skett mot en och samma patient i övre tonåren.

Även dessa brott misstänks ha skett på läkarmottagningar i Uppsala och Stockholm under samma tidsperiod som de tidigare brotten – under 2023 och 2024. Läkaren var då anställd inom Region Uppsala men stängdes av i samband med misstankarna innan han avskedades i slutet av 2024. Men trots det anställdes mannen senare av Region Stockholm. [...] Mannen nektar till brott.»

Den **30. mars 2026** fattet HSAN følgende vedtak:

«Ansvarsnämnden återkallar [Uppsala-legen]s legitimation som läkare.

Ansvarsnämnden beslutar att underrätta de behöriga myndigheterna i övriga stater inom Europeiska ekonomiska samarbetsområdet (EES) och i Schweiz om beslutet.»

I vedtaket fremgår det at IVO hadde mottatt «[...] en underrättelse från Helsetilsynet i Norge som återkallat [Uppsala-legen]s norska legitimation som läkare».

HSANs vedtak fikk umiddelbar virkning, og allerede samme dag (**30. mars 2026**) sendte HSAN et varsel, «PQ Alert – Doctors (Prohibition or restriction of practice)», til de andre EØS-statene om at Uppsala-legens svenske autorisasjon var blitt tilbakekalt. IMI-varslet ble herunder sendt til norske og danske myndigheter.

Vi bemerker at oppslag i det danske «autorisationsregistret» viser at Uppsala-legen per **30. april 2026** fortsatt har gyldig legeautorisasjon og spesialistgodkjenning innen allmennmedisin i Danmark.⁵⁵

⁵³ Se nærmere omtale av Andre Rapport under pkt. 4.3.3. Vi forstår for ordens skyld at Helsetilsynets undersøkelser og det påfølgende suspensjonsvedtaket ble foranlediget av VGs henvendelse til Helsetilsynet om deres funn knyttet til Uppsala-legen, fremsatt før VG publiserte sine artikler om legen.

⁵⁴ Se «Våldtäktsdömd läkare misstänks för ytterligare våldtäkter i Uppsala», publisert av SVT den 6. mars 2026: [Lenke](#) (lastet ned 30. april 2026).

⁵⁵ Det danske «autorisationsregistret» er offentlig tilgjengelig i både en engelsk og dansk versjon: [Lenke](#) (engelsk) og [Lenke](#) (dansk).

4.3 Helsedirektoratets rapporter til Helse- og omsorgsdepartementet etter «Bad Practice»-artikkelserien i VG

4.3.1 Innledning

Medieoppslagene, særlig i VG gjennom «Bad Practice»-artikkelserien, foranlediget at Helsedirektoratet i løpet av november/desember 2025 utarbeidet to rapporter til Helse- og omsorgsdepartementet:

- «Tiltak for å redusere risiko ved autorisasjon og spesialistgodkjenning av helsepersonell med utdanning fra utlandet» av 17. november 2025 («**Første Rapport**»).
- «Tiltak for å redusere risiko ved autorisasjon og spesialistgodkjenning av helsepersonell med utdanning fra utlandet» av 1. desember 2025 («**Andre Rapport**»).

4.3.2 Første Rapport av 17. november 2025

I Første Rapport gav Helsedirektoratet en redegjørelse for «utfordringer og tiltak knyttet til behandling av søknader om autorisasjon og spesialistgodkjenning for leger og annet helsepersonell utdannet i utlandet.» Herunder omtales det at VG har «avdekket et smutthull der helsepersonell som er under etterforskning, eller har en pågående tilsynssak i annet EØS-land, kan få yrkesrett i Norge.»

Det pekes videre på at det er utfordringer på autorisasjons- og spesialistgodkjenningsområdet:

«Det er utfordringer knyttet til begrensede muligheter for kontroll av søkere som er under etterforskning, siktet, tiltalt, dømt eller har en pågående tilsynssak i annet EØS-land, mens de søker om norsk autorisasjon eller spesialistgodkjenning.»

I Første Rapport gis deretter en overordnet redegjørelse for relevant regelverk og praksis på området autorisasjon og spesialistgodkjenning. I redegjørelsen pekes det på Helsedirektoratets handlingsrom med hensyn til hva som kan innhentes og kontrolleres av dokumentasjon, samt hvordan varslings- og informasjonsmekanismer (også internasjonale) innvirker på saksbehandlingen og informasjonsgrunnlaget til Helsedirektoratet. I rapporten er det i hovedsak EØS-søkere som omhandles, samt søkere fra tredjeland.

Videre gis det en beskrivelse og omtale av tiltak som Helsedirektoratet har iverksatt (strakstiltak), tiltak som planlegges iverksatt og tiltak som er ønskelige, men som Helsedirektoratet ikke uten videre kan iverksette uten medvirkning fra andre aktører, herunder lovgiver. Av strakstiltakene nevnes her:

- At saksbehandlere i Helsedirektoratet ble gitt «lesetilgang til varslingsmodulen» i IMI.
- At det ble stilt «større krav til egenrapportering», gjennom tilføysen av følgende spørsmål i søknadsskjema for autorisasjon og spesialistgodkjenning: «*Er du siktet, tiltalt eller dømt for brudd på straffelov i Norge eller annet land?*».
- At Helsedirektøren besluttet at det skal foretas en ekstern gjennomgang av området autorisasjon og spesialistgodkjenning.

I Første Rapport fremgår det imidlertid ett konkret tiltak som Helsedirektoratet forklarer, hvis implementert, kunne ha «avdekket forholdene som fremkommer i media». Fra Første Rapport hitsettes:

«Helsedirektoratet har ingen hjemmel (lovlig rett) for å innhente politiattest, verken fra norske eller utenlandske søkere. [...] Dersom Helsedirektoratet hadde hatt hjemmel til å innhente utvidet politiattest fra søker, kunne Helsedirektoratet ha avdekket forholdene som fremkommer i media.»

Helsedirektoratet konkluderer videre:

«Før følgende er på plass, kan Helsedirektoratet ikke være sikre på at smutthullet tettes:

- Behov for å varsle om pågående tilsynssaker der endelig avgjørelse ennå ikke er tatt i landet som varsler
- Hjemmel for å kreve utvidet politiattest
- Et felles europeisk rammeverk for egnethetsvurderinger, når det varsles og hva det skal varsles om. Dersom de europeiske landene ikke benytter seg av samme standard for når et personell avskiltes, vil Helsedirektoratet ikke motta nødvendig informasjon som kan være av betydning for autorisasjonssøknaden i Norge.»

Videre pekes det på:

«Så lenge det ikke innføres felles krav som regulerer når hvert EØS-land skal varsle, hva det skal varsles om og hvordan egnethet vurderes, kan Helsedirektoratet aldri være sikre på at varslingen i IMI omfatter samtlige forhold av betydning for norsk autorisasjon eller spesialistgodkjenning.»

4.3.3 Andre Rapport av 1. desember 2025

Første Rapport ble oversendt Helse- og omsorgsdepartementet den 17. november 2025.

Dagen etter, 18. november 2025, sendte Helse- og omsorgsdepartementet et brev til Helsedirektoratet om oppfølging av arbeidet med autorisasjon og spesialistgodkjenning av helsepersonell. I brevet ble det vist til en konkret sak omtalt i VG, og til etatsstyringsmøtet avholdt den 12. november 2025, hvor Helse- og omsorgsdepartementet varslet behov for en fullstendig redegjørelse fra Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet ble herunder bedt om å klargjøre «hva som har gått galt» i den aktuelle saken, og

«[...] om og på hvilken måte denne og eventuelt andre eller lignende saker har utfordret pasientsikkerheten, hvordan det kunne vært unngått og hva direktoratet vil gjøre for å sikre at ikke samme forhold skjer igjen.»

Vi forstår for ordens skyld at den aktuelle saken som Helsedirektoratet ble bedt om å redegjøre nærmere for, er saken om Lund-legen, se pkt. 4.2 og pkt. 4.2.2.

Helsedirektoratet besvarte Helse- og omsorgsdepartementets brev ved Andre Rapport av 1. desember 2025. I rapporten gir Helsedirektoratet en status på pasientsikkerhetsvurderinger og oppfølging av tiltakene omtalt i Første Rapport. Andre Rapport hadde som formål «å informere departementet om gjennomførte strakstiltak, pågående arbeid og gjenværende risiko.» Det gis også en nærmere redegjørelse for sakene og Helsedirektoratets vurderinger i sakene om Lund-legen (se pkt. 4.2.2) og Uppsala-legen (se pkt. 4.2.3).

I Andre Rapport fremheves fem hovedutfordringer på autorisasjons- og spesialistgodkjenningsfeltet, som er:

- At «Helsedirektoratets muligheter for kontroll som kan avdekke alle forhold som kan påvirke innvilgelse av autorisasjon og spesialistgodkjenning er begrenset, og avhengig av flere andre aktører nasjonalt og internasjonalt.»
- At Helsedirektoratet «ikke [har] hjemmel for innhenting av politiattest/utvidet politiattest. Dersom Helsedirektoratet hadde hatt denne muligheten kunne direktoratet ha fått opplysninger om mulige saker under etterforskning og om straffbare forhold. Krav om politiattest kunne også

virket preventivt ved at søker da kanskje ikke ville sendt søknad om autorisasjon. Da ville søker ikke fått mulighet til å jobbe som helsepersonell.»

- At det ikke varsles om «pågående tilsynssaker i IMI». Det vises til at tilsynsmyndighetene i de respektive EU/EØS-statene «avgjør hva det skal varsles om i IMI. Varselet sendes uansett først når avgjørelse fra tilsynsmyndigheten er tatt og denne avgjørelsen fører til tilbakekalt eller begrenset yrkesrett.» Det fremheves videre at det er «ulik praksis og kultur for varsling og tilbaketrekning av godkjenninger. Dette fører til at det kan være forhold av betydning for vurdering av norsk autorisasjon, det ikke blir varslet om.»
- At det er «ulik kultur og rettsgrunnlag for egnethetsvurderinger innenfor EU/EØS-området. I noen land vil for eksempel det å innlede forhold til en pasient vurderes som et privat anliggende som ikke vil påvirke rett til yrket. I Norge kan slike forhold føre til avslag på søknad om autorisasjon og spesialistgodkjenning.»
- At Norge, gjennom EØS-avtalen, er forpliktet etter yrkeskvalifikasjonsdirektivet og at «[h]ensikten med direktivet er å sikre retten til å etablere seg og tilby sine tjenester innen EU/EØS-området. Dersom en søker har et kvalifikasjonsbevis (diplom/vitnemål) som gir rett til å utøve et yrke i utdanningslandet, foreligger det normalt rett til yrkesutøvelse (autorisasjon) også i Norge. [...] Dersom søkeren har en harmonisert utdanning, foreligger det som hovedregel automatisk rett til godkjenning i Norge.»

Om sakene omtalt i VG, har Helsedirektoratet i Andre Rapport på side 4–7 gitt en nærmere redegjørelse av sakene og Helsedirektoratets saksbehandling i anledning innvilgelse av henholdsvis autorisasjon til Lund-legen og spesialistgodkjenning til Uppsala-legen. I begge saker konkluderer Helsedirektoratet:

«Helsedirektoratet foretar en egnethetsvurdering av søker når søknad om autorisasjon og spesialistgodkjenning tas til vurdering. Helsedirektoratet kan avslå en søknad på samme grunnlag som Helsetilsynet kan frata en godkjenning. Dette fordrer at Helsedirektoratet er kjent med forhold som bør inngå i en slik vurdering. **Direktoratet kjente ikke til slike forhold på tidspunkt for vurdering av de aktuelle legene omtalt i denne rapporten.**» (vår utheving)

Videre gis det en redegjørelse for «om sakene kunne vært unngått» og av hvilke «tiltak» Helsedirektoratet har iverksatt. Av gjennomførte tiltak fremheves:

- At Helsedirektoratet «har fått tilgang til IMIs varslingsmodul» og vil derfor kunne søke opp alle EU/EØS-søkere i denne før vedtak fattes. Dette i tillegg til at Helsedirektoratet «som tidligere også [vil] kreve Certificate of professional status (CCPS) av søkerne».
- Gjennomgang av tidligere saker, i forlengelsen av Helsetilsynets «gjennomgang av alle varsler sendt fra 2019 til dagens dato».
- Opprette søknadsskjema med «egenerklæring om straffbare forhold».
- Utvidet kontroll i saksbehandlingsrutinene.
- Ekstern gjennomgang av autorisasjons- og spesialistgodkjenningsområdet.

5 Organisatoriske rammer: Ansvarsfordelingen mellom Helsedirektoratet og Helsetilsynet

5.1 Innledning

Helsepersonelloven med tilhørende forskrifter hører under Helse- og omsorgsdepartementet. Departementet har det overordnede regelverksansvaret på området. Etter helsepersonelloven § 1 er lovens formål å bidra til «sikkerhet for pasienter og kvalitet i helse- og omsorgstjenesten samt tillit til helsepersonell og helse- og omsorgstjenesten».

Når det gjelder autorisasjoner, lisenser og spesialistgodkjenninger, er det delegert myndighet til både Helsedirektoratet og Helsetilsynet, på ulike områder. Oppsummert har Helsedirektoratet myndighet til å innvilge og nekte autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning, jf. helsepersonelloven § 53, mens Helsetilsynet har myndighet til å kalle tilbake autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning på nærmere angitte vilkår, jf. helsepersonelloven § 57. Skillet mellom etatene er dermed at Helsedirektoratet treffer vedtak i første instans, mens Helsetilsynet treffer vedtak om reaksjoner overfor allerede gitt godkjenning.

Ettersom både Helsedirektoratet og Helsetilsynet er gitt myndighet knyttet til autorisasjoner, lisenser og spesialistgodkjenninger for helsepersonell, er det relevant å redegjøre nærmere for ansvarsfordelingen mellom etatene.

5.2 Innvilgende myndighet – Helsedirektoratet

5.2.1 Om Helsedirektoratets myndighet

Helsedirektoratets myndighet knyttet til autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning for helsepersonell følger av helsepersonelloven § 53:

«Helsedirektoratet eller den det bemyndiger gir autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning mot nærmere fastsatt godtgjørelse. [...]

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

Det er dermed Helsedirektoratet, eller den Helsedirektoratet bemyndiger, som har myndighet til å fatte enkeltvedtak om innvilgelse eller nektelse av autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning for helsepersonell omfattet av helsepersonelloven. Helsedirektoratets kompetanse på området er per i dag ikke delegert til noen andre.

Helsedirektoratets myndighet etter helsepersonelloven innebærer at direktoratet vurderer om vilkårene for autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning i helsepersonelloven §§ 48 til 52, samt tilhørende forskrifter, er oppfylt. Dette omfatter bestemmelsene i EØS-forskriften for søknader fra borgere fra EØS og Sveits. Videre har Helsedirektoratet myndighet til å nekte en søker autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning, jf. helsepersonelloven § 53 (2), jf. § 57, samt bestemmelser i forskrift gitt i medhold av helsepersonelloven, eksempelvis EØS-forskriften § 22. Helsedirektoratet og Helsetilsynet har følgelig et overlapp i sine faglige vurderinger, ved at Helsedirektoratet vurderer om tilbakekallsgrunnene i helsepersonelloven § 57 er oppfylt ved vurderingen av om en søknad skal nektes etter § 53 (2),⁵⁶ mens Helsetilsynet vurderer om de samme vilkårene er oppfylt når tilbakekall skal vurderes.

⁵⁶ Se gjennomgangen av tilbakekallsgrunnene i helsepersonelloven § 57 under pkt. 6.3.

Som det fremgår av helsepersonelloven § 53, knytter Helsedirektoratets myndighetsutøvelse seg til stadiet frem til og med vedtak om å gi eller nekte autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning er truffet. Helsetilsynets myndighet knytter seg derimot til stadiet etter at Helsedirektoratet har fattet sitt vedtak om å gi autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning.

At Helsedirektoratet har vedtaksmyndighet i første instans, innebærer også at direktoratet har ansvaret for saksbehandlingen. Det er presisert i helsepersonelloven § 53 (3) at vedtak etter § 53 (1) og (2), dvs. vedtak om å gi eller nekte autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning, er «enkeltvedtak etter forvaltningsloven». Helsedirektoratets myndighetsutøvelse er dermed underlagt de generelle saksbehandlingsreglene i forvaltningsloven, samt ulovfestede forvaltningsrettslige prinsipper, se nærmere omtale av disse reglene i pkt. 7.2.

Denne utredningen vurderer Helsedirektoratets myndighetsutøvelse og ansvar knyttet til autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning for utenlandsk helsepersonell.

5.2.2 Statistikk om søknader og vedtak

Vi har i anledning utredningen fått fremlagt en presentasjon fra Helsedirektoratet, «Autorisasjon og lisens – Helsepersonell 2025 – Yrkesgrupper, utdanningsland og trender 2016-2025» datert 24. februar 2026. I presentasjonen fremgår herunder nærmere statistikk over mottatte, innvilgede og avslåtte søknader om autorisasjon og lisens. I det følgende vil vi gjengi enkelt nøkkelstatistikk som et bakteppe for omfanget av Helsedirektoratets saksbehandling mv. Så fremt ikke annet fremgår, vil alle data i det følgende være hentet fra den omtalte presentasjonen.

Helsedirektoratet mottok i 2025 totalt 25 679 søknader om autorisasjon og lisens på tvers av alle helsepersonellgrupper, godkjenningstyper og utdanningsland:⁵⁷

Alle søknader / saker (region)	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Norge	6234	4678	3574	3372	2566	2084	2558	3456	2792	1833
Norge - Automatisk saksbehandling	7883	10447	10977	11125	15040	16207	14206	12833	12927	13733
Norden	2194	2125	2050	2139	1913	2108	3419	2702	2761	2384
EU/EØS	3092	2720	2322	2075	2355	2319	2699	2583	2622	2440
Utenfor	5184	2119	1556	1829	1874	2276	3386	3175	3056	3463
Saker opprettet manuelt for lisens	22	18	131	570	549	588	738	705	356	507
Ukjent nasjon	21	17	4	3	4	3	3	3	6	5
Ikke registrert utdanningsland	2581	1635	1718	1080	638	640	778	868	939	1314
Totalt pr. år	27211	23759	22332	22193	24939	26225	27787	26325	25459	25679

Søkere med utdanning fra Norge utgjør den største søkergruppen med totalt 15 566 søkere. Videre utgjør søkere med utdanning fra EU/EØS, inkludert Norden (2 384 søkere fra Norden), totalt 4 824 søkere. Søkere med utdanning fra utenfor Norge og EU/EØS utgjorde totalt 3 463 søkere.

⁵⁷ Informasjonen i tabellen er hentet fra Helsedirektoratets presentasjon: «Autorisasjon og lisens – Helsepersonell 2025 – Yrkesgrupper, utdanningsland og trender 2016-2025» datert 24. februar 2026.

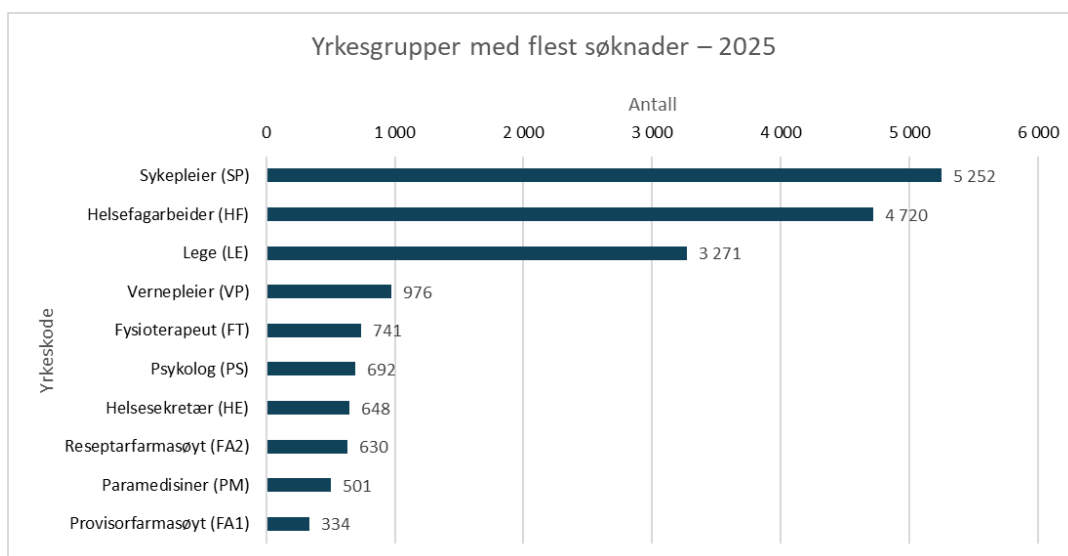
Av 25 679 søkere i 2025, innvilget Helsedirektoratet totalt 20 279 søknader, på tvers av alle helsepersonellgrupper, godkjenningstyper og utdanningsland:⁵⁸

Yrkeskode	Norge		Norden		EU/EØS		Andre		Ukjent		Totalsum	
	2024	2025	2024	2025	2024	2025	2024	2025	2024	2025	2024	2025
Ambulansearbeider (AA)	249	226	3	5	3	1	2	0	0	0	257	232
Apotektekniker (AT)	267	247	1	0	9	4	1	5	0	0	278	256
Audiograf (AU)	30	15	1	6	0	0	0	2	0	0	31	23
Bioingeniør (BI)	260	276	28	26	4	2	4	9	0	0	296	313
Ergoterapeut (ET)	228	259	8	4	2	2	6	0	0	0	244	265
Provisorfarmasøyt (FA1)	201	261	12	11	39	44	21	18	0	0	273	334
Reseptarfarmasøyt (FA2)	73	99	6	7	1	0	371	524	0	0	451	630
Fotterapeut (FO)	63	81	1	1	2	0	0	0	0	0	66	82
Fysioterapeut (FT)	590	591	35	28	93	93	28	29	0	0	746	741
Helsesekretær (HE)	658	645	0	0	3	3	0	0	0	0	661	648
Helsefagarbeider (HF)	4346	4256	400	415	33	26	34	23	0	0	4813	4720
Hjelpepleier (HP)	3	6	1	0	0	0	0	0	1	1	4	7
Jordmor (JO)	171	146	73	56	17	8	1	1	0	0	262	211
Klinisk ernæringsfysiolog (KE)	40	59	0	0	5	2	1	2	0	0	46	63
Kiropraktor (KI)	0	0	1	5	0	0	60	47	0	0	61	52
Lege (LE)	1407	1469	622	374	1231	1064	421	364	0	0	3681	3271
Manuellterapeut (MT)	14	24	0	0	1	0	8	13	0	0	23	37
Naprapat (NP)	0	0	35	9	0	0	0	0	0	0	35	9
Omsorgsarbeider (OA)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ortopediingeniør (OI)	5	10	9	15	4	6	2	1	0	0	20	32
Optiker (OP)	51	65	7	6	6	9	8	15	0	0	72	95
Ortoptist (OR)	0	0	0	3	1	2	0	1	0	0	1	6
Osteopat (OS)	50	37	2	0	6	1	8	3	0	0	66	41
Paramedisiner (PM)	856	497	1	2	1	0	1	2	0	0	859	501
Perfusjonist (PE)	0	0	7	0	0	0	0	0	0	0	7	0
Psykolog (PS)	265	361	300	224	110	104	18	3	0	0	693	692
Radiograf (RA)	133	133	5	7	2	3	4	1	0	0	144	144
Sykepleier (SP)	3887	3978	1004	633	525	500	144	140	1	1	5560	5252
Tannhelsesekretær (TH)	274	250	3	1	1	5	1	0	0	0	279	256
Tannlege (TL)	144	158	36	28	109	72	48	29	4	4	337	291
Tannpleier (TP)	72	89	2	3	2	2	0	0	0	0	76	94
Tanntekniker (TT)	10	1	2	0	3	4	0	0	0	0	15	5
Vernepleier (VP)	858	975	0	0	1	1	0	0	0	0	859	976
Totalsum	15205	15214	2605	1869	2214	1958	1192	1232	6	6	21216	20279

Oversikten at antall innvilgede søknader gikk ned fra 21 216 i 2024 til 20 279 i 2025, en reduksjon på om lag 4,4 %. Søkere med utdanning fra Norge utgjør den klart største gruppen og var tilnærmet uendret fra 15 205 til 15 214. Nedgangen i totalen skyldes særlig lavere antall fra Norden, som falt fra 2 605 til 1 869, og fra EU/EØS, som falt fra 2 214 til 1 958.

⁵⁸ Informasjonen i tabellen er hentet fra Helsedirektoratets presentasjon: «Autorisasjon og lisens – Helsepersonell 2025 – Yrkesgrupper, utdanningsland og trender 2016-2025» datert 24. februar 2026.

Av de ulike helsepersonellgruppene er sykepleiere, helsefagarbeidere og leger de yrkesgruppene som Helsedirektoratet i 2025 mottok flest søknader fra:



Ved å holde statistikken i de to tabellene opp mot hverandre, ser vi videre at innvilgelsesgraden for 2025 var som følger:

Statistikk for 2025			
Søkere med utdanning fra	Søknader	Innvilget	Innvilgelsesgrad
Norge	15 566	15214	97,74 %
Norden	2384	1869	78,40 %
EU/EØS	2440	1958	80,25 %
Andre land (tredjeland)	3463	1232	35,58 %
Totalt	25679	20279	78,97 %

Totalt ble det i 2025 gitt 2 056 avslag på søknader. Av disse var 1 399 rene avslag, 295 var avslag med krav om praksisløp og 352 var avslag på autorisasjon, men innvilgelse av lisens:



Figur 1: Skjerm bilde fra presentasjonen «Autorisasjon og lisens – Helsepersonell 2025 – Yrkesgrupper, utdanningsland og trender 2016-2025» datert 24. februar 2026.

5.3 Tilsynsmyndighetene – Helsetilsynet og statsforvalteren

5.3.1 Helsetilsynet og statsforvalteren

Tilsynet med helse- og omsorgstjenester i Norge er regulert i helsetilsynsloven. Det følger av helsetilsynsloven § 3 (1) at «[t]ilsynsmyndighetene består av Statens helsetilsyn som overordnet organ, og statsforvalteren som regionalt organ». Tilsynsmyndigheten for helse- og omsorgstjenester er følgelig todelt.

Tilsynsmyndighetenes oppgaver er definert i helsetilsynsloven § 4. Helsetilsynet «har det overordnede faglige tilsyn med helse- og omsorgstjenesten i landet og skal utøve myndighet i samsvar med det som er bestemt i lover og forskrifter». Statsforvalteren skal «føre tilsyn med helse- og omsorgstjenesten og med alt helsepersonell og annet personell i fylket som yter helse- og omsorgstjenester», samt føre tilsyn med om tjenestene er i samsvar med lov og forskrifter, herunder kommunale helse- og omsorgstjenester.

Når det gjelder tilsynsmyndighetens oppgaver knyttet til autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning, er det Helsetilsynet som er relevant. Helsetilsynets myndighet knyttet til autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning for helsepersonell knytter seg til stadiet etter at Helsedirektoratet har fattet vedtak om å innvilge søknaden. Det følger av helsepersonelloven § 57:

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

Autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning kan kalles tilbake for alltid dersom

- a. vilkårene for tilbakekall etter første ledd er oppfylt, og
- b. innehaveren for fremtiden kan utgjøre en alvorlig fare for pasientsikkerheten eller alvorlig svekke tilliten til helsepersonell eller helse- og omsorgstjenesten.

Autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning kan kalles tilbake dersom innehaveren til tross for faglig pålegg etter § 56 unnlater å innrette seg etter lovbestemte krav, eller ved brudd på vilkårene for en begrenset autorisasjon etter § 59.

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

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

Tilbakekall er enkeltvedtak etter forvaltningsloven». (vår utheving)

Bestemmelsen gir Helsetilsynet hjemmel til å reagere mot allerede gitt autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning når lovens vilkår er oppfylt.

Helsepersonelloven kapittel 11 oppstiller ytterligere myndigheter for Helsetilsynet knyttet til autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning, herunder adgangen til å ilegge forbud mot å yte helsehjelp, jf. helsepersonelloven § 57 a, til å gi suspensjon, jf. helsepersonelloven §§ 58 og 58 a, og til å begrense autorisasjoner til å gjelde utøvelsen av bestemt virksomhet under bestemte vilkår, jf. helsepersonelloven § 59.

Mens Helsedirektoratet etter helsepersonelloven er gitt myndighet til å fatte vedtak om å gi og nekte å gi autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning, er Helsetilsynet gitt myndighet til å fatte vedtak om å kalle tilbake, ilegge forbud, suspendere og begrense en allerede gitt autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning. Det er presisert i helsepersonelloven § 57 (6), § 57 a (4), § 58 (4), § 58 a (2) og § 59 (4) at også Helsetilsynets vedtak utgjør «enkeltvedtak etter forvaltningsloven». Helsetilsynets myndighetsutøvelse er dermed underlagt de generelle saksbehandlingsreglene i forvaltningsloven.

Det følger, som nevnt over, av helsepersonelloven § 53 (2) at Helsedirektoratet kan «nekte en søker autorisasjon, lisens, spesialistgodkjenning eller rett til å utøve yrke som helsepersonell midlertidig i Norge uten norsk autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning» dersom «det foreligger omstendigheter som ville gitt grunnlag for tilbakekall etter § 57». Bestemmelsen innebærer at Helsedirektoratet, når det skal vurderes om autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning skal nektes etter helsepersonelloven § 53 (2), må ta stilling til om det foreligger forhold som ville gitt grunnlag for tilbakekall etter helsepersonelloven § 57.

5.3.2 Statistikk om tilbakekall av autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning

Helsetilsynet har på sine nettsider, «Tilsyn med virksomheter og helsepersonell – administrative reaksjoner i 2025» fra 10. februar 2026, publisert statistikk knyttet til sin tilsynsvirksomhet overfor virksomheter og helsepersonell, herunder for administrative reaksjoner, i 2025.⁵⁹ Innledningsvis skriver Helsetilsynet:

«I 2025 fikk Helsetilsynet 390 nye tilsynssaker til behandling. Vi behandlet ferdig 319 saker. Av de 319 sakene var 155 oversendt fra statsforvalterne, 114 fra andre lands tilsynsmyndigheter og 50 startet hos Helsetilsynet. Median saksbehandlingstid for avsluttede tilsynssaker i 2025 var 3,7 måneder, som er bedre enn i 2024 (5,1)»

Videre fremgår at Helsetilsynet i løpet av 2025 ila totalt 220 reaksjoner til helsepersonell i Norge:

Typer reaksjoner fra Statens helsetilsyn til helsepersonell i 2025 fordelt på helsepersonellkategorier (tabell og figur)								
Yrkesgruppe	Faglig pålegg	Begrenset autorisasjon eller lisens	Tilbakekall av autorisasjon eller lisens	Tilbakekall av spesialistgodkjenning	Tilbakekall av rekvireringsrett helt eller delvis	Suspensjon - brudd på opplysningsplikt	Forbud mot å yte helsehjelp	Sum
Leger	3	16	58	1	7	1		86
Tannleger			2					2
Psykologer		1	2				1	4
Sykepleiere		9	61					70
Fysioterapeuter	1		2					3
Vernepleiere		2	9					11
Hjelpepleiere / omsorgsarbeidere / helsefagarbeidere	2	2	25					29
Annet autorisert helsepersonell		3	12					15
Sum	6	33	171	1	7	1	1	220

Figur 2: Skjerm bilde fra Helsetilsynets nettside, «Tilsyn med virksomheter og helsepersonell – administrative reaksjoner i 2025» fra 10. februar 2026: «Tabell 2 Typer reaksjoner fra Statens helsetilsyn til helsepersonell i 2025 fordelt på helsepersonellkategorier».

⁵⁹ Se Helsetilsynets nettside, «Tilsyn med virksomheter og helsepersonell – administrative reaksjoner i 2025» fra 10. februar 2026: [Lenke](#) (hentet 12. april 2026).

Særlig relevant for vurderingene i denne utredningen er statistikken for tilbakekall av autorisasjon eller lisens, jf. helsepersonelloven § 57, og tilbakekall av spesialistgodkjenning. Statistikken viser at i 2025 ble det truffet totalt 171 tilbakekallsvedtak av autorisasjon eller lisens på tvers av de forskjellige helsepersonellgruppene, mens det ble fattet ett (1) vedtak om tilbakekall av spesialistgodkjenning.

Videre har Helsetilsynet ført statistikk over årsakene til tilbakekall av autorisasjoner og lisenser for 2025:

Årsak til tilbakekall av autorisasjon/lisens for 2025 - fordelt på helsepersonellkategorier (tabell og figur)						
Årsaker for tilbakekall av autorisasjon/lisens	Leger	Sykepleiere	Hjelpepleiere, omsorgsarbeidere og helsefagarbeidere	Andre	Sum	
Helsefaglig svikt i yrkesutøvelsen	10	14		7	5	36
Brudd på vilkår for begrenset autorisasjon	1	3				4
Rusmiddelbruk	11	29		10	11	61
Legemiddeltyveri	1	16		3	3	23
Seksuell relasjon med eller seksuelle overgrep av pasient/bruker	4	3		3	6	16
Privatisering av relasjon med pasient/bruker	1			1	1	3
Annen atferd i yrkesutøvelsen	8	4		11	5	28
Annen atferd utenfor yrkesutøvelsen	2	9		4	9	24
Sykdom	5	1		1		7
Mistet godkjenning i utlandet	35	17		1	4	57
Sum årsaker ¹	78	96		41	44	259
Antall tilbakekalte autorisasjoner	58	61		25	27	171

Figur 3: Skjerm bilde fra Helsetilsynets nettside, «Tilsyn med virksomheter og helsepersonell – administrative reaksjoner i 2025» fra 10. februar 2026: «Tabell 3 – Årsak til tilbakekall av autorisasjon/lisens for 2025 - fordelt på helsepersonellkategorier.»

6 Rettslige rammer

6.1 Innledning og om «helsepersonell» etter helsepersonelloven

Med «helsepersonell» etter helsepersonelloven menes for det første «personell med autorisasjon etter helsepersonelloven § 48 a eller lisens etter § 49», jf. helsepersonelloven § 3 (1) nr. 1.

Helsepersonelloven § 48 angir hvilke grupper av helsepersonell som omfattes av lovens autorisasjonsordning. Ordningen omfatter i dag 33 grupper, herunder leger (nr. 14), sykepleiere (nr. 28), jordmødre (nr. 11), tannleger (nr. 30), farmasøyter (nr. 24 og 27), helsefagarbeidere (nr. 8) og psykologer (nr. 25).

Vilkårene for autorisasjon følger av helsepersonelloven § 48 a. Helsepersonell som ikke har rett til autorisasjon etter denne bestemmelsen, kan i stedet gis lisens dersom vilkårene for dette er oppfylt.⁶⁰

Autorisasjon etter helsepersonelloven § 48 a gir helsepersonellet «rett til å benytte slik yrkesbetegnelse som kjennetegner vedkommende gruppe helsepersonell», dvs. rett til å bruke den beskyttede tittelen som er knyttet til vedkommende gruppe, jf. helsepersonelloven § 74 (1). Det er forbudt for andre både å bruke en beskyttet tittel og en tittel som gir inntrykk av at vedkommende har autorisasjon. Slik urettmessig bruk kan medføre «bøter eller fengsel i inntil tre måneder», jf. helsepersonelloven § 67.

Hovedformålet med autorisasjonsordningen er beskrevet i lovens forarbeider:

«Hovedformålet med autorisasjonsordningen er å ivareta pasienters sikkerhet, samt kvalitet og tillit til helse- og omsorgstjenesten og helsepersonell. Autorisasjon skal bidra til at helsepersonell med en bestemt tittel har nødvendige kvalifikasjoner når de utøver yrket. Søkerens samlede kvalifikasjoner, det vil si innhold, omfang og nivå i grunn- og videreutdanning, kurs og praktisk erfaring, må vurderes konkret. Søker som oppfyller vilkårene gitt i lov eller forskrift har rett til autorisasjon.»⁶¹

Autorisasjonsordningen må leses i sammenheng med helsepersonellovens formål i § 1, hvor det fremgår at lovens formål er å «bidra til sikkerhet for pasienter og kvalitet i helse- og omsorgstjenesten samt tillit til helsepersonell og helse- og omsorgstjenesten». Autorisasjonsordningen må også ses i sammenheng med det generelle kravet til forsvarlighet i helsepersonelloven § 4:

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

Helsepersonell skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, og skal innhente bistand eller henvise pasienter videre der dette er nødvendig og mulig. Dersom pasientens behov tilsier det, skal yrkesutøvelsen skje ved samarbeid og samhandling med annet kvalifisert personell [...]».

I tillegg til personell med autorisasjon eller lisens regnes også «personell i helse- og omsorgstjenesten eller i apotek som utfører» helsehjelp og «elever og studenter som i forbindelse med helsefaglig opplæring utfører» helsehjelp som «helsepersonell» etter helsepersonelloven, jf. helsepersonelloven § 3 (1) nr. 2 og nr. 3.

I det følgende vil vi gjennomgå de mest sentrale rettslige rammene for autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning.

⁶⁰ Se nærmere omtale av vilkårene for «lisens» under pkt. 6.2.3.

⁶¹ Se Prop.99 L (2014-2015) på side 8.

6.2 Reglene om autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning i helsepersonelloven

6.2.1 Innledning

Helsepersonell som skal jobbe i Norge, må ha norsk autorisasjon. For å få norsk autorisasjon må søkeren oppfylle vilkårene i helsepersonelloven § 48 a.

Helsepersonell fra andre land, herunder EU-/EØS-stater, må ha norsk autorisasjon for å arbeide som helsepersonell i Norge, selv om vedkommende allerede har autorisasjon fra sitt hjemland eller vertsland.

Dersom helsepersonellet ikke har rett til autorisasjon etter helsepersonelloven § 48 a, kan vedkommende i stedet gis lisens til å yte helsehjelp etter helsepersonelloven § 49. Regler om spesialistutdanning og etterutdanning for spesialister følger av helsepersonelloven § 51 med tilhørende forskrifter.⁶²

Det følger av helsepersonelloven § 52 at autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning kan gis til norske eller utenlandske statsborgere «på grunnlag av folkerettslige regler som Norge er forpliktet av». De mest sentrale folkerettslige forpliktelsene på området følger særlig av yrkeskvalifikasjonsdirektivet (direktiv 2005/36/EF),⁶³ og EFTA-konvensjonen artikkel 22, jf. vedlegg K appendix 3, som omfatter Sveits, samt Overenskomst om felles nordisk arbeidsmarked for visse yrkesgrupper innen helsevesenet og for veterinærer inngått mellom Danmark, Finland, Island, Norge og Sverige, inngått 14. juni 1993 med etterfølgende endringsavtaler inngått i 1998 og 2018 («**Arjeplogavtalen**»), som omfatter Færøyene og Grønland.⁶⁴

Yrkeskvalifikasjonsdirektivet, EFTA-konvensjonen og Arjeplogavtalen er på området for krav til autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning for helsepersonell, gjennomført i norsk rett i EØS-forskriften. EØS-forskriften oppstiller særlige regler om autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning for EØS-borgere og borgere fra Sveits, samt visse regler for enkelte søkere fra Storbritannia og Færøyene og Grønland. For søkere fra utenfor EØS og Sveits må søknadene vurderes etter de generelle reglene i helsepersonelloven, med ytterligere krav fastsatt i forskrift om tilleggskrav for autorisasjon for helsepersonell (FOR-2016-12-19-1732) («**Tilleggskravforskriften**»).

Selv om det for enkelte grupper av helsepersonell gjelder særregler i forskrift, utgjør de generelle reglene i helsepersonelloven de ytre rettslige rammene for utenlandsk helsepersonells søknader om autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning.

6.2.2 Vilkårene for autorisasjon i helsepersonelloven § 48 a

6.2.2.1 Utgangspunkter

Vilkårene for rett til autorisasjon følger av helsepersonelloven § 48 a. For søknader om autorisasjon fra utenlandsk helsepersonell, er særlig § 48 a (1) bokstav b til d og § 48 a (2) relevante:

«Rett til autorisasjon etter søknad har den som
[...]

⁶²Særlig forskrift om spesialistgodkjenning av helsepersonell og turnusstillinger (FOR-2000-12-21-1384), forskrift om spesialistutdanning og spesialistgodkjenning for leger og tannleger (FOR-2016-12-08-1482) (spesialistforskriften) og forskrift om spesialistgodkjenning for sykepleiere (FOR-2019-11-19-2206).

⁶³ Europaparlaments- og rådsdirektiv 2005/36/EF av 7. september 2005 om godkjenning av faglige kvalifikasjoner («**Yrkeskvalifikasjonsdirektivet**»), inntatt i EØS-avtalen vedlegg VII.

⁶⁴ Overenskomst om felles nordisk arbeidsmarked for visse yrkesgrupper innen helsevesenet og for veterinærer inngått 14. juni 1993 (14-06-1993 nr 1 Multilateral). Endret ved Avtale mellom Danmark, Finland, Island, Norge og Sverige om endring i Overenskomst om felles nordisk arbeidsmarked for visse yrkesgrupper innen helsevesenet og for veterinærer inngått 11. november 1998 (11-11-1998 nr 1 Multilateral), og Avtale mellom Danmark, Finland, Island, Norge og Sverige om endring av Overenskomst med senere endringer om felles nordisk arbeidsmarked for visse personellgrupper innenfor helsevesenet og veterinærvesenet inngått 11. desember 2018 (11-12-2018 nr 31 Multilateral). Endringsavtalen fra 2018 kan finnes her: [Lenke](#) (lastet ned 3. mai 2026). Samlet omtalt som «**Arjeplogavtalen**».

- b. har bestått utenlandsk eksamen som er anerkjent etter avtale om gjensidig godkjenning etter § 52,
- c. har gjennomført utdanning og bestått utenlandsk eksamen som anerkjennes som jevn god med tilsvarende norsk utdanning og eksamen, eller
- d. har godtgjort å ha den nødvendige kyndighet ved bestått eksamen i helsefaglig utdanning, og tilleggsutdanning eller yrkeserfaring.

Søkeren må i tillegg

- a. være under 80 år,
- b. **ikke være uegnet for yrket**, og
- c. ha gjennomført praktisk tjeneste eller oppfylle tilleggskrav dersom dette er fastsatt i forskrift etter tredje ledd.

Departementet kan i forskrift fastsette krav om praktisk tjeneste og tilleggskrav for autorisasjon for den enkelte helsepersonellgruppe og gjennomføring av slike krav. Departementet kan også bestemme at kravene skal gjelde for dem som allerede har autorisasjon eller offentlig godkjenning når forskriften trer i kraft». (våre uthevinger)

I helsepersonellovens forarbeider, er utdanningskravet i § 48 a (1) beskrevet som «[h]ovedvilkåret for autorisasjon».⁶⁵ Den som oppfyller vilkårene i bestemmelsen, herunder eventuelle krav fastsatt i forskrift etter bestemmelsens tredje ledd, «[r]ett til autorisasjon». Ettersom § 48 a er en rettighetsbestemmelse, har ikke Helsedirektoratet mulighet til å nekte å gi autorisasjon dersom vilkårene i bestemmelsen er oppfylt, med mindre vilkårene i helsepersonelloven § 53 (2), jf. § 57, er oppfylt.

Vilkårene i helsepersonelloven § 48 a (1) knytter seg til søkerens faktiske utdanning. For vurderingen av utdanningskravene er det derfor uten betydning om søkeren tidligere har mistet sin autorisasjon i et annet land eller har begått handlinger som kunne ha medført at autorisasjonen ville blitt kalt tilbake. Slike forhold må i stedet vurderes etter § 48 a (2) bokstav b. Sett hen til Mandatet er det vilkåret i helsepersonelloven § 48 a (2) bokstav b – at søkeren «ikke [må] være uegnet for yrket» – som er relevant for denne utredningen.

6.2.2.2 Vilkåret i helsepersonelloven § 48 a (2) bokstav b: Søkeren må «ikke være uegnet for yrket»

For rett til autorisasjon kan søkeren «ikke være uegnet for yrket», jf. helsepersonelloven § 48 a (2) bokstav b. Vurderer Helsedirektoratet en søker som «uegnet for yrket», plikter direktoratet å avslå søknaden.

Om vilkåret følger det av helsepersonellovens forarbeider:

«Autorisasjon gis heller ikke til en søker som vurderes som uegnet for yrket. **Søker er uegnet om det foreligger forhold som ville medført tilbakekall av autorisasjon. Dette vurderes av SAK dersom SAK har fått opplysninger om forhold som kan indikere at søker er uegnet**» (vår utheving)⁶⁶

Likelydende fremgår også på side 17:

«[...] Etter bestemmelsen kan SAK imidlertid nekte en søker autorisasjon, dersom det foreligger informasjon som tilsier at søkeren er *uegnet*. **Søker anses uegnet om det foreligger forhold som ville medført tilbakekall av autorisasjon.**» (vår utheving)

⁶⁵ Se Prop.99 L (2014-2015) på side 8.

⁶⁶ Se Prop.99 L (2014-2015) på side 9. «SAK» er en henvisning til Statens autorisasjonskontor for helsepersonell. SAK ble innlemmet i Helsedirektoratet ved Revidert nasjonalbudsjett 2015, se Innst. 360 S (2014-2015) på side 132.

Forarbeidene understreker videre at «kravet om *ikke uegnethet* gjelder alle som søker autorisasjon», jf. Prop.99 L (2014-2015) på side 17, og presiserer dermed at uegnethetskravet også gjelder for søknader fra helsepersonell fra utenfor Norge.

Som nevnt over, følger det av helsepersonelloven § 53 (2) at Helsedirektoratet kan «nekte en søker autorisasjon» dersom det foreligger omstendigheter «som ville gitt grunnlag for tilbakekall etter § 57». Lovens forarbeider anviser samtidig at vilkåret i helsepersonelloven § 48 a (2) bokstav b innebærer en vurdering av om det foreligger «forhold som ville medført tilbakekall av autorisasjon».⁶⁷ Vurderingene er dermed sammenfallende for så vidt gjelder autorisasjon.

En vurdering av om søkeren er uegnet for yrket forutsetter imidlertid at Helsedirektoratet har tilstrekkelig informasjon og dokumentasjon om forhold som er relevante for vurderingen. Det fremgår av lovens forarbeider at enkelte høringsinstanser bemerket at en vurdering av hvorvidt en søker er *egnet* til yrket som regel vil fordre at søkeren «må vurderes over tid». Fra forarbeidene hitsettes:

«[...] Enkelte høringsinstanser har imidlertid påpekt at SAK må foreta en vurdering av *egnet* ved behandlingen av autorisasjon. **En vurdering av hvorvidt en søker er *egnet* for et yrke vil som regel innebære at søkeren må vurderes over tid. SAK vil dermed ikke kunne foreta en slik vurdering basert på innsendt dokumentasjon.** Etter bestemmelsen kan SAK imidlertid nekte en søker autorisasjon, dersom det foreligger informasjon som tilsier at søkeren er *uegnet*. Søker anses *uegnet* om det foreligger forhold som ville medført tilbakekall av autorisasjon.»⁶⁸ (vår utheving)

Det er Helsedirektoratet som må vurdere om en søker er uegnet til yrket ved behandlingen av autorisasjonssøknaden, jf. også helsepersonelloven § 53. Helsedirektoratet har i rundskriv,⁶⁹ i forlengelsen av ovennevnte, lagt til grunn at:

«Helsedirektoratet er i følge lovens forarbeider (Prop.99 L (2014–2015) s. 17) ikke ment å skulle gjennomføre egnethetsvurdering ved behandlingen av søknad om autorisasjon eller lisens, **med mindre det fremkommer opplysninger om mulig uegnethet.**»⁷⁰ (vår utheving)

Sett hen til ansvarsfordelingen mellom Helsedirektoratet og Helsetilsynet er det Helsedirektoratet som behandler autorisasjonssøknaden og fatter vedtak om autorisasjon skal gis eller nektes, jf. helsepersonelloven § 53 (1) og (2), mens Helsetilsynet vurderer og fatter vedtak om en allerede gitt autorisasjon skal tilbakekalles, suspenderes eller begrenses, samt om det skal ilegges forbud mot å yte helsehjelp, jf. helsepersonelloven §§ 56–59.⁷¹ Helsedirektoratets vurderinger knytter seg følgelig til forhold oppstått *forut* for vedtak om autorisasjon. Helsetilsynet vurderer på sin side forhold som har oppstått eller blitt kjent etter at vedtak om autorisasjon er fattet av Helsedirektoratet. Den samme ansvarsfordelingen gjelder for lisens og spesialistgodkjenning.

6.2.2.3 Vurdering av skikkethet av helsepersonell under norsk utdanning

Personer som utdanner seg til å bli helsepersonell ved et norsk universitet eller høyskole, gjennomgår en skikkethetsvurdering etter universitets- og høyskoleloven, dvs. en vurdering av om studenten er skikket for yrket. Det følger av universitets- og høyskoleloven § 12-3 (1) til (4):

«Departementet kan fastsette at universiteter og høyskoler på enkelte studier skal gjøre en **vurdering av om den enkelte student er skikket for yrket.**

⁶⁷ Se Prop.99 L (2014-2015) på side 9 og 17.

⁶⁸ Se Prop.99 L (2014-2015) på side 17.

⁶⁹ Se Rundskriv fra Helsedirektoratet, Helsepersonelloven med kommentarer (IS-2012-8) (sist endret 13. februar 2026).

⁷⁰ Se Rundskriv fra Helsedirektoratet, Helsepersonelloven med kommentarer (IS-2012-8) (sist endret 13. februar 2026), kapittel 9-48.

⁷¹ Se gjennomgangen av skillet mellom Helsedirektoratet og Helsetilsynets myndighet under pkt. 5.

Institusjonene skal gjennom hele studiet gjøre en løpende skikkethetsvurdering av alle studenter dersom det er fastsatt krav om skikkethetsvurdering på det aktuelle studiet. For å få vitnemål må studenten være vurdert som skikket for yrket.

Dersom det er begrunnet tvil om en student er skikket, skal institusjonen igangsette sak om særskilt skikkethetsvurdering. **En student som utgjør en mulig fare for dem som studenten kommer i kontakt med under praksis og i framtidig yrkesutøvelse, er ikke skikket for yrket.**

En student som ikke er skikket for yrket, kan utestenges fra studiet i inntil fem år. En student skal ikke utestenges for en lengre periode enn det som er nødvendig ut fra årsaken til at studenten er vurdert som uskikket». (våre uthevninger)

En betydelig del av utdanningene til de helsepersonellgruppene som er listet opp i helsepersonelloven § 48, er underlagt skikkethetsvurdering. Dette omfatter blant annet medisinutdanning, sykepleierutdanning, farmasøytutdanninger og tannlegeutdanning, jf. universitets- og høyskoleforskriften § 7-1. For studiene som er omfattet av opplistingen i forskriften skal det aktuelle universitetet eller høyskolen gjøre en skikkethetsvurdering gjennom hele studieløpet. Formålet med skikkethetsvurderingen er å «avgjøre om en student utgjør en mulig fare for liv, fysisk og psykisk helse eller sikkerhet til de pasienter [...] eller andre studenten vil komme i kontakt med under praksis eller under framtidig yrkesutøvelse, jf. universitets- og høyskoleforskriften § 7-2.

Det overordnede vurderingstemaet etter universitets- og høyskoleloven § 12-3 (3) er hvorvidt studenten «utgjør en mulig fare for dem som studenten kommer i kontakt med under praksis og i framtidig yrkesutøvelse». Dersom dette er tilfellet, er ikke studenten skikket for yrket og kan utestenges fra studiet i inntil fem år. Vurderingskriteriene er videre konkretisert i universitets- og høyskoleforskriften § 7-3. Det kan her særlig vises til følgende bokstavledd i bestemmelsen:

- a. «studenten viser manglende vilje eller evne til omsorg, forståelse, innlevelse og respekt for dem studenten vil komme i kontakt med under praksis eller under framtidig yrkesutøvelse»
- c. «studenten misbruker rusmidler eller tilegner seg medikamenter på ulovlig vis»,
- e. «studenten viser truende eller krenkende adferd i studiesituasjonen eller overfor dem studenten vil komme i kontakt med under praksis eller under framtidig yrkesutøvelse»,
- g. «studenten viser uaktsomhet og uansvarlighet som kan medføre risiko for skade på dem studenten vil komme i kontakt med under praksis eller under framtidig yrkesutøvelse»,
- i. «studenten er ikke i stand til å utføre de yrkesmessige vurderingene og handlingene som praksis eller framtidig yrkesutøvelse krever».

Holder man kriteriene for skikkethetsvurderingen etter universitets- og høyskoleloven § 12-3 opp mot tilbakekallsgrunnene i helsepersonelloven § 57 (1),⁷² ser man at skikkethetsvurderingen tar opp i seg forhold som ofte er relevante for tilbakekall.

Skikkethetsvurderingen etter universitets- og høyskoleloven § 12-3 og universitets- og høyskoleforskriften kapittel 7, viser at helsepersonell utdannet ved et norsk universitet eller høyskole allerede gjennom studieløpet har gjennomgått en form for egnethetsvurdering. For helsepersonell utdannet i Norge foreligger det dermed en sikkerhetsventil som ikke kommer til anvendelse for helsepersonell utdannet i utlandet. Dette gjenspeiles også i søknadsprosedyrene for søkere med norsk utdanning, se nærmere om dette under pkt. 9.2.1.

⁷² Se gjennomgangen av tilbakekallsgrunnene i helsepersonelloven § 57 under pkt. 6.3.

6.2.3 Vilkårene for lisens i helsepersonelloven § 49

I tilfeller der helsepersonell ikke har rett til autorisasjon etter helsepersonelloven § 48 a, kan vedkommende likevel gis lisens etter søknad etter helsepersonelloven § 49. Det følger av bestemmelsen:

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

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

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

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

I helsepersonellovens forarbeider omtales lisens som «en begrenset autorisasjon»,⁷³ som kan være begrenset i tid, til en bestemt stilling, til visse typer helsehjelp eller på annen måte, jf. helsepersonelloven § 49 (3). Et hovedvilkår for lisens, er at helsepersonellet er «skikket» til å yte den helsehjelpen som lisensen gjelder. Det følger av Helsedirektoratets kommentarer til helsepersonelloven kapittel 9-49 at «[a]ldgangen til å gi lisens gjelder for alle yrkesgrupper som er opplistet i § 48»,⁷⁴ som er de yrkesgruppene som er omfattet av helsepersonellovens autorisasjonsordning.⁷⁵

Om kravet til skikkethet i helsepersonelloven § 49 (1), følger det av Helsedirektoratets kommentarer til helsepersonelloven kapittel 9-49, at det med skikkethet siktes «både til faglige kvalifikasjoner og til personlige egenskaper, psykisk og fysisk helse o.l.».⁷⁶

For utenlandsk helsepersonell følger det av Helsedirektoratets rundskriv med kommentarer til helsepersonelloven § 49 at lisensordningen vil være aktuell «for personer med utdanning fra utlandet, og som etter en jevn godhetsvurdering viser seg kun å ha mindre mangler (se Helsepersonellnemndas avgjørelse i sak HPN-2015-268 fra Statens helsepersonellnemnd) i utdanningen sammenlignet med tilsvarende norsk utdanning. Dette tilsier at slik lisens bare skal gis for den periode som normalt trengs for å reparere manglene i utdanningen, særlig i praksis».⁷⁷

Etter helsepersonelloven § 49 (2) kan lisens også gis til «helsepersonell med utenlandsk eksamen som er anerkjent etter avtale om gjensidig godkjenning etter § 52».

6.2.4 Vilkårene for spesialistgodkjenning for leger, sykepleiere og tannleger

Det følger av helsepersonelloven § 51 om spesialistutdanning og etterutdanning for spesialister:

«Departementet kan gi forskrifter om spesialistutdanning for helsepersonell og om etterutdanning for spesialister. Det kan blant annet gis bestemmelser om

- a. utdanningens innhold og lengde
- b. utdanningsinstitusjonene, inkludert godkjenning av utdanningsinstitusjoner

⁷³ Se Ot.prp.nr.13 (1998-1999) på side 243.

⁷⁴ Se Rundskriv fra Helsedirektoratet, Helsepersonelloven med kommentarer (IS-2012-8) (sist endret 13. februar 2026), kapittel 9-49.

⁷⁵ I lovens forarbeider oppstilles det en rekke eksempler på når det vil kunne være relevant å gi lisens, se Ot.prp.nr.13 (1998-1999) på side 243.

⁷⁶ Se Rundskriv fra Helsedirektoratet, Helsepersonelloven med kommentarer (IS-2012-8) (sist endret 13. februar 2026), kapittel 9-49.

⁷⁷ Se Rundskriv fra Helsedirektoratet, Helsepersonelloven med kommentarer (IS-2012-8) (sist endret 13. februar 2026), kapittel 9-49.

- c. organisering av utdanningsstillinger
- d. godkjenning av utdanning
- e. godtgjørelse ved vedtak om godkjenning
- f. at vilkårene skal gjelde for dem som allerede har spesialistgodkjenning ved forskriftens ikrafttredelse».

Etter helsepersonelloven § 53 (1) er det Helsedirektoratet som har myndighet til å gi spesialistgodkjenning. For spesialistgodkjenning er det særlig tre forskrifter som er sentrale:

- Forskrift om spesialistgodkjenning av helsepersonell og turnusstillinger for leger (FOR-2000-12-21-1384).
- Forskrift om spesialistutdanning og spesialistgodkjenning for leger og tannleger (FOR-2016-12-08-1482) (Spesialistforskriften).
- Forskrift om spesialistgodkjenning for sykepleiere (FOR-2019-11-19-2206).

Hovedregelen for spesialistgodkjenning for leger følger av spesialistforskriften § 29. Det fremgår av bestemmelsens første og andre ledd:

«Helsedirektoratet skal gi spesialistgodkjenning etter søknad fra legen dersom følgende vilkår er oppfylt:

- a. Det er dokumentert at læringsmålene for utdanningens første del og for den aktuelle spesialiteten i forskriftens vedlegg 2 er oppnådd.
- b. Utdanningen er gjennomført i samsvar med § 2.
- c. Legen har autorisasjon etter helsepersonelloven § 48a.

Søknaden kan avslås dersom det foreligger forhold som ville gitt grunn til å tilbakekalle spesialistgodkjenningen etter helsepersonelloven § 57».

Bestemmelsen oppstiller både kompetansekrav og et autorisasjonskrav, jf. spesialistforskriften § 29 (1) bokstav a til c. Det mest sentrale i bestemmelsen for denne rapporten er kravet i § 29 (1) bokstav c om at søker må ha gyldig autorisasjon etter helsepersonelloven § 48 a, samt at Helsedirektoratet kan avslå søknaden «dersom det foreligger forhold som ville gitt grunn til å tilbakekalle spesialistgodkjenning etter helsepersonelloven § 57».

Søknader om spesialistgodkjenning fra leger fra en EØS-stat eller Sveits skal vurderes etter EØS-forskriften.⁷⁸ Søknader fra leger fra Storbritannia eller Nord-Irland skal i utgangspunktet behandles etter reglene i forskrift om godkjenning av helsepersonell med yrkeskvalifikasjoner fra Storbritannia (FOR-2023-11-23-1895).⁷⁹

Kravene til spesialistgodkjenning av sykepleiere med graden master i avansert klinisk allmennsykepleie, følger av forskrift om spesialistgodkjenning for sykepleiere § 2:

«Helsedirektoratet skal i medhold av helsepersonelloven § 53 etter søknad gi spesialistgodkjenning i klinisk allmennsykepleie til sykepleier med norsk autorisasjon som er tildelt graden master i avansert klinisk allmennsykepleie i henhold til forskrift om nasjonal retningslinje i masterutdanning i avansert klinisk allmennsykepleie.

Søknaden kan avslås dersom det foreligger forhold som ville gitt grunn til å tilbakekalle spesialistgodkjenningen etter helsepersonelloven § 57»

⁷⁸ Bestemmelsene i EØS-forskriften er gjennomgått under pkt. 6.4.

⁷⁹ Det følger av EØS-forskriften § 2 (2) at forskriften gjelder også for behandling av søkere som har tilegnet seg yrkeskvalifikasjoner i Storbritannia før 1. januar 2021. Forskriften kapittel 2 og 3 om autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning mv. gjelder tilsvarende ut 2019 for søkere som var under utdanning i Storbritannia 31. desember 2019.

Forskriften oppstiller følgelig et utdanningskrav som søkeren må oppfylle. Det mest sentrale for denne rapporten er at søkeren må oppfylle de alminnelige kravene for autorisasjon etter helsepersonelloven § 48 a, inkludert kravet om at søkeren ikke kan være «uegnet for yrket», samt at Helsedirektoratet kan avslå søknaden «dersom det foreligger forhold som ville gitt grunn til å tilbakekalle spesialistgodkjenningen etter helsepersonelloven § 57».

Søkere fra EØS-stater og Sveits skal behandles etter reglene i EØS-forskriften, mens søknader fra Storbritannia og Nord-Irland i utgangspunktet skal behandles etter reglene i forskrift om godkjenning av helsepersonell med yrkeskvalifikasjoner fra Storbritannia.

Spesialistgodkjenning for tannleger er regulert av de alminnelige reglene i helsepersonelloven § 51 og i spesialistforskriften § 34. Det følger av § 34 at:

«Departementet fastsetter hvilke avgrensede deler av odontologiske fagområdet det kan gis spesialistgodkjenning i.

Helsedirektoratet gir godkjenning for gjennomført spesialistutdanning.

Departementet fastsetter nærmere regler om gjennomføringen av spesialistutdanning av tannleger og om vilkår for godkjenning som spesialist. Departementet kan blant annet bestemme at søkere må gjennomgå prøve for å kunne godkjennes som spesialist».

Reglene for spesialistgodkjenning for tannleger er dermed fastsatt av Helse- og omsorgsdepartementet i «Regler for spesialistutdanning av tannleger» fra 5. februar 2014, senest justert 11. oktober 2016.⁸⁰ De overordnede kravene for rett til spesialistgodkjenning følger av reglene pkt. 2.1:

«Rett til spesialistgodkjenning etter søknad har den som:

- a) har gjennomført og fått godkjent utdanning/tjeneste med bestått eksamen i vedkommende spesialitet ved institusjon med godkjent utdanningsprogram, jf. punkt 2.8
- b) har utenlandsk utdanning/tjeneste som anerkjennes som jevn god med tilsvarende norsk spesialitet
- c) har utenlandsk spesialitetsgodkjenning som er anerkjent etter avtale om gjensidig godkjenning, jf. helsepersonelloven § 52, eller
- d) på annen måte har godtgjort å ha den nødvendige kyndighet».

Reglene oppstiller videre blant annet krav til søknaden, utdanningen og særlige regler knyttet til de forskjellige spesialitetene.

6.3 Reglene om adgangen til å nekte autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning i helsepersonelloven § 53 (2): Tilbakekallsgrunnene i helsepersonelloven § 57

6.3.1 Utgangspunkter

Helsedirektoratet har etter helsepersonelloven § 53 (2) myndighet til å nekte en søker autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning dersom «det foreligger omstendigheter som ville gitt grunnlag for tilbakekall etter § 57».

Hjemmelen for tilbakekall av autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning følger av helsepersonelloven § 57:⁸¹

⁸⁰ Se Helse- og omsorgsdepartementet, «Regler for spesialistutdanning av tannleger» fra 5. februar 2014, senest justert 11. oktober 2016: [Lenke](#) (lastet ned 26. april 2026).

⁸¹ Det er ikke tvilsomt at helsepersonelloven § 57 også gjelder tilbakekall av begrensede autorisasjoner, jf. Rt. 2010 side 1613 avsnitt 52.

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

Autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning kan kalles tilbake for alltid dersom

- a. vilkårene for tilbakekall etter første ledd er oppfylt, og
- b. innehaveren for fremtiden kan utgjøre en alvorlig fare for pasientsikkerheten eller alvorlig svekke tilliten til helsepersonell eller helse- og omsorgstjenesten.

Autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning kan kalles tilbake dersom innehaveren til tross for faglig pålegg etter § 56 unnlater å innrette seg etter lovbestemte krav, eller ved brudd på vilkårene for en begrenset autorisasjon etter § 59.

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

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

Tilbakekall er enkeltvedtak etter forvaltningsloven».

Helsepersonelloven § 57 (1) angir en rekke tilbakekallsgrunner. Grunnvilkåret i bestemmelsen er at autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning kan tilbakekalles dersom helsepersonellet er «uegnet til å utøve sitt yrke forsvarlig» på grunn av én eller flere av tilbakekallsgrunnene.

Kravet er begrunnet i at «begrepet [uegnet] ville være vanskelig å håndtere i praksis og at praktiseringen ville bli lettere om man knyttet det til bestemte årsaker».⁸² Om selve uegnehetsvilkåret, fremgår det av forarbeidene til lov om leger (LOV-1980-06-13-42) og lov om tannleger (LOV-1980-06-13-43), som brukte ordet «uskikket», begge nå opphevet av den någjeldende helsepersonelloven, at «uskikket vil si at han ikke er istand til å behandle pasienter og publikum og deres interesser på en tilfredsstillende og betryggende måte».⁸³

Etter helsepersonelloven § 57 (2) kan helsepersonell få tilbakekalt autorisasjonen sin for alltid, dersom innehaveren av autorisasjon kan «utgjøre en alvorlig fare for pasientsikkerheten eller alvorlig svekke tilliten til helsepersonell eller helse- og omsorgstjenesten». Bestemmelsen er ment for de aller mest alvorlige sakene.⁸⁴ For nektelse etter § 53 (2) er det likevel tilstrekkelig at ett av tilbakekallsgrunnlagene i § 57 foreligger. Det kreves altså ikke at vilkårene for permanent tilbakekall etter § 57 (2) er oppfylt.

Det følger videre av helsepersonelloven § 57 (3) at et helsepersonell kan få tilbakekalt sin autorisasjon dersom helsepersonellet, «til tross for faglig pålegg etter § 56 unnlater å innrette seg etter lovbestemte krav, eller ved brudd på vilkårene for en begrenset autorisasjon etter § 59». Denne tilbakekallsgrunnen knytter seg til helsepersonellens opptreden etter autorisasjon er gitt, og har derfor begrenset betydning ved vurderingen etter helsepersonelloven § 53 (2).

Etter helsepersonelloven § 57 (4) kan autorisasjon kalles tilbake «dersom vilkår fastsatt i forskrift etter §§ 48 a, 49 eller 51 ikke er oppfylt». Det følger av lovens forarbeider at det eksempelvis vil være «hvor

⁸² Se Ot.prp.nr.13 (1998-1999) side 174.

⁸³ Se Ot.prp.nr.1 (1979-1980) side 42.

⁸⁴ Se Prop.63 L (2023-2024) side 67.

eventuelle forskriftsfastsatte krav til etterutdanning ikke innfris».⁸⁵ For utenlandsk helsepersonell følger slike tilleggskrav eksempelvis av forskrift om tilleggskrav for autorisasjon for helsepersonell med yrkeskvalifikasjoner fra land utenfor EØS og Sveits (FOR-2016-12-19-1732).

Videre følger det av helsepersonelloven § 57 (5) at autorisasjon som er «gitt på grunnlag av tilsvarende godkjenning i et annet land, kan kalles tilbake dersom godkjenningen i dette landet mister sin gyldighet».

Grunnlaget for å kalle tilbake autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning etter helsepersonelloven § 57, samt grunnlaget for å nekte autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning etter helsepersonelloven § 53 (2), må leses i sammenheng med helsepersonellovens formål angitt i § 1, der det fremgår at formålet er å «bidra til sikkerhet for pasienter og kvalitet i helse- og omsorgstjenesten samt tillit til helsepersonell og helse- og omsorgstjenesten».

Som nevnt over,⁸⁶ utgjør det å nekte å gi autorisasjon et enkeltvedtak etter forvaltningsloven, jf. helsepersonelloven § 53 (3). Helsedirektoratets myndighetsutøvelse er dermed underlagt de generelle saksbehandlingsreglene i forvaltningsloven. Vurderingen etter § 53 (2) gjøres på bakgrunn av forholdene på vedtakstidspunktet. Spørsmålet er da om de foreliggende forholdene på dette tidspunktet ville ha gitt grunnlag for tilbakekall etter § 57.

6.3.2 Tilbakekallsgrunnene i helsepersonelloven § 57 (1)

6.3.2.1 Innledning

Helsepersonelloven § 57 (1) oppstiller en rekke konkrete tilbakekallsgrunner.

Etter bestemmelsen, lest i sammenheng med Helsedirektoratets myndighet etter helsepersonelloven § 53 (2), kan Helsedirektoratet nekte autorisasjon dersom søkeren er:

«[...] uegnet til å utøve sitt yrke forsvarlig på grunn av alvorlig sinnslidelse, psykisk eller fysisk svekkelse, langt fravær fra yrket, bruk av alkohol, narkotika eller midler med lignende virkning, vesentlig mangel på faglig innsikt, uforsvarlig virksomhet, vesentlige pliktbrudd etter denne lov eller bestemmelser gitt i medhold av den, eller på grunn av atferd som anses uforenlig med yrkesutøvelsen.»

For vurderingene i denne utredningen kan i prinsippet alle de opplistede grunnlagene være relevante. Sakene om Lund-legen og Uppsala-legen, omtalt av media i «Bad Practice»-artikkelserien, gjaldt begge seksuallovbrudd etter norsk rettsterminologi.⁸⁷ Slike forhold vil eksempelvis rammes av alternativene i helsepersonelloven § 57 (1) om «vesentlig mangel på faglig innsikt», «uforsvarlig virksomhet» og «atferd som anses uforenlig med yrkesutøvelsen».⁸⁸

Helsetilsynets statistikk for tilbakekall i 2025, gjennomgått under pkt. 5.3.2, viser at det ble gjort 16 tilbakekall på bakgrunn av seksuell relasjon med eller seksuelle overgrep av pasient/bruker. Statistikken viser videre at de vanligste tilbakekallsgrunnene er helsefaglig svikt i yrkesutøvelsen (rammes f.eks. av alternativet «vesentlig mangel på faglig innsikt»), rusmiddelbruk (rammes f.eks. av alternativet «bruk av alkohol, narkotika eller midler med lignende virkning»), samt at helsepersonellet har mistet godkjenning i utlandet (rammes av alternativet i helsepersonelloven § 57 (5)).

⁸⁵ Se Ot.prp.nr.13 (1998-1999) side 247.

⁸⁶ Se gjennomgangen av skillet mellom Helsedirektoratet og Helsetilsynets myndighet under pkt. 5.

⁸⁷ Se straffeloven kapittel 26.

⁸⁸ Alternativet «atferd som anses uforenlig med yrkesutøvelsen» i helsepersonelloven § 57 (1) er gjennomgått nærmere under pkt. 6.3.2.9. Se også omtalen i Rundskriv fra Helsedirektoratet, Helsepersonelloven med kommentarer (IS-2012-8) (sist endret 13. februar 2026) (sist endret 13. februar 2026), kapittel 11-57.

Tilbakekallsgrunnene må leses i sammenheng med kravet til forsvarlighet i helsepersonelloven § 4. Helsedirektoratets rundskriv gir nærmere veiledning for anvendelsen av tilbakekallsvilkårene i helsepersonelloven § 57. Overordnet om vurderingen fremgår det av rundskrivet:

«Tilbakekall av autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning skal bare foretas når det er tjenlig ut fra formålet å reagere og ellers ikke. I hver sak må det derfor vurderes om tilbakekall er egnet til å fremme sikkerhet og kvalitet i helsetjenesten og tillit til denne. I denne vurderingen kan Statens helsetilsyn legge vekt på for eksempel hvor alvorlig pliktbruddet var, om det var et enkeltstående tilfelle, om helsepersonellet kunne oppfylle sine plikter, om helsepersonellet fulgte instruksjoner fra overordnet, om helsepersonellet har erkjent pliktbruddet, viser ny faglig innsikt og har forbedret sin virksomhet i tråd med lovkravene.

I sak vedrørende betydningen av straffbare forhold begått utenfor yrkesutøvelsen, uttalte Høyesterett at det «følger av entydig praksis at de to hensyn som særlig må vektlegges ved denne vurderingen, er om vedkommende i dag representerer en fare for pasientsikkerheten, og om helsevesenet vil bli svekket om vedkommende gis anledning til fortsatt å praktisere på tross av de alvorlige straffbare handlinger som er begått» (Rt-2007-1851)». ⁸⁹

6.3.2.2 Alvorlig sinnslidelse

Den første tilbakekallsgrunnen i helsepersonelloven § 57 (1) er «alvorlig sinnslidelse».

Om begrepet «alvorlig sinnslidelse», viser lovens forarbeider til lov om psykisk helsevern av 28. april 1961 nr. 2 § 5, som anvender samme begrep.⁹⁰ Psykisk helsevernloven fra 1961 er opphevet ved den nå gjeldende psykisk helsevernloven (LOV-1999-07-02-62), som viderefører begrepet «alvorlig sinnslidelse».⁹¹ Begrepet må derfor tolkes i samsvar med psykisk helsevernloven, som utdypet i forarbeider og rettspraksis. Det følger av psykisk helsevernlovens forarbeider:

«Alvorlig sinnslidelse er et rettslig begrep som ikke tilsvare noen klar psykiatrisk diagnose. Som tilfellet er i dag, er det i utgangspunktet slik at hovedkriteriet alvorlig sinnslidelse har nær tilknytning til psykosene. Alvorlig sinnslidelse skal imidlertid ikke være avgrenset til bare å omfatte tilstander av psykose, idet man har ment å opprettholde den tidligere rettstilstand hvor enkelte andre tilstander enn psykoser skal kunne kvalifisere til tvungent psykisk helsevern. Når det gjelder hvilke grensetilfeller i tillegg til psykosene som kan komme inn under begrepet alvorlig sinnslidelse, vil man stå overfor en helhetsvurdering. Ikke bare selve sykdomstilstanden, men også de utslagene den gir seg, må tillegges stor vekt. Utgangspunktet er at karakteravvik – herunder psykopati – i alminnelighet ikke kan anses som alvorlig sinnslidelse, men det kan være hjemmel for å anvende tvungent psykisk helsevern overfor personer med store karakteravvik, hvor lidelsen medfører tap av mestrings- og realitetsvurderingsevnen. Hovedkriteriet er drøftet nærmere under 7.3.4.1».⁹²

Det presiseres i forarbeidene til den nå opphevede legeloven at «det ikke bør være slik at sinnssykdom uten videre er grunn nok til tap av autorisasjon».⁹³ Det avgjørende er om den alvorlige sinnslidelsen gjør at helsepersonellet er uegnet til å utøve sitt yrke forsvarlig.

Helsedirektoratet legger til grunn i rundskriv at begrepet «alvorlig sinnslidelse» har «nær tilknytning til psykoselidelsene (schizofreni, schizoaffektiv lidelse, bipolar lidelse). Personlighetsforstyrrelser, angst og depresjoner vil normalt ikke være tilstrekkelig grunnlag. Men pasientens funksjonsnivå vil være

⁸⁹ Rundskriv fra Helsedirektoratet, Helsepersonelloven med kommentarer (IS-2012-8) (sist endret 13. februar 2026), kapittel 11-57.

⁹⁰ Se Ot.prp.nr.13 (1998-1999) på side 174-175. Se også Ot.prp.nr.1 (1979-1980) på side 42.

⁹¹ Se Ot.prp.nr.11 (1998-1999) på side 154.

⁹² Se Ot.prp.nr.11 (1998-1999) på side 154-155.

⁹³ Se Ot.prp.nr.1 (1979-1980) på side 42.

avgjørende for vurderingen, det vil si de hvorvidt lidelsen medfører tap av mestrings- og realitetsvurderingsevnen. Det er eksempler der helsepersonell med svært avvikende atferd, for eksempel Asperger syndrom, er funnet uegnet for yrket». ⁹⁴

6.3.2.3 Psykisk eller fysisk svekkelse

Den andre tilbakekallsgrunnen i helsepersonelloven § 57 (1) er «psykisk eller fysisk svekkelse».

Om begrepet «psykisk eller fysisk svekkelse» følger det av lovens forarbeider at det kan foreligge tilbakekallsgrunn «[...] i tilfeller hvor svekkelsen i betydelig grad har innvirket på evnen til å utøve yrket og dermed gjør vedkommende uskikket til å drive virksomhet». ⁹⁵ Som et eksempel på fysisk svekkelse, viser forarbeidene til en sak der hjerneblødning førte til at en tannlege ble lam i høyrearmen og mistet mye av taleevnen, som gav grunnlag for tilbakekall av autorisasjon. ⁹⁶ Et annet eksempel trukket frem er en lege med Parkinsons sykdom, som da vil være uskikket til å utøve virksomhet som kirurg. ⁹⁷

Når det gjelder alternativet «psykisk [...] svekkelse», avgrenser dette mot tilbakekallsgrunnen «alvorlig sinnslidelse». Alternativet omfatter tilfeller «hvor det har vært tale om alvorlige personlighetsavvik av en slik karakter at vedkommende generelt ikke har vært i stand til å opptre adekvat i forhold til pasienter». ⁹⁸ Det følger videre av forarbeidene:

«Psykisk svekkelse er ment som et vilkår som skal fange opp en del tilfeller som faller utenfor begrepet alvorlig sinnslidelse. Det er derfor behov for at tapsvilkåret dekker mer enn psykiske svekkelser av organisk karakter som lar seg påvirke ved kliniske funn, som for eksempel alderdomssvekkelse, senilitet eller svekkelse forårsaket av høyt alkoholforbruk.

Helsepersonell med alvorlige personlighetsavvik som gjør at de ikke er funksjonsdyktige på områder som står sentralt i yrkesutøvelsen, bør omfattes av nevnte tapsvilkår uten at det foreligger en formell psykiatrisk diagnose». ⁹⁹

Alderdomssvekkelse håndteres også av vilkåret i helsepersonelloven § 48 a (2) bokstav a om at søkeren må «være under 80 år».

Det presiseres videre i forarbeidene at innholdet i uskikkethetskravet når det gjelder fysisk og psykisk svekkelse vil være forskjellig avhengig av hvilken helseprofesjonsgruppe det er tale om og at det også må stilles ulike krav til ulike funksjoner innen samme helseprofesjon. ¹⁰⁰ Det presiseres videre at det i mange tilfeller ikke vil være behov for å gripe inn og tilbakekalle autorisasjonen i tilfeller hvor helsepersonell får innskrenket yrkesmulighetene på grunn av sykdom e.l. fordi helsepersonell vanligvis av egen fornuft og dømmekraft vil endre virksomheten etter helsetilstanden. Inngripen fra helsemyndighetene vil oftest være nødvendig i tilfeller der den fysiske eller psykiske svekkelsen har medført at helsepersonellet ikke har selvinnsett til å endre eller legge ned praksisen. ¹⁰¹

⁹⁴ Rundskriv fra Helsedirektoratet, Helsepersonelloven med kommentarer (IS-2012-8) (sist endret 13. februar 2026), kapittel 11-57.

⁹⁵ Se Ot.prp.nr.13 (1998-1999) på side 175.

⁹⁶ Se Ot.prp.nr.13 (1998-1999) på side 175.

⁹⁷ Se Ot.prp.nr.13 (1998-1999) på side 177.

⁹⁸ Se Ot.prp.nr.13 (1998-1999) på side 177.

⁹⁹ Se Ot.prp.nr.13 (1998-1999) på side 177.

¹⁰⁰ Se Ot.prp.nr.13 (1998-1999) på side 177.

¹⁰¹ Se Ot.prp.nr.13 (1998-1999) på side 177.

6.3.2.4 Langt fravær fra yrket

Den tredje tilbakekallsgrunnen i helsepersonelloven § 57 (1) er «langt fravær fra yrket».

Det er bevisst ikke satt noen bestemt grense for hvor lang tid helsepersonell kan være bort fra yrket uten å miste autorisasjonen.¹⁰² Det følger videre av lovens forarbeider at vurderingen av tapsvilkåret «vil måtte bero på skjønn. Vurderingen må knyttes til hvilken virksomhet det er tale om og hvilken betydning fraværet har for utøvelse av den aktuelle virksomhet».¹⁰³ Det er videre påpekt i forarbeidene til den nå opphevede legeloven at forholdene vil kunne være meget forskjellige, «alt etter legens opprinnelige kvalifikasjoner, hvor lenge han har praktisert, hva fraværet skyldes, og hva legen har gjort i denne tid».¹⁰⁴

Om informasjonsgrunnlaget for vurderingen, følger det av legelovens forarbeider:

«Om en lege har eller ikke har utøvet legevirkosomhet i Norge eller i de nordiske naboland, vil det normalt ikke være forbundet med vansker å bringe på det rene. Har han oppholdt seg i ulandet [sic], vil det være hans sak å skaffe opplysninger om at han har vart [sic] i slik virksomhet at han er skikket til å utøve legeyrket».¹⁰⁵

Selv om det ikke er fastsatt noen bestemt grense for hva som utgjør «langt fravær fra yrket» i den forstand at dette må lede til nektelse eller tilbakekall av autorisasjon, viser praksis fra Statens helsepersonellnemnd at nektelse/tilbakekall har vært relevant i situasjoner hvor helsepersonellet har hatt et fravær fra yrket i 15 år¹⁰⁶ og 20 år.¹⁰⁷

Langt fravær fra yrket sjeldent har sjelden blitt brukt som selvstendig tilbakekallsgrunn.¹⁰⁸ Ved langt fravær fra yrket kan lisens med krav om tilleggsutdanning eller praksis være et mindre inngripende alternativ, særlig dersom fraværet har ledet til vesentlig mangel på faglig innsikt.

6.3.2.5 Bruk av alkohol, narkotika eller midler med lignende virkning

Den fjerde tilbakekallsgrunnen i helsepersonelloven § 57 (1) er «bruk av alkohol, narkotika eller midler med lignende virkning».

Lovens forarbeider viser til at bruk av alkohol, narkotika og midler med liknende virkning er det vanligste tilbakekallsgrunnlaget.¹⁰⁹ Det avgjørende er ikke, som fremgår av ordlyden, hvorvidt helsepersonellet bruker det aktuelle rusmiddelet, men om bruken gjør helsepersonellet uegnet til å utføre sitt yrke. Om vurderingen, følger det av forarbeidene til den nå opphevede legeloven:

«Det avgjørende er at ut fra en praktisk vurdering trer bruk av alkohol eller andre berusende eller bedøvende midler frem som et vesentlig trekk i en sammenheng av årsaker og virkninger som fører til at legen ikke kan utføre den form for legevirkosomhet som er aktuelle for ham på en måte som er tilfredsstillende og betryggende for pasienter og publikum. Som Utvalget gir uttrykk for vil kravene til nøkternhet variere, i somme former for virksomhet er risikoen for skadevirkninger liten, der vil forhold kunne tolereres som i andre stillinger ville gjøre en rask

¹⁰² Se Ot.prp.nr.13 (1998-1999) på side 178.

¹⁰³ Se Ot.prp.nr.13 (1998-1999) på side 178.

¹⁰⁴ Se Ot.prp.nr.1 (1979-1980) på side 53.

¹⁰⁵ Se Ot.prp.nr.1 (1979-1980) på side 53.

¹⁰⁶ Se Helsepersonellnemndas avgjørelse i sak HPN-2018-112.

¹⁰⁷ Se Helsepersonellnemndas avgjørelse i sak HPN 2020-10137.

¹⁰⁸ Se Rundskriv fra Helsedirektoratet, Helsepersonelloven med kommentarer (IS-2012-8) (sist endret 13. februar 2026), kapittel 11-57.

¹⁰⁹ Se Ot.prp.nr.13 (1998-1999) på side 175 og 178. Se også Rundskriv fra Helsedirektoratet, Helsepersonelloven med kommentarer (IS-2012-8) (sist endret 13. februar 2026), kapittel 11-57.

inn gripen nødvendig både p.g.a. risiko for menneskers liv og helse, og på grunn av nedbrytelse av tilliten til legen og legestanden». ¹¹⁰

Videre følger det av Helsedirektoratets rundskriv:

«Det vil her ofte være avgjørende om personellet har opptrådt ruset på arbeidsplassen, om det har foregått tyveri av legemidler gruppe A og B, eller om rusmisbruket på annen måte har hatt innvirkning på yrkesutøvelsen. Også omfattende rusmiddelmissbruk på fritiden og/eller alvorlige rusproblemer kan tilsi tilbakekall av autorisasjon selv om vedkommende ikke har opptrådt i ruset tilstand på jobb». ¹¹¹

6.3.2.6 *Vesentlig mangel på faglig innsikt*

Den femte tilbakekallsgrunnen i helsepersonelloven § 57 (1) er «vesentlig mangel på faglig innsikt».

Kjernen i tilbakekallsgrunnen er særlig lave kunnskaper om det aktuelle yrket, krav om ikke å gå ut over egen kompetanse, og krav om å henvise videre hvor egen kompetanse ikke strekker til. ¹¹² Som et eksempel trekker forarbeidene frem helsepersonell som benytter foreldede metoder, noe som kan «tyde på mangel på basale faglige kunnskaper». Det følger videre av forarbeidene at det vil ha betydning for vurderingen «hvor korrigerbar vedkommende er, om det dreier seg om alvorlig brist i den enkeltes kunnskap og hvilken risiko den manglende faglige innsikt utsetter pasientene for». ¹¹³

Den nå opphevede legelovens forarbeider anviser også at terskelen for tilbakekall på dette grunnlaget er høy:

«Utvalget sier at det skal mye til for at dette vilkår skal være oppfylt, men regelen bør man ha. Den som mister autorisasjon eller lisens, må kunne få den tilbake når han ved kurser, selvstudium o.l. erverver seg kunnskaper. En slik etterutdanning mener Utvalget også kan komme på tale for en lege som i lengre tid har vært borte fra legevirksomheten». ¹¹⁴

Av Helsedirektoratets rundskriv fremgår:

«Grov mangel på faglig innsikt kan foreligge om helsepersonell i vesentlig grad svikter i forhold til grunnleggende krav til yrkesutøvelse. Her vil det blant annet være av betydning om helsepersonell evner å lære av egne feil og tilbakemeldinger/råd fra for eksempel tilsynsmyndighetene, med andre ord evner å korrigere uforsvarlig virksomhet. Det legges vekt på om det dreier seg om alvorlig brist i kunnskap og hvilken risiko den manglende faglige innsikt utsetter pasientene for». ¹¹⁵

6.3.2.7 *Uforsvarlig virksomhet*

Den sjettede tilbakekallsgrunnen i helsepersonelloven § 57 (1) er «uforsvarlig virksomhet».

Det følger av lovens forarbeider at «uforsvarlig virksomhet» er «et vidt begrep som forutsetter virksomhet som strider med de til enhver tid gjeldende faglige krav og regler». Lovens forarbeider anviser videre at tilbakekall av autorisasjon på grunn av uforsvarlig virksomhet som har ført til uegnethet «vil være aktuelt i situasjoner hvor en kan se et mønster i at et enkelt helsepersonell gjør

¹¹⁰ Se Ot.prp.nr.1 (1979-1980) på side 43.

¹¹¹ Rundskriv fra Helsedirektoratet, Helsepersonelloven med kommentarer (IS-2012-8) (sist endret 13. februar 2026), kapittel 11-57.

¹¹² Se Ot.prp.nr.13 (1998-1999) på side 175 og 178. Se også Ot.prp.nr.1 (1979-1980) på side 46.

¹¹³ Se Ot.prp.nr.13 (1998-1999) på side 178.

¹¹⁴ Se Ot.prp.nr.1 (1979-1980) på side 46.

¹¹⁵ Rundskriv fra Helsedirektoratet, Helsepersonelloven med kommentarer (IS-2012-8) (sist endret 13. februar 2026), kapittel 11-57.

større eller mindre feil eller hvor helsepersonell vedvarende driver virksomhet i strid med gjeldende lovgivning».¹¹⁶

Helsepersonellovens forarbeider lister opp en rekke eksempler på hva som kan utgjøre «uforsvarlig virksomhet»:

«Uforsvarlig virksomhet kan dreie seg om helsepersonell som driver virksomhet med generelt mangelfull journalføring eller hvor forsvarlighetskravene til organisering av tjenesten, inkludert f.eks. hygienerutiner, generelt ikke blir forstått og fulgt. Helsepersonell som i strid med taushetsplikten gir informasjon om pasienter til uvedkommende og hvor dette har et ikke ubetydelig omfang, driver ikke forsvarlig virksomhet. Helsepersonell som innleder privat intimt forhold til pasienter de har eller nettopp har hatt et pasientforhold til, driver også uforsvarlig virksomhet, i tillegg til at dette kan være utslag av grov mangel på faglig innsikt. Helsepersonell som benytter eksperimentelle metoder som ikke er vitenskapelig baserte uten at det er ledd i forskningsprosjekt, uten at det følges opp på en systematisk måte og uten at pasienten er kjent med at det er eksperimentell virksomhet, driver også uforsvarlig virksomhet. Det samme gjelder leger som ukritisk rekvirerer (foreskriver) narkotiske legemidler til legemiddelmisbrukere og narkomane uten noen behandlings- eller avvenningsplan. Den som ubevisst eller uvitende gjør grove feil under utøvelse av virksomhet kan også rammes av kravet til forsvarlig virksomhet».¹¹⁷

Forarbeidene nevner at helsepersonell som innleder privat intimt forhold til pasienter de har eller nettopp har hatt et pasientforhold til, kan bli ansett som å være utslag av «grov mangel på faglig innsikt». Det bemerkes at Helsedirektoratet skriver i Andre Rapport på side 3 at «[i] noen land vil for eksempel det å innlede forhold til en pasient vurderes som et privat anliggende som ikke vil påvirke rett til yrket. I Norge kan slike forhold føre til avslag på søknad om autorisasjon og spesialistgodkjenning».

6.3.2.8 Vesentlig pliktbrudd

Den syvende tilbakekallsgrunnen i helsepersonelloven § 57 (1) er «vesentlig pliktbrudd etter denne lov eller bestemmelser gitt i medhold av den».

Det påpekes i lovens forarbeider at det vil kunne være overlapp mellom «vesentlig pliktbrudd» og tilbakekallsgrunnen «uforsvarlig virksomhet», men at også andre forhold vil kunne rammes:

«Dette vilkåret vil i mange tilfeller omfatte de samme situasjoner som rammes av uforsvarlig virksomhet. Vilkaåret vil imidlertid også kunne ramme andre forhold, for eksempel der hvor helsepersonell unndrar seg tilsyn og kontroll.»¹¹⁸

Fra Helsedirektoratets rundskriv er eksempler på vesentlige pliktbrudd som har medført tilbakekall «brudd på bestemmelsen om forbud mot gaver mv. i tjenesten (§ 9), eller brudd på [opplysningsplikten] til Statens helsetilsyn og Statsforvalteren (§ 30) og journalføringsplikten (§ 39 og § 40). Andre eksempler er brudd på bestemmelsen om ressursbruk (§ 6), for eksempel ved å skaffe seg urettmessig refusjon fra NAV, eller tyveri fra pasient/bruker, som anses som brudd på plikten til å yte omsorgsfull hjelp (§ 4).»¹¹⁹

¹¹⁶ Se Ot.prp.nr.13 (1998-1999) på side 178.

¹¹⁷ Se Ot.prp.nr.13 (1998-1999) på side 175-176.

¹¹⁸ Se Ot.prp.nr.13 (1998-1999) på side 179.

¹¹⁹ Rundskriv fra Helsedirektoratet, Helsepersonelloven med kommentarer (IS-2012-8) (sist endret 13. februar 2026), kapittel 11-57.

6.3.2.9 Atferd som anses uforenlig med yrkesutøvelsen

Den åttende og siste tilbakekallsgrunnen i helsepersonelloven § 57 (1) er «atferd som anses uforenlig med yrkesutøvelsen».

Det følger av lovens forarbeider at tilbakekallsvilkåret er «en rettslig standard som vil endre sitt innhold i takt med samfunnsutviklingen» og at det er en «objektiv saklig vurdering det er spørsmål om, ikke en mer eller mindre usikker slutning om pasienters, publikums eller kollegaers mer eller mindre velgrunnede tillit».¹²⁰ Forarbeidene oppstiller videre den objektive normen:

«Det vil variere i hvor stor grad autorisert helsepersonell krever allmenn tillit. Den objektive normen vil kunne variere avhengig av hvilken yrkesgruppe og hvilken funksjon en snakker om. Tilsynsmyndigheten bør derfor i konkrete tilfeller søke å finne fram til den objektive norm for vedkommende profesjon. Ved at atferden ikke nødvendigvis er knyttet til yrkesutøvelsen, bør tilsynsmyndigheten bare i helt spesielle unntakstilfeller, jf. ovenfor, gripe inn overfor helsepersonell i forhold som ikke har nær forbindelse med yrket».¹²¹

Utgangspunktet er at det er forhold som har tilknytning til yrkesutøvelsen som omfattes av tilbakekallsgrunnen. Om forhold som ikke har noe med utøvelsen av yrket som helsepersonell å gjøre, følger det av forarbeidene at det skal være en svært høy terskel for tilbakekall av autorisasjonen:

«Kritikkverdig atferd som ikke har noe med yrkesutøvelsen å gjøre, bør tilsynsmyndighetene i utgangspunktet avstå fra å gripe inn overfor, med mindre det dreier seg om svært alvorlige forhold, for eksempel straffbare handlinger som tyveri, underslag, legemskrenkninger, legemsbeskadigelser, gjentatte tilfeller av promillekjøring eller brudd på straffelovens sedelighetskapittel. Etter gjeldende rett har bl.a lege som ble funnet skyldig i incest og lege som ble funnet skyldig i å ha drept sin ektefelle, fått tilbakekalt sin autorisasjon fordi dette ble ansett for å være «atferd uverdigg for en lege». Det er det objektive forholdet som vil være avgjørende for vurderingen av om uverdigg atferd foreligger».¹²²

Det er altså som utgangspunkt kritikkverdig atferd utvist som ledd i virksomheten som helsepersonell som kan lede til avslag på eller tilbakekall av autorisasjon. Unntak fra dette utgangspunktet kan gjøres dersom det, som nevnt i forarbeidene gjengitt over, «dreier seg om svært alvorlige forhold, for eksempel straffbare handlinger som tyveri, underslag, legemskrenkninger, legemsbeskadigelser, gjentatte tilfeller av promillekjøring eller brudd på straffelovens sedelighetskapittel.»¹²³

Den sentrale høyesterettsdommen på området er Rt. 2007 side 1851. Saken dreide seg om tilbakekall av en leges autorisasjon som følge av at han hadde begått seksuelle overgrep mot mindreårige for mer enn 17 år siden, før han ble autorisert første gang. Høyesteretts flertall (dissens 3-2) kom til at vilkårene for tilbakekall av autorisasjon forelå, men at det ikke var grunnlag for et fullstendig tilbakekall, fordi det ikke kunne skade helsetjenestens omdømme om vedkommende fikk fortsette som lege i andre sammenhenger enn overfor barn. Mindretallet kom til at det var grunnlag for tilbakekall av autorisasjonen i sin helhet.

I avsnitt 30 uttalte Høyesteretts flertall følgende om hvilke hensyn som er de sentrale ved vurderingen av om en person er uegnet til å praktisere som lege på grunn av atferd som anses uforenlig med yrkesutøvelsen:

¹²⁰ Se Ot.prp.nr.13 (1998-1999) på side 176, med henvisning til Ot.prp.nr.1 (1979-1980) på side 31.

¹²¹ Se Ot.prp.nr.13 (1998-1999) på side 179.

¹²² Se Ot.prp.nr.13 (1998-1999) på side 179.

¹²³ Se Ot.prp.nr.13 (1998-1999) på side 179.

«Det følger av en entydig praksis at de to hensyn som særlig må vektlegges ved denne vurderingen, er **om ankemotparten i dag representerer en fare for pasientsikkerheten, og om tilliten til helsevesenet vil bli svekket om han gis anledning til fortsatt å praktisere på tross av de alvorlige straffbare handlinger han har begått.**» (vår utheving)

Videre bekreftet flertallet i avsnitt 42 at «det skal en del til» for at forhold som ikke har tilknytning til yrkesutøvelsen, skal kunne føre til tilbakekall av autorisasjon. Det ble imidlertid lagt til grunn at de straffbare handlingene i den aktuelle saken kunne ført til tilbakekall av autorisasjon om forholdene var blitt avdekket «ikke mange år etter forgåelsen». Når det gjelder straffbare forhold som ligger langt tilbake i tid, viste flertallet i avsnitt 45 til at begrunnelsen for reglene om strafferettslig foreldelse og hvilke straffbare forhold som medtas på politiattester tilsier at den som har begått en alvorlig forbrytelse, på et tidspunkt må gis anledning til å legge forholdet bak seg. Flertallet presiserte imidlertid at dette hensynet må veies opp mot hensynet til pasienters sikkerhet, behovet for kvalitet i helsetjenesten og tillit til helsepersonell.

Ovennevnte avgjørelse gjaldt altså et tilfelle av tilbakekall av autorisasjon for en lege som hadde praktisert i lang tid. Høyesterett trakk her opp en høy terskel for å frata leger autorisasjon basert på handlinger som ligger langt tilbake i tid, og som er uten direkte tilknytning til yrkesutøvelsen, en terskel som synes opprettholdt i underrettspraksis, jf. blant annet LE-2020-30001.

Avgjørelsen adresserer imidlertid ikke terskelen for å nekte autorisasjon til en nyutdannet lege som ennå ikke har praktisert, og det kan derfor stilles spørsmål ved om terskelen for nektelse og terskelen for tilbakekall skal være den samme. Henvisningen fra helsepersonelloven § 53 (2) om autorisasjon til reglene om tilbakekall etter § 57, taler for at lovgiver har ment at terskelen skal være den samme.

I LB-2021-117184 åpnet imidlertid Borgarting lagmannsrett for at:

«[...] **terskelen for tilbakekall etter omstendighetene [vil] kunne være noe høyere enn terskelen for nektelse**, ettersom inngrepet overfor den det gjelder, normalt vil være større jo lengre vedkommende har praktisert». (vår utheving)

Etter helsepersonelloven § 20 a (5) er personer som har vedtatt forelegg eller er dømt for bestemte straffbare handlinger, utelukket fra å yte helse- og omsorgstjenester til barn eller personer med psykisk utviklingshemming. I Helsetilsynets rundskriv IK-2/2017 på side 5 signaliseres det imidlertid at «svært grove kriminelle handlinger» kan resultere i at man aldri vil kunne få ny autorisasjon. Videre fremgår det at dersom man er straffedømt, må man ha sonet ferdig dom og gjennomført prøvetid, før man kan få ny autorisasjon. Utover dette må man dokumentere at man «har bearbeidet det som skjedde og eventuelle bakenforliggende årsaker» til handlingene, at man har fått innsikt i hvorfor handlingene «var egnet til å svekke den allmenne tilliten» til dem og helse- og omsorgstjenesten generelt, og man må sannsynliggjøre at man ikke igjen vil utøve atferd som er uforenelig med yrkesutøvelsen. Dette kan, ifølge rundskrivet, dokumenteres gjennom behandling og/eller veiledning.

6.3.3 Tilbakekallsgrunnen i helsepersonelloven § 57 (4)

Det følger av helsepersonelloven § 57 (4) at autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning også kan kalles tilbake «dersom vilkår fastsatt i forskrift etter §§ 48 a, 49 eller 51 ikke er oppfylt».

Etter helsepersonelloven § 53 (2) kan Helsedirektoratet nekte autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning dersom søkeren ikke oppfyller vilkår fastsatt i forskrift etter §§ 48 a, 49 eller 51. Det følger av forarbeidene at dette eksempelvis vil gjelde «hvor eventuelle forskriftsfastsatte krav til etterutdanning ikke innfris».¹²⁴ Det samme følger av Helsedirektoratets rundskriv:

¹²⁴ Se Ot.prp.nr.13 (1998-1999) på side 247.

«Gir hjemmel for å tilbakekalle autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning dersom innehaveren ikke oppfyller forskriftsfestede tilleggsvilkår. Dette kan være krav til etterutdanning, fastsatt i forskrift med hjemmel i § 48 a (autorisasjon), § 49 (lisens) eller § 51 (spesialistgodkjenning). Slike krav til etterutdanning er bare gitt for legespesialiteten allmenmedisin». ¹²⁵

6.3.4 Tilbakekallsgrunnen i helsepersonelloven § 57 (5)

Når autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning er «gitt på grunnlag av tilsvarende godkjenning i et annet land», følger det av helsepersonelloven § 57 (5) at denne kan kalles tilbake «dersom godkjenningen i dette landet mister sin gyldighet».

Lovens forarbeider presiserer at tilbakekall «ikke [kan] skje automatisk, men må vurderes konkret i hvert tilfelle, hvis ikke annet følger av internasjonal overenskomst». ¹²⁶ Vi forstår det slik at det ikke foreligger noen «internasjonal overenskomst» som krever automatisk tilbakekall, og dermed automatisk nekting, av autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning. Dette støttes også av at den tilsvarende hjemmelen i dansk rett, som gjennomgås nedenfor, åpner for konkret, individuell vurdering.

Helsedirektoratet er dermed forpliktet til å gjøre en konkret vurdering av søknaden i hvert enkelt tilfelle, selv om autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning er mistet i et annet land. Vi antar at saksbehandlingen ofte vil kunne gjennomføres relativt rakt og effektivt, ettersom bakgrunnen for tilbakekall i utlandet ofte også vil omfattes av en tilsvarende tilbakekallsgrunn i Norge. Det vil imidlertid kunne være relevante forskjeller mellom Norge og landet der godkjenningen gikk tapt, både der dette er innenfor og utenfor EØS. Det kan gjelde både *hva* som utgjør en tilbakekallsgrunn og hvor strenge sanksjonene for de konkrete omstendighetene er.

Dansk rett synes å bygge på samme hovedtanke, men med en mer eksplisitt regulering, jf. Bekendtgørelse af lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed § 2 stk. 3, jf. § 7b. Bestemmelsene sett ved siden av hverandre:

Helsepersonelloven § 57 (5)	Bekendtgørelse af lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed § 7b
«Autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning gitt på grunnlag av tilsvarende godkjenning i et annet land, kan kalles tilbake dersom godkjenningen i dette landet mister sin gyldighet. » (vår utheving)	«Styrelsen for Patientsikkerhed fratager en sundhedsperson dennes autorisation her i landet, hvis den pågående sundhedspersons udenlandske autorisation vedrørende samme erhverv bliver frataget administrativt eller ved dom i udlandet , jf. dog stk. 2. Tilsvarende gælder i de tilfælde, hvor vedkommende i øvrigt i udlandet administrativt eller ved dom bliver begrænset i sin ret til at udøve det erhverv, som er omfattet af den danske autorisation. <i>Stk. 2. Der skal ikke ske fratagelse af autorisationen her i landet, hvis de forhold, som har begrundet autorisationsfratagelsen i udlandet, er af en sådan karakter, at disse forhold udført her i landet åbenbart ikke ville have medført en fratagelse.</i> » (våre uthevinger)

Den danske bestemmelsen presiserer at dersom søkeren har fått fratatt sin autorisasjon i utlandet, skal de danske helsemyndighetene (Styrelsen for Patientsikkerhed) ikke frata helsepersonellet autorisasjon, og da heller ikke nekte autorisasjon, dersom forholdene ikke ville ha ført til tilbakekall i Danmark.

¹²⁵ Rundskriv fra Helsedirektoratet, Helsepersonelloven med kommentarer (IS-2012-8) (sist endret 13. februar 2026), kapittel 11-57.

¹²⁶ Se Ot.prp.nr.13 (1998-1999) på side 179.

Som nevnt over, fremgår det av helsepersonellovens forarbeider at vurderingen av tilbakekall basert på § 57 (5) «må vurderes konkret i hvert tilfelle».¹²⁷ Det samme kan utledes fra grunnleggende forvaltningsrettslige prinsipper, herunder prinsippet om forsvarlig saksbehandling, forbudet mot vilkårlige avgjørelser og utredningsplikten i forvaltningsloven § 17. Rettstilstanden synes følgelig å være nokså lik i Norge og Danmark, men Danmark har oppstilt et eksplisitt unntak med konkrete vilkår.

6.3.5 Særlig om tilbakekall av spesialistgodkjenning

Tilbakekall av spesialistgodkjenning reiser enkelte særlige problemstillinger.

Som gjennomgått under pkt. 6.2.4, er det en forutsetning for spesialistgodkjenning at søkeren har norsk autorisasjon. Dersom bare spesialistgodkjenningen kalles tilbake, vil helsepersonellet fortsatt kunne utøve yrket i kraft av autorisasjonen, men vil ikke kunne utøve spesialiteten. Dersom helsepersonellet har opptrådt på en måte som gjør at vedkommende regnes «uegnet til å utøve sitt yrke forsvarlig» på grunn av en av tilbakekallsgrunnene i helsepersonelloven § 57 (1), er det et spørsmål om det vil fremstå ulogisk å kun tilbakekalle spesialistgodkjenningen der opptreden knytter seg til utøvelsen av yrket.

Problemstillingen er omtalt i forarbeidene. Det poengteres at «det kun [er] innen sin spesialitet at vedkommende har hatt anledning til å vise seg uskikket», og at dersom vedkommende «viser [...] at han /hun ikke er skikket kan det hevdes at hele autorisasjonen bør tilbakekalles».¹²⁸ Videre poengteres det i forarbeidene at «[a]v hensyn til pasientene kan det virke lite betryggende at helsepersonell skal stå fritt til å utøve virksomhet innen alle andre områder autorisasjonen dekker unntatt den opprinnelige spesialiteten vedkommende forutsettes å beherske best».¹²⁹ Departementet konkluderer likevel med at det kan foreligge tilfeller der det bare vil være aktuelt å trekke tilbake spesialistgodkjenningen og ikke også autorisasjonen:

«Imidlertid vil det kunne forekomme tilfeller hvor uskikkethet for eksempel er knyttet opp til særlige undersøkelses- eller behandlingsmetoder som anvendes i særlig grad innenfor en spesialitet. I slike tilfeller vil det kunne fremstå som en adekvat reaksjon å trekke spesialistgodkjenning tilbake. Dette forutsetter at det er gjort en konkret vurdering av vedkommendes generelle ferdigheter».¹³⁰

6.4 Reglene om autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning for borgere fra EØS og Sveits

6.4.1 Innledning

Helsepersonelloven oppstiller de overordnede rammene for godkjenning av autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning, samt grunnlaget for å nekte slik godkjenning. Reglene i helsepersonelloven gjelder for alle søkere i Norge, uavhengig av nasjonalitet og utdanningssted. For enkelte søkergrupper gjelder det i tillegg særlige regler.

Det følger av helsepersonelloven § 52:

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

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

¹²⁷ Se Ot.prp.nr.13 (1998-1999) på side 179.

¹²⁸ Se Ot.prp.nr.13 (1998-1999) på side 180.

¹²⁹ Se Ot.prp.nr.13 (1998-1999) på side 180.

¹³⁰ Se Ot.prp.nr.13 (1998-1999) på side 180.

For vurdering av søknader om autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning fra utenlandske søkere, er det særlig tre folkerettslige avtaler som er sentrale:

- EØS-avtalen og direktiv 2005/36/EF (yrkeskvalifikasjonsdirektivet), tatt inn i EØS-avtalen vedlegg VII og gjennomført på helsepersonellområdet i forskrift om autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning for helsepersonell med yrkeskvalifikasjoner fra andre EØS-land eller fra Sveits (FOR-2008-10-08-1130) («EØS-forskriften»),
- EFTA-konvensjonen artikkel 22, jf. vedlegg K appendix 3, som også er gjennomført på helsepersonellområdet i EØS-forskriften,
- Frihandelsavtalen mellom Island, Liechtenstein, Norge og Storbritannia fra 8. juli 2021 (08-07-2021 nr 7 Multilateral) kapittel 12, som er gjennomført på helsepersonellområdet i forskrift om godkjenning av helsepersonell med yrkeskvalifikasjoner fra Storbritannia (FOR-2023-11-23-1895).

6.4.2 Overordnet om yrkeskvalifikasjonsdirektivet og reglene om fri bevegelighet i EØS-avtalen

6.4.2.1 *Utgangspunkter i yrkeskvalifikasjonsdirektivet*

Yrkeskvalifikasjonsdirektivet ble tatt inn i EØS-avtalen 26. oktober 2007, ved EØS-komiteens beslutning nr. 142/2007. Direktivet erstattet 15 tidligere direktiver for godkjenning av yrkeskvalifikasjoner. På helsepersonellområdet erstattet yrkeskvalifikasjonsdirektivet ni sektordirektiver om godkjenning av kvalifikasjoner til leger, sykepleiere, tannleger, jordmødre og provisorfarmasøyter, samt to generelle direktiv om godkjenning av yrkeskvalifikasjoner for de øvrige helsepersonellgruppene.¹³¹ I norsk rett er direktivet på området for helsepersonell gjennomført i EØS-forskriften, jf. helsepersonelloven § 52. De nasjonale bestemmelsene i EØS-forskriften må derfor tolkes i samsvar med yrkeskvalifikasjonsdirektivets bestemmelser og de grunnleggende frihetene i EØS-avtalen.

Etter yrkeskvalifikasjonsdirektivet artikkel 2 nr. 1, kommer direktivet til anvendelse på alle statsborgere i en EØS-stat som ønsker å utøve et lovregulert yrke i en annen medlemsstat enn der de tilegnet seg sine yrkeskvalifikasjoner, enten som selvstendig næringsdrivende eller som lønnsinntaker. Direktivet oppstiller regler både om det å tilby tjenester på en midlertidig og tidvis basis i et annet medlemsland enn der yrkeskvalifikasjonene er ervervet (yrkeskvalifikasjonsdirektivet artikkel 5 til 9), og det å etablere seg på varig basis i et annet medlemsland enn der yrkeskvalifikasjonene er ervervet (yrkeskvalifikasjonsdirektivet artikkel 10 til 52). Direktivet berører følgelig den frie bevegeligheten for arbeidstakere i EØS-avtalen artikkel 28, etableringsretten i EØS-avtalen artikkel 31 og tjenestefriheten i EØS-avtalen artikkel 36.¹³² Som nevnt under pkt. 3.2, er det i denne utredningen avgrenset mot midlertidig, grensekryssende tjenesteytelse. Det er derfor yrkeskvalifikasjonsdirektivet og EØS-avtalens bestemmelser om etablering som er de mest relevante regelsettene.¹³³

Om formålet med yrkeskvalifikasjonsdirektivet fremgår det av direktivets artikkel 1:

«Ved dette direktiv fastsettes reglene som en medlemsstat som krever bestemte yrkeskvalifikasjoner for adgang til eller utøvelse av et lovregulert yrke på sitt territorium (heretter kalt «vertsstaten»), skal anvende ved godkjenning av slike yrkeskvalifikasjoner for adgang til og utøvelse av yrket som er oppnådd i en eller flere andre medlemsstater (heretter kalt «hjemstaten»), og som gir innehaveren av disse kvalifikasjonene rett til å utøve yrket der».

Virkingen av godkjenning av yrkeskvalifikasjoner etter direktivets bestemmelser er at godkjenningen tillater at den begunstigede i den berørte medlemsstaten får adgang til det samme yrket som vedkommende er kvalifisert til i hjemstaten og til å utøve det i vertsstaten på samme vilkår som medlemsstatens borgere.

¹³¹ Se oppstillingen av helsepersonell som er underlagt autorisasjonsordningen i helsepersonelloven § 48.

¹³² Se også Arnesen m.fl., *Agreement on the European Economic Area – A Commentary* (2018) på side 393.

¹³³ Se også en overordnet omtale av yrkeskvalifikasjonsdirektivet i Ot.prp.nr.26 (2007-2008) på side 7.

For tjenesteytere (helsepersonell) som ønsker å etablere seg som yrkesutøvere i et annet medlemsland, oppstiller yrkeskvalifikasjonsdirektivet et tosporet system:

- Det **ene sporet** er ordningen med automatisk godkjenning av yrkeskvalifikasjoner på grunnlag av allerede harmoniserte minstekrav til enkelte utdannings lengde og innhold. Denne automatiske ordningen gjelder bare sektoryrkene, dvs. leger, sykepleiere, tannleger, veterinærer, jordmødre og farmasøyter (den automatiske ordningen).¹³⁴
- Det **andre sporet** er en generell ordning for godkjenning av yrkeskvalifikasjoner, som kommer til anvendelse for alle yrkesgrupper som ikke omfattes av reglene om automatisk godkjenning (sektoryrkene), eksempelvis psykologer, samt for søkere fra sektoryrkene dersom disse søkerne ikke oppfyller kravene til automatisk godkjenning (den generelle ordningen).

Prinsippet om automatisk godkjenning av yrkeskvalifikasjonsbevis for visse yrker på grunnlag av samordnede minstekrav til utdanning fremgår av yrkeskvalifikasjonsdirektivet artikkel 21. De samordnede minstekravene til sektoryrkene (leger, sykepleiere, tannleger, veterinærer, jordmødre og farmasøyter) fremgår videre av yrkeskvalifikasjonsdirektivet artikler 24-45. Det følger av artikkel 21 nr. 1 (2) at kvalifikasjonsbevis som er omfattet av bestemmelsen «skal være utstedt av vedkommende organer i medlemsstatene, og der det er hensiktsmessig være ledsaget av attestene» opplistet i vedlegg V. Etter yrkeskvalifikasjonsdirektivet artikkel 4 har dermed søkere som har fullført utdanning i hjemstaten og derfor er i besittelse av et kvalifikasjonsbevis, samt av attester som ledsager kvalifikasjonsbeviset der det er hensiktsmessig, rett til automatisk godkjenning av sine yrkeskvalifikasjoner etter artikkel 21 nr. 1.

Det er opp til den enkelte EØS-stat å definere hvilke kvalifikasjonsbevis og eventuelle tilleggsattester som kreves for adgang til og utøvelse av de enkelte yrker på sitt territorium. Vertsstaten har ingen «skjønnsmargin med hensyn til godkjenningen av de aktuelle kvalifikasjoner og vertsstaten har ikke anledning til å vurdere om hjemstatens tilleggskrav er hensiktsmessige. Vertsstaten har plikt til automatisk å godkjenne kvalifikasjonsbevis utstedt av hjemstaten for det aktuelle yrke.»¹³⁵

Yrkeskvalifikasjonsdirektivet vedlegg V «Godkjenning på grunnlag av samordning av minstekrav til utdanning» lister opp staten og organet som utsteder kvalifikasjonsbeviset, kvalifikasjonsbeviset og eventuelle attester som ledsager kvalifikasjonsbeviset. Det er dette som er avgjørende for om en søker har rett til automatisk godkjenning av sine yrkeskvalifikasjoner.

Den generelle ordningen gjelder for lovregulerte yrker som ikke omfattes av den automatiske ordningen, eksempelvis psykologer, samt søkere fra sektoryrkene dersom disse ikke oppfyller kravene til automatisk godkjenning, jf. yrkeskvalifikasjonsdirektivet artikkel 10.¹³⁶ Direktivets artikkel 11 deler yrkeskvalifikasjonene opp i nivåer ut fra utdanningens lengde og nivå på utdanningsinstitusjonen. Inndelingen brukes som verktøy for vurderingen av utdanninger etter den generelle godkjenningsordningen. Direktivet artikkel 13 oppstiller vilkårene for godkjenning av yrkeskvalifikasjoner under den generelle ordningen. Det følger av hovedregelen i artikkel 13 nr. 1:

«Dersom en vertsstat krever særlige yrkeskvalifikasjoner for adgang til eller utøvelse av et lovregulert yrke, skal vedkommende myndighet i denne medlemsstaten tillate adgang til og utøvelse av dette yrket på samme vilkår som gjelder for medlemsstatens borgere, for søkere som innehar den kompetanseattest eller det kvalifikasjonsbevis som kreves av en annen medlemsstat for adgang til eller utøvelse av yrket på dennes territorium».

¹³⁴ Yrkeskvalifikasjonsdirektivet artikkel 21-45.

¹³⁵ EFTA-domstolens dom fra 25. mars 2021 i *Lindberg*, E-3/20, avsnitt 44-46.

¹³⁶ Se oppstillingen av helsepersonell i helsepersonelloven § 48.

6.4.2.2 Overordnet om forholdet til reglene om fri bevegelighet i EØS-avtalen

Ordningen med godkjenning av yrkeskvalifikasjoner fra EØS-borgere, berører den frie bevegeligheten for arbeidstakere i EØS-avtalen artikkel 28, etableringsretten i EØS-avtalen artikkel 31 og tjenestefriheten i EØS-avtalen artikkel 36. Som nevnt under pkt. 3.2, er det i denne utredningen avgrenset mot midlertidig, grensekryssende tjenesteytelse. Det er derfor etableringsretten i EØS-avtalen artikkel 31 som er særlig relevant for vurderingene. Det presiseres at nasjonale tiltak, herunder nasjonal lovgivning, kan berøre flere av de grunnleggende frihetene samtidig.

De grunnleggende frihetene i EØS-avtalen, herunder etableringsretten i EØS-avtalen artikkel 31, er relevante for alle helsepersonell som søker om autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning i Norge med yrkeskvalifikasjoner oppnådd i en annen EØS-stat. For det første må EUs sekundærlovgivning, her yrkeskvalifikasjonsdirektivet, tolkes i samsvar med EØS-avtalen. Yrkeskvalifikasjonsdirektivet, som redegjort for under pkt. 6.4, oppstiller harmoniserte regler knyttet til godkjenning av yrkeskvalifikasjoner, blant annet for helsepersonell. Bestemmelsene i yrkeskvalifikasjonsdirektivet må tolkes i samsvar med de grunnleggende frihetene i EØS-avtalen. Dette innebærer at yrkeskvalifikasjonsdirektivets bestemmelser ikke kan tolkes og anvendes på en måte som hindrer den frie bevegeligheten i større utstrekning enn det de grunnleggende frihetene i EØS-avtalen tillater.¹³⁷

Videre må tiltak som ikke reguleres i sekundærlovgivningen, herunder yrkeskvalifikasjonsdirektivet, men som omfattes av EØS-avtalens virkeområde, vurderes opp mot de relevante grunnleggende frihetene i EØS-avtalen. Et eksempel er nasjonale bestemmelser som hjemler en rett for en medlemsstat til å nekte autorisasjon til en søker med yrkeskvalifikasjoner fra en annen EØS-stat, men som har utilstrekkelige faglige kvalifikasjoner, slik som hjemmelen i EØS-forskriften § 22. En slik adgang er ikke direkte regulert i yrkeskvalifikasjonsdirektivet og slike nasjonale bestemmelser må da vurderes opp mot de grunnleggende frihetene i EØS-avtalens hoveddel.¹³⁸

Dette er også lagt til grunn av EFTA-domstolen i sak E-3/20 *Lindberg*. Domstolen vurderte spørsmålet om vertsstaten har en plikt til å vurdere en søknad om godkjenning av yrkeskvalifikasjoner etter EØS-avtalen artikkel 28 (fri bevegelighet for arbeidstakere) og artikkel 31 (etableringsretten) dersom en søker ikke oppfyller kriteriene for godkjenning etter direktivet artikkel 10 (den generelle ordningen) og artikkel 21 (den automatiske ordningen). EFTA-domstolen uttaler her at der vilkårene for godkjenning av yrkeskvalifikasjoner etter yrkeskvalifikasjonsdirektivet ikke er oppfylt, «kan derfor retten til godkjenning av yrkeskvalifikasjoner utledes fra EØS-avtalen artikkel 28 og 31».¹³⁹

EØS-avtalen artikkel 31 oppstiller et forbud mot restriksjoner for etableringsadgangen for borgere fra andre EØS-stater. Det følger av bestemmelsen:

«I samsvar med bestemmelsene i denne avtale skal det ikke være noen restriksjoner på etableringsadgangen for statsborgere fra en av EFs medlemsstater eller en EFTA-stat på en annen av disse staters territorium. [...]

Etableringsadgangen skal omfatte adgang til å starte og utøve selvstendig næringsvirksomhet og til å opprette og lede foretak, særlig selskaper som definert i artikkel 34 annet ledd, på de vilkår som lovgivningen i etableringsstaten fastsetter for egne borgere, med forbehold for bestemmelsene i kapitlet om kapital.

Vedlegg VIII til XI inneholder særlige bestemmelser om etableringsrett».

¹³⁷ Dette følger av langvarig praksis fra EU-domstolen. Se blant annet EU-domstolens dom fra 16. januar 2003 i *Kommisjonen mot Italia*, sak C-14/00, EU:C:2003:22, avsnitt 66.

¹³⁸ Hjemmelen for å nekte autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning i EØS-forskriften § 22 er vurdert nærmere under pkt. 6.4.6 under.

¹³⁹ EFTA-domstolens dom fra 25. mars 2021 i *Lindberg*, E-3/20, avsnitt 62.

Det følger av EFTA-domstolens praksis, blant annet dom i sak E-14/15 *Holship*, at «EØS-avtalen artikkel 31 forbyr enhver restriksjon på etableringsretten i EØS. Tiltak som kan hindre utøvelsen av de grunnleggende friheter som sikres i EØS-avtalen, eller gjør den mindre interessant, er, selv om de får anvendelse uten hensyn til nasjonalitet, en krenkelse av disse friheter som må rettfærdiggjøres».¹⁴⁰ Det følger videre av *Holship*-dommen:

«Når det gjelder det femte spørsmål, er det viktig å peke på at en restriksjon på etableringsadgangen er forbudt etter EØS-avtalen artikkel 31, også om den er av begrenset omfang eller av mindre betydning. Det finnes ingen *de minimis*-regel på dette området. Det er således uten betydning for vurderingen av om det foreligger en restriksjon på etableringsadgangen, at bedriftens behov for losse- og lastetjenester skulle vise seg å være svært begrenset og/eller sporadisk».¹⁴¹

Det følger videre av EØS-avtalen artikkel 35 at «[b]estemmelsene i artikkel 30 skal anvendes på det saksområde som dette kapittel omhandler». Det fremgår av artikkel 30:

«For å lette adgangen til å starte og utøve virksomhet som arbeidstager og selvstendig næringsdrivende skal avtalepartene treffe de nødvendige tiltak, som fastsatt i vedlegg VII, for gjensidig godkjenning av diplomer, eksamensbevis og andre kvalifikasjonsbevis og samordning av de bestemmelser som avtalepartene har gitt ved lov eller forskrift om adgangen til å starte og utøve virksomhet som arbeidstager og selvstendig næringsdrivende».

Yrkeskvalifikasjonsdirektivet er tatt inn i EØS-avtalen vedlegg VII og gjennomført i Norge på helsepersonellområdet i EØS-forskriften.

Restriksjoner på etableringsretten i EØS-avtalen artikkel 31 kan rettfærdiggjøres etter EØS-avtalen artikkel 33:

«Bestemmelsene i dette kapittel og tiltak truffet med hjemmel i disse bestemmelsene, skal ikke hindre at bestemmelser om særbehandling av fremmede statsborgere får anvendelse når de er fastsatt ved lov eller forskrift og begrunnet med hensynet til offentlig orden, sikkerhet og folkehelsen».

Nasjonale tiltak som ikke er diskriminerende, dvs. at tiltakene får anvendelse uavhengig av nasjonalitet, kan også rettfærdiggjøres i tvingende allmenne hensyn. Som EFTA-domstolen uttaler i *Holship*:

«Det er fast rettspraksis at restriksjoner på etableringsretten kan rettfærdiggjøres etter EØS-avtalen artikkel 33 og, dersom restriksjonen får anvendelse uavhengig av nasjonalitet, i tvingende allmenne hensyn (jf. for eksempel EU-domstolen i *Kommisjonen mot Spania*, C-576/13, EU:C:2014:2430 (avsnitt 47), og den rettspraksis som det vises til der.

[...]

For fullstendighetens skyld pekes det på at dersom en restriksjon skal være rettfærdiggjort, er det ikke uten videre nok at den fremmer et legitimt mål. Et restriktivt tiltak må være slik at det sikrer oppnåelsen av det tilsiktede mål og må ikke gå lenger enn det som er nødvendig for å nå dette mål. Med andre ord må det ikke være mulig å oppnå samme resultat med tiltak som er mindre inngripende (jf. EU-domstolen i *Kommisjonen mot Spania*, som omtalt over (avsnitt 53), og den rettspraksis som det vises til der».¹⁴²

¹⁴⁰ EFTA-domstolens dom fra 19. april 2016 i *Holship*, E-14/15, [2016] EFTA Ct. Rep. 240, avsnitt 115.

¹⁴¹ EFTA-domstolens dom fra 19. april 2016 i *Holship*, E-14/15, [2016] EFTA Ct. Rep. 240, avsnitt 116.

¹⁴² EFTA-domstolens dom fra 19. april 2016 i *Holship*, E-14/15, [2016] EFTA Ct. Rep. 240, avsnitt 121 og 130.

EU-domstolen og EFTA-domstolen har anerkjent en lang rekke hensyn som tvingende allmenne hensyn som kan rettfærdiggjøre en ikke-diskriminerende restriksjon på de grunnleggende frihetene i EØS-avtalen. Det er klart at hensynet til offentlig helse (folkehelsen) er et tvingende allment hensyn. Det kan her blant annet vises til yrkeskvalifikasjonsdirektivets fortale avsnitt 44, der det fremgår at «[d]ette direktiv berører ikke tiltak som er nødvendige for å sikre et høyt nivå for **helse- og forbrukervern**». (vår utheving)

Det kan også vises til blant annet EFTA-domstolens dom i forente saker E-11/07 og E-1/08 *Rindal og Slinning* der EFTA-domstolen anerkjenner «[m]ålsetningen om å sikre en tilstrekkelig og varig adgang til et balansert tilbud av kvalitativt god sykehusbehandling i vedkommende stat, og ønsket om å ha kontroll med kostnadene og forhindre sløsing med økonomiske, tekniske og menneskelige ressurser». ¹⁴³ Nasjonale tiltak som utgjør en restriksjon på en av grunnleggende frihetene i EØS-avtalen kan «ikke begrunnes i økonomiske mål, slik som beskyttelse av innenlandske virksomheter». ¹⁴⁴

6.4.3 Utgangspunkter i EFTA-konvensjonen

EØS-avtalen og yrkeskvalifikasjonsdirektivet gjelder ikke for statsborgere fra Sveits som ønsker å utøve yrke som helsepersonell i Norge. For disse gjelder EFTA-konvensjonen, jf. EFTA-konvensjonens fortale avsnitt 1. Det følger av EFTA-konvensjonen artikkel 22:

«In order to make it easier for nationals of the Member States to take up and pursue activities as workers and self-employed persons, the Member States shall take the necessary measures as contained in Appendix 3 to Annex K and the Protocol to Annex K on the free movement of persons between Liechtenstein and Switzerland, concerning the mutual recognition of diplomas, certificates and other evidence of formal qualifications, and the coordination of the provisions laid down by law, regulation or administrative action in the Member States concerning the taking up and pursuit of activities by workers and self-employed persons».

Bestemmelsen svarer dermed i stor grad til EØS-avtalen artikkel 30, som gjennomgått under pkt. 6.4.2.2.

Det følger videre av EFTA-konvensjonen appendix 3 til vedlegg K nr. 1 at medlemsstatene til konvensjonen «agree, with regard to the mutual recognition of professional qualifications, to apply among themselves the Community acts to which reference is made, as incorporated in the EEA Agreement and in the Swiss-EC Agreement on the free movement of persons, and as in force in 21 June 1999 and as amended by Section A of this Appendix, or rules equivalent to such acts». Videre viser «Section A – Acts to which reference is made» pkt. A «General system, recognition of professional experience and automatic recognition» nr. 1 til «Directive 2005/36/EC of the European Parliament and of the Council of 7 September 2005 on the recognition of professional qualifications (OJ L 255, 30.9.2005, p. 22), as corrected by OJ L 271, 16.10.2007, p. 18 and OJ L 93, 4.4.2008, p. 28», som videre endret av direktiv 2006/100/EC, forordning 1430/2007, forordning 755/2008, forordning 279/2009 og forordning 213/2011.

EFTA-konvensjonen vedlegg K appendix 3 gjennomfører dermed yrkeskvalifikasjonsdirektivet for medlemsstatene til konvensjonen, med de endringene som følger av konvensjonen. Dette inkluderer samordning av minstekrav til utdanning for Island, Liechtenstein, Norge og Sveits for leger, sykepleiere og tannleger. EFTA-konvensjonens bestemmelser gjennomføres i EØS-forskriften.

¹⁴³ EFTA-domstolens dom fra 19. desember 2008 i forente saker E-11/07 og E-1/08, *Rindal og Slinning*, [2008] EFTA Ct. Rep. 320, avsnitt 55.

¹⁴⁴ EFTA-domstolens dom fra 23. januar 2012 i sak E-2/11, *STX*, [2012] EFTA Ct. Rep. 4, avsnitt 82. Se også tilnærmingen til EFTA-domstolen i dom fra 15. desember 2011 i sak E-1/11 *Dr. A*, [2011] EFTA Ct. Rep. 484, avsnitt 72-76.

6.4.4 Reglene i EØS-forskriften: Utgangspunkter

EØS-forskriften gjennomfører både yrkeskvalifikasjonsdirektivet, EFTA-konvensjonen artikkel 22, jf. vedlegg K appendix 3, samt Arjeplogavtalen, på området for helsepersonell. Som det fremgår av EØS-forskriften § 1 er forskriftens formål «å gjennomføre de rettigheter til norsk autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning for helsepersonell som følger av EØS-avtalen og EFTA-konvensjonen, jf. EUs yrkeskvalifikasjonsdirektiv, og Overenskomst om felles nordisk arbeidsmarked for visse yrkesgrupper innen helsevesenet og for veterinærer».

EØS-forskriften gjelder rett til autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning «for søker som har tilegnet seg yrkeskvalifikasjoner i en EØS-stat eller i Sveits og som skal utøve yrke som nevnt i helsepersonelloven § 48 (1) eller som spesialist etter helsepersonelloven § 51», samt helsepersonell som skal utøve midlertidig tjenesteyting, jf. EØS-forskriften § 2. Forskriften kommer også delvis til anvendelse for behandling av søknader fra søkere som har tilegnet seg yrkeskvalifikasjoner i Storbritannia før 1. januar 2021,¹⁴⁵ og for søkere med visse utdanninger fra Færøyene og Grønland, jf. Arjeplogavtalen.

Virkningen av at helsepersonell får autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning etter EØS-forskriften følger av forskriften § 4:

«Helsepersonell som får autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning etter denne forskrift eller som har rett til midlertidig å yte tjenester etter forskriften kapittel 4, kan utøve yrket på samme vilkår som helsepersonell med tilsvarende godkjenning i Norge».

Innvilget søknad om autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning etter EØS-forskriften innebærer dermed at søkere fra andre EØS-stater kan utøve det aktuelle yrket på samme vilkår som helsepersonell som utøver det tilsvarende yrket i Norge.¹⁴⁶

EØS-forskriften benytter en rekke begreper som er definert i forskriften § 4, som gjennomfører yrkeskvalifikasjonsdirektivet artikkel 3. De mest sentrale definisjonene i forskriften § 4 for vurderingene i denne rapporten er:

«d. *Det indre markeds informasjonssystem (IMI)*: EUs database for informasjonsutveksling mellom ansvarlige myndigheter i EØS-statene.

e. *kvalifikasjonsbevis*: Eksamensbevis, attester og annen dokumentasjon utstedt av en ansvarlig myndighet i en avtalestat. Beviset skal dokumentere en bestått yrkeskompetansegivende utdanning som i hovedsak er ervervet innen EØS-området eller i Sveits. Som kvalifikasjonsbevis regnes også bevis utstedt av en tredjestat dersom innehaveren har tre års yrkeserfaring i det aktuelle yret, i en EØS-stat eller Sveits.

f. *lovlig etablert*: Yrkesutøveren oppfyller alle vilkårene for å utøve et yrke og har ikke fått forbud mot eller begrensninger i retten til å utøve yrket, i en EØS-stat eller Sveits.

g. *lovregulert utdanning*: Enhver utdanning som er særlig rettet mot utøvelsen av et gitt yrke og som omfatter ett eller flere kurs, eventuelt supplert med yrkesrettet opplæring eller med en praktisk eller faglig prøveperiode. Strukturen i og nivået på den yrkesrettede utdanningen eller den praktiske eller faglige prøveperioden skal fastsettes ved lov eller forskrift av vedkommende avtalestat eller overvåkes eller godkjennes av den myndighet som er utpekt for dette formålet.

¹⁴⁵ Søkere med utdanning fra Storbritannia og Nord-Irland er ellers regulert av Frihandelsavtalen mellom Island, Liechtenstein, Norge og Storbritannia fra 8. juli 2021 (08-07-2021 nr 7 Multilateral) kapittel 12, som gjennomført på helsepersonellområdet i forskrift om godkjenning av helsepersonell med yrkeskvalifikasjoner fra Storbritannia (FOR-2023-11-23-1895).

¹⁴⁶ Hvilke helsepersonell som omfattes av den norske autorisasjonsordningen følger av helsepersonelloven § 48.

h. *lovregulert yrke*: Et yrke som nevnt i helsepersonelloven § 48 første ledd. I andre EØS-stater eller i Sveits en yrkesvirksomhet som er underlagt lov- eller forskriftsfestede krav om særlige yrkeskvalifikasjoner. I andre EØS-stater regnes også yrkesvirksomhet utøvet av medlemmer i de britiske organisasjonene Chartered Society of Physiotherapy, Royal Society of Chemistry og British Psychological Society som lovregulert yrke.

[...]

j. *yrkeserfaring*: Faktisk og lovlig utøvelse av det aktuelle yrket i en avtalestat.

k. *yrkeskvalifikasjoner*: Kvalifikasjoner dokumentert med kvalifikasjonsbevis, en kompetanseattest som nevnt i forskriften vedlegg I bokstav a, nr. 1 eller yrkeserfaring».

For helsepersonell som skal etablere seg i Norge på varig basis, skiller EØS-forskriften mellom harmoniserte utdanninger og ikke-harmoniserte utdanninger. Harmoniserte utdanninger er utdanninger med harmoniserte minstekrav til lengde og innhold, harmonisert i yrkeskvalifikasjonsdirektivet og gjennomført i EØS-forskriften kapittel 2, jf. EØS-forskriften vedlegg II. Det er bare yrkene lege, sykepleier, tannlege, veterinær, jordmødre og provisorfarmasøytter (sektoryrkene) som er harmoniserte, jf. blant annet EØS-forskriften § 5. For de harmoniserte utdanningene, oppstiller EØS-forskriften en ordning med automatisk godkjenning av yrkeskvalifikasjonene på bakgrunn av de harmoniserte minstekravene (EØS-forskriften kapittel 2) (den automatiske ordningen).

De ikke-harmoniserte utdanningene er utdanninger der det ikke er oppstilt harmoniserte minstekrav til lengde og innhold i yrkeskvalifikasjonsdirektivet, dvs. yrkene som ikke er en del av de nevnte sektoryrkene.¹⁴⁷ Det skilles her mellom yrker som er lovregulerte, jf. EØS-forskriften § 4 bokstav h, og yrker som ikke er lovregulerte.

6.4.5 Reglene i EØS-forskriften: Regler for tildeling av autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning

6.4.5.1 *Reglene for tildeling av autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning for harmoniserte utdanninger*

Autorisasjon og lisens

Hovedregelen for rett til autorisasjon og lisens ved harmoniserte utdanninger (lege, sykepleier, tannlege, jordmor og provisorfarmasøyt) fremgår av EØS-forskriften § 5. Det følger av EØS-forskriften § 5 (1) og (2):

«Søker har rett til autorisasjon eller lisens som lege, sykepleier, tannlege, jordmor eller provisorfarmasøyt dersom søkeren fremlegger slikt kvalifikasjonsbevis som

- a. for lege som nevnt i forskriften vedlegg II punkt 5.1.1, og som er vedlagt en eventuell attest om praktisk tjeneste mv.
- b. for sykepleiere er nevnt i forskriften vedlegg II punkt 5.2.2
- c. for tannlege er nevnt i forskriften vedlegg II punkt 5.3.2 og som er vedlagt en eventuell attest om praktisk tjeneste mv.
- d. for jordmor er nevnt i forskriften vedlegg II punkt 5.5.2
- e. for provisorfarmasøyt er nevnt i forskriften vedlegg II punkt 5.6.2 og som er vedlagt en eventuell attest om praktisk tjeneste mv.

¹⁴⁷ Dvs. ambulansarbeider, apotektekniker, audiograf, bioingeniør, ergoterapeut, foterapeut, fysioterapeut, helsefagarbeider, helsesekretær, hjelpepleier, kiropraktor, klinisk ernæringsfysiolog, manuellterapeut, naprapat, omsorgsarbeider, optiker, ortopediingeniør, ortoptist, osteopat, paramedisiner, perfusjonist, psykolog, radiograf, reseptarfarmasøyt, tannhelsesekretær, tannpleier, tanntekniker eller vernepleier, jf. EØS-forskriften § 13.

Søker som fremlegger kvalifikasjonsbevis som ikke svarer til de titler som fremgår av første ledd, har rett til autorisasjon eller lisens dersom vedkommende fremlegger bekreftelse fra myndighetene i den avtalestaten som har utstedt kvalifikasjonsbeviset. Bekreftelsen skal opplyse om at utdanningen er i samsvar med EUs yrkeskvalifikasjonsdirektiv og at kvalifikasjonsbeviset kan likestilles med de kvalifikasjonsbevis som er nevnt i direktivet».

EØS-forskriften § 5 (3), (4) og (5) regulerer særlige vilkår for autorisasjon og lisens som jordmor etter § 5 (1) bokstav d. For sykepleiere oppstiller § 5 (6) særlige regler for utdanning som sykepleier fra Færøyene og Grønland,

EØS-forskriften vedlegg II¹⁴⁸ som lister opp harmoniserte utdanninger for leger, sykepleiere, tannleger, jordmødre og farmasøyter, er basert på yrkeskvalifikasjonsdirektivet vedlegg V om godkjenning på grunnlag av samordning av minstekrav til utdanning, med endringer som følger av Kommisjonens delegerte avgjørelse (EU) 2024/1395 av 5. mars 2024. Opplistingen av harmoniserte utdanninger i EØS-forskriften vedlegg II lister opp hvilken stat som har utstedt kvalifikasjonsbeviset, kvalifikasjonsbeviset, jf. definisjonen i EØS-forskriften § 4 bokstav e, organet som tildeler kvalifikasjonsbeviset, eventuelle attester som ledsager kvalifikasjonsbeviset og referansedato. Eksempel på harmonisert utdanning for medisinsk grunnutdanning i vedlegg II pkt. 5.1.1:

Stat	Kvalifikasjonsbevis	Organ som tildeler kvalifikasjonsbevis	Attest som ledsager kvalifikasjonsbevis	Referansedato
Danmark	Bevis for kandidatutdannelsen i medicin (cand.med.) Bevis for bestået lægevidenskabelig embedseksamen (cand.med.)	Universitet	1. Autorisation som læge 2. Tilladelse til selvstændigt virke som læge	20.12.1976

Figur 4: Utdrag fra EØS-forskriften vedlegg II pkt. 5.1.1.

Dersom søker om autorisasjon eller lisens oppfyller kravet i § 5, dvs. kan fremlegge kvalifikasjonsbevis som opplistet i § 5 (1) bokstav a til e, jf. vedlegg II, for det respektive yrket, har søker «rett» på autorisasjon eller lisens. EØS-statene er dermed «forhindret fra å gjøre godkjenning av yrkeskvalifikasjoner for leger som oppfyller kriteriene i direktivet betinget av ytterligere krav».¹⁴⁹ Dersom søkerens yrkeskvalifikasjoner godkjennes etter den automatiske ordningen, kan søkeren utøve yrket på samme vilkår som helsepersonell med tilsvarende godkjenning i Norge, jf. EØS-forskriften § 3.

En adgang til å nekte autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning selv om vilkårene i forskriften kapittel 2 og 3 er oppfylt, er oppstilt i EØS-forskriften § 22. Helsedirektoratet kan avslå en søknad dersom det foreligger grunnlag for tilbakekall, jf. helsepersonelloven § 57. Se gjennomgangen under pkt. 6.4.6.

EØS-forskriften §§ 6 og 7 oppstiller regler om autorisasjon og lisens på grunnlag av ervervede og særlige ervervede rettigheter.

Spesialistgodkjenning

Hovedregelen om godkjenning av utenlandsk spesialistgodkjenning fra andre EØS-stater og Sveits følger av EØS-forskriften § 8:

«Søker har rett til godkjenning som spesialist innen medisin eller odontologi dersom

¹⁴⁸ EØS-forskriften vedlegg II – Godkjenning ved harmoniserte utdanninger: [Lenke](#) (lastet ned 10. mars 2026).

¹⁴⁹ EFTA-domstolen dom fra 15. desember 2011 i sak E-1/11 Dr. A, [2011] EFTA Ct. Rep. 484, avsnitt 65-67.

- a. spesialiteten er godkjent som spesialitet i Norge
- b. søkeren har autorisasjon eller lisens som henholdsvis lege eller tannlege etter § 5, § 6 eller § 7, og
- c. søkeren fremlegger kvalifikasjonsbevis som henholdsvis er omhandlet i forskriften vedlegg II punkt 5.1.2 og 5.1.3 for spesialist innen medisin og punkt 5.3.3 for spesialist innen en avgrenset del av de odontologiske fagområder.

Søker som fremlegger kvalifikasjonsbevis som spesialist innen medisin eller odontologi som ikke svarer til de titler som fremgår av første ledd, har rett til spesialistgodkjenning dersom vedkommende fremlegger en bekreftelse fra myndighetene i den avtalestaten som har utstedt kvalifikasjonsbeviset. Bekreftelsen skal opplyse om at spesialistutdanningen er i samsvar med EUs yrkeskvalifikasjonsdirektiv og at kvalifikasjonsbeviset kan likestilles med de kvalifikasjonsbevis som er nevnt i dette direktiv».

Som for autorisasjon og lisens lister EØS-forskriften vedlegg II opp harmoniserte spesialiseringer, men begrenset til spesialiseringer for leger (vedlegg II pkt. 5.1.2 og 5.1.3) og tannleger (vedlegg II pkt. 5.3.3). Oppstillingen av de harmoniserte spesialiseringene i vedlegg II lister opp hvilken stat kvalifikasjonsbeviset er utstedt av, kvalifikasjonsbeviset, organet som har tildelt kvalifikasjonsbeviset og referansedato. Eksempel på harmonisert spesialisering for leger i vedlegg II pkt. 5.1.2:

Stat	Kvalifikasjonsbevis	Organ som tildeler kvalifikasjonsbevis	Referansedato
Danmark	Bevis for tilladelse til at betegne sig som speciallæge	Sundhedsstyrelsen Styrelsen for Patientsikkerhed	20.12.1976

Figur 5: Utdrag fra EØS-forskriften vedlegg II pkt. 5.1.2.

Dersom et helsepersonell som søker om spesialistgodkjenning oppfyller kravene i § 8, har søkeren «rett til godkjenning som spesialist». På samme måte som for autorisasjon og lisens oppstiller bestemmelsen et system for automatisk godkjenning av yrkeskvalifikasjoner for de harmoniserte spesialiseringene som er listet opp i § 8 (1) bokstav c, jf. vedlegg II, men med tilleggskravene at spesialiteten er godkjent som spesialitet i Norge og at søkeren har autorisasjon eller lisens. Søkeren kan da utøve yrket på samme vilkår som helsepersonell med tilsvarende godkjenning i Norge, jf. EØS-forskriften § 3.

En adgang til å nekte en søknad om spesialistgodkjenning er, som nevnt over, oppstilt i EØS-forskriften § 22. Se gjennomgangen under pkt. 6.4.6.

EØS-forskriften § 9 oppstiller regler om spesialistgodkjenning på grunnlag av ervervede rettigheter. Reglene om ervervede rettigheter anses ikke som særlig relevant for vurderingene i denne rapporten og omtales derfor ikke nærmere.

Godkjenning som spesialist i allmennmedisin, både på grunnlag av kvalifikasjonsbevis i vedlegg II pkt. 5.1.4, og på grunnlag av ervervede rettigheter er regulert særskilt i EØS-forskriften § 10.

6.4.5.2 Reglene for tildeling av autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning for harmoniserte utdanninger – søkere som ikke oppfyller vilkårene i EØS-forskriften kapittel 2

For søkere med harmoniserte utdanninger, som ikke oppfyller kravene i EØS-forskriften §§ 5 til 11, fremgår det av § 12 at søknaden i stedet skal vurderes etter EØS-forskriften §§ 13 og 15 «dersom følgende vilkår er oppfylt:

- a. Det er særlige og unntaksvis årsaker til at søkeren ikke oppfyller vilkårene i § 5 til § 11.
- b. Søknaden gjelder en av følgende situasjoner:

- Søkeren har utdanning til yrket det søkes godkjenning for, men mangler tilstrekkelig yrkeserfaring til å påberope seg ervervede rettigheter, jf. direktivet artikkel 10 bokstav b.
- Søkeren har relevant godkjenning som lege- eller tannlegespesialist, jf. direktivet artikkel 10 bokstav d.
- Søkeren er spesialsykepleier uten utdanning i alminnelig sykepleie, jf. direktivet artikkel 10 bokstav f».

EØS-forskriften §§ 13 og 15 er gjennomgått nærmere under pkt. 6.4.5.3 og pkt. 6.4.5.5.

6.4.5.3 Reglene for tildeling av autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning for ikke-harmoniserte utdanninger – lovregulerte yrker

Godkjenning av søknader om autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning knyttet til ikke-harmoniserte utdanninger, dvs. utdanninger der minstekrav til lengde og innhold ikke er harmonisert gjennom yrkeskvalifikasjonsdirektivet, er i norsk rett regulert i EØS-forskriften kapittel 3 (den generelle ordningen). Den generelle ordningen gjelder for alle yrkesgrupper som ikke omfattes av reglene om automatisk godkjenning (sektoryrkene),¹⁵⁰ samt for søkere fra sektoryrkene som ikke oppfyller vilkårene for automatisk godkjenning, jf. EØS-forskriften § 12, jf. §§ 13 og 15.

EØS-forskriften § 13 regulerer autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning på grunnlag av kvalifikasjonsbevis for lovregulerte yrker:

«Søker har rett til autorisasjon eller lisens som ambulansarbeider, apotektekniker, audiograf, bioingeniør, ergoterapeut, fotterapeut, fysioterapeut, helsefagarbeider, helsesekretær, hjelpepleier, kiropraktor, klinisk ernæringsfysiolog, manuellterapeut, naprapat, omsorgsarbeider, optiker, ortopediingeniør, ortoptist, osteopat, paramedisiner, perfusjonist, psykolog, radiograf, reseptarfarmasøyt, tannhelsesekretær, tannpleier, tanntekniker eller vernepleier, dersom søkeren fremlegger kvalifikasjonsbevis som kreves i en annen avtalestat for der å kunne utøve et av overnevnte lovregulerte yrker.

Utdanning på et kvalifikasjonsnivå som nevnt i forskriftens vedlegg I bokstav a gir ikke rett til autorisasjon eller lisens etter første ledd dersom den norske utdanningen er på et kvalifikasjonsnivå som nevnt i vedlegg I bokstav e.

Søker som omfattes av § 12 har tilsvarende rett til autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning etter denne bestemmelsen og § 15».

Som nevnt over er et «lovregulert yrke» et yrke som nevnt i helsepersonelloven § 48 (1). I andre EØS-stater og Sveits er «en yrkesvirksomhet som er underlagt lov- eller forskriftsfestede krav om særlige yrkeskvalifikasjoner» regnet som et lovregulert yrke.

Bestemmelsen i EØS-forskriften § 13 (1) innebærer at dersom en søker om autorisasjon eller lisens kan fremlegge et kvalifikasjonsbevis, jf. EØS-forskriften § 4 bokstav e, fra en annen EØS-stat eller Sveits som dekker det tilsvarende lovregulerte yrket som listes opp i bestemmelsen i hjemlandet, har søkeren «rett» på autorisasjon for yrket i Norge. Søkeren kan da utøve yrket på samme vilkår som helsepersonell med tilsvarende godkjenning i Norge, jf. EØS-forskriften § 3.

Helsedirektoratet foretar en konkret vurdering av søkers utenlandske utdanning og eventuelt ytterligere kvalifikasjoner, og vurderer dette opp mot tilsvarende norsk utdanning. Dersom «søkers utdanning er vesentlig forskjellig fra den utdanning som gis for det aktuelle yrket i Norge», eller «det

¹⁵⁰ Ambulansarbeider, apotektekniker, audiograf, bioingeniør, ergoterapeut, fotterapeut, fysioterapeut, helsefagarbeider, helsesekretær, hjelpepleier, kiropraktor, klinisk ernæringsfysiolog, manuellterapeut, naprapat, omsorgsarbeider, optiker, ortopediingeniør, ortoptist, osteopat, paramedisiner, perfusjonist, psykolog, radiograf, reseptarfarmasøyt, tannhelsesekretær, tannpleier, tanntekniker eller vernepleier, jf. helsepersonelloven § 48.

aktuelle yrket i Norge omfatter lovregulerte yrkesaktiviteter som ikke inngår i en sammenlignbar form i det tilsvarende yrket i søkers hjemstat, og det i Norge kreves en særskilt utdanning som er vesentlig forskjellig fra søkers utdanning», kan Helsedirektoratet kreve at søker gjennomfører utlikningstiltak i form av enten en prøveperiode på høyst tre år under veiledning eller består en egnethetsprøve», jf. EØS-forskriften § 15. Det kan her også vises til jevngodhets- og kyndighetsvurderingene for autorisasjon i helsepersonelloven § 48 a (1) bokstav c og d, skikkethetskravet for lisens i helsepersonelloven § 49 (2) og kravene for spesialistgodkjenning fastsatt i forskrift.¹⁵¹

EØS-forskriften § 13 (2) oppstiller en presisering knyttet til kvalifikasjonsnivå som nevnt i forskriften vedlegg I bokstav a. EØS-forskriften vedlegg I oppstiller de nivåene yrkeskvalifikasjonene er ordnet i. Vedlegg I bokstav a oppstiller nivået for «[e]n kompetanseattest utstedt av kompetent myndighet i hjemstaten på grunnlag av

1. enten et opplæringskurs som ikke utgjør noen del av en attest eller et diplom av betydningen til bokstav b, c, d eller e, eller en særskilt eksamen uten forutgående opplæring, eller utøvelse av yrket på heltid i en medlemsstat i tre sammenhengende år eller av tilsvarende varighet på deltid i løpet av de siste ti årene, eller
2. generell utdanning fra grunnskole eller videregående skole, med dokumentasjon på at innehaveren har ervervet generell kunnskap».

EØS-forskriften § 13 (2) presiserer at utdanning på kvalifikasjonsnivået i vedlegg I bokstav a ikke gir rett til autorisasjon eller lisens etter § 13 (1) dersom den norske utdanningen er på et kvalifikasjonsnivå som nevnt i vedlegg I bokstav e. Kvalifikasjonsnivået i vedlegg I bokstav e er:

«Et diplom som viser at innehaveren har bestått en utdanning ut over videregående opplæring av minst fire års varighet, eller av tilsvarende varighet på deltid. Utdanningen må ha foregått ved et universitet, en institusjon for høyere utdanning eller en annen institusjon på tilsvarende utdanningsnivå. Søkeren må hvor det er aktuelt ha bestått den yrkesrettede utdanningen som kreves i tillegg til utdanning ut over videregående opplæring».

6.4.5.4 Reglene for tildeling av autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning for ikke-harmoniserte utdanninger – ikke lovregulerte yrker

Godkjenning av søknader om autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning basert på ikke-harmoniserte utdanninger, for ikke-lovregulerte yrker reguleres i EØS-forskriften § 14. Det følger av bestemmelsen:

«Søker som har utøvd ett av yrkene nevnt i § 13 første ledd i en avtalestat hvor yrket ikke er lovregulert, har rett til autorisasjon eller lisens når søker har utøvd yrket på heltid i minst ett år eller i en tilsvarende periode på deltid, i løpet av de siste ti årene. Søkeren må fremlegge bevis på yrkeskvalifikasjoner som dokumenterer at innehaveren er forberedt til å utøve det aktuelle yrket. § 13 annet ledd gjelder tilsvarende.

Yrkeserfaring som nevnt i første ledd kreves ikke når det søkes om autorisasjon eller lisens på bakgrunn av en lovregulert utdanning på kvalifikasjonsnivåer beskrevet i vedlegg I, bokstav b, c, d eller e».

Bestemmelsen kommer følgelig til anvendelse for de yrkene som nevnes i EØS-forskriften § 13 (1), men for tilfellene der disse yrkene ikke er lovregulerte i søkerens hjemland. For at søknaden skal godkjennes, må søker fremlegge bevis på yrkeskvalifikasjoner, jf. EØS-forskriften § 4 bokstav e, fra en annen EØS-stat eller Sveits som dokumenterer at søkeren er forberedt på å utøve det aktuelle yrket. I tillegg må

¹⁵¹ Se forskrift om spesialistgodkjenning av helsepersonell og turnusstillinger for leger (FOR-2000-12-21-1384), forskrift om spesialistutdanning og spesialistgodkjenning for leger og tannleger (FOR-2016-12-08-1482) (Spesialistforskriften), og forskrift om spesialistgodkjenning for sykepleiere (FOR-2019-11-19-2206).

søker dokumentere at søker har utøvd yrket på heltid i minst ett år eller i en tilsvarende periode på deltid, i løpet av de siste ti årene.

Presiseringen i EØS-forskriften § 13 (2) gjelder tilsvarende for søknader etter § 14, jf. § 14 (2).

6.4.5.5 Særlige krav som kan stilles på grunn av utdanningens varighet, innhold og nivå

Dersom Helsedirektoratet ved vurderingen av en søknad om autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning knyttet til en ikke-harmonisert utdanning, jf. EØS-forskriften §§ 13 (lovregulerte yrker) og 14 (ikke-lovregulerte yrker), finner at søkers utdanning er vesentlig forskjellig fra den utdanning som gis for det aktuelle yrket i Norge, eller det aktuelle yrket i Norge omfatter lovregulerte yrkesaktiviteter som ikke inngår i en sammenlignbar form i det tilsvarende yrket i søkers hjemstat, og det i Norge kreves en særskilt utdanning som er vesentlig forskjellig fra søkers utdanning, kan Helsedirektoratet kreve at søker enten gjennomgår en prøveperiode eller en egnethetsprøve, jf. EØS-forskriften § 15.

Slike utligningstiltak i form av tilleggskrav vil i utgangspunktet ikke være aktuelt for søkere som oppfyller vilkårene for automatisk godkjenning av autorisasjon, lisens og spesialistutdanning etter den automatiske ordningen i EØS-forskriften kapittel 2. Helsedirektoratet kan imidlertid pålegge krav om prøveperiode eller egnethetsprøve også for søkere med harmoniserte utdanninger dersom vilkårene i EØS-forskriften § 12 er oppfylt.

6.4.6 Reglene i EØS-forskriften: Adgangen til å nekte autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning

I helsepersonelloven § 53 fremgår det, som gjennomgått under pkt. 6.3, at Helsedirektoratet «kan nekte en søker» autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning «hvis det foreligger omstendigheter som ville gitt grunnlag for tilbakekall etter § 57». En tilsvarende hjemmel fremgår av EØS-forskriften § 22:

«Selv om vilkårene i kapitlene 2 og 3 er oppfylt, har søker ikke rett til autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning dersom det foreligger omstendigheter som ville gitt grunnlag for tilbakekall».

Hjemmelen for å nekte autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning i EØS-forskriften § 22 gjelder dermed både for søknader knyttet til harmoniserte utdanninger (den automatiske ordningen) og søknader knyttet til ikke-harmoniserte utdanninger (den generelle ordningen).

Etter ordlyden i EØS-forskriften § 22 har ikke søker rett på autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning dersom det foreligger grunnlag for tilbakekall etter helsepersonelloven § 57 (gjennomgått nærmere under pkt. 6.3.2 til 6.3.5). Helsedirektoratet har etter helsepersonelloven § 53 myndighet til å innvilge og avslå en søknad fra helsepersonell fra andre EØS-stater og Sveits, både under den automatiske og generelle ordningen.

Yrkeskvalifikasjonsdirektivet oppstiller ingen eksplisitt hjemmel for å nekte autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning, sml. helsepersonelloven § 53 (2) og EØS-forskriften § 22.

Yrkeskvalifikasjonsdirektivet harmoniserer når medlemslandene er forpliktet til å godkjenne yrkeskvalifikasjoner som er ervervet i en annen EØS-stat og bidrar på den måten til å sikre den frie bevegelsen i det indre markedet ved å gjøre det enklere for den enkelte yrkesutøver å få sine yrkeskvalifikasjoner godkjent i en annen EØS-stat.¹⁵² Harmoniseringen av regler knyttet til godkjenning av yrkeskvalifikasjoner oppnådd i andre EØS-stater innebærer at medlemsstatene i utgangspunktet er forhindret fra å fastsette en rett til å nekte autorisasjon til en søker som oppfyller kravene i direktivet.

¹⁵² Se gjennomgangen av de EØS-rettslige utgangspunktene og yrkeskvalifikasjonsdirektivet under pkt. 6.4.2.

Som EFTA-domstolen uttaler i dom i sak E-1/11 *Dr. A*, i relasjon til den automatiske ordningen i direktivet, «[s]iden direktivet er basert på automatisk godkjenning, finner EFTA-domstolen følgelig at **direktivet i prinsippet forhindrer myndighetene i vertsstaten fra å anvende nasjonale regler som fastsetter en rett til å nekte autorisasjon som lege til en søker som oppfyller kravene i direktivet.**» (vår utheving)¹⁵³

Yrkeskvalifikasjonsdirektivets fortale gir holdepunkter for at det til tross for direktivets regler er en viss adgang til medlemsstatene til å oppstille nasjonale regler. Det fremgår av fortalen avsnitt 3:

«Den garantien som ved dette direktiv gis personer som har tilegnet seg sine yrkeskvalifikasjoner i en medlemsstat for å få adgang til det samme yrket og utøve dette i en annen medlemsstat med de samme rettighetene som medlemsstatens borgere, **berører ikke vandrearbeideres plikt til å oppfylle alle vilkår for likebehandling ved utøvelse som måtte være fastsatt av sistnevnte medlemsstat, under forutsetning av at disse er objektivt begrunnet og forholdsmessige.**» (vår utheving)

Det fremgår videre av yrkeskvalifikasjonsdirektivets fortale avsnitt 44:

«Dette direktiv berører ikke tiltak som er **nødvendige for å sikre et høyt nivå for helse- og forbrukervern.**» (vår utheving)

Videre synes yrkeskvalifikasjonsdirektivet artikkel 50, jf. vedlegg VII nr. 1 bokstav d første avsnitt å bygge på en forutsetning om at medlemsstatene har adgang til å nekte autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning i visse tilfeller:

«**Når vedkommende myndighet i en vertsstat gjør adgang til et lovregulert yrke betinget av at søkerne framlegger bevis på god vandel eller hederlighet eller på at de ikke er erklært konkurs, eller utelukker eller forbyr utøvelse av yrket på grunn av alvorlig forsømmelse i utøvelsen eller overtredelse av straffeloven,** skal denne medlemsstaten godta som tilstrekkelig bevis, når det gjelder borgere i andre medlemsstater som ønsker å utøve dette yrket på denne statens territorium, dokumenter utstedt av vedkommende myndigheter i hjemstaten eller den seneste oppholdsstaten som viser at disse kravene er oppfylt. Disse myndighetene skal framlegge de nødvendige dokumentene innen to måneder.» (våre uthevinger)

Spørsmålet om medlemsstatenes adgang til å oppstille en rett til å nekte autorisasjon til helsepersonell som oppfyller kravene i direktivet, ble vurdert av EFTA-domstolen i sak E-1/11 *Dr. A*. Saken omhandlet en søker som var utdannet lege i Bulgaria med tilleggsspesialisering i psykiatri, samt med omfattende erfaring som psykiater i Bulgaria. Søkeren ble innvilget turnuslisens til legevirkosomhet i Norge uten avtjent turnustjeneste. Søkerens praksis under turnus ble ikke godkjent. Etter 10 dager som turnuslege ved et norsk sykehus ble søker nektet å fortsette i arbeidet. Sykehuset bemerket i et brev til autorisasjonskontoret at klageren «på nåværende tidspunkt og med de tilrettelegginger arbeidsgiver kan gi, ikke vil kunne klare å gjennomføre og få godkjent turnustjeneste».¹⁵⁴ Videre ble det bemerket at klageren hadde manglende språkforståelse som ikke var forenlig med forsvarlig pasientbehandling. Dessuten hadde hun mangelfulle faglige kunnskaper og hadde vist tegn på manglende innsikt i egen faglig vurdering. På dette grunnlag ble søkeren tatt ut av turnustjenesten, turnuslisensen ble kalt tilbake og søkeren ble sagt opp fra stillingen som turnuslege ved det aktuelle sykehuset.

Søkeren begynte senere å hospitere på et annet sykehus (ikke det samme som turnustjeneste). Her viste søkeren faglig fremgang, men det ble anbefalt fortsatt hospitering frem til søkeren hadde tilegnet seg tilstrekkelig faglig tyngde til å påbegynne turnustjeneste.

¹⁵³ EFTA-domstolen dom fra 15. desember 2011 i sak E-1/11 *Dr. A*, [2011] EFTA Ct. Rep. 484, avsnitt 67.

¹⁵⁴ EFTA-domstolen dom fra 15. desember 2011 i sak E-1/11 *Dr. A*, [2011] EFTA Ct. Rep. 484, avsnitt 5.

Søkeren søkte senere om norsk autorisasjon som lege på nytt. Denne gangen ble det fremlagt en erklæring fra bulgarske myndigheter med bekreftelse på at søkeren var omfattet av yrkeskvalifikasjonsdirektivet på grunnlag av sin utdanning og yrkespraksis som lege i Bulgaria. Autorisasjonskontoret avsto igjen søknaden og viste til at selv om søkeren i utgangspunktet hadde rett til autorisasjon på grunnlag av ervervede rettigheter i medhold av yrkeskvalifikasjonsdirektivet artikkel 23, manglet søkeren etter autorisasjonskontorets vurdering de nødvendige ferdighetene påkrevd etter dagjeldende helsepersonellov § 48 (3) bokstav c, nå fastsatt i helsepersonelloven § 48 a (1) bokstav d, om at søkeren måtte ha «godtgjort å ha den nødvendige kyndighet» til å utøve yrket. På denne bakgrunn forela Helsepersonellnemnda (klageorganet) følgende spørsmål til EFTA-domstolen:

*«Gir direktiv 2005/36/EF eller EØS-retten for øvrig rom for at medlemsstatenes myndigheter kan anvende nasjonale regler, som hjemler rett til å nekte autorisasjon som lege eller til kun å gi begrenset autorisasjon som lege til søker med utilstrekkelige faglige kvalifikasjoner, overfor en migrerende søker fra en annen medlemsstat som formelt oppfyller krav i direktiv 2005/36/ for rett til gjensidig anerkjennelse av yrkeskvalifikasjoner (autorisasjon som lege uten begrensninger), men hvor det gjennom vedkommendes yrkespraksis i Norge er avdekket utilstrekkelige faglige kvalifikasjoner?».*¹⁵⁵

Om kravene til søkerens språklige ferdigheter viser EFTA-domstolen til adgangen i yrkeskvalifikasjonsdirektivet artikkel 53 til å kreve at personer «skal ha de språkkunnskaper som er nødvendig for å utøve yrket i vertsstaten».¹⁵⁶ Det fremheves også at det er en «fare for at enhver vurdering av språklige ferdigheter som krever innsats som ikke vanligvis er en del av en leges arbeid, vil være diskriminerende eller uforholdsmessig», samt at søkere som ikke innehar de nødvendige språkferdighetene, skal gis en mulighet til å tilegne seg disse.¹⁵⁷

Videre vurderer EFTA-domstolen adgangen til å nekte søknad om autorisasjon på bakgrunn av «andre faktorer vedrørende personlig egnethet»:

«Hva gjelder andre faktorer vedrørende personlig egnethet for en migrerende søker, følger det av direktivets artikkel 4 nr. 1 at virkningen av vertsstatens godkjenning av yrkeskvalifikasjoner er at den begunstigede får adgang til det samme yrke i vertsstaten som vedkommende er kvalifisert til i hjemstaten og til å utøve det i vertsstaten under samme vilkår som vertsstatens borgere. De individuelle rettigheter som følger av direktivet berører således ikke den migrerende søkers plikt til å overholde alle ikke-diskriminerende vilkår for utøvelse som måtte være fastsatt av vertsstatens myndigheter, under forutsetning av at disse er objektivt begrunnet og forholdsmessige, for eksempel med hensyn til å sikre et høyt nivå for helse og forbrukervern (se også avsnitt 63 til 64 over).

Følgelig beholder EØS-statene kompetansen til å treffe disiplinærtiltak og ilegge strafferettslige sanksjoner mot migrerende medisinske fagfolk og eventuelt til å suspendere eller kalle tilbake autorisasjonen til å praktisere, **forutsatt at de aktuelle vilkår for dette i nasjonal rett er oppfylt, og at EØS-rettens generelle prinsipper blir respektert.**

Imidlertid må krav til utøvelsen av et yrke gjenspeile objektive kriterier kjent på forhånd. De må begrense nasjonale myndigheters skjønnsutøvelse, slik at den ikke benyttes på vilkårlig vis, for på den måten å eliminere skjønnsmessig atferd som kan frata direktivet sin fulle effektivitet.

¹⁵⁵ EFTA-domstolen dom fra 15. desember 2011 i sak E-1/11 Dr. A, [2011] EFTA Ct. Rep. 484, avsnitt 10.

¹⁵⁶ Adgangen til å stille språkkrav til helsepersonell er gjennomført i EØS-forskriften § 24.

¹⁵⁷ EFTA-domstolen dom fra 15. desember 2011 i sak E-1/11 Dr. A, [2011] EFTA Ct. Rep. 484, avsnitt 68-71.

Videre må de krav som en EØS-stat kan stille være **ikke-diskriminerende, egnet til å sikre oppnåelse av målet om å beskytte folkehelsen og ikke gå lenger enn det som er nødvendig for formålet. Dette er det opp til den aktuelle EØS-stat å godtgjøre.**

I den foreliggende sak var det ikke en eksisterende autorisasjon som ble suspendert eller tilbakekalt. Snarere var det en søknad om autorisasjon som ble avslått. **Avslaget var basert på at relevante opplysninger om søkeren var tilgjengelig for autorisasjonskontoret på tidspunktet for vurdering av søknaden.** Dette kan være en eksepsjonell situasjon i relasjon til godkjenning av yrkeskvalifikasjoner i medhold av direktivet. **Men forutsatt at den relevante informasjon ville ha gitt grunnlag for suspensjon eller tilbakekall av en eksisterende autorisasjon i samsvar med EØS-retten, kan nasjonale myndigheter ikke være forpliktet til å gi en autorisasjon når det er nødvendig å kalle den tilbake. Under slike omstendigheter må nasjonale myndigheter ha rett til å nekte godkjenning med det samme.»**¹⁵⁸ (våre uthevninger)

EFTA-domstolen viser her til at medlemsstatene etter EØS-retten *kan* anvende nasjonale regler som hjemler rett til å nekte autorisasjon, også basert på forhold vedrørende personlig egnethet, forutsatt at EØS-retten generelle prinsipper blir respektert, dvs. at kravene må være ikke-diskriminerende, de må være egnet til å sikre oppnåelse av målet om å beskytte folkehelsen og ikke gå lenger enn det som er nødvendig for å oppfylle formålet. EFTA-domstolen anviser følgelig en tilsvarende vurdering som for rettferdiggjøring av ikke-diskriminerende restriksjoner på de grunnleggende frihetene i EØS-avtalen, som gjennomgått under pkt. 6.4.2.2 over. Videre må kravene gjenspeile objektive kriterier kjent på forhånd og de må utformes på en måte som hindrer at vilkårene brukes på vilkårlig vis.

Etter EØS-forskriften § 22 har Helsedirektoratet adgang til å nekte autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning «dersom det foreligger omstendigheter som ville gitt grunnlag for tilbakekall». Det samme utgangspunktet anviser EFTA-domstolen i *Dr. A* når det uttales at «[m]en forutsatt at den relevante informasjonen ville ha gitt grunnlag for suspensjon eller tilbakekall av en eksisterende autorisasjon i samsvar med EØS-retten, kan nasjonale myndigheter ikke være forpliktet til å gi en autorisasjon når det er nødvendig å kalle den tilbake. Under slike omstendigheter må nasjonale myndigheter ha rett til å nekte godkjenning med det samme».¹⁵⁹ I norsk rett fremgår grunnlagene for tilbakekall av autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning av helsepersonelloven § 57, som gjennomgått nærmere under pkt. 6.3.2. Det er vanskelig å tenke seg at hjemmelen i EØS-forskriften § 22 til å nekte autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning dersom det foreligger en tilbakekallsgrunn etter helsepersonelloven § 57 ikke er i samsvar med EØS-avtalen. Ved anvendelse på borgere fra andre EØS-stater eller Sveits må bestemmelsen uansett tolkes i samsvar med EØS-avtalen.

6.4.7 Saksbehandlingsfrister i yrkeskvalifikasjonsdirektivet og EØS-forskriften

Yrkeskvalifikasjonsdirektivet artikkel 51 regulerer fremgangsmåten for gjensidig godkjenning av yrkeskvalifikasjoner, herunder saksbehandlingsfrister. Det følger av artikkel 51 nr. 1 at vertsstaten «skal bekrefte mottak av søknaden innen én måned etter at den er mottatt, og informere søkeren om eventuelle manglende dokumenter». Det følger videre av artikkel 51 nr. 2:

«En søknad om tillatelse til å utøve et lovregulert yrke skal behandles så snart som mulig, og vedkommende myndighet i vertsstaten skal i alle tilfeller senest tre måneder etter den dato da søkerens fullstendig [sic] dokumentasjon ble oversendt, treffe en velbegrunnet beslutning. Denne fristen kan imidlertid forlenges med én måned i saker som faller inn under kapittel I og II i denne avdeling».

Etter yrkeskvalifikasjonsdirektivet artikkel 51 nr. 3 skal beslutning eller at det ikke fattes noen beslutning innen fristen, «kunne påklages i henhold til nasjonal lovgivning».

¹⁵⁸ EFTA-domstolen dom fra 15. desember 2011 i sak E-1/11 *Dr. A*, [2011] EFTA Ct. Rep. 484, avsnitt 72-76.

¹⁵⁹ EFTA-domstolen dom fra 15. desember 2011 i sak E-1/11 *Dr. A*, [2011] EFTA Ct. Rep. 484, avsnitt 76.

For søknader til Helsedirektoratet fra helsepersonell fra en annen EØS-stat om godkjenning av deres yrkeskvalifikasjoner, skal Helsedirektoratet dermed bekrefte mottak av søknad innen én måned og innen denne fristen informere søker om manglende dokumentasjon. Helsedirektoratet skal videre ferdigbehandle søknaden senest innen tre måneder fra tidspunktet søknaden anses fullstendig, samt gi en begrunnelse. For søknader under den generelle ordningen, er saksbehandlingsfristen fire måneder.

Group of Coordinators for the recognition of professional qualifications (E02061) diskuterte i møte 4. desember 2025, der Kunnskapsdepartementet deltok,¹⁶⁰ om saksbehandlingsfristen for «automatic recognition of sectoral professions» skal reduseres fra tre til én måned. Reduksjonen i saksbehandlingstiden inngår i EU-kommisjonens «Skills Portability Initiative Action 2». EU-kommisjonen bemerker at «data collected for the Professional Qualifications Directive implementation report shows that this reduction is feasible, as many Member States already report handling times of three months or less, and in many cases even under one month».¹⁶¹

Forslaget om reduksjon i kravet til saksbehandlingstid fikk blandede tilbakemeldinger fra medlemsstatene og observatørene som deltok i møtet. Flere land var positive eller delt positive avhengig av yrkesgruppe, men det ble trukket frem enkelte utfordringer med saksbehandlingen, særlig at søknader ofte er ufullstendige og mangler dokumentasjon, samt medlemsstatenes varierende praksis for varsling i IMI. Flere land, inkludert Norge, var negative til forslaget og pekte særlig på utfordringer knyttet til ufullstendige søknader og manglende dokumentasjon, strukturelle utfordringer særlig knyttet til lite bemanning, samt medlemsstatenes varierende praksis for varsling i IMI.¹⁶²

Vi har per 30. april 2026 ikke funnet at det har blitt vedtatt endringer i yrkeskvalifikasjonsdirektivet for å redusere saksbehandlingsfristen, eller at en prosess for slik endring har startet. Det ble avholdt et nytt møte i Group of Coordinators for the recognition of professional qualifications 12. mars 2026. Det følger av møteagendaen at «Skills Portability Initiative Action 2» var et tema på dette møtet. Det er per 30. april 2026 ikke publisert referat fra møtet.¹⁶³ Vi er derfor ikke kjent med hva som er status på forslaget om å redusere saksbehandlingsfristen.

Yrkeskvalifikasjonsdirektivet artikkel 51 er gjennomført i EØS-forskriften § 21 (2). Det følger av bestemmelsen:

«Helsedirektoratet skal bekrefte å ha mottatt søknad innen en måned etter at den ble mottatt. Søker skal informeres om hvilke dokumenter som eventuelt mangler. Søknad skal avgjøres så snart som mulig, og senest tre måneder etter at alle nødvendige dokumenter er fremlagt [...].

For søknad etter kapittel 3 er fristen senest fire måneder etter at alle nødvendige dokumenter er fremlagt».

Klage over vedtak og manglende vedtak er regulert i EØS-forskriften § 21a.

¹⁶⁰ Se Andre Rapport side 10.

¹⁶¹ Meeting of the Group of Coordinators for the recognition of professional qualifications (E02061), Minutes from GoC mtg of 4 December 2025 adopted, fra 12. mars 2026, pkt. 5: [Lenke](#) (lastet ned 30. april 2026).

¹⁶² Meeting of the Group of Coordinators for the recognition of professional qualifications (E02061), Minutes from GoC mtg of 4 December 2025 adopted, fra 12. mars 2026, fotnote 1 under pkt. 5: [Lenke](#) (lastet ned 30. april 2026).

¹⁶³ Meeting of the Group of Coordinators for the recognition of professional qualifications (E02061), 2026 03 12 FINAL GoC agenda adopted: [Lenke](#) (lastet ned 30. april 2026).

6.5 Reglene om autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning for borgere fra Storbritannia og Nord-Irland

For søkere som har ervervet sine yrkeskvalifikasjoner i Storbritannia og Nord-Irland før 1. januar 2021, gjelder EØS-forskriftens bestemmelser. EØS-forskriften kapittel 2 og 3 gjelder også frem til utgangen av 2029 for søkere som var under utdanning i Storbritannia 31. desember 2019. For søkere som har ervervet sine yrkeskvalifikasjoner etter denne datoen, reguleres godkjenning av yrkeskvalifikasjoner fra Storbritannia av Frihandelsavtalen mellom Island, Liechtenstein, Norge og Storbritannia fra 8. juli 2021 (08-07-2021 nr 7 Multilateral) kapittel 12, som er gjennomført på helsepersonellområdet i forskrift om godkjenning av helsepersonell med yrkeskvalifikasjoner fra Storbritannia (FOR-2023-11-23-1895) («**Storbritannia-forskriften**»). Forskriften gjelder for søkere som søker om autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning for et yrke som nevnt i helsepersonelloven § 48 (1) eller som følger av forskrift gitt med hjemmel i helsepersonelloven § 51.

Storbritannia-forskriften etablerer en ordning for automatisk godkjenning av yrkeskvalifikasjoner basert på harmoniserte minstekrav til utdanning, sml. EØS-forskriften kapittel 2. Etter forskriften § 4 har søkere som har ervervet sine yrkeskvalifikasjoner i Storbritannia «rett til» autorisasjon eller spesialistgodkjenning dersom søkeren godtgjør «å ha tilsvarende yrkeskvalifikasjoner for samme yrke i Storbritannia». Dersom det er «vesentlig forskjell mellom søkerens yrkeskvalifikasjoner og de kvalifikasjoner som kreves for å få autorisasjon eller spesialistgodkjenning i Norge, skal Helsedirektoratet fastsette utlikningstiltak etter § 5». Virkningen av godkjenningen er at helsepersonellet «kan bruke tittelen og utøve yrket på samme vilkår som helsepersonell med tilsvarende godkjenning i Norge», jf. Storbritannia-forskriften § 3.

Storbritannia-forskriften § 7 lister opp tilfellene der søker ikke har rett på autorisasjon eller spesialistgodkjenning, med andre ord der Helsedirektoratet har adgang til å nekte søknaden:

«Søkeren har ikke rett til autorisasjon eller spesialistgodkjenning etter § 4 i følgende tilfeller:

- a. Søkeren har ikke bestått utlikningstiltak som er fastsatt etter § 5.
- b. Utlikningstiltak vil innebære at søkeren må gjennomføre en yrkesutdanning som tilsvarer den norske utdanningen for det aktuelle yrket.
- c. Søkeren oppfyller ikke språkkrav etter § 6.
- d. Søkeren er over 80 år eller er uegnet for yrket, jf. helsepersonelloven § 48a andre ledd.
- e. Det foreligger grunnlag for tilbakekall etter helsepersonelloven § 57».

Etter Storbritannia-forskriften § 7 bokstav d og e kan Helsedirektoratet dermed avslå søknad om autorisasjon og spesialistgodkjenning på bakgrunn av de samme grunnene som etter helsepersonelloven, jf. helsepersonelloven § 48 a og helsepersonelloven § 53 (2), jf. § 57.

6.6 Reglene om autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning for tredjelandsborgere (borgere utenfor EØS, Sveits, Storbritannia og Nord-Irland)

Søknader om autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning for søkere med yrkeskvalifikasjoner oppnådd utenfor EØS, Sveits, Storbritannia og Nord-Irland (tredjelandsborgere) vurderes etter de alminnelige reglene i helsepersonelloven. Det vises til gjennomgangen av disse bestemmelsene under pkt. 6.2 og 6.3. For yrkeskvalifikasjoner fra Storbritannia gjelder særreglene omtalt under pkt. 6.5.

For søkere som er utdannet i et land utenfor EØS og Sveits, og har gjennomført utdanning og bestått utenlandsk eksamen som anerkjennes som jevn god med tilsvarende norsk utdanning og eksamen, eller har godtgjort å ha den nødvendige kyndighet, jf. helsepersonelloven § 48 a (1) bokstav c og bokstav d, gjelder også forskrift om tilleggskrav for autorisasjon for helsepersonell med yrkeskvalifikasjoner fra land utenfor EØS og Sveits (FOR-2016-12-19-1732). Forskriften skal bidra til at helsepersonell som er utdannet i land utenfor EØS og Sveits har de nødvendige kvalifikasjoner og kunnskaper for å få norsk autorisasjon etter helsepersonelloven § 48 a. Forskriften oppstiller en rekke krav til søkeren, som må oppfylles for autorisasjon som helsepersonell.

Overordnet er det tale om språkkrav (gjelder for alle helsepersonellgrupper), jf. § 3, krav om bestått fagprøve (gjelder for leger, tannleger og sykepleiere), jf. § 4, kurs i nasjonale fag (gjelder for alle helsepersonellgrupper), jf. § 5, og kurs i legemiddelhåndtering (gjelder for leger, tannleger, sykepleiere og farmasøyt), jf. § 6.

Fristen for å oppfylle tilleggskravene er i utgangspunktet tre år fra det tidspunktet søkeren har fått beskjed om at søkeren har gjennomført en utdanning og bestått en utenlandsk eksamen som anerkjennes som jevn god med norsk utdanning og eksamen eller på annen måte har godtgjort nødvendig kyndighet, jf. helsepersonelloven § 48 a første ledd bokstav c og d.

7 Generelle saksbehandlingsregler og rettssikkerhetsgarantier ved behandling av søknader

7.1 Innledning

Gjennomgangen i pkt. 6 viser at det gjelder en rekke lovbestemte vilkår for å kunne utøve yrke som helsepersonell i Norge. Hvorvidt disse vilkårene er oppfylt i det enkelte tilfellet, avgjøres av Helsedirektoratet, jf. helsepersonelloven § 53.

Autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning har grunnleggende betydning for den enkeltes adgang til å utøve et lovregulert yrke. Den som ikke har slik godkjenning, kan heller ikke benytte den aktuelle yrkesbetegnelsen, jf. helsepersonelloven § 52. Et avslag kan derfor få store personlige, profesjonelle og økonomiske konsekvenser for søkeren.

Dette tilsier at det må stilles grunnleggende krav både til avgjørelsesgrunnlaget og til saksbehandlingen i saker om autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning. Saksbehandlingen må ivareta søkerens rettssikkerhet, samtidig som den må sikre at helsepersonellovens formål oppfylles, og at godkjenning bare gis til personer som oppfyller de vilkår loven oppstiller.

Når Helsedirektoratet tar stilling til søknader om autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning, munner dette ut i at det fattes et «enkeltvedtak» etter forvaltningsloven. I det følgende redegjøres det for de alminnelige saksbehandlingskravene og de sentrale rettssikkerhetsgarantiene som da gjelder.

7.2 Om generelle saksbehandlingsregler i forvaltningsloven

7.2.1 Utgangspunkter

Et «enkeltvedtak» er i forvaltningsloven § 2 (1) bokstav b definert som «et vedtak som gjelder rettigheter eller plikter til en eller flere bestemte personer».

Et «vedtak» er en «avgjørelse» som er «bestemmende» for «rettighetene eller pliktene» til «en eller flere bestemte personer», og er «truffet under utøving av offentlig myndighet», jf. forvaltningsloven § 2 (1) bokstav a.

Ved behandling av enkeltvedtak får både de alminnelige bestemmelsene i forvaltningsloven kapitler II og III, og de særskilte reglene om enkeltvedtak i kapitlene IV-VI anvendelse, jf. forvaltningsloven § 3 (1). Her oppstilles bestemmelser om habilitet (kapittel II), alminnelige regler om saksbehandling (kapittel III), om saksforberedelse (kapittel IV), om vedtaket (kapittel V) og regler om klage og omgjøring (kapittel VI).

7.2.2 Taushetsplikt i forvaltningen

Bestemmelsene om taushetsplikt og utveksling av taushetsbelagte opplysninger bygger på en avveining av hensynet til parten og andre berørte på den ene side, og ulike samfunnsmessige hensyn på den annen. Reglene er «innfløkte, og de reiser flere tolkingsspørsmål som skaper usikkerhet i praksis.»¹⁶⁴

Forvaltningsloven § 13 er den mest sentrale bestemmelsen om taushetsplikt for forvaltningen, og bestemmelsen lyder:

«Enhver som utfører tjeneste eller arbeid for et forvaltningsorgan, plikter å hindre at andre får adgang eller kjennskap til det han i forbindelse med tjenesten eller arbeidet får vite om [...] noens personlige forhold [...].»

¹⁶⁴ Se NOU 2019: 5 på side 272.

Opplysninger om «noens personlige forhold» er opplysninger som det typisk er vanlig å ville holde for seg selv, for eksempel opplysninger om lovbrudd man har begått eller er mistenkt for å ha begått, «familie- og hjemforhold, fysisk og psykisk helse, karakter og følelsesliv». ¹⁶⁵ Også opplysninger om statsborgerskap, den enkeltes økonomi og arbeidsforhold forutsettes å falle inn under den forholdsvis vide definisjonen av «personlige forhold». ¹⁶⁶

Opplysninger om «tjenstlige reaksjoner og tilbakekall av tillatelse, bevilling og autorisasjon» regnes ikke for å være «personlige forhold» etter forvaltningspraksis. ¹⁶⁷ Det forhold at helsepersonell får en advarsel, er heller ikke antatt omfattet av taushetsplikten. ¹⁶⁸ For slike opplysninger kan det vises til at bakgrunnen for en autorisasjonsordning og tildeling av autorisasjon nettopp er å dokumentere overfor blant annet allmennheten at vedkommende innehar de nødvendige kvalifikasjoner og/eller ikke anses som uegnet for yrket.

For opplysninger om *bakgrunnen* for suspensjon, tilbakekall eller advarsel er det derimot antatt at spørsmålet om taushetsplikt beror på hva slags forhold det dreier seg om. Det bemerkes at grunnlaget for tilbakekall av autorisasjon mv. i enkelte tilfeller kan være knyttet til et straffbart forhold. Spørsmålet om taushetsplikt for opplysninger om straffbare forhold kan komme opp på flere måter, og det er antatt at taushetsplikten som regel vil gjelde når man befinner seg på mistankestadiet, men at dette kan stille seg annerledes når et lovbrudd eller en straffbar handling er konstatert, eller en person er siktet eller tiltalt. ¹⁶⁹

En opplysning som er undergitt taushetsplikt, skal i utgangspunktet ikke deles med andre. Dette gjelder også overfor andre tjenestepersoner i samme forvaltningsorgan. Det er taushetspliktens kjerne. Samtidig tilsier samfunnsmessige hensyn og andre saklige behov at det må være en viss adgang til å dele opplysninger som er undergitt taushetsplikt, og det vil derfor også kunne oppstå flere tolkingsspørsmål som skaper usikkerhet i praksis.

Selv om taushetsplikten er vid, er det likevel sentralt å være oppmerksom på at den ikke er absolutt. Forvaltningsloven § 13 a oppstiller regler om begrensninger i taushetsplikten når det ikke er behov for beskyttelse, og § 13 b oppstiller begrensninger ut fra private eller offentlige interesser. Etter forvaltningsloven § 13 b er taushetsplikten blant annet ikke til hinder for:

«[...] at opplysningene brukes for å oppnå det formål de er gitt eller innhentet for, bl.a. kan brukes i forbindelse med saksforberedelse, avgjørelse, gjennomføring av avgjørelsen, oppfølging og kontroll»

«[...] at forvaltningsorganet gir andre forvaltningsorganer opplysninger om en persons forbindelse med organet og om avgjørelser som er truffet og ellers slike opplysninger som det er nødvendig å gi for å fremme avgiverorganets oppgaver etter lov, instruks eller oppnevningssgrunnlag»

«[...] at forvaltningsorganet anmelder eller gir opplysninger [...] om lovbrudd til påtalemyndigheten eller vedkommende kontrollmyndighet, når det finnes ønskelig av allmenne omsyn eller forfølgning av lovbruddet har naturlig sammenheng med avgiverorganets oppgaver»

¹⁶⁵ Se Ot.prp.nr.3 (1976-1977) på side 14.

¹⁶⁶ Se Ot.prp.nr.3 (1976-1977) på side 14–15.

¹⁶⁷ Se NOU 2019: 5 på side 286.

¹⁶⁸ Se lovavdelingens uttalelse 24. august 2010 (JDLOV-2009-4822) og Ot.prp.nr.13 (1998-1999) på side 173.

¹⁶⁹ Se NOU 2019: 5 på side 593.

«[...] at forvaltningsorganet deler opplysningene med andre så langt det er nødvendig for å unngå fare for liv eller helse».

Vi bemerker at tilsynsmyndighetenes lovbestemte varslings- og underretningsplikt etter helsepersonelloven § 66 – overfor henholdsvis arbeidsgivere og de stater Norge er folkerettslig forpliktet til å underrette ved blant annet tilbakekalls- og suspensjonsvedtak – utgjør et lovbestemt unntak fra taushetsplikten etter forvaltningsloven § 13. Helsepersonelloven § 66 (3) omtales nærmere under pkt. 8.3.3.

7.2.3 Saksbehandlingstid og foreløpig svar

Det følger av forvaltningsloven § 11 a (1) at forvaltningen skal forberede og avgjøre en sak «uten ugrunnet opphold». Bestemmelsen stiller krav både til saksbehandlingstiden og til hva som er akseptable årsaker til opphold i saksbehandlingen. Krav til fremdrift kan også utledes av ulovfestede normer for god forvaltningsskikk.

Dersom en henvendelse eller søknad ikke kan besvares i løpet av én måned etter at den er mottatt, skal forvaltningen gi et foreløpig svar, jf. forvaltningsloven § 11 a (2) og (3). Det foreløpige svaret skal gjøre rede for «grunnen til at henvendelsen ikke kan behandles tidligere» og så vidt mulig angi «når svar kan ventes». Dersom saken ikke blir behandlet innen den angitte tiden, følger det av kravene til god forvaltningsskikk at forvaltningen skal sende en forsinkelsesmelding.

Kriteriet «uten ugrunnet opphold» i forvaltningsloven § 11 a er skjønnsmessig, og hva som utgjør «ugrunnet opphold» må vurderes på bakgrunn av blant annet hvor komplisert saken er, både faktisk og rettslig, og hvilke private og samfunnsmessige interesser den berører. Saksbehandlingstiden vil derfor kunne variere betydelig fra sak til sak og fra forvaltningsorgan til forvaltningsorgan.¹⁷⁰ I forvaltningslovens forarbeider er kriteriet beskrevet slik:

«Kriteriet 'uten ugrunnet opphold' er utpreget skjønnsmessig, og betydningen vil kunne variere fra sak til sak. Departementet vil understreke at oppfyllelse av de rettssikkerhetsgarantier som ligger i forvaltningslovens saksbehandlingsregler, nødvendigvis vil medføre at saksbehandlingen etter omstendighetene kan bli tidkrevende. Hva som i det enkelte tilfellet vil være en forsvarlig saksbehandlingstid, vil som tidligere måtte variere med sakens art og omfang, tilgjengelige ressurser m.v.»¹⁷¹

Er saken viktig for parten, eller reiser den spørsmål av stor samfunnsmessig betydning, må saken utredes grundigere enn ellers, jf. forvaltningsloven § 17 (1). At saksbehandlingstiden er lang, vil i slike tilfeller ikke uten videre utgjøre et «ugrunnet» opphold. Omvendt kan saken være så enkel og oversiktlig at også en forholdsvis kort saksbehandlingstid kan utgjøre et «ugrunnet opphold».

Saksbehandlingstiden vil i enkelte saker kunne trekke ut dersom forvaltningen venter på at parten skal fremlegge opplysninger som er nødvendige for å avgjøre saken. Forsinkelsen vil i et slikt tilfelle i utgangspunktet ikke være «ugrunnet»,¹⁷² uavhengig av om parten har opplysningsplikt om de aktuelle forholdene, eller om det utelukkende er tale om opplysninger som forvaltningen ikke kan skaffe til veie uten partens hjelp. Er det tale om forhold som parten kan nekte å forklare seg om, for eksempel med grunnlag i selvinkrimineringsvernet i EMK artikkel 6 nr. 1, må forvaltningen avklare om parten ønsker å forklare seg eller ikke. Dersom vedkommende ikke ønsker å bidra til sakens opplysning, må forvaltningen innrette seg etter det og forsøke å innhente de nødvendige opplysningene på annen måte. Dette vil ofte kunne ta lengre tid enn om parten selv hadde fremlagt dem, men utgjør ikke noe «ugrunnet» opphold.

¹⁷⁰ Se også Ot.prp. nr. 75 (1993-1994) på side 22.

¹⁷¹ Se Ot.prp. nr. 75 (1993-1994) på side 59.

¹⁷² Se også Forskrift til forvaltningsloven (FOR-2006-12-15-1456) (forvaltningslovforskriften) § 38.

Dersom årsaken til forsinkelsen derimot ligger hos forvaltningen selv, vil det bero på årsakens art om det foreligger et «ugrunnet opphold» eller ikke. Stor saksmengde, uforutsette sykmeldinger mv. kan etter omstendighetene være en saklig grunn til at behandlingen av en sak blir forsinket. Forutsetningen er imidlertid at forvaltningsorganet foretar en forsvarlig prioritering av saker, og at ingen saker blir liggende ubehandlet uten rimelig grunn. Ren liggetid vil lett kunne være i strid med lovens krav.¹⁷³ Saksbehandlingstiden vil også kunne bli for lang dersom saken utredes unødvendig grundig eller langt utover de krav som kan utledes av forvaltningsloven § 17, jf. Sivilombudsmannens uttalelse i SOM-2020-4940.

I praksis vil det likevel kunne oppstå et spenningsforhold mellom partens forventninger til saksbehandlingstiden og forvaltningens egen oppfatning av hva som er praktisk mulig, blant annet ut fra bemanningssituasjonen, behovet for å avvente prinsipielle avklaringer og forvaltningens vurdering av hva som utgjør forsvarlig og nødvendig utredning, jf. forvaltningsloven §§ 11 a og 17.

Kravet om at en sak skal avgjøres «uten ugrunnet opphold» utelukker imidlertid ikke at en sak etter omstendighetene kan stilles i bero uten uttrykkelig lovhjemmel for det. Behandlingen av en sak kan likevel utsettes i et begrenset tidsrom i påvente av en prinsipiell avklaring fra domstolene, Sivilombudet eller forvaltningen selv, jf. Rt. 2014 side 620 avsnitt 96.

Foruten de generelle kravene til saksbehandlingstid og fremdrift, finnes det på enkelte områder særregler om saksbehandlingstid. For søkere med yrkeskvalifikasjoner fra en EØS-stat eller Sveits, eller som for øvrig har rettigheter etter EØS-avtalen og EFTA-konvensjonen, oppstiller yrkeskvalifikasjonsdirektivet og EØS-forskriften særskilte frister.¹⁷⁴ For søknader om autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning etter helsepersonelloven generelt finnes ingen tilsvarende frist.

Sendrettig saksbehandling av søknader om autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning vil følgelig etter omstendighetene kunne innebære brudd på forvaltningsloven, god forvaltningsskikk og/eller EØS-rettslige forpliktelser.

7.2.4 Forvaltningsorganets utrednings- og informasjonsplikt

Et grunnleggende prinsipp i forvaltningsprosessen er at det er forvaltningen som har ansvaret for sakens opplysning. Dette skiller forvaltningsprosessen fra domstolsprosessen. Ansvaret følger av forvaltningsloven § 17, som henger nært sammen med andre grunnleggende saksbehandlingsprinsipper og supplerer disse.

Etter bestemmelsen skal forvaltningsorganet påse at saken er så godt opplyst som mulig før vedtak treffes. Bestemmelsen pålegger også organet å forelegge visse opplysninger for parten til uttalelse og, i noen tilfeller, å gjøre parten kjent med opplysninger av vesentlig betydning. Forvaltningsprosessen beskrives derfor også gjerne som en undersøkelsesprosess.

Forvaltningsloven § 17 (1) til (3) lyder:

«Forvaltningsorganet skal påse at saken er så godt opplyst som mulig før vedtak treffes. [...].

Dersom det under saksforberedelsen mottar opplysninger om en part eller den virksomhet han driver eller planlegger, og parten etter §§ 18 til 19 har rett til å gjøre seg kjent med disse opplysninger, **skal de forelegges ham til uttalelse.** Dette gjelder likevel ikke når

- a. opplysningene bekreftes av framstilling som parten selv har gitt eller kontrollert i anledning av saken eller parten ikke har kjent oppholdssted,

¹⁷³ Se Sivilombudsmannens uttalelse i SOM-2020-4940.

¹⁷⁴ Fristene er nærmere omtalt under pkt. 6.4.7 om saksbehandlingsfrister i yrkeskvalifikasjonsdirektivet og EØS-forskriften.

- b. rask avgjørelse i saken er påkrevd av hensyn til andre parter eller offentlige interesser,
- c. opplysningene ikke har avgjørende betydning for vedtaket eller underretning av andre grunner er unødvendig eller uhensiktsmessig ut fra hensynet til parten selv, for eksempel fordi han vil bli gjort kjent med opplysningene ved melding om vedtaket.

Partene bør også for øvrig gjøres kjent med opplysninger av vesentlig betydning som det må forutsettes at de har grunnlag og interesse for å uttale seg om, og som parten etter §§ 18 til 19 har rett til å gjøre seg kjent med. Ved avveiningen skal legges vekt på om rask avgjørelse er ønskelig og om hensynet til parten er tilstrekkelig varetatt på annen måte, for eksempel ved at han er gjort kjent med retten etter §§ 18 til 19 til å se sakens dokumenter». (våre uthevninger)

At utredningsplikten påhviler forvaltningen, er ikke til hinder for at lovgivningen i enkelte tilfeller pålegger parten å bidra til sakens opplysning, for eksempel gjennom opplysningsplikt.¹⁷⁵ Omfatter plikten forhold som er eller kan være straffbare, kan det oppstå spørsmål om rekkevidden av vernet mot selvinkriminering, jf. EMK artikkel 6.¹⁷⁶

Brudd på utredningsplikten er en saksbehandlingsfeil som kan lede til ugyldighet. Bestemmelsen er likevel ikke til hinder for at forvaltningen utreder saken grundigere enn loven krever. At forvaltningen ikke foretar en mer vidtgående utredning enn det loven gir anvisning på, utgjør derimot ingen saksbehandlingsfeil. Utredningsplikten må heller ikke forveksles med spørsmålet om vedtaket bygger på uriktige faktiske forutsetninger, og derved er beheftet med en feil som igjen kan reise spørsmål om omgjøring.¹⁷⁷ Utredningsplikten kan være oppfylt selv om det senere viser seg at det faktiske grunnlaget for avgjørelsen svikter, eksempelvis fordi det i ettertid viser seg at parten har gitt uriktige opplysninger.

Kravet om at saken skal være «så godt opplyst som mulig», kan ikke tas helt på ordet. I HR-2017-2376-A avsnitt 33 til 36 sammenfatter Høyesterett rettstilstanden slik:

«(33) Etter ordlyden i forvaltingslova § 17 første ledd og § 33 femte ledd er utgreiingsplikta generell og svært omfattande. Det ville likevel føre til unødig ressursbruk om forvaltinga hadde plikt til å greie ut forhold som var utan tyding for saka. Det følgjer difor allereie av føremålet, framheva i førearbeida, at ein ikkje kan ta den generelle utgreiingsplikta heilt på ordet, jf. NUT 1958: 3 side 161:

«Formålet med saksforberedelsen er å skaffe til veie alt det materiale av faktisk og rettslig art som er nødvendig for sakens avgjørelse.»

(34) For det første følgjer det av tilvisinga til «nødvendig» at **kravet til grundigheit må tuftast på ei avveging mellom omsynet til å oppnå eit forsvarleg resultat og ein tenleg ressursbruk**. Som framheva i Rt-2011-111 avsnitt 52 har det også tyding kor inngrepande vedtaket er. [...]

(35) For det andre følgjer det av tilvisinga til «nødvendig for saken» at **kravet til utgreiing må ta utgangspunkt i dei konkrete spørsmåla som forvaltinga skal ta stilling til i den enkelte saka**.

¹⁷⁵ Opplysningsplikten kan også ses på som en form for plassering av «opplysningsrisiko», særlig i søknadssaker.

¹⁷⁶ Se nærmere om vernet mot selvinkriminering under pkt. 7.8.

¹⁷⁷ Se nærmere om omgjøring under pkt. 7.4 og om ugyldighet og ugyldighetsgrunner under pkt. 7.5.

(36) Utgreiingsplikta kan med dette seiast å vera relativ – avhengig av karakteren av saka og kva som er dei relevante spørsmåla i saka. Utgreiingsplikta må tilpassast dei konkrete omstenda i saka.» (våre uthevinger)

Hvilke faktiske forhold utredningsplikten omfatter, må følgelig vurderes ut fra de konkrete spørsmålene forvaltningen skal ta stilling til. Det er dermed de aktuelle lov- og forskriftsbestemmelsene som trekker opp rammene for hvilke forhold som er relevante. Forvaltningen har ikke plikt til å utrede forhold som er uten betydning for saken.

Der avgjørelsen beror på ren rettsanvendelse, vil det rettslige grunnlaget i stor grad angi hvilke faktiske forhold som må utredes. Søknader om autorisasjon er et eksempel på dette. Etter helsepersonelloven § 48 a har søkeren rett til autorisasjon dersom vilkårene i helsepersonelloven § 48 a (1) og (2) er oppfylt. Dette modifiseres likevel av helsepersonelloven § 53 (2), som gir Helsedirektoratet adgang til å nekte autorisasjon dersom det foreligger tilbakekallsgrunn etter helsepersonelloven § 57.

Forvaltningens skjønnsfrihet kan dessuten være begrenset av andre regelsett, herunder Grunnloven, EMK og EØS-avtalen, jf. menneskerettsloven §§ 2 og 3 og EØS-loven §§ 1 og 2. Faktiske forhold som slike regler gjør relevante, omfattes også av utredningsplikten. Det samme gjelder forhold som følger av eventuelle retningslinjer for skjønnsutøvelsen.

Vurderingen av hvilke faktiske forhold som må utredes nærmere, og hvor grundig utredningen i tilfelle må være, vil bero på en avveining av hvor viktig saken er, hvor mye saken haster, og hvor ressurskrevende utredningen vil være. Dette må vurderes både fra partens og myndighetenes perspektiv. En sak kan være viktig for parten selv om den i liten grad berører samfunnsmessige interesser – og vice versa.

Også forvaltningsorganets organisering og bemanning kan tas i betraktning.¹⁷⁸ Er saksmengden større enn bemanningen tåler, setter det grenser for hvor omfattende utredningen av hver sak kan være. På den annen side må saksutredningen alltid være forsvarlig.

I praksis oppfylles utredningsplikten på ulike måter:

- I **søknadssaker** vil opplysninger fra parten selv ofte utgjøre en sentral del av avgjørelsesgrunnlaget.
- I **inngreps- og tilsynssaker** vil forvaltningen gjerne ha en mer aktiv rolle, og det kan være aktuelt å pålegge parten å gi opplysninger eller bidra på andre måter. I tilsynssaker kan det i nokså vid utstrekning være adgang til undersøkelser av personer, steder eller gjenstander og til beslag av ting som kan ha betydning som bevis. Slike skritt krever lovhjemmel og kan reise spørsmål om grensene etter Grunnloven, EMK og EØS-retten.

Under saksforberedelsen kan det også oppstå spørsmål om hvor inngående forvaltningen må kontrollere opplysningene som innhentes, enten fra parten eller andre kilder. I utgangspunktet må forvaltningen gjennomgå de opplysninger som legges frem eller innhentes, også når materialet er omfattende.¹⁷⁹ Kontrollkravene er likevel forholdsvis beskjedne når opplysningene fremstår som troverdige.¹⁸⁰ Dersom parten fremlegger mer materiale enn det er behov for, kan forvaltningen avslutte utredningen når den har et forsvarlig avgjørelsesgrunnlag. Forvaltningen kan også bestemme at det vil bli sett bort fra opplysninger som ikke fremlegges innen en fastsatt frist.¹⁸¹

¹⁷⁸ Se Torstein Eckhoff og Eivind Smith, Forvaltningsrett, 12. utgave, Universitetsforlaget (2022), på side 278.

¹⁷⁹ Se eksempelvis Rt. 2000 side 402 og NOU 2019: 5 på side 328.

¹⁸⁰ Se Ot.prp.nr.3 (1976–1977) på side 71–74.

¹⁸¹ Se eksempelvis Rt. 2013 side 1187.

En sentral del av saksforberedelsen er partens «rett til å gjøre seg kjent med sakens dokumenter», jf. forvaltningsloven §§ 18 flg. Retten gjelder så langt dokumentene eller opplysningene ikke er underlagt lovlige begrensninger. Parten har blant annet ikke krav på innsyn i organinterne dokumenter¹⁸² eller i opplysninger som er særskilt unntatt.¹⁸³ Selv om et dokument helt eller delvis er unntatt etter forvaltningsloven §§ 18 a eller 18 b, har parten likevel «rett til å gjøre seg kjent med de deler av det som inneholder faktiske opplysninger eller sammendrag eller annen bearbeidelse av faktum», jf. forvaltningsloven § 18 c.

Etter forvaltningsloven § 17 (2) skal opplysninger som forvaltningen mottar om parten eller virksomheten parten driver eller planlegger, og som parten har rett til å gjøre seg kjent med etter forvaltningsloven §§ 18 til 19, «forelegges ham til uttalelse». Dette omtales gjerne som foreleggelsesplikten. Brudd på plikten er en saksbehandlingsfeil som kan lede til ugyldighet.

Foreleggelsesplikten gjelder likevel ikke dersom opplysningene bekreftes av en fremstilling parten selv har gitt eller kontrollert, parten ikke har kjent oppholdssted, rask avgjørelse er påkrevd av hensyn til andre parter eller offentlige interesser, eller opplysningene ikke har avgjørende betydning for vedtaket eller underretning ellers er unødvendig eller uhensiktsmessig av hensyn til parten selv, jf. forvaltningsloven § 17 (2).

Foreleggelse innebærer at parten skal få reell anledning til å uttale seg, herunder til å bekrefte, bestride eller supplere opplysningene. Det forutsetter at opplysningene forelegges så tidlig at parten rekker å ta stilling til om vedkommende vil uttale seg, og at forvaltningen kan ta uttalelsen i betraktning før vedtak treffes. Selv om loven ikke sier det uttrykkelig, må forvaltningen kunne sette en frist for uttalelse, jf. Ot.prp.nr.3 (1976–1977) på side 74. Fristen må imidlertid ikke være for knapp.

Etter forvaltningsloven § 17 (3) «bør» parten også «gjøres kjent med opplysninger av vesentlig betydning som det må forutsettes at de har grunnlag og interesse for å uttale seg om, og som parten etter §§ 18 til 19 har rett til å gjøre seg kjent med.» Ved vurderingen skal det blant annet legges vekt på om rask avgjørelse er ønskelig, og om hensynet til parten er tilstrekkelig ivarettatt på annen måte. Siden bestemmelsen er en «bør»-regel, vil manglende foreleggelse ikke uten videre utgjøre en saksbehandlingsfeil. Hensynet til sakens opplysning kan likevel etter omstendighetene tilsi at opplysningene må forelegges for at saken skal anses forsvarlig utredet etter forvaltningsloven § 17 (1).

7.2.5 Partens rett til å uttale seg og partens medvirkningsplikt

Et grunnleggende prinsipp i forvaltningsretten er at parten skal få komme med sine anførsler, gi nye opplysninger og imøtegå opplysninger i saken. Dette omtales gjerne som kontradiksjonsretten, og kontradiksjonsprinsippet kommer til uttrykk i forvaltningsloven § 16 (1), som lyder:

«Part som ikke allerede ved søknad eller på annen måte har uttalt seg i saken, skal varsles før vedtak treffes og gis høve til å uttale seg innen en nærmere angitt frist.»¹⁸⁴

En part må følgelig få en reell mulighet til å korrigere feil og unøyaktigheter i saksgrunnlaget, og en reell mulighet til å påvirke den vurdering sakens utfall vil avhenge av. Parten er en sentral ressurs når det gjelder å belyse og forberede en sak og et vedtak; det er parten som presumptivt besitter den informasjonen forvaltningen behøver, og som kan bidra til å bekrefte, korrigere og forebygge feil i det faktiske grunnlaget forvaltningen treffer sin avgjørelse på.

Hvor streng uttaleretten er, vil i stor grad avhenge av typen og styrken av de interesser som står på spill for de berørte og for det offentlige, og om man likevel kan sikre at saken samlet blir forsvarlig klarlagt

¹⁸² Se forvaltningsloven § 18 a.

¹⁸³ Se forvaltningsloven § 19.

¹⁸⁴ Se også forvaltningsloven § 17.

og de berørte interesser presentert og vurdert. Lest i sammenheng med forvaltningsloven § 17 vil forvaltningen ofte være forpliktet til å innhente uttalelser eller dokumentasjon for å sikre forsvarlig saksopplysning.

For at parten skal kunne komme med sine korrigeringer og motargumenter, må parten imidlertid få kunnskap om hvilken informasjon forvaltningen er blitt kjent med, jf. forvaltningsloven § 16 (2) og § 17 (2) og (3). Reglene om varsel og forhåndsvarsel må her også suppleres med reglene om forvaltningens veiledningsplikt i forvaltningsloven § 11, for å gjøre det mulig for parten å gjøre seg nytte av sin rett til selv å undersøke sakens dokumenter og få opplysninger etter forvaltningsloven §§ 18 til 19.

Uttaleretten gjennomføres som regel skriftlig, unntaksvis muntlig, ved at den som henvender seg til forvaltningen gjør rede for sitt syn, eller ved at parten uttaler seg om dokumenter og opplysninger som forvaltningen sender til uttalelse.¹⁸⁵ Uttaleretten gir imidlertid ikke parten noe krav på at forvaltningen innlater seg på en diskusjon eller inngår i en dialog om saken, se Rt. 1995 side 738.

Selv om parten har rett til å uttale seg, har vedkommende ikke uten videre plikt til å uttale seg eller fremlegge bestemte opplysninger. Å pålegge noen å gi opplysninger er et inngrep som krever lovhjemmel, og gjeldende forvaltningslov gir ingen slik hjemmel. Forvaltningsloven § 14 har imidlertid saksbehandlingsregler for de tilfeller slik opplysningsplikt følger av andre lover.¹⁸⁶

Selv om forvaltningsloven ikke uttrykkelig pålegger parten en plikt til å uttale seg, betyr ikke det at vedkommende kan forholde seg taus under behandlingen av en sak uten at det kan få uheldige konsekvenser. Det at man unnlater å gi opplysninger – eller unnlater å komme med en uttalelse – kan få betydning for hva man senere kan påberope hvis vedtaket går i ens disfavør. Forutsatt at forvaltningen har oppfylt sin veiledningsplikt,¹⁸⁷ må forvaltningen kunne gå ut fra at en part selv har kommet med de opplysninger som er av betydning og som taler i partens favør, der forvaltningen har opplysninger som kan tale for et vedtak til partens ugunst.

Manglende medvirkning kan dermed få betydning for vedtakets innhold og gyldighet, og må ses i sammenheng med hvem det går ut over at saken ikke er tilstrekkelig opplyst – særlig i saker parten selv har innledet.

Vi bemerker at Forvaltningsutvalget har foreslått å lovfeste en regel om plikt for en part til å legge frem opplysninger som kan få betydning i saken (å «medvirke til utredningen av saken»), men at en slik lovfestet medvirkningsplikt bare skal gjelde i saker som parten selv har tatt initiativ til.¹⁸⁸

Det er i forslaget vist til at «[i] disse sakene bør regelen omfatte både opplysninger som støtter eget krav, og opplysninger som kan tale mot at parten skal få medhold».¹⁸⁹ Forslaget er ikke ment å innebære noen realitetsendring, og plikten er ikke sanksjonert på annen måte enn at unnlattelse av å fremlegge opplysninger kan få betydning for innholdet av den avgjørelsen forvaltningen treffer. Om sistnevnte har Forvaltningsutvalget uttalt:

«[...] [F]orvaltningsorganet bør kunne oppfylle utredningsplikten gjennom partens medvirkning. Forvaltningsorganet bør likevel ha plikt til å utrede også forhold som er til gunst for parten, hvis det viser seg at parten ikke er i stand til å legge frem opplysninger om dette etter

¹⁸⁵ Se forvaltningsloven § 11 d.

¹⁸⁶ Vi nevner at helsepersonelloven kapittel 6 oppstiller en rekke regler om opplysningsplikt for helsepersonell, herunder til Helsetilsynet og statsforvalteren (helsepersonelloven § 30, jf. helsetilsynsloven § 7) og til Statens undersøkelseskomisjon for helse- og omsorgstjenesten § 30 a. Opplysningspliktene er straffesanksjoner, jf. helsepersonelloven § 67. Vi bemerker at disse reglene om opplysningsplikt ikke gjelder overfor Helsedirektoratet.

¹⁸⁷ Se forvaltningsloven § 11.

¹⁸⁸ Se NOU 2019: 5 på side 330.

¹⁸⁹ Se NOU 2019: 5 på side 330.

veiledning fra organet. **Der parten sitter med relevante faktiske opplysninger, men likevel velger å holde dem for seg selv, bør det ikke være noe i veien for at forvaltningsorganet treffer vedtak på det grunnlaget som foreligger.** En faktisk usikkerhet eller uklarhet kan da komme parten til skade ved at forvaltningsorganet treffer et negativt vedtak uten ytterligere utredning. **Denne løsningen er trolig i tråd med gjeldende rett, og utvalget foreslår at partens medvirkningsplikt skal komme til uttrykk i lovteksten.»**¹⁹⁰ (våre uthevinger)

Spørsmålet om en part kan nekte å gi opplysninger med grunnlag i selvinkrimineringsvernet, er nærmere omtalt under pkt. 7.8.

7.2.6 Om vedtaket

Et enkeltvedtak skal som hovedregel være «skriftlig», jf. forvaltningsloven § 23. Kravet om skriftlighet er også et utslag av god forvaltningsskikk. Formkravet kan bare fravikes dersom skriftlighet av «praktiske grunner vil være særlig byrdefullt for forvaltningsorganet». I tillegg til nedtegning i brev omfatter skriftlighet «elektronisk melding når informasjonen i denne er tilgjengelig også for ettertiden», jf. forvaltningsloven § 2 (1) bokstav g.

Et enkeltvedtak skal videre «grunngis», jf. forvaltningsloven § 24 (1), og begrunnelsen skal gis «samtidig med at vedtaket fattes». Begrunnelseskravet inngår i kjernen av prinsippet om forsvarlig saksbehandling, slik dette er lagt til grunn i norsk rett og i EU-retten.¹⁹¹

De nærmere reglene om begrunnelsesplikten følger av forvaltningsloven §§ 24 (om når vedtaket skal begrunnes), 25 (om begrunnelsens innhold) og 27 (om underretning om vedtaket).

Forvaltningsloven § 25 stiller minimumskrav til begrunnelsens innhold. Kravet avhenger til en viss grad av behovet i den konkrete saken:

- Første ledd gjelder vedtakets *rettslige* begrunnelse. I begrunnelsen skal det vises til de «regler» som vedtaket bygger på, som omfatter både lovfestede og ulovfestede regler. Henvisning kan utelates hvis «parten kjenner reglene». Begrunnelsen skal videre «gjengi innholdet av reglene eller den problemstilling vedtaket bygger på» i den utstrekning dette er nødvendig «for å sette parten i stand til å forstå vedtaket». Det kan derfor være nødvendig å gjøre rede for tolkningsresultatet, men ikke for tolkningsprosessen.¹⁹²
- Annet ledd gjelder vedtakets *faktiske* begrunnelse. I begrunnelsen skal det nevnes «de faktiske forhold som vedtaket bygger på». Det er bare resultatet av bevisbedømmelsen, ikke den forutgående bevisvurderingen, som omfattes. «De faktiske forhold må fremstilles så fullstendig at det er mulig for parten å forstå at lovens vilkår for å treffe vedtaket er oppfylt.» Hvor inngående de faktiske forhold må gjengis, beror blant annet på «hvor stor avstand det er mellom myndighetenes og søkerens beskrivelse av de faktiske forhold, samt den konkrete betydning av denne meningsforskjell».¹⁹³ Er de faktiske forhold beskrevet av parten selv eller i et dokument som er gjort kjent for parten, er en henvisning til den tidligere fremstillingen tilstrekkelig. I så fall skal kopi av fremstillingen vedlegges underretningen til parten.
- Tredje ledd fastslår at begrunnelsen «bør» nevne de «hovedhensyn» som har vært «avgjørende for utøving av forvaltningsmessig skjønn». Er det gitt retningslinjer for skjønnsutøvingen, vil en henvisning til retningslinjene i alminnelighet være tilstrekkelig.

¹⁹⁰ Se NOU 2019: 5 på side 330.

¹⁹¹ Unntak fra begrunnelseskravet gjelder, men en part vil alltid kunne kreve en begrunnelse etter at vedtaket er truffet, jf. forvaltningsloven § 24 (2).

¹⁹² Se NOU 2019: 5 på side 351.

¹⁹³ Se NOU 2019: 5 på side 351.

Kravene til begrunnelsen avpasses etter hvor inngripende vedtaket er. Jo mer inngripende og byrdefullt vedtaket er for parten, desto strengere er begrunnelseskravet.¹⁹⁴

I saker som berører EØS-avtalens friheter, eller hvor vedtak treffes med hjemmel i gjennomførte EØS-regler, vil EU-retten sine krav til begrunnelse komme til anvendelse. Begrunnelsesplikten i EU-retten gjelder individuelle normeringer som avslutter en sak, og i en OECD-rapport ble begrunnelsesplikten oppsummert slik:

«An administrative act or decision should be accompanied by a statement of reasons. This statement provides the reasoning followed by the public authority in shaping its decision and shows in particular the consistency between the facts and how these facts fit into the ambit of the legislation. Consequently, the statement of reasons should include the facts and evidence for them, as well as the legal justification applied. **The statement of reasons is of utmost importance when an application from an interested party is being rejected. In this case, the statement of reasons should carefully show and justify why the argument or evidence submitted by a party has not been accepted.**»¹⁹⁵ (vår utheving)

EU-domstolen har i flere avgjørelser slått fast at medlemsstatenes forvaltningsorganer har plikt til å begrunne avgjørelser som griper inn i de rettighetene EU-retten gir private parter, men det anses i teorien rettslig uklart hvor omfattende krav EU-domstolen stiller til begrunnelsens innhold.¹⁹⁶ Noen generelle uttalelser kan tyde på at det er tale om nokså omfattende krav.¹⁹⁷

Også menneskerettslige grunnprinsipper kan sette skranke for begrunnelsens innhold, særlig for hva en begrunnelse ikke kan inneholde. Som eksempel fremheves EMK art. 6 nr. 2 om uskyldspresumsjonen, som utgjør en skranke mot å konstatere strafferettslig skyld i forvaltningsvedtak. Se nærmere omtale av uskyldspresumsjonen i forvaltningsretten under pkt. 7.7.

Helsedirektoratets begrunnelser i saker om autorisasjon mv. vil følgelig måtte tilpasses søkeren, herunder om vedkommendes søknad er underlagt EØS-reglene eller ikke. Videre vil menneskerettslige grunnprinsipper kunne oppstille skranke for hvilke faktiske forhold et enkeltvedtak kan begrunnes i, og for hvordan faktiske forhold med en strafferettslig dimensjon kan omtales i begrunnelsen.

7.3 Om klageadgang og domstolskontroll

Enkeltvedtak kan påklages av en part eller en annen med rettslig klageinteresse, jf. forvaltningsloven § 28. En klage innebærer at forvaltningen må behandle saken på nytt, og den ordinære klagefristen er tre uker, jf. forvaltningsloven § 29.

Adgangen til å klage er en sentral del av de rettssikkerhetsgarantiene som forvaltningsloven gir den enkelte. Et enkeltvedtak kan påklages av «en part eller annen med rettslig klageinteresse», og klagen må rettes til det forvaltningsorgan (klageinstansen) som er nærmest overordnet det forvaltningsorgan som har truffet vedtaket (underinstansen), jf. forvaltningsloven § 28 (1).

For å behandle en sak som klagesak må det foreligge en klage, fremsatt innen klagefristen, fra en som har klagerett, jf. forvaltningsloven §§ 28, 29 og 32. Oversittelse av fristen kan etter omstendighetene avhjelpes, jf. forvaltningsloven § 31.

Klagen skal normalt være skriftlig og «undertegnet» av klageren eller fullmektigen, «nevne det vedtak det klages over» og den endring som ønskes, jf. forvaltningsloven § 32. Klageren bør også nevne de

¹⁹⁴ Se eksempelvis Rt. 1981 side 745 (Isene), Rt. 2000 side 1056 (Gausi), Rt. 2000 side 1066 (Skotta) og Rt. 2011 side 111 (Drosjeløyve).

¹⁹⁵ European Principles for Public Administration, SIGMA Papers: No. 27, OECD 1998 s. 12.

¹⁹⁶ Se eksempelvis EU-domstolens dom fra 9. november 1995 i *Atlanta Fruchthandels-gesellschaft mbH mot Bundesamt für Ernährung und Forstwirtschaft*, C-466/93, ECLI:EU:C:1995:370.

¹⁹⁷ Se NOU 2019: 5 på side 353.

«grunner» klagen støtter seg til. Klage over et forvaltningsvedtak sendes til det organet som har truffet vedtaket (underinstansen), som forbereder saken ved å foreta de undersøkelser klagen gir grunn til og varsle eventuelle motparter, jf. forvaltningsloven § 33 (2) og (3).

Underinstansen kan avvise klagen, oppheve eller endre vedtaket, eller – dersom den fastholder sitt syn – oversende saken til klageinstansen for avgjørelse, jf. forvaltningsloven § 33 (2) og (3). Reglene i forvaltningsloven kapittel IV og V – herunder forhåndsvarsling, utredningsplikt og uttalerett – gjelder tilsvarende i klagesaker, jf. forvaltningsloven § 33 (1).

Helsedirektoratets avslag etter helsepersonelloven § 53 kan påklages til Statens helsepersonellnemnd, som er «klageorgan for vedtak» etter helsepersonelloven § 53, jf. § 68 (2). Klagen sendes til Helsedirektoratet som underinstans.

Statens helsepersonellnemnd «skal være et uavhengig organ med høy helsefaglig og juridisk ekspertise», bestående av «tre jurister, hvorav en er leder av nemnda, samt tre personer med helsefaglig bakgrunn og en legrepresentant», jf. helsepersonelloven § 69 (1) og (2).

Vedtak i nemnda kan bringes inn for domstolene («retten»), som kan prøve «alle sider av saken», jf. helsepersonelloven § 71 (1) om domstolskontroll.¹⁹⁸ Domstolen skal også prøve det som eventuelt måtte være av «hensiktsmessighetsskjønn».¹⁹⁹ Søksmålsfristen er seks måneder fra vedtaket i nemnda er kommet frem til klageren, jf. helsepersonelloven § 71 (2). Oversittelse medfører at vedtaket får «samme virkning som rettskraftig dom», jf. helsepersonelloven § 71 (4).

Retten til domstolskontroll er et grunnleggende prinsipp i både norsk rett og EU-/EØS-retten. EU-domstolen behandlet spørsmålet i sak 222/86 *Heylens*. Spørsmålet her var om avslag på godkjenning av et yrkesbevis fra et annet EU-land var i strid med retten til å ta arbeid. EU-domstolen uttalte:

«Da den frie adgang til beskæftigelse er en grundrettighed, der i henhold til Traktaten tilkommer enhver arbeidstager i Fællesskabet som en individuel ret, er det af afgørende betydning for at sikre den enkelte en effektiv retsbeskyttelse, at der består en mulighed for at indbringe søksmål.»²⁰⁰

EU-/EØS-borgere som søker om norsk autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning etter EU-/EØS-retten, vil følgelig kunne påberope seg – og skal sikres effektiv beskyttelse av – nettopp de rettigheter som gis dem av EU-/EØS-retten. Både norske forvaltningsorganer, som Helsedirektoratet og Statens helsepersonellnemnd, og norske domstoler, vil med andre ord måtte erkjenne og verne om de særbestemmelser og -rettigheter som EU-/EØS-retten gir.

7.4 Om retting og omgjøring

Etter at det er truffet et enkeltvedtak, kan det i enkelte tilfeller oppstå behov for å rette eller omgjøre vedtaket.

- **Retting** kan være aktuelt der «avgjørelsen rommer feil som gir inntrykk av at avgjørelsens innhold er et annet enn det som er tilsiktet fra forvaltningens side.»²⁰¹
- **Omgjøring** innebærer at «avgjørelsen får et annet innhold enn opprinnelig». Omgjøring kan herunder være aktuelt dersom det fremkommer nye opplysninger om situasjonen på vedtakstidspunktet som tilsier at saken skulle eller burde vært avgjort annerledes, eller dersom

¹⁹⁸ Slike søksmål skal rettes mot staten ved Statens helsepersonellnemnd, og alminnelig verneting er i Bergen.

¹⁹⁹ Se Rt. 2010 side 1614 avsnitt 54.

²⁰⁰ EU-domstolens dom fra 15. oktober 1987 i *Heylens*, sak 222/86, ECLI:EU:C:1987:442, avsnitt 14.

²⁰¹ Se NOU 2019: 5 på side 401.

det senere inntreffer forhold som tilsier at vedtaket bør endres eller oppheves. Som omgjøring regnes både «et fullstendig tilbakekall (tilbaketrekking) og mer eller mindre omfattende endringer».²⁰²

Spørsmålet om omgjøring kan oppstå etter en henvendelse fra parten eller andre interesserte, eller på initiativ fra forvaltningsorganet selv. Dersom en part eller andre interesserte fremsetter en begjæring om omgjøring, oppstår det spørsmål om forvaltningsorganet plikter å realitetsbehandle den, eller om den uten videre kan legges til side.²⁰³

For både retting og omgjøring er hovedspørsmålet hvilken adgang et forvaltningsorgan har til å rette eller omgjøre et vedtak. Videre er det spørsmål om forvaltningsorganet har plikt til å rette eller omgjøre, eventuelt som et minimum å vurdere dette når noen krever det eller bestemte forhold foreligger.

Forvaltningsloven har ingen regler om retting. Adgangen til å rette et enkeltvedtak bygger derfor på ulovfestet rett eller på analogi fra tvistelovens regler om domstolens adgang til å rette egne avgjørelser.

For omgjøring uten klage oppstiller forvaltningsloven § 35 nærmere regler. Disse suppleres av ulovfestede omgjøringsregler («alminnelige forvaltningsrettslige regler»), jf. forvaltningsloven § 35 (5). På en rekke områder oppstiller dessuten særlovgivningen egne omgjøringsregler. Om særbestemmelser om omgjøring heter det i NOU 2019: 5 s. 401–402:

«Disse særbestemmelsene er ikke uttømmende for adgangen til å omgjøre vedtak på det aktuelle området, idet omgjøring også her kan skje etter fvl. § 35 eller den ulovfestede omgjøringsregelen. Når det gjelder tilbakekall, vil likevel den ulovfestede omgjøringsregelen i praksis få liten betydning når særlovgivningen har en bestemmelse, som gjerne gir en større og sikrere adgang til tilbakekall enn det som kan følge av ulovfestet rett.»

Reglene om omgjøring innebærer at et enkeltvedtak «ikke [er] endelig på samme måte som en rettskraftig dom, men kan på visse betingelser endres innenfor lovens ramme». Omgjøring kan i noen tilfeller være til gunst for parten, i andre tilfeller til ugunst:

«Ved omgjøring til ugunst vil hensynet til parten stå mot de hensyn som forvaltningen ønsker å ivareta gjennom omgjøringen. En omgjøring vil i noen tilfeller – hvis den skjer i sanksjonsøyemed – bli regnet som et administrativt rettighetstap etter fvl. § 45, slik at reglene om administrative sanksjoner i lovens kapittel IX gjelder for omgjøringssaken.»²⁰⁴

Reglene om omgjøring har følgelig betydning på to måter: De tjener som rettsgrunnlag for omgjøring, og de tjener som begrensning for adgangen til å omgjøre.

Som omtalt under pkt. 5.2.1 er det Helsedirektoratet som er tildelt kompetanse til å fatte enkeltvedtak om å gi eller nekte autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning, jf. helsepersonelloven § 53.

Kompetansen til å omgjøre det samme vedtaket gjennom tilbakekall tilligger Helsetilsynet, jf. helsepersonelloven § 57. Regelen om tilbakekall i helsepersonelloven § 57 er dermed en særbestemmelse om fullstendig tilbakekall, som også kan suppleres av forvaltningsloven § 35 og den ulovfestede omgjøringsregelen.²⁰⁵

²⁰² Se NOU 2019: 5 på side 401.

²⁰³ Se NOU 2019: 5 på side 401.

²⁰⁴ Se NOU 2019: 5 på side 402.

²⁰⁵ Vi viser også til Helsetilsynet etter helsepersonelloven § 58 har kompetanse til å suspendere – begrenset eller full – retten til autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning vedtatt av Helsedirektoratet. Videre har Helsetilsynet etter helsepersonelloven § 59 kompetanse til å begrense en autorisasjon vedtatt av Helsedirektoratet.

Når kompetansen etter helsepersonelloven til å tilbakekalle et enkeltvedtak om autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning er lagt til Helsetilsynet, jf. helsepersonelloven § 57, kan det reises spørsmål om lovgiver samtidig har avskåret Helsedirektoratets omgjøringskompetanse, slik at den alminnelige regelen om omgjøring uten klage i forvaltningsloven § 35 og/eller ulovfestet rett ikke får anvendelse.

Etter vårt syn er det ikke tvilsomt at Helsedirektoratet, dersom vilkårene er oppfylt, har alminnelig kompetanse til å omgjøre sitt eget vedtak uten at det er påklaget.

Etter forvaltningsloven § 35 (1) kan et forvaltningsorgan «omgjøre sitt eget vedtak uten at det er påklaget» i tre tilfeller:

- **For det første** kan omgjøring finne sted dersom omgjøring «ikke er til skade for noen som vedtaket retter seg mot eller direkte tilgodeser» (bokstav a). Etter dette alternativet er det fri adgang til å omgjøre til gunst for parten. Det er tilstrekkelig at omgjøringen virker nøytralt overfor parten.
- **For det andre** kan omgjøring finne sted dersom «underretning om vedtaket ikke er kommet fram til vedkommende og vedtaket heller ikke er offentlig kunngjort» (bokstav b). Vedtaksorganet kan dermed omgjøre vedtaket både der underretning ennå ikke er sendt til parten, og der underretningen ennå ikke er kommet frem. Med elektronisk sending vil det i praksis ikke bli noen forskjell på disse to tidspunktene.²⁰⁶
- **For det tredje** kan omgjøring skje der «vedtaket må anses ugyldig» (bokstav c). Et vedtak som må anses ugyldig, kan følgelig erstattes med et nytt gyldig vedtak selv om det nye vedtaket er til skade for parten. Hvilke feil og mangler som kan lede til ugyldighet, er omtalt under pkt. 7.5. Det er ugyldighetsreglene som fastlegger rekkevidden av omgjøringskompetansen etter dette alternativet.²⁰⁷ Innrettelseshensyn kan likevel supplere de rene ugyldighetsvurderingene.

I tillegg til at vedtaksorganet kan ha adgang til å omgjøre et vedtak etter forvaltningsloven § 35 (1), «kan vedtaket også omgjøres av klageinstansen eller av annet overordnet organ», jf. forvaltningsloven § 35 (2). Disse har også generell, men tidsbegrenset, adgang til omgjøring til ugunst for parten etter forvaltningsloven § 35 (3). Bestemmelsen lyder:

«Dersom hensynet til andre privatpersoner eller offentlige interesser tilsier det, kan klageinstans eller overordnet myndighet omgjøre underordnet organs vedtak til skade for den som vedtaket retter seg mot eller direkte tilgodeser, selv om vilkårene etter første ledd bokstav b eller c ikke foreligger. Melding om at vedtaket vil bli overprøvd, må i så fall sendes ham innen tre uker etter at det ble sendt melding om vedtaket, og melding om at vedtaket er omgjort må sendes ham innen tre måneder etter samme tidspunkt. [...]»

Om et forvaltningsorgan er overordnet et annet og derfor kan omgjøre vedtak etter forvaltningsloven § 35 (2) og (3), «må bedømmes ut fra plasseringen i forvaltningsorganisasjonen og det aktuelle sakområdet [sic]». ²⁰⁸ Som omtalt under pkt. 7.3 er Statens helsepersonellnemnd klageorgan for vedtak etter helsepersonelloven § 53, det vil si vedtak om autorisasjon mv. fattet av Helsedirektoratet.

Etter forvaltningsloven § 35 (3) kan omgjøring bare skje dersom «hensynet til andre privatpersoner eller offentlige interesser tilsier det». Det kreves følgelig ikke en vesentlig interesseovervekt i favør av endring for at omgjøring skal kunne skje; det er tilstrekkelig at endringen fremstår som den beste løsningen samlet sett.²⁰⁹

²⁰⁶ Se NOU 2019: 5 på side 402.

²⁰⁷ Se NOU 2019: 5 på side 402.

²⁰⁸ Se NOU 2019: 5 på side 402-403.

²⁰⁹ Se Hans Petter Graver og Henriette N. Tøssebro, Alminnelig forvaltningsrett, Universitetsforlaget, 2024 s. 528-529, Juridika.

Forvaltningsloven § 35 (5) viser til ytterligere grunnlag for omgjøring; vedtaket selv, annen lov og ulovfestede regler. Bestemmelsen lyder:

«De begrensninger i adgangen til å omgjøre et vedtak som er forutsatt i [forvaltningsloven § 35] første, annet og tredje ledd, gjelder ikke når endringsadgangen følger av annen lov, av vedtaket selv eller av alminnelige forvaltningsrettslige regler.»

Selv om bestemmelsen angir at de nevnte «begrensningene» ikke gjelder, er det klart at det ikke her innrømmes noen *carte blanche* til omgjøring.

At omgjøringsadgangen kan følge «av vedtaket selv», innebærer at et forvaltningsorgan kan ha adgang til å ta et spesifikt forbehold om omgjøring i vedtaket.²¹⁰ Om dette heter det i NOU 2019: 5 på side 403:

«Det er noe uklart hvor langt omgjøringsadgangen kan utvides på denne måten. I prinsippet må et slikt forbehold ligge innenfor de rammer som gjelder for adgangen til å sette vilkår i forvaltningsvedtak. Et generelt forbehold vil neppe ha særlig betydning ved siden av de alminnelige omgjøringsreglene, men det kan stille seg annerledes ved mer spesifiserte forbehold eller ved en særlig risikofylt tillatelse. Et forbehold om at retten til en løpende ytelse bortfaller eller kan omgjøres hvis lovens vilkår for ytelsen ikke lenger er til stede, vil være lovlig.»

Alternativet «annen lov» er i utgangspunktet et utslag av *lex specialis*-prinsippet, jf. forvaltningsloven § 1. Helsetilsynets kompetanse etter helsepersonelloven § 57 til å tilbakekalle autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning gitt av Helsedirektoratet etter § 53 er nettopp et eksempel på en slik «annen lov». At Helsedirektoratets vedtak må kunne omgjøres dersom partens «egnethet» endrer seg, må sees i sammenheng med at vedtaket er ment å gjelde for fremtiden.

Endelig kan omgjøring skje på grunnlag av «alminnelige forvaltningsrettslige regler», jf. forvaltningsloven § 35 (5). Slike regler kan bygge på ulovfestet rett. Om omgjøringsadgangen heter det i NOU 2019: 5 på side 403:

«Denne omgjøringsadgangen beror på en avveining av de interesser og hensyn som taler for og mot omgjøring, og forutsetter at det foreligger en markert interesseovervekt til fordel for omgjøring. Det vil særlig ha betydning om tungtveiende allmenne hensyn tilsier at vedtaket bør endres, og om forholdene har endret seg på noen vesentlig måte siden vedtaket ble truffet. I vurderingen vil det videre spille inn hvor omfattende endring det er tale om å gjøre i vedtaket, om den private part blir kompensert på noen måte, og om parten på noen måte har forårsaket behovet for omgjøring. Både vedtaksorganet selv og overordnede organer kan omgjøre et vedtak på grunnlag av den alminnelige ulovfestede omgjøringsregelen.»

Vi bemerker at hensynet til å beskytte mot helsefarer eller andre direkte farer er en type allmenne hensyn som lettere vil kunne begrunne omgjøring enn andre typer hensyn. Til dette kommer at hovedformålet med autorisasjonsordningen nettopp er å bidra til å sikre pasientsikkerheten, se Ot.prp. nr. 13 (1998–1999) s. 129. Ordningen skal dessuten være «en garanti for et visst kunnskapsnivå og for at yrkesutøverne har personlige kvalifikasjoner som gjør at vedkommende har helsemyndighetenes og samfunnets tillit». Pasientene skal «kunne oppleve trygghet ved undersøkelse og behandling hos autorisert helsepersonell». Disse hensynene er i samsvar med formålsbestemmelsen i helsepersonelloven § 1.

Som det følger av ovennevnte, vil en part som har fått innvilget autorisasjon som helsepersonell, men som senere opptrer på et vis som tilsier at vedkommende ikke lenger er egnet, kunne miste autorisasjonen. Når det foreligger særlovgivning som oppstiller egne regler om tilbakekall av

²¹⁰ Et rent generelt omgjøringsforbehold vil ikke kunne hjemle omgjøring, jf. eksempelvis Lovavdelings uttalelse i JDLOV-2013-3190.

autorisasjon på grunn av bestemte forhold, har Høyesterett i Rt. 2010 side 1613 understreket at utgangspunktet for vurderingen om omgjøring eller tilbakekall «bør» ta «utgangspunkt i disse [sær]bestemmelser og ikke i forvaltningsrettens alminnelige omgjøringsregler, jf. blant annet Ot.prp.nr.3 (1976–1977) side 99.»²¹¹

I samme sak understreket Høyesterett at vurderingstemaet etter de to ulike alternativene – omgjøring etter ulovfestede forvaltningsrettslige regler forankret i forvaltningsloven § 35 (5) og tilbakekall etter helsepersonelloven § 57 – «ikke blir vesentlig forskjellig».²¹²

7.5 Om ugyldighet og ugyldighetsgrunner

I saker hvor bestemmelsene i forvaltningsloven eller annen særlovgivning ikke er overholdt, oppstår spørsmålet om hvilke virkninger det bør få for vedtaket.

Dersom en feil avdekkes under saksforberedelsen, vil saksbehandlingsreglene i mange tilfeller oppstille en plikt for forvaltningen til å reparere feilen. Dersom forvaltningen eksempelvis blir oppmerksom på at en sak ikke er forsvarlig utredet, «må saken utredes ytterligere før vedtak kan treffes».²¹³

Dersom feilen derimot avdekkes etter at vedtak er fattet, oppstår spørsmålet om «feilen bør få betydning for avgjørelsens gyldighet og om det i tilfelle bør være adgang til å opprettholde avgjørelsen, eventuelt ved å avhjelpe feilen i ettertid (ratihabisjon). I noen tilfeller kan det også oppstå spørsmål om feilen bør lede til tjenestemessige reaksjoner, erstatningsansvar eller straff.»²¹⁴

Spørsmålet om ugyldighet vil følgelig oftest oppstå etter at vedtak er fattet, og da gjerne i en omgjøringssak. Som omtalt under pkt. 7.4 vil vedtaksmyndigheten, etter omstendighetene, kunne omgjøre et vedtak til ugunst for en part dersom «vedtaket må anses ugyldig», jf. forvaltningsloven § 35 (1) bokstav c.

Forvaltningsloven har ingen generell bestemmelse om ugyldighet og virkningen av feil. Forvaltningsloven § 41 fastsetter imidlertid at et vedtak er gyldig til tross for brudd på lovens bestemmelser dersom «det er grunn til å regne med at feilen ikke kan ha virket bestemmende på vedtakets innhold». Bestemmelsen regulerer likevel ikke spørsmålet om når feilen leder til ugyldighet, og den regulerer heller ikke andre spørsmål som kan oppstå når feil begås.

I saker hvor det foreligger en «ikke helt fjerntliggende mulighet» for at feilen kan ha virket bestemmende på avgjørelsens innhold, og man derfor er utenfor virkeområdet til gyldighetsregelen i forvaltningsloven § 41, blir spørsmålet om feilen leder til ugyldighet. Dette beror på ulovfestede regler. Om disse fremgår følgende i NOU 2019: 5 side 536:

«De ulovfestede reglene om ugyldighet skiller mellom forskjellige typer av feil. I fremstillingen av reglene skiller noen forfattere mellom innholdsmangler og tilblivelsesmangler, mens andre skiller mellom materielle, prosessuelle og personelle feil. Disse inndelingene lar seg for øvrig også kombinere.

Det går et grunnleggende skille mellom avgjørelser som har tilstrekkelig hjemmel på den ene side, og avgjørelser som ikke har det på den annen.

²¹¹ Se Rt. 2010 side 1613 avsnitt 51.

²¹² Se Rt. 2010 side 1613 avsnitt 51.

²¹³ Se NOU 2019: 5 på side 535. Se også nærmere omtale av forvaltningsorganet utrednings- og informasjonsplikt under pkt. 7.2.4.

²¹⁴ Se NOU 2019: 5 på side 535.

En avgjørelse som mangler tilstrekkelig hjemmel, materielt sett, vil i utgangspunktet være ugyldig. [...] Et ugyldig pålegg skaper dermed ingen plikt for den det retter seg mot. Det er uten betydning om det er det rettslige eller det faktiske grunnlaget for avgjørelsen som svikter,

Når det gjelder avgjørelser som har tilstrekkelig hjemmel, men som det likevel hefter mangler ved, løser ugyldighetsspørsmålet seg opp i en toleddet vurdering:

For det første må det være en viss mulighet for at feilen har virket inn på avgjørelsens innhold. Er det tale om rettslige eller faktiske feil ved skjønnsutøvelsen, formuleres dette som et krav om at feilen må kunne ha påvirket avgjørelsens innhold for at ugyldighet skal inntre. Er det i stedet tale om feil ved saksbehandlingen, uttrykker man det gjerne slik at det må foreligge en «ikke helt fjerntliggende mulighet» for at feilen har virket inn på avgjørelsens innhold. Det er usikkert om de forskjellige formuleringene av innvirkningskravet korresponderer med tilsvarende forskjeller når det gjelder innvirkningskravets innhold.

For det annet må det foretas et [sic] samlet vurdering av bl.a feilens art og omfang, hvorvidt ugyldighet er til gunst eller skade for parten, hvor lang tid som har gått, og om parten selv er å bebreide for feilen.»

På området for autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning etter helsepersonelloven innebærer dette at Helsedirektoratet selv vil kunne omgjøre et autorisasjonsvedtak mv. dersom «vedtaket må anses ugyldig», jf. helsepersonelloven § 53, jf. forvaltningsloven § 35 (1) bokstav c.

Av særlig relevans for denne rapporten er omgjøring grunnet ugyldighet som følge av materielle feil, nærmere bestemt at forvaltningen har lagt feil faktum til grunn for sin avgjørelse (feil i faktavurderingen, herunder bevisbedømmelsen). Dersom et vedtak er truffet på et uriktig faktisk grunnlag – for eksempel fordi parten har unnlatt å gi informasjon som taler i vedkommendes disfavør, eller har gitt uriktige opplysninger – vil spørsmålet om ugyldighet kunne oppstå.

Dersom et vedtak hviler på et «uriktig faktisk grunnlag», hefter det en mangel ved vedtaket som etter det «klare utgangspunkt» medfører ugyldighet.²¹⁵ Høyesterett har i HR-2016-2017-A avsnitt 73 slått fast at regelen likevel ikke er helt unntaksfri:

«[...] Noen helt unntaksfri regel er dette likevel ikke, og det enkelte vedtak må vurderes konkret. Når det er aktuelt å statuere ugyldighet til ugunst for parten, har det blant annet betydning hvor lang tid som har gått og i hvilken grad parten har innrettet seg etter vedtaket, se Eckhoff/ Smith, Forvaltningsrett, 10. utgave, 2014 side 463. [...]»

Det fremgår videre av dommen at «forvaltningsrettens klare utgangspunkt» er at slike «mangler medfører ugyldighet, selv om den private parten ikke kan bebreides».²¹⁶ Dette må forstås i lys av at dersom et vedtak til tross for en slik mangel opprettholdes, vil dette «bety at parten kan få en rettsposisjon som han eller hun ikke har krav på, og som andre ikke får på grunn av loven. Det kan betraktes som uheldig i et demokratisk perspektiv, og kan bli oppfattet som urettferdig overfor dem som får avslag i tråd med loven.»²¹⁷

²¹⁵ Se HR-2016-2017-A avsnitt 73.

²¹⁶ Se HR-2016-2017-A avsnitt 54.

²¹⁷ Se NOU 2019: 5 på side 538–539.

7.6 Om bevisbyrde, beviskrav og tvilsrisiko i forvaltningsretten

Når forvaltningen skal treffe vedtak, må forvaltningsorganet ta stilling til om de faktiske betingelsene for å utøve kompetansen er oppfylt. Dersom forvaltningen ikke er sikker på om de foreliggende kjensgjerningene på en overbevisende måte viser at vilkårene er oppfylt, må den ty til bevisreglene. Disse reglene regulerer hvem som bærer risikoen for manglende opplysninger, hvem tvil om faktum skal gå ut over, og hvilken grad av visshet som må foreligge før et bestemt faktum kan legges til grunn.

Det er hensiktsmessig å sondre mellom tre sentrale begreper: bevisbyrde, beviskrav og tvilsrisiko.

- Med **bevisbyrde** siktes det til spørsmålet om hvem som må godtgjøre at vilkårene for å bringe en regel til anvendelse er oppfylt. Bevisbyrden kan romme to forhold. For det første en bevisføringsbyrde, i den forstand at det er opp til den parten som har bevisbyrden å skaffe eller legge frem bevis som styrker vedkommendes anførsel. For det andre en tvilsrisiko, i betydningen hvilken av partene det skal gå ut over at det er like usikkert at kravet til sannsynlighetsovervekt er oppfylt som at det ikke er det.
- Med **beviskrav** siktes det til kravet til overbevisning. Det vil si hvilken grad av sannsynlighet som skal foreligge for at et visst faktum anses bevist. Det opereres i hovedsak med tre grader av sannsynlighetskrav: alminnelig sannsynlighetsovervekt (sannsynlig), overveiende sannsynlig («godtgjort», «klart» eller «åpenbart») og sikkert (utover enhver rimelig tvil).
- Med **tvilsrisiko** menes hvem av partene som bærer risikoen for usikkerhet om faktiske forhold. Det er først når beviskravet ikke er oppfylt at det foreligger rettslig relevant usikkerhet, og at reglene om tvilsrisikoen får betydning. Tvilsrisikoen retter seg mot det faktum rettsregelen etterspør (rettsfaktum), og for hvert enkelt rettsfaktum ligger tvilsrisikoen fast hos én av partene gjennom hele saken.

Spørsmålene om bevisbyrde og beviskrav glir lett over i hverandre, og det kan diskuteres om det er heldig å foreta en teoretisk oppsplitting av dem. De hensyn som gjør seg gjeldende, er dessuten stort sett de samme, og i praksis ser man at samme resultat kan begrunnes med at det må kreves en høy grad av sikkerhet, at en part ikke har oppfylt sin bevisbyrde, eller at tvilen må gå ut over en part.

Hovedregelen i sivilprosessen er at det faktum som har de beste grunner for seg, legges til grunn – det vil si alminnelig sannsynlighetsovervekt (overvektsprinsippet). Kravet til overbevisning som gjelder i sivile saker for domstolene, legges også til grunn i saker om gyldigheten av forvaltningsvedtak, og vil være veiledende som generell regel også for forvaltningen. Hensynet til materielt riktige avgjørelser tilsier at det mest sannsynlige alternativet legges til grunn.

Det er i norsk forvaltningsrett rettskildemessig grunnlag for å oppstille generelle hovedregler om tvilsrisikoen basert på skillet mellom søknadssituasjoner og inngrepssituasjoner.

- I **søknadssituasjoner** er det alminnelige utgangspunktet at tvilsrisikoen påhviler den private part. Det vil normalt gå ut over parten selv dersom vedkommende ikke legger frem opplysninger som tilsier at vilkårene for den retten det søkes om er oppfylt. Bevissikringshensyn underbygger dette, ettersom det ofte er forhold ved den private part som skal bevises, og parten selv har best tilgang på bevis.
- I **inngrepssaker** (tilsyns- og sanksjonssaker) er det alminnelige utgangspunktet at forvaltningen har bevisbyrden – det vil si at det er opp til forvaltningen å skaffe et faktisk grunnlag som tilsier at det foreligger kompetanse til å gripe inn. Konsekvenshensyn underbygger denne hovedregelen, ved at den private part har størst skade av en uriktig avgjørelse i partens disfavør. Dertil kommer at det i inngrepssaker ofte er forvaltningen selv som tar initiativ til saken.

Bevisbyrden er imidlertid typisk noe som skifter i løpet av saksforberedelsen. Når en inngrepssak tas opp, er det gjerne forvaltningen som har bevisbyrden, men når parten varsles, kan forvaltningen sitte med opplysninger som tilsier at det treffes et tyngende vedtak mot parten, med mindre vedkommende kan peke på omstendigheter som tilsier at forutsetningene for dette ikke er til stede – og da er det parten som har bevisbyrden. Partens bevisbyrde må imidlertid modifieres av forvaltningens veiledningsplikt, slik at forvaltningen ikke kan avgjøre en sak på grunnlag av partens passivitet uten å vurdere partens behov for veiledning.

Hverken i prosessretten eller forvaltningsretten utgjør kravet til sannsynlighetsovervekt mer enn et utgangspunkt. Det finnes en rekke situasjoner hvor kravet til bevisets styrke må fravikes. Hvor en uriktig avgjørelse i én retning vil føre til vesentlig større personlige konsekvenser enn en uriktig avgjørelse i den andre retningen, kan det være grunn til å stille strengere krav til overbevisning. I Rt. 2006 side 1657 sammenfattet Høyesterett praksis slik:

«Overvektsprinsippet fravikes i noen typer saker der en uriktig dom i én retning vil føre til vesentlig større personlige konsekvenser for en part enn en uriktig dom i den andre retningen. Dette blir satt på spissen i straffesaker, hvor det ved en fellede dom kreves en så stor overvekt av sannsynlighet at det ikke skal være rimelig tvil tilbake. I en mer avdempet form finner vi også prinsippet anvendt i noen typer sivile saker, for eksempel ved krav om erstatning etter frifinnelse i straffesak, eller til fordel for den som påstås å være uberettiget til et forsikringsoppgjør som følge av egne sterkt klanderverdige handlinger.»

Spørsmålet om beviskrav har også vært behandlet i saker om tilbakekall av autorisasjon etter helsepersonelloven § 57, herunder i Rt. 2007 side 1851. Saken gjaldt spørsmål om tilbakekall av autorisasjon som lege som følge av seksuelle overgrep overfor mindreårige begått før legen ble autorisert, jf. helsepersonelloven § 57. Strafferettslig var forholdene foreldet, og siktelsen mot legen var derfor henlagt. Der forelå derfor ingen strafferettslig dom som bekreftet forholdene.

Spørsmål for Høyesterett var, blant annet, hvilket «beviskrav som må stilles, og hva som skal legges til grunn med hensyn til de overgrep som har funnet sted.»²¹⁸ Legen anførte at det måtte stilles «krav til kvalifisert bevisovervekt».²¹⁹ Staten v/ Helse- og omsorgsdepartementet anførte på sin side at lagmannsretten hadde lagt til grunn korrekt beviskrav i saken, når retten hadde «bygget på at det mest sannsynlige faktum skal legges til grunn ved bevisvurderingen av hvilke overgrep som har funnet sted og de nærmere omstendigheter ved overgrepene.»²²⁰

Om spørsmålet skriver førstvoterende i avsnitt 31:

«Helsepersonelloven § 57 omfatter svært ulike forhold, og **det kan ikke oppstilles noen generell regel om at det kreves kvalifisert sannsynlighetsovervekt for å legge til grunn det faktum som skal tjene som grunnlag for tilbakekall.** Tilbakekall av autorisasjon er begrunnet i hensynet til pasientsikkerhet og i behovet for at allmennheten skal ha tillit til helsevesenet. Disse hensyn er relevante også ved vurderingen av hvilket krav til bevisovervekt som skal stilles, og **utgangspunktet må her som ellers være at alminnelig sannsynlighetsovervekt er tilstrekkelig.**» (våre uthevninger)

Høyesterett fant imidlertid at når det, som i den aktuelle saken, var «tale om å legge til grunn eldre forhold av sterkt infamerende karakter, og disse forhold ikke har noen umiddelbar tilknytning til den aktuelle yrkesutøvelse, må det stilles krav om kvalifisert sannsynlighetsovervekt».²²¹ Høyesterett viste

²¹⁸ Se Rt. 2007 side 1851 avsnitt 30.

²¹⁹ Se Rt. 2007 side 1851 avsnitt 18.

²²⁰ Se Rt. 2007 side 1851 avsnitt 14.

²²¹ Se Rt. 2007 side 1851 avsnitt 36.

herunder til at det i rettspraksis i ulike sammenhenger har vært stilt krav om kvalifisert sannsynlighetsovervekt når det er tale om å bygge på et for parten særlig belastende faktum.

Oppsummeringsvis må det være riktig å si at praksis ikke går i retning av å stille et strafferettslig beviskrav til forvaltningen, selv ved illeggelse av inngripende sanksjoner for alvorlige forhold eller i andre saker som bygger på om en part har gjort seg skyldig i et straffbart eller annen form for sterkt klanderverdig forhold. På den annen side kan det være grunnlag for å hevde at det kreves mer enn alminnelig overbevisning hvis ikke hensynet til andre interesser tilsier at det vanlige overvektskravet gjelder.

Det er med andre ord neppe grunnlag i norsk rett for å si generelt at kravene til bevisets styrke øker i takt med hvor inngripende vedtaket er. Dette betyr imidlertid ikke at det alltid er tilstrekkelig med simpel overvekt for å treffe et inngripende vedtak. For vurderingen av når overvektskravet bør fravikes, kan det være hensiktsmessig å se på de generelle hensyn som taler for fravikelse – herunder hensynet til konsekvensene av en uriktig avgjørelse, bevissikringshensynet og adgangen til å spekulere i uvisshet.

Vi bemerker videre at det er sammenheng mellom kravene til bevis og kravet til sakens utredning i forvaltningsloven § 17. Dersom det foreliggende faktagrunnlaget er sikkert nok til å begrunne et standpunkt, er saken tilstrekkelig utredet. Det er også sammenheng mellom hvor sterke krav som må stilles til sikkerheten om det faktiske grunnlaget, og hvor langt forvaltningen må gå i sin utredning. Det er likevel viktig å understreke forskjellene: utredningsplikten er et prosessuelt krav som følger av forvaltningsloven, mens kravene til bevis følger av de materielle kompetansereglene. Utredningsplikten kan godt være oppfylt uten at faktum er klarlagt, og et vedtak kan hvile på et sviktende faktisk grunnlag uten at forvaltningen kan klandres for å ha brutt sin utredningsplikt.

Dersom en part ikke har oppfylt sin bevisbyrde, og forvaltningen heller ikke har plikt til å utrede saken ytterligere, kan saken avgjøres i partens disfavør. Men hvis parten har fremskaffet det som kan forlanges av opplysninger og forvaltningen fortsatt er i tvil, kan saken ikke avgjøres etter noen alminnelig bevisregel.

7.7 Om uskyldspresumsjonen etter Grunnloven og EMK

Som omtalt under pkt. 6.2.2 er det et vilkår for rett til autorisasjon etter helsepersonelloven § 48 a (2) bokstav b at søkeren ikke er «uegnet for yrket». Dersom Helsedirektoratet vurderer at en søker er «uegnet for yrket», skal søknaden avslås, jf. helsepersonelloven § 53 (1). Tilsvarende kan en søknad nektes dersom det foreligger tilbakekallsgrunn, jf. helsepersonelloven § 53 (2), jf. § 57.

Uegnethetsvurderingen etter helsepersonelloven § 48 a (2) bokstav b og tilbakekallsgrunnen «atferd som anses uforenlig med yrkesutøvelsen» etter § 57 (1) vil i praksis kunne bygge på de samme faktiske forholdene og lede til samme resultat, nemlig at søknad om autorisasjon nektes.

Det er ikke tvilsomt at atferd som etter helsepersonelloven kan lede til nektelse av autorisasjon, også kan være straffbar etter for eksempel straffeloven, jf. også omtalen under pkt. 6.3.2.9. Dette innebærer at Helsedirektoratet som ledd i sin myndighetsutøvelse kan måtte fatte vedtak som bygger på faktiske forhold som også kan danne grunnlag for straff, eller som allerede har ledet til straff for søkeren om autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning.²²²

Uskyldspresumsjonen er nedfelt i Grunnloven § 96 (2), EMK artikkel 6 nr. 2 og SP artikkel 14 nr. 2. Grunnloven § 96 (2) lyder:

«Enhver har rett til å bli ansett som uskyldig inntil skyld er bevist etter loven.»

²²² Verken Lund-legen eller Uppsala-legen var rettskraftig dømt i Sverige for de forholdene de stod anklaget for på det tidspunktet Helsedirektoratet innvilget henholdsvis norsk autorisasjon og spesialistgodkjenning. Sakene er omtalt nærmere under pkt. 4.2.2 og 4.2.3, og illustrerer problemstillingens praktiske betydning.

For det første innbefatter uskyldspresumsjonen en rekke prosessuelle garantier for å sikre retten til rettferdig rettergang i behandlingen av straffesaker.

Etter vårt syn er det ikke tvilsomt at det å nekte autorisasjon etter helsepersonelloven § 53, jf. § 48 a (2) bokstav b, ikke er «straff» etter norsk rett eller etter EMDs praksis.²²³ Dette gjelder også der de faktiske forholdene eller atferden som vurderes under uegnehetsvurderingen også kan utgjøre en straffbar handling. De særlige prosessuelle garantiene som følger av Grunnloven § 96 og EMK artikkel 6 for straffesaker, kommer derfor ikke direkte til anvendelse ved vedtak om nektelse av autorisasjon etter helsepersonelloven § 53.

Dette må ses i lys av formålet med tillatelsesordningene etter helsepersonelloven. Formålet med loven er «å bidra til sikkerhet for pasienter og kvalitet i helse- og omsorgstjenesten samt tillit til helsepersonell og helse- og omsorgstjenesten», jf. helsepersonelloven § 1. Dette skjer blant annet ved at det er et vilkår for autorisasjon og lisens at søkeren ikke er «uegnet for yrket», jf. helsepersonelloven § 48 a (2) bokstav b. Ordningen skal dermed beskytte pasienter mot uskikkede utøvere og bidra til å opprettholde tilliten til helsetjenesten.

Til dette kommer at tilsynssystemet etter helsepersonelloven i utgangspunktet løper parallelt med det strafferettslige reaksjonssystemet.²²⁴ Dette har sammenheng med at skyldkrav, formål og vurderingstema er ulike i de to systemene, jf. Ot.prp. nr. 13 (1998–1999) side 185 og 187. Vi viser her til at «[f]ormålet med å straffe, er dels et uttrykk for gjengjeldelse fra samfunnets side mot lovovertrederen, dels å virke både allmennpreventivt i samfunnet og individualpreventivt overfor den enkelte lovovertreder.»²²⁵

At tilsynsmyndighetene ikke skal ha som formål å «straffe», er understreket av Høyesterett i Rt. 2004 side 1343 i avsnitt 22:

«Det er forutsatt at tilsynsmyndigheten i utgangspunktet står fritt til å vurdere tilbakekall, selv om helsepersonell ikke har blitt idømt rettighetstap i en straffesak. **Det understrekes at tilsynsmyndigheten skal være opptatt av å beskytte pasienter mot ukvalifiserte utøvere, ikke av å straffe.**»²²⁶ (vår understrekning).

I avsnitt 47 fremheves det også at formålet med autorisasjonsordningen «ikke [er] å straffe dem» som bryter de oppstilte normene, «men å hindre at de i fremtiden kan påføre sine pasienter skade eller komme til å krenke det tillitsforholdet det nødvendigvis må være mellom allmennheten og legestanden».²²⁷

Det samme utgangspunktet er uttrykkelig fremhevet i Prop.141 L (2024–2025) side 24, hvor det understrekes at Helsetilsynet ikke skal «undersøke straffbare handlinger eller ta stilling til eller uttale seg om straffeskyld». Etter vårt syn må det samme gjelde for Helsedirektoratets forvaltningsvirksomhet.

Ettersom nektelse av autorisasjon ikke utgjør straff, aktualiseres ikke den prosessuelle siden av uskyldspresumsjonen ved slike vedtak. Spørsmålet er i stedet om uskyldspresumsjonens andre aspekt setter skranker for Helsedirektoratets vurdering.

²²³ Se eksempelvis Rt. 2004 side 1343 avsnitt 44 og 53, hvor det slås fast at tilbakekall og suspensjon av tillatelse etter helsepersonelloven ikke er å anse å som «straff» etter verken norsk rett eller i EMDs forstand. I avsnitt 52 fremheves at utferdigelse av offentlige tillatelser er «typisk forvaltningsvirksomhet». Se også Prop.141 L på side 23-25 og Prop.63 L (2023-2024) på side 47.

²²⁴ Se Rt. 2004 side 1343 avsnitt 39.

²²⁵ Se Ot.prp.nr.13 (1998-1999) på side 185.

²²⁶ Se Ot.prp.nr.13 (1998-1999) på side 185.

²²⁷ Se også Ot.prp.nr.1 (1979–1980) på side 39 annen spalte.

Det andre aspektet, som kommer i tillegg til de prosessuelle garantiene i straffesaker, er at det følger av praksis fra EMD at bestemmelsen også verner den enkelte «mot å bli behandlet av offentlige tjenestemenn og myndigheter som om man faktisk er skyldig i det anklagede lovbruddet etter frifinnelse, eller etter at straffesaken på annet grunnlag er avsluttet».²²⁸ Dette aspektet skal sikre at retten til rettferdig rettergang ikke blir teoretisk eller illusorisk, og har også en side til vernet og «beskyttelsen av personens omdømme og måten vedkommende blir oppfattet på av offentligheten.»²²⁹

Vi viser her til EMDs storkammeravgjørelser *Nealon og Hallam mot Storbritannia* (32483/19 og 35049/19) 11. juni 2024 avsnitt 168 og 169, hvor det fremgår:

«168. [...] regardless of the nature of the subsequent linked proceedings, and regardless of whether the criminal proceedings ended in an acquittal or a discontinuance, the decisions and reasoning of the domestic courts or other authorities in those subsequent linked proceedings, when considered as a whole, and in the context of the exercise which they are required by domestic law to undertake, will violate Article 6 § 2 of the Convention in its second aspect if they amounted to the imputation of criminal liability to the applicant. **To impute criminal liability to a person is to reflect an opinion that he or she is guilty to the criminal standard of the commission of a criminal offence [...], thereby suggesting that the criminal proceedings should have been determined differently.**

169. This approach reflects the fact that at national level judges may be required, outside the context of a criminal charge, to sit in cases arising out of the same facts as a previous criminal charge which did not result in a conviction. **The protection afforded by Article 6 § 2 in its second aspect should not be interpreted in such a way as to preclude national courts in subsequent proceedings – in which they are exercising a different function to that of the criminal judge, in accordance with the relevant provisions of domestic law – from engaging with the same facts as were decided in the previous criminal proceedings, provided that in doing so they do not impute criminal liability to the person concerned. A person who was acquitted or in respect of whom criminal proceedings were discontinued will remain subject to the ordinary application of domestic rules as to evidence and the standard of proof outside criminal trials.»²³⁰ (våre uthevinger)**

EMDs rettspraksis viser etter dette at etterfølgende sivile rettsprosesser som bygger på samme faktum som i straffesaken, kan krenke EMK artikkel 6 nr. 2 dersom avgjørelsen eller begrunnelsen samlet sett innebærer en tilskrivelse av strafferettslig ansvar («the imputation of criminal liability»). Det avgjørende er om myndighetene i realiteten uttrykker at personen er skyldig etter strafferettslig standard («guilty to the criminal standard of the commission of a criminal offence»), og dermed indirekte signaliserer at straffesaken burde fått et annet utfall. Denne vurderingen skal foretas i lys av den oppgaven det nasjonale organet er pålagt å utføre etter nasjonal rett.

Samtidig er nasjonale myndigheter ikke avskåret fra å behandle saker som bygger på samme faktiske forhold som en tidligere eller parallell straffesak, så lenge de holder seg innenfor den funksjonen de er tillagt etter nasjonal rett og ikke tilskriver straffeskyld. Etter henleggelse eller frifinnelse vil den som var mistenkt, siktet eller tiltalt «remain subject to the ordinary application of domestic rules as to evidence and the standard of proof outside criminal trials», jf. avsnitt 169.

Konteksten og arten av den etterfølgende prosessen kan medføre at enkelte uheldige uttalelser ikke i seg selv innebærer en krenkelse av uskyldspresumsjonen, jf. blant annet *Allen mot Storbritannia* avsnitt 126 og *Müller mot Tyskland* (54963/08) 27. mars 2014 avsnitt 46.

²²⁸ Se Prop.141 L (2024-2025) på side 24.

²²⁹ Se Prop.141 L (2024-2025) på side 24, hvor det også fremgår at beskyttelsen etter EMK artikkel 6 nr. 2 til en «viss grad» «overlapper [...] med vernet av privatliv etter EMK artikkel 8».

²³⁰ Se også EMDs storkammeravgjørelse *Allen mot Storbritannia* (EMD-2009-25424) 12. juli 2013 avsnitt 94.

Vi viser videre til EMDs dom i Kemal Coşkun mot Tyrkia (45028/07) 28. juni 2019, hvor EMD i avsnitt 51 understreket:

«[...] that there is a fundamental distinction to be made between a statement that someone is merely suspected of having committed a crime and a clear judicial declaration, in the absence of a final conviction, that the individual has committed the crime in question.»

Om forholdet mellom strafferettslige og disiplinære saker, og om adgangen til parallelle prosesser uten å krenke uskyldspresumsjonen, fremgår det videre av samme dom:

«[...] **the Court reiterates that the Convention does not preclude that an act may give rise to both criminal and disciplinary proceedings, or that two sets of proceedings may be pursued in parallel.** The Court has held in this context that the imposition of civil or other forms liability on the basis of a less strict burden of proof in parallel proceedings is not incompatible *per se* with the presumption of innocence [...]. **Moreover, the guarantees of Article 6 § 2 of the Convention should not be read in a manner that implies an obligation on the part of States to stay disciplinary proceedings pending the outcome of the criminal trial.** Article 6 § 2 of the Convention safeguards first and foremost the way in which the accused is treated in the context of criminal proceedings by public authorities. **It also places an obligation on judicial authorities in parallel or subsequent proceedings to stay within their respective fora and refrain from commenting on the person's criminal guilt when no such guilt has been established by the competent court.** Thus, in the absence of a final criminal conviction, if the disciplinary decision were to contain a statement imputing criminal liability to the applicant for the misconduct alleged against him in the disciplinary proceedings, it would raise an issue under Article 6 § 2 [...]. **The Court has repeatedly stressed the importance of the choice of words by public authorities both in the context of the criminal trial and in parallel or subsequent proceedings [...]. Where the criminal proceedings are pending and have not yet resulted with a final conviction or where they have ended with a result other than a conviction, any official statement that calls into question the person's presumed or established innocence may fall foul of the presumption of innocence.»²³¹ (våre uthevninger)**

Etter dette er vår vurdering at uskyldspresumsjonen ikke er til hinder for at Helsedirektoratet behandler og avgjør saker om autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning selv om de faktiske forholdene i saken også er, eller har vært, gjenstand for strafferettslig etterforskning eller straffesak. Heller ikke en frifinnelse eller henleggelse er i seg selv til hinder for at de samme forholdene vurderes etter helsepersonellovens regler. I relasjon til uskyldspresumsjonen, er det avgjørende at Helsedirektoratet ikke uttaler seg som om søkeren er strafferettslig skyldig, men holder vurderingen til de forvaltningsrettslige spørsmålene direktoratet er satt til å avgjøre.

7.8 Om vernet mot selvinkriminering i forvaltningsretten

Retten til ikke å bidra til egen domfellelse – herunder retten til ikke å måtte vitne mot seg selv eller til å bli tvunget til å erkjenne seg skyldig – er slått fast av Den europeiske menneskerettighetsdomstol («EMD») som del av retten til en rettferdig rettergang i EMK art. 6 nr. 1.²³²

Vernet mot selvinkriminering kan også utledes av Grunnloven §§ 95 og 96 og FN-konvensjonen om sivile og politiske rettigheter (SP) artikkel 14 nr. 3 bokstav g.

²³¹ Kemal Coşkun mot Tyrkia, 45028/07, 28. juni 2019 avsnitt 52.

²³² Se særlig Saunders mot Storbritannia, 19187/91, 17. desember 1996.

Det har i norsk rett tradisjonelt blitt operert med et skarpt skille mellom forvaltningens regulerings- og kontrolloppgaver og politiets og påtalemyndighetens etterforskningsoppgaver. Om skillet skriver Hans Petter Graver mfl.:²³³

«Tradisjonelt har vi i norsk rett skilt skarpt mellom forvaltningens regulerings- og kontrolloppgaver og politiets og påtalemyndighetens etterforskningsoppgaver. **Retten til beskyttelse mot selvinkriminering har ikke vært ansett som noe hinder mot at forvaltningen kan kreve også den slags opplysninger som kan utsette den som gir dem, for straff**, se for en bred behandling av dette spørsmål Knoph, *Rett og rettsbevissthet* (1926) s. 64–69. Det vern norsk rett har gitt, har vært en plikt for forvaltningen til å gå til anmeldelse, og dermed en overføring av saken til straffeprosessuelle former der det er på det rene at det vil bli iverksatt strafferettslig etterforskning mot en person. [...]

[...] **Også utenfor forvaltningens behandling av saker om forvaltningssanksjoner kan det tenkes at regler om vern mot selvinkriminering må modifisere regler om opplysningsplikt.** Av menneskerettighetsdomstolens avgjørelse i *Saunders* og i den tidligere saken *Funke mot France*, Series A no. 256-A, fremgår at avgrensningen mellom en forvaltningssak og en straffesak må skje ut fra et *materielt* siktetbegrep. Beskyttelsen kan således inntre på et tidligere tidspunkt enn når vedkommende formelt er siktet etter norske regler, dersom opplysningen reelt sett innhentes som ledd i å skaffe bevis i forbindelse med en straffesak. **På den annen side er det uttalt av menneskerettighetsdomstolen i saken at opplysningsplikt overfor forvaltningen ikke generelt er i strid med artikkel 6.**» (våre uthevninger)

Som omtalt under pkt. 7.2.5 har Forvaltningsutvalget foreslått å lovfeste en regel om medvirkningsplikt i forvaltningsretten for saker som parten selv har tatt initiativ til. Dette vil typisk være saker som en part selv har innledet ved søknad, og hvor parten derfor gjerne har gjort seg opp en mening om vedkommende har rett til å få innvilget det omsøkte. Parten vil da, i hvert fall etter veiledning, også være nærmest til å kunne opplyse saken.

Forvaltningsutvalget har lagt til grunn at i «disse sakene bør regelen omfatte både opplysninger som støtter eget krav, og opplysninger som kan tale mot at parten skal få medhold».²³⁴ Lovfestingen er ikke ment å innebære noen realitetsendring. Vi legger følgelig til grunn at et generelt vern mot selvinkriminering har begrenset plass i forvaltningssaker som innledes av en søker.

Motsatsen er saker som andre parter eller forvaltningen tar opp. I slike saker vil ikke parten ha tilsvarende insentiv til å bidra til sakens opplysning, og sakene legger ofte opp til vedtak som parten anser som negative.

Vi antar etter dette at parter som søker om autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning – herunder søkere fra EU/EØS og tredjeland – etter gjeldende forvaltningsrettslige prinsipper må kunne forventes å fremlegge opplysninger som både taler for og mot at vilkårene for rett til autorisasjon mv. er oppfylt.

Med andre ord er vernet mot selvinkriminering ikke generelt til hinder for at Helsedirektoratet forutsetter fremlagt den informasjon som er nødvendig for å behandle søknaden og foreta en forsvarlig vurdering av om søkeren oppfyller vilkårene for autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning. Dersom søkeren unnlater å gi slike opplysninger, eller unnlater å uttale seg etter veiledning eller oppfordring fra Helsedirektoratet, vil Helsedirektoratet etter omstendighetene kunne treffe vedtak på det grunnlaget som foreligger.

²³³ Se Hans Petter Graver og Henriette N. Tøssebro, *Alminnelig forvaltningsrett*, Universitetsforlaget, 2024 s. 450 flg., Juridika (kopiert 27. april 2026)

²³⁴ Se NOU 2019: 5 på side 330.

8 Informasjons- og dokumentasjonsgrunnlaget for vurderingen av utenlandsk helsepersonells søknader

8.1 Innledning

I dette punktet vil vi redegjøre nærmere for det rettslige rammeverket som regulerer Helsedirektoratets adgang til å innhente informasjon og dokumentasjon i forbindelse med vurdering av søknader om autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning.

I første del vil vi gjennomgå reguleringen i yrkeskvalifikasjonsdirektivet artikkel 50 nr. 1 om hvilken informasjon EØS-statene har adgang til å kreve fra *søkeren*. Deretter vil det bli gitt en oversikt over reglene om *informasjonsutveksling mellom EØS-statene*, herunder samarbeids- og opplysningsplikten etter yrkeskvalifikasjonsdirektivet artikkel 56 og varslingsplikten etter artikkel 56a, det elektroniske informasjonssystemet IMI, samt den informasjonsutvekslingen mellom de nordiske landene under Arjeplogavtalen.

Punktet vil også ta for seg den norske gjennomføringen av de ovennevnte forpliktelsene i helsepersonelloven § 66 og EØS-forskriften § 28, og redegjøre for det rettslige grunnlaget for informasjonsinnhenting knyttet til søkere fra tredjeland.

Som del av redegjørelsen for informasjonsgrunnlaget, vil det også bli gitt en gjennomgang av reglene for vandelskontroll gjennom politiattest etter norsk rett. Det vil i gjennomgangen også bli gitt en nærmere redegjørelse av gjeldende vandelskrav på helsesektorens område.

Avslutningsvis gis det en overordnet fremstilling av hvordan Sverige og Danmark har regulert autorisasjonsmyndighetenes tilgang til vandelsinformasjon, herunder begge lands tilslutning til det europeiske strafferegistersystemet ECRIS. Sammenligningen viser at både Sverige og Danmark, til forskjell fra Norge, har rettslig adgang til å innhente vandelsinformasjon i forbindelse med vurderingen av autorisasjonssøknader, noe som aktualiserer spørsmålet om norsk tilslutning til ECRIS og behovet for lovendringer.

8.2 Regler om informasjons- og dokumentasjonsinnhenting fra søkere fra EØS og Sveits

8.2.1 Reglene om dokumentasjon fra søker i yrkeskvalifikasjonsdirektivet

For søkere om autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning som har ervervet yrkeskvalifikasjoner i en EØS-stat eller i Sveits, og som dermed omfattes av EØS-forskriftens virkeområde, fremgår det av EØS-forskriften § 26 hvilken dokumentasjon Helsedirektoratet kan kreve fra søkeren. Bestemmelsen gjennomfører yrkeskvalifikasjonsdirektivet artikkel 50 nr. 1, jf. vedlegg VII, og må tolkes i samsvar med direktivet. Det er derfor relevant å gjøre rede for direktivets bestemmelser.

Det fremgår av yrkeskvalifikasjonsdirektivet artikkel 50 nr. 1:

«Når vedkommende myndighet i vertsstaten har truffet en beslutning om en søknad om tillatelse til å utøve et lovregulert yrke i henhold til denne avdeling, **kan de kreve de dokumenter og attester som det vises til i vedlegg VII.**

Dokumentene nevnt i nr. 1 bokstav d), e) og f) i vedlegg VII **skal ikke være mer enn tre måneder gamle** på det tidspunkt de framlegges.

Medlemsstatene, organer og andre juridiske personer skal behandle de opplysningene de mottar fortrolig». (våre uthevninger)

Yrkeskvalifikasjonsdirektivet harmoniserer hvilke informasjon og dokumentasjon en medlemsstats myndigheter har adgang til å kreve *fra en søker* som omfattes av direktivets virkeområde, jf. «kan de kreve». Det kan her også vises til tittelen på vedlegg VII, hvor det fremgår «Dokumenter og attester som

kan kreves i samsvar med artikkel 50 nr. 1», og i den engelske versjonen «Documents and certificates which may be required in accordance with Article 50(1)». Vi forstår det slik at bestemmelsen oppstiller en skranke for hvilke informasjon og dokumentasjon som kan kreves fremlagt. EØS-forskriften § 26 må tolkes konformt med direktivbestemmelsen.

For informasjonsinnhenting fra søker i forbindelse med søknad om autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning for helsepersonell, er det yrkeskvalifikasjonsdirektivet vedlegg VII nr. 1 bokstav d mest relevant:

«d. Når vedkommende myndighet i en vertsstat **gjør adgang til et lovregulert yrke betinget av at søkerne framlegger bevis på god vandel eller hederlighet** eller på at de ikke er erklært konkurs, **eller utelukker eller forbyr utøvelse av yrket på grunn av alvorlig forsømmelse i utøvelsen eller overtredelse av straffeloven, skal denne medlemsstaten godta som tilstrekkelig bevis**, når det gjelder borgere i andre medlemsstater som ønsker å utøve dette yrket på denne statens territorium, **dokumenter utstedt av vedkommende myndighet i hjemstaten eller den seneste oppholdsstaten som viser at disse kravene er oppfylt**. Disse myndighetene skal framlegge de nødvendige dokumentene innen to måneder.

Der vedkommende myndighet i hjemstaten eller den seneste oppholdsstaten **ikke utsteder dokumentene nevnt i første ledd, kan dette erstattes av en erklæring under ed**, eller i stater der det ikke er anledning til slik edsavleggelse, av **en forsikring på ære og samvittighet**, avgitt av den berørte personen for vedkommende retts- eller forvaltningsmyndighet, eventuelt for en notarius publicus eller et kvalifisert bransjeorgan i hjemstaten eller den seneste oppholdsstaten, som utsteder en attest som bekrefter gyldigheten av nevnte erklæring eller forsikring.

Bestemmelsen oppstiller hvilke dokumenter medlemsstatene har adgang til å kreve av helsepersonell som har tilegnet seg sine yrkeskvalifikasjoner i en EØS-stat som søker autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning i en annen EØS-stat.

Det kan synes å være enkelte språklige forskjeller mellom den engelske språkversjonen av direktivteksten og den norske oversettelsen:

Versjon	Ordlyd (våre uthevinger)
Engelsk	«requires of persons wishing to take up a regulated profession proof that they are of good character and repute »
Norsk	«betinget av at søkerne framlegger bevis på god vandel eller hederlighet »
Dansk	«betinget af, at ansøgeren fremlægger attest for hæderlighed, vandelsattest »

De forskjellige språkversjonene av direktivet skal forstås likt. Lest i sammenheng, forstår vi det slik at medlemsstatene har adgang til å oppstille nasjonale hjemler for å kreve fremlagt dokumentasjon på hederlighet og vandel fra søkeren. Dette er også forståelsen lagt til grunn av Kunnskapsdepartementet i forarbeidene til yrkeskvalifikasjonsloven:

«Dokumentasjonskrav ved søknad om etablering er regulert i artikkel 50 i direktiv 2005/36/EF. Ansvarlig myndighet kan kreve at yrkesutøver fremlegger dokumentasjon ved søknad om etablering. Ansvarlig myndighet kan blant annet kreve bevis på identitet, bekreftelse på yrkeserfaring, vandelsattest, forsikringspoliser med mer.»²³⁵

I Norge vil en vandelsattest være en politiattest utstedt av politiet, jf. politiregisterloven kapittel 7.²³⁶

²³⁵ Se Prop.139 L (2015-2016) side 36.

²³⁶ Se gjennomgang av reglene for vandel og politiattest i norsk rett under pkt. 8.5.

Et sentralt spørsmål er hvilke ytre rammer yrkeskvalifikasjonsdirektivet artikkel 50 nr. 1, jf. vedlegg VII, stiller for hvilke informasjon og dokumentasjon EØS-statene kan kreve fra søkere som omfattes av direktivet.

Etter ordlyden har medlemsstatene for det første adgang til å kreve fremlagt «bevis» på «godandel eller hederlighet²³⁷». Betingelsen er at fremleggelse av slike bevis er en betingelse for tilgang til det lovregulerte yrket. I norsk rett er vandelskontroll og fremleggelse av politiattest ikke en betingelse for autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning. Som nevnt over, forstår vi det uansett slik at yrkeskvalifikasjonsdirektivet artikkel 50 nr. 1, jf. vedlegg VII, ikke stenger for krav om vandelsattest.

Norsk rett kan imidlertid forstås slik at adgang til yrket som helsepersonell er «betinget» av at søker fremlegger bevis på «hederlighet». Etter helsepersonelloven § 48 a (2) bokstav b, kan ikke søker være «uegnet for yrket», som innebærer en vurdering av om det foreligger grunn for tilbakekall etter helsepersonelloven § 57. Det samme gjelder for spesialistgodkjenning, ettersom forutsetningen for slik godkjenning er norsk autorisasjon. Etter helsepersonelloven § 49 kan lisens bare gis til helsepersonell som er «skikket». Etter helsepersonelloven § 53 (2) kan Helsedirektoratet avslå en søknad dersom det foreligger grunnlag for tilbakekall etter § 57. Vi forstår da yrkeskvalifikasjonsdirektivet vedlegg VII nr. 1 bokstav d slik at medlemsstaten dermed kan kreve «bevis» på søkers «hederlighet» ved å kreve fremlagt bevis på at det ikke foreligger omstendigheter som utgjør en tilbakekallsgrunn etter helsepersonelloven § 57.

Det følger videre av yrkeskvalifikasjonsdirektivet vedlegg VII nr. 1 bokstav d at medlemsstatene kan kreve bevis på «alvorlig forsømmelse i utøvelsen eller overtredelse av straffeloven», dersom medlemsstaten «utelukker eller forbyr utøvelse av yrket» på grunn av slike forhold. I EU-kommisjonens «User Guide» til yrkeskvalifikasjonsdirektivet pkt. 37, som ikke er offisielle tolkningsuttalelser fra Kommisjonen, er medlemsstatenes dokumentasjonsadgang formulert som en adgang til å be om dokumentasjon på «the fact that you have not been suspended or prohibited from practising the profession due to serious professional misconduct or a criminal offence».²³⁸ Dette er imidlertid lite forenlig med yrkeskvalifikasjonsdirektivets ordlyd. Vi forstår bestemmelsen slik at medlemsstatene ikke bare har adgang til å kreve dokumentasjon på om helsepersonellet har blitt suspendert eller fått forbud mot å utøve yrket, men at man også kan be om den dokumentasjonen som er relevant for å vurdere søkers alvorlige forsømmelse i utøvelsen av yrket («serious professional misconduct») og overtredelse av straffelov.

Som dokumentasjon på forholdene listet opp bestemmelsen, «skal medlemsstaten godta som tilstrekkelig bevis [...] dokumenter utstedt av vedkommende myndighet i hjemstaten eller den seneste oppholdsstaten som viser at disse kravene er oppfylt», jf. yrkeskvalifikasjonsdirektivet vedlegg VII nr. 1 bokstav d.

Det er videre et spørsmål om yrkeskvalifikasjonsdirektivet vedlegg VII nr. 1 bokstav d skal tolkes slik at medlemsstatene bare kan kreve fremlagt dokumenter fra andre offentlige myndigheter.

Vi forstår bestemmelsen slik at medlemsstaten kan kreve fremlagt alle dokumenter som er relevante knyttet til adgangs- og forbudsgrunnene i bestemmelsen, men at det bare er dokumenter utstedt av offentlige myndigheter som medlemsstatene er *forpliktet* til å godta som tilstrekkelige bevis, jf. «skal». Det kan ikke være slik at direktivet forbyr medlemsstatene å kreve fremlagt opplysninger som er relevante for å gjøre en forsvarlig kontroll av søkerne, herunder om søker har begått en alvorlig forsømmelse i utøvelsen av yrket. Man ville da fått smutthull for tilfellene der helsepersonellet har begått ulovlige handlinger og det kan finnes dokumentasjon på dette, eksempelvis fra tidligere arbeidsgiver, men hvor det ennå ikke er utstedt et offentlig dokument om forholdet. Dette ville gått på tvers av

²³⁷ Se definisjonen av «hederlighet» i ordbøkene.no: [Lenke](#) (lastet ned 26. mars 2026).

²³⁸ EU-kommisjonen, *User guide for Directive 2005/36/EC on recognition of professional qualifications (2020)*, pkt. 37: [Lenke](#) (lastet ned 26. Mars 2026). Det presiseres i dokumentet at «This document is for information purposes only. The European Commission and its staff cannot be held responsible in any way for its contents».

målsetningen om beskyttelse av folkehelsen.²³⁹ Det nasjonale dokumentasjonskravet må imidlertid være i tråd med EØS-retten for øvrig, dvs. at dokumentasjonskravet må være egnet til å sikre folkehelsen og ikke gå lenger enn det som er nødvendig for å oppnå dette, slik at det nasjonale dokumentasjonskravet ikke utgjør en ulovlig restriksjon på etableringsretten.

Dersom myndighetene i hjemstaten eller den seneste oppholdsstaten ikke utsteder dokumentene som nevnes i yrkeskvalifikasjonsdirektivet vedlegg VII nr. 1 bokstav d første avsnitt, kan disse erstattes av en erklæring under ed eller en forsikring på ære og samvittighet avgitt for vedkommende retts- eller forvaltningsmyndighet, eventuelt for en *notarius publicus* eller et kvalifisert bransjeorgan som utsteder en attest som bekrefter gyldigheten av nevnte erklæring eller forsikring. Dersom søker kan fremlegge en slik attest, er medlemsstaten forpliktet til å anse denne attesten som tilstrekkelig bevis.

8.2.2 Reglene om dokumentasjon fra søker i EØS-forskriften

Yrkeskvalifikasjonsdirektivet artikkel 50 nr. 1, jf. vedlegg VII nr. 1 bokstav d, er gjennomført i EØS-forskriften § 26:

«Helsedirektoratet kan kreve at den som søker om autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning fremlegger [...]

- d. **Opplysninger om suspensjon, begrensninger i eller tilbakekall av autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning på grunn av alvorlig yrkesmessig feilhandling, strafferettslig reaksjon eller andre forhold.**

[...]

Dokumentene som nevnt i bokstav d skal ikke være eldre enn tre måneder. Dersom relevant avtalestat ikke utsteder de nødvendige dokumenter, kan disse **erstattes av en attest som dokumenterer en forsikring på ære og samvittighet** gitt av søkeren for vedkommende retts- eller forvaltningsmyndighet, en *notarius publicus* eller et kvalifisert bransjeorgan i vedkommende stat.» (våre uthevninger)

EØS-forskriften § 26 fremstår mer restriktivt utformet enn direktivbestemmelsen. Mens EØS-forskriften § 26 synes å være begrenset til dokumentasjon knyttet til vedtak om suspensjon, begrensninger eller tilbakekall, når dette skyldes «alvorlig yrkesmessig feilhandling, strafferettslig reaksjon eller andre forhold», synes yrkeskvalifikasjonsdirektivet vedlegg VII nr. 1 bokstav d å åpne for en bredere adgang til å kreve fremlagt all dokumentasjon som er relevant for å vurdere «alvorlig forsømmelse i utøvelsen» av yrket eller «overtredelse av straffeloven», så lenge dette er innenfor EØS-avtalens øvrige rammer.

Helsedirektoratets vedtak om å gi eller nekte autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning etter EØS-forskriften utgjør et enkeltvedtak og er derfor underlagt forvaltningsloven og alminnelige forvaltningsrettslige prinsipper, jf. helsepersonelloven § 53 (3). Disse reglene supplerer EØS-forskriften § 26. Dette inkluderer forvaltningsloven § 17, som krever at forvaltningsorganet «skal påse at saken er så godt opplyst som mulig». Helsedirektoratet må på denne bakgrunn, ved vurderingen av en søknad fra en EØS-borger, etter norsk rett ha adgang til å kreve fremlagt den dokumentasjonen som yrkeskvalifikasjonsdirektivet og EØS-avtalen åpner for, innenfor rammene av norsk rett for øvrig.

EØS-forskriften § 26 må tolkes i samsvar med yrkeskvalifikasjonsdirektivet slik at Helsedirektoratet er forpliktet til å godta som tilstrekkelige bevis dokumenter utstedt av hjemstaten eller den siste oppholdsstaten. Dersom en annen medlemsstat ikke utsteder de nødvendige dokumentene, kan disse erstattes av en attest som dokumenterer en forsikring på ære og samvittighet gitt av søkeren for vedkommende retts- eller forvaltningsmyndighet, en *notarius publicus* eller et kvalifisert bransjeorgan i vedkommende stat.

²³⁹ Se blant annet yrkeskvalifikasjonsdirektivets fortale avsnitt 44, der det fremgår at «[d]ette direktiv berører ikke tiltak som er nødvendige for å sikre et høyt nivå for helse- og forbrukervern».

8.3 Reglene om informasjonsutveksling mellom EØS-stater og de nordiske landene

8.3.1 Reglene om informasjonsutveksling mellom EØS-stater i yrkeskvalifikasjonsdirektivet og forståelsen av direktivet i Norge

8.3.1.1 Yrkeskvalifikasjonsdirektivet artikkel 56

Mens yrkeskvalifikasjonsdirektivet artikkel 50 oppstiller hvilke informasjon medlemsstatene kan kreve fra søkeren, regulerer yrkeskvalifikasjonsdirektivet artikkel 56 og 56a informasjonsutvekslingen mellom medlemsstatene.

Det følger av yrkeskvalifikasjonsdirektivet artikkel 56:

«1. Vedkommende myndigheter i **vertsstaten og i hjemstaten skal samarbeide nært og skal gi hverandre gjensidig bistand for å tilrettelegge anvendelsen av dette direktiv**. De skal påse at de opplysninger som utveksles, behandles fortrolig.

2. Vedkommende myndigheter i vertsstaten og i hjemstaten skal utveksle opplysninger om disiplinære eller strafferettslige sanksjoner som vedtas, eller om andre alvorlige, særskilte omstendigheter som kan få konsekvenser for utøvelsen av virksomhet i henhold til dette direktiv, samtidig som det tas hensyn til lovgivningen om vern av personopplysninger fastsatt i europaparlaments- og rådsdirektiv 95/46/EF av 24. oktober 1995 om vern av fysiske personer i forbindelse med behandling av personopplysninger og om fri utveksling av slike opplysninger og i europaparlaments- og rådsdirektiv 2002/58/EF av 12. juli 2002 om behandling av personopplysninger og personvern i sektoren for elektronisk kommunikasjon (direktivet om personvern og elektronisk kommunikasjon).

Hjemstaten skal undersøke riktigheten av nevnte omstendigheter, og hjemstatens myndigheter skal fastsette arten og omfanget av de undersøkelser som må utføres og informere vertsstaten om de konklusjonene den trekker av de tilgjengelige opplysningene.

3. Medlemsstatene skal senest 20. oktober 2007 utpeke de myndigheter og organer som skal ha myndighet til å utstede eller motta kvalifikasjonsbeviser og andre dokumenter eller opplysninger samt de myndigheter og organer som skal ha myndighet til å motta søknader og treffe de beslutninger som er nevnt i dette direktiv, og umiddelbart underrette de øvrige medlemsstatene og Kommisjonen om dette.

4. Hver medlemsstat skal utpeke en koordinator for virksomheten til de myndigheter som er nevnt i nr. 1, og underrette de øvrige medlemsstatene og Kommisjonen om dette.

Koordinatorene har følgende oppgaver:

- a. Fremme ensartet anvendelse av dette direktiv.
- b. Innhente alle opplysninger som er relevante for anvendelsen av dette direktiv, særlig opplysninger om adgangsvilkår for lovregulerte yrker i medlemsstatene.» (våre uthevinger)

Bestemmelsen oppstiller en samarbeids- og opplysningsplikt for medlemsstatene, jf. «skal». Det er særlig artikkel 56 nr. 2 som er sentral for denne rapporten. Medlemsstatene er her forpliktet til å utveksle opplysninger om «disiplinære eller strafferettslige sanksjoner som vedtas, eller om andre alvorlige, særskilte omstendigheter som kan få konsekvenser for utøvelsen av virksomhet i henhold til dette direktiv». Ordlyden omfatter dermed både administrative sanksjoner, eksempelvis tilbakekall av autorisasjon av nasjonale tilsynsmyndigheter, og strafferettslige sanksjoner. I norsk rett følger de tilgjengelige strafferettslige reaksjonene av straffeloven kapittel 5.

Yrkeskvalifikasjonsdirektivet artikkel 56 var gjenstand for vurdering av Helse- og omsorgsdepartementet i forarbeidene til helsepersonelloven, jf. Ot.prp.nr.26 (2007-2008) side 33-35. Om hvorvidt artikkel 56 oppstiller en plikt til å utlevere vandel, uttaler departementet:

«I sektordirektivene benyttes begrepene «bevis for vandel og hederlighet» og «en utskrift av strafferegisteret» når det er meningen å kreve opplysninger om generell vandel fra politiets registre. Dette er ikke videreført i direktiv 2005/36, noe som kan tilsi at **«relevante opplysninger om redelig adferd» antagelig er å anse som noe annet og mindre enn en politiattest**. Videre krever ordlyden i artiklene 8 og 56 utveksling av informasjon om henholdsvis «disiplinære eller kriminelle forhold av yrkesmessig art» og » disiplinære eller strafferettslige sanksjoner (.) som vil kunne få følger for utøvelsen av en virksomhet etter direktivet». **Dette vil være forhold som fører til tilbakekall, begrensninger eller suspensjon av autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning. Ettersom Statens helsetilsyn besitter denne informasjonen selv, er det ikke nødvendig med en utskrift fra strafferegisteret**. Hjemmel for utlevering av opplysningene er helsepersonelloven § 66. Det ville dessuten ikke være naturlig å bruke presiseringen «forhold av yrkesmessig art» i artikkel 8 dersom det hadde vært meningen å kreve utveksling av informasjon om generell vandel. **På denne bakgrunn konkluderer departementet med at utenlandske tilsynsmyndigheter ikke vil kunne kreve utskrift fra strafferegisteret av norske myndigheter i forbindelse med helsepersonells tjenesteyting eller etablering i et annet land**. Svenske myndigheter har også konkludert slik i sin forberedelse av implementeringen.» (våre uthevinger)

Det presiseres her at selv om departementet forstår yrkeskvalifikasjonsdirektivet artikkel 56 slik at medlemsstatene ikke har *plikt* til å utlevere utskrift fra det norske strafferegisteret, forstår vi bestemmelsen slik at den ikke hindrer medlemslandene i å be om vandelsopplysninger fra søkeren etter yrkeskvalifikasjonsdirektivet artikkel 50 nr. 1, jf. vedlegg VII.²⁴⁰

Videre nevnes det at EU-landene har mulighet til å be om informasjon fra andre EU-lands strafferegister gjennom European Criminal Records Information System (ECRIS) og ECRIS-TCN, som gjelder for tredjelandsborgere dømt i et EU-land. Norge har ikke sluttet seg til ECRIS. Se nærmere om ECRIS under pkt. 8.5.6.3 og pkt. 12.7.4.

Om hvorvidt yrkeskvalifikasjonsdirektivet artikkel 56 innebærer en plikt for medlemsstatene til å utlevere opplysninger om uavsluttede disiplinærsaker, uttaler departementet:

«Svenske myndigheter opplyser at de foreløpig legger til grunn at direktivets krav om utveksling av opplysninger om «andre alvorlige, konkrete forhold som vil kunne få følger for utøvelsen av en virksomhet etter direktivet» **ikke forplikter landene til å formidle opplysninger om uavsluttede disiplinærsaker**. De vil vente til saken er endelig avgjort før opplysninger gis og begrunner dette med at en person er uskyldig til dom foreligger. **Dersom det gis ut opplysninger om at søker har fått en anmeldelse mot seg, og anmeldelsen viser seg å være feil, kan det føre til at helsepersonellet urettmessig blir utelukket fra yrket i den tiden etterforskningen pågår**. Departementet deler denne forståelsen av direktivet og legger derfor til grunn at det ikke vil være aktuelt å utveksle informasjon om åpning av tilsynssaker, politietterforskning eller lignende. Dersom norske tilsynsmyndigheter vurderer situasjonen som tilstrekkelig alvorlig, vil det uansett være mulig å suspendere helsepersonellens autorisasjon eller godkjenning. I så fall vil det være en disiplinærsanksjon som andre lands myndigheter kan informeres om etter helsepersonelloven § 66.»²⁴¹ (våre uthevinger)

²⁴⁰ Se gjennomgang av yrkeskvalifikasjonsdirektivet artikkel 50 under pkt. 8.2.1.

²⁴¹ Ot.prp.nr.26 (2007-2008) på side 34.

Departementet vurderer også hvorvidt Norge etter yrkeskvalifikasjonsdirektivet artikkel 56 er forpliktet til å dele opplysninger om advarsler, og som tidligere var en sanksjon etter helsepersonelloven § 56, men som nå er opphevet og erstattet med faglig pålegg. Departementets drøftelser knyttet til advarsel er imidlertid av selvstendig interesse. Departementet konkluderer med at det er «uhensiktsmessig å foreslå en særskilt plikt for utveksling av opplysninger om advarsler i helsepersonelloven § 66»:²⁴²

Advarsel er enkeltvedtak etter forvaltningsloven og kan derfor påklages. **En advarsel vil naturlig omfattes av direktivets krav om utveksling av opplysninger om «disiplinære sanksjoner», og er uansett et alvorlig forhold som vil kunne få følger for utøvelsen av yrket.** Dersom helsepersonell får flere advarsler som gjelder samme forhold, vil det være grunn til å vurdere tilbakekall eller begrensning av autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning. Det er derfor uheldig hvis helsepersonell kan flytte fra land til land uten at nye vertsland gjøres oppmerksom på tidligere advarsler. Etter helsepersonelloven § 66 skal Statens helsetilsyn varsle andre land om tilbakekall, frivillig avkall eller suspensjon av autorisasjon, lisens, spesialistgodkjenning eller rekvireringsrett eller ved begrensning av autorisasjon. **Det kan derfor reises spørsmål ved om det også bør være tilsvarende plikt til å melde i fra om advarsler. Vedtak om advarsel er offentlig tilgjengelig informasjon og norske myndigheter står fritt til å utveksle informasjon om dette med myndigheter i andre land, Det er mange land i EØS-samarbeidet som ikke har en ordning med disiplinære advarsler og innholdet i en advarsel kan variere mellom alvorlig irettesettelse til en lettere korrigering. En rutinemessig oversendelse av advarsler gitt til helsepersonell i Norge vil derfor kunne føre til at utenlandske myndigheter oppfatter advarslene som mer alvorlige enn de egentlig er. Etter departementets vurdering kan dette føre til urimelige konsekvenser for norsk helsepersonell. På denne bakgrunn anser departementet det som uhensiktsmessig å foreslå en særskilt plikt for utveksling av opplysninger om advarsler i helsepersonelloven § 66.»²⁴³ (våre uthevinger)**

Det er dermed departementets konklusjon at Norge ikke skal utgi informasjon om advarsler, til tross for at advarsler naturlig omfattes av direktivets ordlyd, fordi dette vil kunne få urimelige konsekvenser for norsk helsepersonell i utlandet. Det bemerkes her at når Norge gjør avgrensninger knyttet til hvilken informasjon Norge skal sende til andre EØS-stater, selv om disse opplysningene i prinsippet omfattes av yrkeskvalifikasjonsdirektivets ordlyd, kan det ikke utelukkes at andre EØS-stater gjør tilsvarende avgrensninger av informasjon som Norge mener er nødvendig for å gjøre en forsvarlig vurdering av søkere.

Forarbeidsuttalelsene gjengitt over knytter seg hovedsakelig til hvilken informasjon norske myndigheter er forpliktet til å utlevere etter yrkeskvalifikasjonsdirektivet artikkel 56. Departementet kommenterer også hvorvidt Norge forpliktet til å utlevere opplysningene på eget initiativ eller om utlevering bare skal skje ved anmodning:

«Departementet har fått opplyst at svenske myndigheter, i en tidlig fase av arbeidet med direktivets implementering, **forstår artikkel 56 nr. 2 slik at informasjonen skal utveksles på anmodning.** Begrunnelsen for dette er at etableringslandet ikke vil vite hvilket helsepersonell som til enhver tid arbeider i andre land. **Departementet legger en tilsvarende forståelse til grunn, men likevel med forbehold om at norske tilsynsmyndigheter vil ha anledning til på eget initiativ å formidle den aktuelle informasjonen til land man vet har mottatt det helsepersonellet opplysningene gjelder.»²⁴⁴ (våre uthevinger)**

²⁴² Vi bemerker at lovgiver senere, med virkning fra 1. juli 2021, likevel endret helsepersonelloven § 66 (3) for å åpne for at Helsetilsynet kan dele informasjon med andre lands myndigheter om advarsler (i dag; faglige pålegg), der slik informasjonsdeling følger av folkerettslige forpliktelser. Lovendringen er omtalt nærmere særlig under pkt. 8.3.3, 10.2 og 12.7.5.

²⁴³ Se Ot.prp.nr.26 (2007-2008) på side 34-35.

²⁴⁴ Se Ot.prp.nr.26 (2007-2008) på side 33.

Om formuleringen i yrkeskvalifikasjonsdirektivet artikkel 56 om «andre alvorlige konkrete forhold som vil kunne få følger for utøvelsen av en virksomhet», synes departementet å forstå dette som opplysninger knyttet til «fravær av klanderverdig oppførsel som har betydning for utøvelsen av yrket». Det må være klart at dette i hvert fall må omfatte opplysninger som kan utgjøre grunnlag for tilbakekall av autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning etter helsepersonelloven § 57, som igjen kan utgjøre grunnlag for Helsedirektoratet til å nekte autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning etter helsepersonelloven § 53 (2) og EØS-forskriften § 22.

Kanaler for informasjonsutveksling mellom medlemsland er blant annet Internal Market Information System (IMI),²⁴⁵ som gjelder for alle landene i EØS, informasjonsutveksling mellom de nordiske landene under Overenskomst om felles nordisk arbeidsmarked for visse yrkesgrupper innen helsevesenet og for veterinærer,²⁴⁶ og ved direkte kontakt med søkers hjemstat.

8.3.1.2 Yrkeskvalifikasjonsdirektivet artikkel 56a

Administrativt samarbeid mellom medlemsstatene i form av informasjonsutveksling er videre regulert i yrkeskvalifikasjonsdirektivet artikkel 56a, som oppstiller en varslingsplikt for medlemsstatene.²⁴⁷ Det følger av bestemmelsen:

«1. Vedkommende myndighet i en medlemsstat **skal underrette** vedkommende myndigheter i alle andre medlemsstater **om en yrkesutøver som av nasjonale myndigheter eller domstoler helt eller delvis har fått begrenset eller inndratt retten til å utøve følgende yrkesvirksomhet på medlemsstatens territorium, også dersom dette er midlertidig:**

- a. leger og allmennpraktiserende leger som har et kvalifikasjonsbevis som nevnt i vedlegg V nr. 5.1.1 og 5.1.4,
- b. leger med spesialistutdanning som har en tittel som nevnt i vedlegg V nr. 5.1.3,
- c. sykepleiere med ansvar for alminnelig sykepleie som har et kvalifikasjonsbevis som nevnt i vedlegg V nr. 5.2.2,
- d. tannleger som har et kvalifikasjonsbevis som nevnt i vedlegg V nr. 5.3.2,
- e. tannleger med spesialistutdanning som har et kvalifikasjonsbevis som nevnt i vedlegg V nr. 5.3.3,
- f. [...],
- g. jordmor som har et kvalifikasjonsbevis som nevnt i vedlegg V nr. 5.5.2,
- h. farmasøyt som har et kvalifikasjonsbevis som nevnt i vedlegg V nr. 5.6.2,
- i. innehavere av attester som nevnt i vedlegg VII nr. 2 som bekrefter at innehaveren har fullført en utdanning som oppfyller minstekravene oppført i henholdsvis artikkel 24, 25, 31, 34, 35, 38, 40 eller 44, men som ble påbegynt før referansedatoene for kvalifikasjonene som er oppført i vedlegg V nr. 5.1.3, 5.1.4, 5.2.2, 5.3.2, 5.3.3, 5.4.2, 5.5.2 og 5.6.2,
- j. innehaveren av attester for ervervede rettigheter som nevnt i artikkel 23, 27, 29, 33, 33a, 37, 43 og 43a,
- k. andre yrkesutøvere som utøver virksomhet som har sammenheng med pasientsikkerheten, dersom yrkesutøveren utøver et yrke som er lovregulert i nevnte medlemsstat,
- l. [...].

2. Vedkommende myndigheter skal sende opplysningene nevnt i nr. 1 som et varsel via IMI senest tre dager etter at det ble truffet en avgjørelse om helt eller delvis å begrense eller

²⁴⁵ Se gjennomgangen av Internal Market Information System (IMI) under pkt. 8.3.1.3.

²⁴⁶ Se nærmere om Overenskomst om felles nordisk arbeidsmarked for visse yrkesgrupper innen helsevesenet og for veterinærer under pkt. 8.3.2.

²⁴⁷ Yrkeskvalifikasjonsdirektivet artikkel 56a ble tatt inn i direktivet ved direktiv 2013/55/EU, gjennomført i Norge 22. desember 2017, med virkning fra 1. januar 2018. For helsepersonell er bestemmelsen gjennomført i EØS-forskriften § 28.

inndra retten til å utøve yrkesvirksomheten for den berørte yrkesutøveren. **Disse opplysningene skal begrenses til følgende:**

- a. yrkesutøverens identitet,
- b. det berørte yrket,
- c. opplysninger om den nasjonale myndigheten eller domstolen som har truffet avgjørelsen om begrensning eller forbud,
- d. omfanget av begrensningen eller forbudet og
- e. tidsrommet som begrensningen eller forbudet gjelder for». (våre uthevinger)

Yrkeskvalifikasjonsdirektivet artikkel 56a oppstiller dermed en plikt for medlemsstatene til å varsle samtlige andre medlemsstater dersom nasjonale myndigheter eller domstoler begrenser eller inndrar retten til å utøve de yrkesvirksomhetene som listes opp i bestemmelsen. Dette varslet skal sendes i IMI innen tre dager etter at avgjørelsen ble truffet.²⁴⁸

Varslingsplikten etter yrkeskvalifikasjonsdirektivet artikkel 56a nr. 1 er begrenset til den informasjonen som er listet opp i artikkel 56a nr. 2. *Varslingen* skal dermed ikke omfatte informasjon om bakgrunnen for tilbakekallet eller begrensningen. Dette er en svakhet med den informasjonen som omfattes av varslet under varslingsplikten, blant annet omtalt av Helsetilsynet i sin rapport fra 21. oktober 2025 «Gjennomgang av Helsetilsynets behandling av utenlandssaker» pkt. 3 og 7.3. Helsetilsynet skriver her også at «[d]et blir en tilleggsoperasjon å be om nærmere begrunnelse».²⁴⁹ Vi forstår det da slik at informasjonen omfattet av selve varslingsplikten er begrenset til det som listes opp i artikkel 56a nr. 2, men at medlemsstatene likevel har *anledning* til å utveksle informasjon om begrunnelser.

Det nevnes her at Overenskomst om felles nordisk arbeidsmarked for visse yrkesgrupper innen helsevesenet og for veterinærer, oppstiller et rammeverk for en mer vidtgående varslingsordning enn yrkeskvalifikasjonsdirektivet artikkel 56a.²⁵⁰

Etter ordlyden i yrkeskvalifikasjonsdirektivet artikkel 56a er ikke varslingsplikten begrenset til sektoryrkene, dvs. yrkene med harmoniserte minstekrav, men omfatter også «andre yrkesutøvere som utøver virksomhet som har sammenheng med pasientsikkerheten, dersom yrkesutøveren utøver et yrke som er lovregulert i nevnte medlemsstat». Artikkel 56a legger dermed opp til at medlemsstatene selv bestemmer hvorvidt et yrke skal omfattes av varslingsplikten, ved at medlemsstaten velger å lovregulere yrket.

8.3.1.3 Internal Market Information System («IMI»)

EU-kommisjonen lanserte i 2008 et elektronisk informasjonssystem for det indre marked, «Internal Market Information System» («IMI»). IMI skal legge til rette for at EØS-statene effektivt skal kunne utveksle informasjon og kommunisere med hverandre og med Kommisjonen, for å gjennomføre EU-rettsakter om den frie bevegelighet, herunder etableringsretten, samt å oppfylle plikter knyttet til informasjonsutveksling i dette regelverket. I IMI inngår et varslingssystem (varslingsmodul), slik at medlemsstatene kan varsle hverandre eksempelvis om et tilbakekall eller en begrensning i et helsepersonells autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning. Dette er et «en-til-mange» varslingssystem, som innebærer at en medlemsstat kan legge inn et varsel i IMI som alle øvrige medlemsstater får tilgang til.

²⁴⁸ Se nærmere gjennomgang av IMI under pkt. 8.3.1.3.

²⁴⁹ Helsetilsynets rapport fra 21. oktober 2025 «Gjennomgang av Helsetilsynets behandling av utenlandssaker» pkt. 7.3.

²⁵⁰ Se nærmere om Overenskomst om felles nordisk arbeidsmarked for visse yrkesgrupper innen helsevesenet og for veterinærer under pkt. 8.3.2.

IMI er regulert i forordning (EU) 1024/2012 («**IMI-forordningen**»²⁵¹). Forordningens fortale avsnitt 2 beskriver IMI nærmere:

«Informasjonssystemet for det indre marked («IMI») er et brukerprogram som er tilgjengelig via internett, og som er utviklet av Kommisjonen i samarbeid med medlemsstatene, med henblikk på å **bistå medlemsstatene med den praktiske gjennomføringen av de kravene til informasjonsutveksling som er fastsatt i unionsrettsakter, ved å gi tilgang til et sentralt kommunikasjonssystem for å lette informasjonsutveksling over landegrensene og gjensidig bistand**. IMI bistår særlig vedkommende myndigheter med å identifisere personer med tilsvarende stilling i en annen medlemsstat, med å håndtere informasjonsutvekslingen, herunder av personopplysninger, ved hjelp av enkle og ensartede framgangsmåter samt å overvinne språkbarrierer ved hjelp av forhåndsdefinerte og -oversatte arbeidsprosesser. Kommisjonen bør, når dette er tilgjengelig, gi IMI-brukerne eventuelle eksisterende tilleggsfunksjoner for oversettelse som imøtekommer deres behov, er forenlige med sikkerhets- og fortrolighetskravene til informasjonsutveksling i IMI og kan tilbys til en rimelig kostnad» (våre uthevinger)

Forordningen fastsetter regler for bruk av IMI for forvaltningssamarbeid, herunder behandling av personopplysninger, mellom nasjonale myndigheter i medlemsstatene og mellom nasjonale myndigheter og Kommisjonen. Informasjonen som skal kunne utveksles mellom EØS-statene gjennom IMI er imidlertid fastsatt i bestemmelser om forvaltningssamarbeid, herunder utveksling av personopplysninger, i andre EU-rettsakter, jf. IMI-forordningen artikkel 3.

Bestemmelser om forvaltningssamarbeid i EU-rettsakter som gjennomføres gjennom IMI, som nevnt i IMI-forordningen artikkel 3, er opplistet i vedlegg til IMI-forordningen. Oppstillingen omfatter blant annet yrkeskvalifikasjonsdirektivet: «Directive 2005/36/EC of the European Parliament and of the Council: Articles 4a to 4e, Article 8, Article 21a, Article 50, Article 56 and Article 56 a». For tematikken i denne utredningen er det særlig artikkel 50, 56 og 56a som er relevante.

Yrkeskvalifikasjonsdirektivet artikkel 50 nr. 1, jf. vedlegg VII, ble gjennomgått under pkt. 8.2.1, mens artikkel 56 og 56a ble gjennomgått under pkt. 8.3.1. IMI-forordningen artikkel 3, jf. vedlegget til IMI-forordningen, anviser følgelig at det skal være adgang til å anvende IMI for de opplysningene som disse bestemmelsene anviser kan kreves fremlagt fra søker og som medlemsstatene skal utveksle mellom hverandre. Henvisningen i IMI-forordningen innebærer også at medlemsstatene er forpliktet til å overholde eventuelle rapporteringsfrister som fremgår av den aktuelle EU-rettsakten. Eksempelvis fremgår det av yrkeskvalifikasjonsdirektivet artikkel 56a nr. 2:

«Vedkommende myndigheter skal sende opplysningene nevnt i nr. 1 som et varsel via IMI senest tre dager etter at det ble truffet en avgjørelse om helt eller delvis å begrense eller inndra retten til å utøve yrkesvirksomheten for den berørte yrkesutøveren.»

8.3.2 Overenskomst om felles nordisk arbeidsmarked for visse yrkesgrupper innen helsevesenet og for veterinærer (Arjeplogavtalen)

EØS-forskriften gjennomfører, i tillegg til yrkeskvalifikasjonsdirektivet og EFTA-konvensjonen, også Overenskomst om felles nordisk arbeidsmarked for visse yrkesgrupper innen helsevesenet og for veterinærer mellom Danmark, Finland, Island, Norge og Sverige («**Arjeplogavtalen**»²⁵²). Avtalen ble opprinnelig inngått i 1993, med endringer gjort i 1998 og 2018.

²⁵¹ Europaparlaments- og rådsforordning (EU) nr. 1024/2012 av 25. oktober 2012 om forvaltningssamarbeid gjennom informasjonssystemet for det indre marked og om oppheving av kommisjonsvedtak 2008/49/EF («**IMI-forordningen**»).

²⁵² Overenskomst om felles nordisk arbeidsmarked for visse yrkesgrupper innen helsevesenet og for veterinærer inngått 14. juni 1993 (14-06-1993 nr 1 Multilateral) (**Opphevet**). Endret ved Avtale mellom Danmark, Finland, Island, Norge og Sverige om endring i Overenskomst om felles nordisk arbeidsmarked for visse yrkesgrupper innen helsevesenet og for veterinærer inngått 11. november 1998 (11-11-1998 nr 1 Multilateral) (**Opphevet**), og Avtale mellom Danmark, Finland, Island, Norge og Sverige om endring av Overenskomst med senere endringer om felles nordisk arbeidsmarked for visse personellgrupper innenfor helsevesenet og

Ved endringsavtalen inngått i 2018, som trådte i kraft 1. februar 2020, ble det gjort omfattende endringer i avtalen. Avtalepartene konstaterer i artikkel 1 at ettersom alle partene har gjennomført yrkeskvalifikasjonsdirektivet, «har overenskomsten på visse områder mistet sin selvstendige betydning». Likevel konstaterer avtalepartene at det fortsatt er behov for en nordisk overenskomst for visse formål. Det fremheves først at yrkeskvalifikasjonsdirektivet ikke sikrer anerkjennelse av yrkeskvalifikasjoner for «grønlandsk utdannede sykepleiere og sunnhetsassistenter og færøysk utdannede sykepleiere og sosial- og sunnhetsassistenter **samt gjensidig utveksling av opplysninger mellom Færøyene, Grønland og de kontraherende stater.**» (vår utheving). Videre om informasjonsutvekslingen mellom avtalepartene, Grønland og Færøyene, fremgår det av artikkel 1:

«som finner at det **av hensyn til pasientsikkerheten fortsatt er behov for en overenskomst som sikrer utveksling av opplysninger om tilsyn med visse helsepersonell mellom de kontraherende stater, Færøyene og Grønland som er nødvendige for at de kan ivareta sine tilsynsoppgaver.** Denne utvekslingen av tilsynsopplysninger berører ikke de kontraherende staters forpliktelser i henhold til EU-direktivet og den løpende utvekslingen av opplysninger gjennom IMI-systemet samt EUs generelle databeskyttelsesforordning (EU) 2016/679» (vår utheving)

På denne bakgrunn ble store deler av Arjeplogavtalen opphevet ved endringsavtalen fra 2018, og erstattet med nye bestemmelser. Når det i denne rapporten henvises til Arjeplogavtalen, henvises det til avtalen slik den fremgår etter endringsavtalen fra 2018.

Ved endringsavtalen fra 2018, ble artikkel 18, 18 a, 18 b og 18 c endret til å ha følgende ordlyd om utveksling av opplysninger om tilsyn med helsepersonell:

«Artikkel 18

1. De kontraherende stater, Færøyene og Grønland **skal innbyrdes underrette hverandre om alle beslutninger på tilsynsområdet som begrenser, fratar, forbyr eller tilbakekaller virksomheten for helsepersonell** som er innehavere av en autorisasjon eller lisens.
2. Hvis det er **mulig etter nasjonal lovgivning**, skal de kontraherende stater, Færøyene og Grønland innbyrdes **underrette hverandre om andre beslutninger på tilsynsområdet** enn dem som omfattes av 1. ledd, i **det omfang de har betydning for pasientsikkerheten og er nødvendige for at de kontraherende stater, Færøyene og Grønland kan ivareta sine tilsynsoppgaver.**
3. De kontraherende stater, Færøyene og Grønland skal innbyrdes underrette hverandre når en beslutning på tilsynsområdet som det er gitt underretning om etter 1. eller 2. ledd, utløper eller oppheves.
4. Hvis en kontraherende stat, Færøyene eller Grønland mottar **informasjon om eller ellers har grunnlag for å anta at helsepersonell som er gjenstand for en undersøkelse vedrørende en mulig beslutning som nevnt i 1. eller 2. ledd, er reist eller vil reise til en av de andre kontraherende stater, Færøyene eller Grønland med henblikk på å utføre virksomhet som helsepersonell, kan den kontraherende stat, Færøyene eller Grønland underrette de øvrige kontraherende statene, Færøyene og Grønland om dette såfremt det er mulig etter nasjonal lovgivning.**
5. Denne overenskomsten regulerer ikke de kontraherende staters, Færøyenes eller Grønlands senere bruk av opplysninger som utveksles i henhold til denne artikkelen.

Etter artikkel 18 settes det inn tre nye artikler: Artiklene 18a, 18b og 18c med følgende ordlyd:

veterinærvesenet inngått 11. desember 2018 (11-12-2018 nr 31 Multilateral) (**Någjeldende Arjeplogavtale**). Endringsavtalen fra 2018 kan finnes her: [Lenke](#) (lastet ned 3. mai 2026). Når det henvises til «**Arjeplogavtalen**», henvises det til avtalen slik den fremgår etter endringsavtalen fra 2018.

Artikkel 18 a

Underretning om de beslutninger som er nevnt i artikkel 56 a i EU-direktivet, skal skje innen 3 dager fra vedtaket av beslutningen som anført i direktivet. **Underretning om øvrige beslutninger nevnt i artikkel 18, 2. ledd, skal skje hurtigst mulig og senest 1 uke etter deres utstedelse.**

Artikkel 18 b

Hvis de kontraherende stater, Færøyene og Grønland har underrettet hverandre om beslutninger som er nevnt i artikkel 18, 1. eller 2. ledd, herunder for de beslutninger som er nevnt i artikkel 56 a i EU-direktivet, **skal de etter anmodning fra en av de øvrige kontraherende stater, Færøyene eller Grønland gi videre opplysninger om begrunnelsen for beslutningene.**

Artikkel 18 c

De kontraherende stater samt Færøyene og Grønland **skal besvare en anmodning som nevnt i artikkel 18 b, hurtigst mulig og senest 10 arbeidsdager etter mottaket.**» (våre uthevninger med unntak av artikkeloverskriftene).

Det er enkelte skiller mellom Arjeplogavtalen og bestemmelsene om utveksling av informasjon i yrkeskvalifikasjonsdirektivet artikkel 56 og 56a. Et sentralt skille knytter seg til begrunnelser. Artikkel 56a, som regulerer varslingsplikten knyttet til tilbakekall og begrensninger, avgrenser mot å inkludere begrunnelser i varselet, jf. artikkel 56a nr. 2. Artikkel 56 avgrenser ikke mot å informere om begrunnelser, men begrunnelser er heller ikke nevnt eksplisitt i bestemmelsen. Som nevnt under pkt. 8.3.1.2, forstår vi artikkel 56 og 56a slik at varslingen etter artikkel 56a ikke kan inneholde begrunnelser, men at medlemsstatene har *anledning* til å be om og utlevere informasjon om begrunnelse etter artikkel 56. Dette blir da «blir en tilleggsoperasjon» å be om.²⁵³

Det følger av Arjeplogavtalen artikkel 18 b at der en avtalepart har blitt underrettet om vedtak som begrenser, fratar, forbyr eller tilbakekaller tillatelse til å utøve yrket, eller det er fattet andre beslutninger som har betydning for pasientsikkerhet, kan avtalepartene anmode de øvrige partene om å «gi videre opplysninger om begrunnelsen for beslutningene».

Arjeplogavtalen inneholder også enkelte andre frister for utlevering av informasjon. For informasjon som omfattes av yrkeskvalifikasjonsdirektivet artikkel 56a, skal varsel gis innen tre dager etter endelig avgjørelse, på samme måte som etter artikkel 56a nr. 2. For opplysninger som omfattes av Arjeplogavtalen artikkel 18 nr. 2 skal varsel «skje hurtigst mulig og senest 1 uke etter deres utstedelse», mens for begrunnelse som er anmodet etter Arjeplogavtalen artikkel 18 b, gjelder en frist på 10 arbeidsdager.

Det viktigste skillet mellom Arjeplogavtalen artikkel 18 og yrkeskvalifikasjonsdirektivet artikkel 56 og 56a gjelder verserende saker, jf. Arjeplogavtalen artikkel 18 nr. 4.

Bestemmelsen oppstiller en adgang for avtalepartene til å underrette hverandre om helsepersonell som de har fått informasjon om at er eller som avtalepartene mistenker at er «**gjenstand for undersøkelse**» (vår utheving). Disse «undersøkelse[ne]» må knytte seg til en beslutning som begrenser, fratar, forbyr eller tilbakekaller tillatelse til å utøve yrke som helsepersonell, eller andre beslutninger av betydning for pasientsikkerheten eller ivaretagelse av deres tilsynsoppgaver, og adgangen til å underrette oppstår der helsepersonellet har reist eller ønsker å reise til en av avtalepartene for å utøve yrket som

²⁵³ Helsetilsynets rapport fra 21. oktober 2025, «Gjennomgang av Helsetilsynets behandling av utenlandssaker», pkt. 7.3.

helsepersonell. Forutsetningen for informasjonsutvekslingen er at det er hjemmel til slik informasjonsutveksling i nasjonal rett.

Etter Arjeplogavtalen artikkel 18 nr. 4, har dermed avtalepartene adgang til å utlevere opplysninger om saker under tilsyn eller etterforskning, herunder uavsluttede disiplinærsaker, forutsatt at det foreligger hjemmel i nasjonal rett.

I sitt hørings svar til forslag om å lovfeste et tydelig unntak fra taushetsplikten for Helsetilsynets underretting om tilsynsreaksjoner til andre forvaltningsorganer i Norge og utlandet,²⁵⁴ som følge av endringene i Arjeplogavtalen i 2018, ga Helsedirektoratet klart uttrykk for nødvendigheten av en hjemmel for å kunne underrette de andre nordiske landene om verserende saker:

«vår vurdering er at det er klart behov for å gi tydelig lovhjemmel for at Statens helsetilsyn på samme måte kan underrette de aktuelle nordiske landene om at tilsynet vurderer å ilegge en nærmere bestemt tilsynsreaksjon overfor vedkommende. På den måten kan landene effektivisere samarbeidet om informasjonsutveksling og vernet om pasientsikkerheten.»²⁵⁵

Helsedirektoratets uttalte behov for en slik hjemmel ble tilkjennegitt i lovens forarbeider, men forslaget ble ikke tatt til følge:

«Helsedirektoratet peker på at forslaget ikke omfatter utlevering av informasjon om tilsynssaker som er til vurdering av tilsynet og mener det er behov for å ha tydelig hjemmel for at Statens helsetilsyn kan underrette om at de vurderer å ilegge en nærmere bestemt tilsynsreaksjon. **Departementet viser til at det er [sic] kan være snakk om utlevering av svært personsensitiv informasjon og mener derfor at adgangen bør begrenses til de tilfellene det er konkludert at det foreligger grunnlag for en reaksjon etter helsepersonelloven. Det foreslås derfor ikke at adgangen til å underrette utvides til å omfatte saker hvor reaksjon vurderes, men ikke er fastsatt.**»²⁵⁶ (vår utheving)

Etter endringene i Arjeplogavtalen artikkel 18, 18 a, 18 b og 18 c i 2018, har det ikke blitt tatt inn hjemmel til å utgi opplysninger om verserende saker i norsk rett. Etter helsepersonelloven § 66 (3) skal Helsetilsynet, ved tilbakekall, frivillig avkall eller suspensjon, samt ved ilagte begrensninger og ved gitt advarsel, underrette de landene Norge er folkerettslig forpliktet til å informere, «uten hinder av taushetsplikten».²⁵⁷ Ettersom § 66 (3) ikke omfatter verserende saker, vil utlevering av informasjon om slike saker under Arjeplogavtalen artikkel 18 nr. 4 være i strid med Helsedirektoratets og Helsetilsynets taushetsplikt etter forvaltningsloven § 13.²⁵⁸ Brudd på taushetsplikten er straffbart etter straffeloven §§ 209 (brudd på taushetsplikt) og 210 (grovt brudd på taushetsplikt).

8.3.3 Reglene om informasjonsutveksling mellom land i norsk rett - helsepersonelloven § 66 og EØS-forskriften § 28

Hjemmelen for norske myndigheters informasjonsplikt til andre land fremgår av helsepersonelloven § 66 og, for EØS, av EØS-forskriften § 28. Det følger av helsepersonelloven § 66 (3):

«Ved tilbakekall, frivillig avkall eller suspensjon av autorisasjon, lisens, spesialistgodkjenning eller rekvireringsrett, ved begrensning av autorisasjon, ved gitt faglig pålegg til helsepersonell

²⁵⁴ Høringsnotat fra Helse- og omsorgsdepartementet fra 7. mai 2020, Forslag til endringer i helsepersonelloven, lov om Statens undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstjenesten mv. (enkelte unntak fra taushetsplikten og utvidet varslingsplikt til Ukom): [Lenke](#) (lastet ned 29. april 2026).

²⁵⁵ Hørings svar fra Helsedirektoratet, Innspill til høring av forslag til lovendringer – Enkelte unntak fra taushetsplikten og utvidelse av varslingsplikten til Statens undersøkelseskommisjon, innspill til pkt. 3.2 Forslag om unntak fra taushetsplikten.

²⁵⁶ Se Prop.65 L (2020-2021) på side 36.

²⁵⁷ Se nærmere om forvaltningens taushetsplikt under pkt. 7.2.2.

²⁵⁸ Se nærmere omtale om implementeringen av Arjeplogavtalen under pkt. 10.2.6.

og forbud mot å yte helsehjelp, **skal Statens helsetilsyn uten hinder av taushetsplikten underrette de landene Norge er folkerettslig forpliktet til å informere.**» (vår utheving)

Merk at det er Helsetilsynet som etter helsepersonelloven § 66 har informasjonsplikten i Norge.

Det følger av helsepersonellovens forarbeider at «[e]tter departementets oppfatning er norske myndigheters rett og plikt til å utveksle informasjon om «disiplinære eller kriminelle forhold av yrkesmessig art» med utenlandske tilsynsmyndigheter tilstrekkelig hjemlet i helsepersonelloven § 66».²⁵⁹

Som gjennomgått over, er Norge folkerettslig forpliktet til å utlevere opplysningene oppgitt i yrkeskvalifikasjonsdirektivet artikkel 56 og 56a til de andre landene i EØS, på samme måte som de øvrige EØS-statene er folkerettslige forpliktet til å utlevere informasjonen til norske myndigheter.

Hjemmel for informasjonsutveksling til andre EØS-stater følger også av EØS-forskriften § 28:

«Dersom en yrkesutøver her i landet **har fått begrenset retten til å utøve yrket, skal Statens helsetilsyn varsle ansvarlige myndigheter i alle øvrige EØS-stater.** Varslingen skal inneholde informasjon om

- d. identiteten til yrkesutøveren,
- e. hvilket yrke det gjelder,
- f. hvilken myndighet som har fattet vedtaket,
- g. omfanget av vedtaket, og
- h. hvilken periode vedtaket gjelder.

Varslingen skal skje innen tre dager etter vedtaket eller dommen. Dersom begrensningen eller forbudet mot å utøve yrket opphører eller dersom vedtaket eller dommen er opphevet, skal ansvarlige myndigheter i alle øvrige EØS-stater underrettes om dette innen tre dager.

Yrkesutøveren skal straks informeres om varslingen. Varslingen kan påklages etter § 21a.

Varslings- og informasjonsplikten etter denne bestemmelsen gjelder tilsvarende overfor ansvarlige myndigheter i Sveits dersom yrkesutøveren har yrkesmessig tilknytning til Sveits.

Dersom Statens helsetilsyn eller politiet ikke varsler kan Helsedirektoratet varsle i stedet etter reglene i denne bestemmelsen.» (våre uthevninger)

Bestemmelsen presiserer at Helsedirektoratet kan varsle de øvrige EØS-statene om forholdene listet opp i bestemmelsen, dersom Helsetilsynet eller politiet ikke varsler.

Det er verdt å merke seg at reguleringen av hvilken informasjon varslet skal inneholde i EØS-forskriften § 28 (1) bruker formuleringen «[v]arslingen skal inneholde informasjon om», som antyder et minimumskrav, mens yrkeskvalifikasjonsdirektivet artikkel 56a nr. 2 bruker formuleringen «[d]isse opplysningene skal begrenses til følgende». EØS-forskriften § 28 må her tolkes i samsvar med artikkel 56a nr. 2. Det er vår forståelse at medlemsstatene, til tross for ordlyden i artikkel 56a nr. 2, har *anledning* til å be om og utlevere informasjon om begrunnelsen etter artikkel 56, men at dette da «blir en tilleggsoperasjon» å be om.²⁶⁰

²⁵⁹ Ot.prp.nr.26 (2007-2008) på side 33.

²⁶⁰ Helsetilsynets rapport fra 21. oktober 2025, «Gjennomgang av Helsetilsynets behandling av utenlandssaker», pkt. 7.3.

EØS-forskriftens bestemmelser, herunder bestemmelsen om informasjonsutveksling til andre EØS-stater, skal tolkes i samsvar med yrkeskvalifikasjonsdirektivet og Arjeplogavtalen. Se gjennomgangen av yrkeskvalifikasjonsdirektivets regler under pkt. 8.3.1, og Arjeplogavtalen under pkt. 8.3.2.

8.4 Regler om informasjons- og dokumentasjonsinnhenting for tredjelandsborgere

Søkere fra tredjeland, dvs. søkere fra utenfor EØS, Sveits, Storbritannia og Nord-Irland, er ikke underlagt yrkeskvalifikasjonsdirektivet, IMI-forordningen eller EØS-forskriften.

Helsedirektoratets vedtak om å gi eller nekte autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning etter helsepersonelloven § 53 utgjør enkeltvedtak etter forvaltningsloven. Saksbehandlingen knyttet til søknaden er følgelig underlagt saksbehandlingsreglene i forvaltningsloven, herunder forvaltningens utrednings- og informasjonsplikt i forvaltningsloven § 17, samt alminnelige forvaltningsrettslige prinsipper om forsvarlig saksbehandling.²⁶¹ Ettersom saksbehandlingen av søknadene er underlagt norsk rett, vil også andre rettssikkerhetsgarantier komme til anvendelse for informasjons- og dokumentasjonsinnhentingen, herunder personvernregelverket.

8.5 Regler om vandelskontroll og politiattest etter norsk rett

8.5.1 Overordnet om vandelskontroll: Krav til lovhjemmel

Grunnloven § 92 pålegger statens myndigheter å respektere og sikre menneskerettighetene slik de er nedfelt i Grunnloven og i for Norge bindende traktater om menneskerettigheter. Grunnloven § 102 har inntatt prinsippene i EMK artikkel 8 og fastslår:

«Enhver har rett til respekt for sitt privatliv og familieliv, sitt hjem og sin kommunikasjon. Husransakelse må ikke finne sted, unntatt i kriminelle tilfeller.

Statens myndigheter skal sikre et vern om den personlige integritet.»

EMK artikkel 8 fastslår at enhver har rett til respekt for sitt privatliv og familieliv, sitt hjem og sin korrespondanse. Utstedelse av politiattest, fordi den kan inneholde opplysninger om straffbare forhold, er ansett som et inngrep etter EMK artikkel 8.

Det innebærer at et krav om politiattest må være (i) i samsvar med loven (dvs. at det er krav om lovhjemmel), (ii) nødvendig i et demokratisk samfunn, og (iii) begrunnet i hensynet til nasjonal sikkerhet, offentlig trygghet eller landets økonomiske velferd, for å forebygge uorden eller kriminalitet, for å beskytte helse eller moral eller for å beskytte andres rettigheter og friheter.

Lovkravet innebærer at hjemmelen for inngrepet må være tilstrekkelig klar og presis, slik at borgerne har kunnskap om hvilke inngrep de kan bli utsatt for. Hensynet til samfunnets behov for beskyttelse, og hvilke verdier en ønsker å beskytte ved inngrepet, må veies opp mot de belastningene anmerkningene innebærer for den enkelte.

GDPR artikkel 10 oppstiller på særvilkår for behandling av personopplysninger om straffedommer og lovovertrедelser, samt tilknyttede sikkerhetstiltak. Hovedregelen er at slik behandling bare kan skje «under en offentlig myndighets kontroll». Artikkel 10 gir imidlertid ikke i seg selv behandlingsgrunnlag for slik behandling. Behandlingen må i alle tilfeller ha behandlingsgrunnlag etter artikkel 6 nr. 1, noe som også kan innebære krav om supplerende rettsgrunnlag i nasjonal rett, jf. artikkel 6 nr. 1 bokstav c og e, jf. nr. 3. Ved inngripende behandling av personopplysninger om straffbare forhold mv. vil Grunnloven § 102 og EMK artikkel 8 på vanlig måte stille krav til rettsgrunnlaget.

²⁶¹ Se gjennomgangen av de generelle saksbehandlingsreglene i forvaltningsloven under pkt. 7.2.

I Norge er det politiet som «skal føre et reaksjonsregister med opplysninger om fysiske eller juridiske personer som har vært ilagt straff eller andre strafferettslige reaksjoner eller andre tiltak som følge av lovbrudd. Det skal registreres personalia, reaksjoner og tiltak», jf. politiregisterloven § 9. Formålet med registeret er «å ivareta politiets og påtalemyndighetens behov for informasjon om strafferettslige reaksjoner og andre avgjørelser eller tiltak som følge av lovbrudd i forbindelse med forebygging, straffeforfølgning og som grunnlag for vandelskontroll og akkreditering [...]», jf. politiregisterforskriften § 44-1.

Utlevering av opplysninger i form av vandelskontroll og attester er nærmere regulert i politiregisterloven kapittel 7.

Etter politiregisterloven § 36 (1) kan vandelskontroll «bare foretas når det har hjemmel i lov eller forskrift gitt i medhold av lov». Vandelskontroll er i politiregisterloven § 2 nr. 12 definert som «bruk av opplysninger for å vurdere om en fysisk eller juridisk person er egnet til en bestemt stilling, virksomhet, aktivitet eller annen funksjon».

Politiregisterloven § 36 (1) fastsetter at det er politiet som kan utlevere opplysninger i forbindelse med vandelskontroll, og at vandelskontroll bare kan foretas i form av utstedelse av politiattest, straffattest eller gjennom vandelsvurdering, jf. også politiregisterforskriften § 28-1. I politiregisterforskriften § 6-1 (2) er det understreket at «samtykke [...] ikke [kan] danne grunnlag for utlevering av opplysninger i forbindelse med vandelskontroll i henhold til politiregisterloven kapittel 7.»²⁶²

De nærmere saksbehandlingsreglene for utstedelse av politiattest er fastsatt i politiregisterforskriften kapittel 36. Politiattest utstedes til bruk i mottakers interesse og kan inneholde opplysninger om hvorvidt en person har vært ilagt straff eller andre strafferettslige reaksjoner eller andre tiltak som følge av lovbrudd, eller er under straffeforfølgning, jf. politiregisterloven § 36 (1) nr. 1. Mottaker av politiattest er «den som kan kreve fremlagt politiattest», jf. politiregisterforskriften § 28-3 nr. 4. Mottakeren har taushetsplikt og «skal hindre at uvedkommende får adgang eller kjennskap til opplysninger i vandelskontrollen», jf. politiregisterloven § 47.

Med «politiattest» menes norsk politiattest med opplysninger fra politiets registre, jf. politiregisterforskriften § 28-2 (1). Politiattest fra andre land kan ikke kreves fremlagt, med mindre slik adgang følger av Norges folkerettslige forpliktelser. Politiattest utstedt i annet EØS-land likestilles likevel med norsk politiattest i de tilfellene hvor det er hjemlet krav om botid, jf. politiregisterloven § 36 (2), jf. politiregisterforskriften § 28-2 (1).

Innføringen av politiregisterloven innebar samtidig en innskrenking av politiets adgang til å *utlevere* opplysninger, idet ordningen med såkalte «skikkethetsvurderinger» ble avvirket.²⁶³ Ordningen med skikkethetsvurderinger innebar at politiet kunne vurdere skikkethet ut fra et bredere grunnlag enn ilagte reaksjoner, uten klare kriterier for hvilke opplysninger som kunne inngå. Om begrunnelsen for å oppheve ordningen fremgår det av lovens forarbeider at:

«[...] en ordning om skikkethetsvurdering [vil] undergrave de strenge rammene som gjelder for politiattester. Det blir således ingen sammenheng i systemet dersom man på den ene siden oppstiller strenge regler for når en politiattest kan kreves og hvilke opplysninger slike attester skal inneholde, samtidig som man åpner for å kunne utøve vandelskontroll i form av skikkethetsvurdering, der det nærmest ikke finnes noen begrensninger med henblikk på hvilke opplysninger som kan utleveres.»²⁶⁴

²⁶² Forskrift om behandling av opplysninger i politiet og påtalemyndigheten (FOR-2013-09-20-1097) (politiregisterforskriften).

²⁶³ Ordningen med «skikkethetsvurderinger» fulgte tidligere av den nå opphevede strafferegisterloven av 1971 § 7.

²⁶⁴ Se Ot.prp.nr. 108 (2008-2009) på side 191.

Det ovennevnte er ikke til hinder for at politiet og påtalemyndigheten likevel kan utlevere opplysninger dersom det er adgang til dette etter reglene om taushetsplikt i politiregisterloven kapittel 6, og vilkårene for utlevering i politiregisterloven §§ 8 (2) og 20 er oppfylt. En eventuell plikt for politiet til å utlevere opplysninger må være særskilt hjemlet, jf. Ot.prp. nr. 108 (2008-2009) på side 302.

I politiregisterforskriften del 3 kapittel 10 er det gitt nærmere regler om politiets og påtalemyndighetens plikt til å utlevere opplysninger av eget tiltak. Herunder vil politiet være forpliktet til «straks» å underrette relevante tilsynsmyndigheter, det vil si Statens helsetilsyn og statsforvalterne, dersom helsepersonell blir «siktet for et lovbrudd som kan få betydning for tillatelsen», jf. politiregisterforskriften § 10-7 (1). Det følger av tredje ledd at underretning i alvorlige tilfeller skal gis allerede når etterforskning iverksettes. I begge tilfeller skal det også gis underretning om sakens avgjørelse, jf. politiregisterforskriften § 10-7 (4). En plikt for politiet eller påtalemyndigheten til å meddele slike opplysninger til Helsedirektoratet i forbindelse med en autorisasjons-, lisens eller spesialistgodkjenningssøknad eksisterer derimot ikke.

8.5.2 Krav om politiattest for helsepersonell

Helsedirektoratet har per i dag ikke lovhjemmel til å kreve at søkere fremlegger politiattest ved søknad om autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning.

Ved vurderingen av mulig uegnethet eller av om det foreligger tilbakekallsgrunn etter henholdsvis helsepersonelloven § 48 a (2) bokstav b og helsepersonelloven § 53 (2), jf. § 57, er Helsedirektoratet henvist til andre informasjonskilder.

Det bemerkes likevel at enkelte høringsinstanser, i forbindelse med Helse- og omsorgsdepartementets høring 3. november 2014 av forslag til endringer i helsepersonelloven mv. (vilkår for autorisasjon), fremholdt at «det [...] bør stilles krav om politiattest for å få autorisasjon».²⁶⁵ Departementet avviste imidlertid innspillet uten nærmere begrunnelse:

«Enkelte høringsinstanser har uttalt at det bør stilles krav om politiattest. [...]. **Det er på nåværende tidspunkt ikke aktuelt å innføre et krav om å fremlegge politiattest i forbindelse med søknad om autorisasjon.**»²⁶⁶ (vår utheving)

Som omtalt under pkt. 4.3 har Helsedirektoratet, som ett av flere foreslåtte tiltak, ønsket en slik lovhjemmel i forbindelse med søknader om autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning. I Første Rapport og i Andre Rapport er det vist til et ønske om å kunne kreve fremlagt «utvidet politiattest» ved slike søknadsprosesser. Det foreslåtte tiltaket er omtalt nærmere under pkt. 12.2.

Det finnes imidlertid allerede i dag krav om fremleggelse av politiattest for enkelte utdanninger som leder til helsepersonellyrker, og for autorisert helsepersonell som søker bestemte stillinger. Disse reglene omtales kort nedenfor.

8.5.3 Krav om politiattest etter universitets- og høyskoleloven § 12-2

I enkelte utdanninger kan studentene gjennom praksisstudier eller som del av klinisk undervisning komme i kontakt med «mindreårige», altså barn som ikke er myndige/som er under 18 år. I forbindelse med opptak eller underveis i slike studier er det i universitets- og høyskoleloven § 12-2 (1) første punktum,²⁶⁷ fastsatt at institusjonene kan kreve at studentene legger frem politiattest som nevnt i politiregisterloven § 39 (1). I politiregisterloven omtales en slik politiattest som «barneomsorgsattest».

²⁶⁵ Se Prop.99 L (2014-2015) på side 14.

²⁶⁶ Se Prop.99 L (2014-2015) på side 17.

²⁶⁷ Se Lov om universiteter og høyskoler (LOV-2024-03-08-9) (universitets- og høyskoleloven).

Formålet med å stille krav om framleggelse av barneomsorgsattester er å forhindre overgrep mot eller skadelig innflytelse på mindreårige, og å bidra til å øke tilliten til at mindreårige tas hånd om av skikkede personer, jf. politiregisterloven § 37 (1) nr. 4.

På attesten skal det «anmerkes om personen er siktet, tiltalt, har vedtatt forelegg eller er dømt» etter de nærmere angitte straffereglene i politiregisterloven § 39 (1). Barneomsorgsattesten inneholder alle strafferettslige reaksjoner, både siktelser, tiltaler, forelegg og domfellelser. Det som skal anmerkes på attesten, er de strafferettslige reaksjonene som anses som relevante for formålet med å beskytte barn og unge, som seksualforbrytelser, volds- og ransforbrytelser og narkotikaforbrytelser.²⁶⁸

Vilkåret for å kreve politiattest etter universitets- og høyskoleloven § 12-2 (1) første punktum, er at studenten «kan komme i kontakt med mindreårige som del av klinisk undervisning eller praksis». Det er ikke nødvendig at studentene med sikkerhet vil komme i kontakt med mindreårige for at et studium skal kreve politiattest. Det er tilstrekkelig at det er en *mulighet* for at de i forbindelse med praksisstudier eller klinisk undervisning kan komme i situasjoner hvor overgrep kan finne sted. Kravet om politiattest er et inngripende tiltak overfor den enkelte. Det må derfor ikke stilles krav om politiattest i situasjoner hvor dette er åpenbart unødvendig.²⁶⁹

Dersom det for bestemte typer yrkesutøvelse er gitt særlige regler om politiattest, gjelder disse reglene tilsvarende for studenter som deltar i klinisk undervisning eller praksis, jf. universitets- og høyskoleloven § 12-2 (1) tredje punktum.

Når en student skal delta i klinisk undervisning eller praksisstudier hvor politiattest for yrkesutøvingen gjelder, må institusjonen innhente tilsvarende politiattest som gjelder for yrket. Dersom studenten ikke kommer i kontakt med de brukergruppene som yrkeslovgivningen er ment å beskytte, vil ikke institusjonen kunne kreve framleggelse av politiattest.

Etter reglene om politiattest for bestemte typer yrkesutøvelse er det også satt begrensninger for muligheten til å kreve politiattest ut fra hvor mye de ansatte er i kontakt med mindreårige eller den sårbare gruppen. Som eksempel kan det vises til helsepersonelloven § 20 a (3), hvor plikten til politiattest ikke gjelder for de som kun «sporadisk» skal yte spesialisthelsetjenester og tannhelsetjenester til barn og som «i alminnelighet ikke vil være alene med barn eller personer med utviklingshemming».

Dersom et studium krever politiattest fra studentene, følger det av universitets- og høyskoleloven § 12-2 (1) andre punktum at attesten kan kreves fremlagt «ved opptak og underveis i studiet». Nærmere regler om framleggelse av politiattest følger av universitets- og høyskoleforskriften § 6-2, hvor det fremgår at:

- Dersom et studium har klinisk undervisning eller praksis som er omfattet av bestemmelsen, skal universitetet eller høyskolen kreve at studentene legger fram politiattest ved opptak til studiet. Politiattesten skal sendes «senest tre uker etter at de aksepterte tilbudet om studieplass», jf. universitets- og høyskoleforskriften § 6-2 (1).
- Dersom det underveis i studiene blir avklart at studentene «skal gjennomføre slik klinisk undervisning eller praksis», skal studentene sende politiattesten «senest tre uker etter at institusjonen krevde politiattesten fremlagt», jf. universitets- og høyskoleforskriften § 6-2 (2). Dette alternativet vil blant annet kunne være aktuelt der slik praksis eller undervisning ikke er obligatorisk, og det først blir klart underveis i studieperioden om studenten skal gjennomføre praksis eller klinisk undervisning.

²⁶⁸ Se Ot.prp.nr.108 (2008–2009) punkt 21 i merknaden til § 39.

²⁶⁹ Se Prop.126 L (2022–2023) på side 229.

Politiattesten skal ikke være eldre enn tre måneder, jf. universitets- og høyskoleforskriften § 6-2 (3).

Hvilke konsekvenser en anmerkning på politiattesten kan få, følger av universitets- og høyskoleloven § 12-2 (2) og (3):

- Det følger av universitets- og høyskoleloven § 12-2 (2) at en student som har merknader på politiattesten som viser at «studenten er dømt eller har vedtatt forelegg» for forhold som innebærer at det må anses «uforsvarlig» at studenten deltar i arbeid med pasienter, brukere, barnehagebarn, elever eller andre, «kan» utestenges fra «klinisk undervisning og praksis».
- Dersom politiattesten viser at en student er «siktet eller tiltalt» for straffbart forhold som er omtalt i politiregisterloven § 39 (1) eller i politiattester etter universitets- og høyskoleloven § 12-1 (1), «kan» studenten «midlertidig utelukkes fra klinisk undervisning og praksis til en rettskraftig dom foreligger eller saken er henlagt, dersom det er nødvendig av hensyn til sikkerheten eller behandlingsmiljøet for pasienter, brukere, barnehagebarn, elever eller andre som studenten vil komme i kontakt med», jf. universitets- og høyskoleloven § 12-2 (3).

Reglene innebærer at studenter som har en anmerkning på politiattesten sin, ikke automatisk blir utestengt fra praksis eller klinisk undervisning, men at det må foretas en konkret vurdering av om de skal utestenges eller midlertidig utelukkes. Det som skal vurderes er om det er «uforsvarlig» å la studenten ha kontakt med sårbare grupper på bakgrunn av de straffbare forholdene studenten er dømt for. Politiattesten gir et objektivt grunnlag for en framoverrettet vurdering, og har et sterkere preg av å legge opp til en føre var-vurdering enn den skikkethetsvurderingen etter universitets- og høyskoleloven § 12-3. «Dette innebærer at behandlingen av politiattestsaker ikke legger opp til like omfattende utredninger som i skikkethetsaker, hvor man i større grad vurderer studentens personlige egnethet opp mot fastsatte vurderingskriterier», jf. Prop.126 L (2022-2023) på side 348.

Når det gjelder en student som er «siktet eller tiltalt» for relevante forhold, innebærer universitets- og høyskoleloven § 12-2 (3) at studenten kun kan utelukkes midlertidig fram til det foreligger rettskraftig dom eller saken er henlagt. Det dreier seg ikke om en full utestenging fra hele utdanningen for alltid, men om utestengning fra deler av utdanningen for en begrenset tidsperiode. I ordet «kan» ligger at et skjønn må utøves i hvert enkelt tilfelle for å ta nærmere stilling til dette. Det betyr at utelukkningen kan opphøre før rettskraftig dom foreligger eller før saken er henlagt.

Vedtak om utestenging og utelukkelse fra klinisk undervisning og praksis fattes av styret selv eller institusjonens nemnd for studentsaker, jf. universitets- og høyskoleloven § 12-2 (4). Vedtak om utestenging og utelukkelse på grunn av merknader på politiattest vil være enkeltvedtak etter forvaltningsloven,²⁷⁰ og vedtakene skal registreres i register for informasjonsutveksling om reaksjoner overfor søkere og studenter (RUST), jf. universitets- og høyskoleloven § 12-11 (1).

Det følger av universitets- og høyskolelovens forarbeider at hvilke straffebud studenten har merknader om på politiattesten er særlig relevant for om studenten skal utestenges eller utelukkes:

«Merknader om seksuallovbrudd, narkotikalovbrudd eller voldskriminalitet vil ofte bli tillagt særlig vekt, mens det ved enkelte andre lovbrudd ofte skal mer til for at studenten skal bli utestengt. I tillegg er det relevant når lovbruddet har funnet sted, og om det dreier seg om flere lovbrudd over en lengre periode. Dreier det seg om forhold som har funnet sted for kort tid siden, taler det for utestenging. Nemnda skal også ta hensyn til om studenten har fått forelegg eller er siktet, tiltalt eller dømt. Nemnda må vurdere om det er nødvendig å utestenge studenten for å kunne ivareta sikkerheten til de sårbare gruppene. Hensynet til beskyttelse av mindreårige

²⁷⁰ Se Prop.126 L (2022-2023) på side 229.

og sårbare grupper skal tillegges avgjørende vekt for utfallet av saken. Videre er det relevant om merknadene ville ført til utelukkelse etter den relevante lovgivningen for det aktuelle yrket.»²⁷¹

Det skal følgelig gjøres en konkret og helhetlig vurdering av de forholdene som ligger til grunn for merknaden på politiattesten, typen praksis eller klinisk undervisning og andre forhold som gjelder studenten eller studiesituasjonen. Vedtak om midlertidig utelukkelse og utestenging gjelder all praksis og klinisk undervisning i studiet, også ved andre institusjoner. Vedtaket skal registreres i RUST, jf. universitets- og høyskoleloven § 12-11.

Hovedkonsekvensen for en student som blir utestengt fra praksis eller klinisk undervisning, er at studenten ikke vil få vitnemål for fullført grad eller utdanning. Vedkommende vil da heller ikke kunne utøve det aktuelle yrket. I relasjon til autorisasjonsreglene i helsepersonelloven § 48 a vil vedkommende ikke kunne få autorisasjon, fordi kravene i § 48 a (1) ikke er oppfylt.

8.5.4 Krav om politiattest etter helsepersonelloven § 20 a

Ved vedtakelsen av helsepersonelloven § 20 a ble det oppstilt krav om politiattest for helsepersonell som skal yte spesialisthelsetjenester og tannhelsetjenester til «barn» eller «personer med utviklingshemming», i nærmere bestemte situasjoner og under lovbestemte forutsetninger.

Bestemmelsen trådte i kraft den 1. april 2007, og før dette fantes det ingen hjemmel i helsepersonelloven for å kreve politiattest fra helsepersonell. Lovendringen ble initiert ved et privat forslag fra fire stortingsrepresentanter om å vurdere tiltak for å skjerme barn for kontakt med helsepersonell som er siktet, tiltalt eller dømt for seksuelle overgrep mot barn. Etter at Stortingets sosialkomité ba regjeringen om å foreta en bred vurdering av disse forhold, ble lovforslaget fremmet ved Ot.prp.nr.86 (2005–2006). På side 16 i proposisjonen fremgår at siktemålet med innføringen er «at barn og foreldre bør føle seg trygge på at barna ikke møter helse- eller sosialpersonell som er tidligere straffet eller er siktet eller tiltalt for seksualforbrytelser». Videre, at bestemmelsen er ment «å forebygge seksuelle overgrep mot barn og personer med utviklingshemming».²⁷²

Etter helsepersonelloven § 20 a (1) skal den som skal yte spesialisthelsetjenester eller tannhelsetjenester til «barn» fremlegge politiattest som nevnt i politiregisterloven § 39 (1), som er en såkalt «barneomsorgsattest». På barneomsorgsattesten skal det vises straffebud som rammer handlinger som i relasjon til mindreårige må anses særlig alvorlige og dermed særlig relevante. Dette omfatter seksuallovbrudd, grove voldslovbrudd, drap, ran, mishandling i nære relasjoner, menneskehandel og grove narkotikalovbrudd. Brudd på straffebud om seksuallovbrudd og drap anmerkes i samsvar med politiregisterloven § 41 nr. 1, det vil si uten tidsbegrensning. De øvrige straffebudene anmerkes i samsvar med politiregisterloven § 40, det vil si at de anmerkes med tidsbegrensning og at mindre alvorlige reaksjoner ikke anmerkes.

Fremleggelse av barneomsorgsattest skal skje «ved tilbud om stilling», «ved inngåelse av avtale etter tannhelsetjenesteloven § 4-2 første ledd og spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a syvende ledd», og «ved melding om åpning, overtagelse og inntreden i privat virksomhet, jf. § 18.».

Ordbruken «ved tilbud om» sikter til at kravet bare omfatter vedkommende personell «en faktisk gir et tilbud til», og fremleggelsen av attesten skal først skje dersom vedkommende får tilbudet og aksepterer dette. Det samme gjelder ved inngåelse av driftsavtale med kommunen eller regionalt helseforetak.²⁷³

²⁷¹ Se Prop.126 L (2022-2023) på side 231.

²⁷² Se Ot.prp.nr.86 (2005-2006) på side 23. Se også politiregisterloven § 37 (1) nr. 4.

²⁷³ Se Ot.prp.nr.86 (2006-2006) på side 46.

Det følger videre av lovens forarbeider at begrepet «stilling» skal forstås vidt:

«Begrepet stilling skal forstås vidt og omfatter arbeid, tjeneste, jobb, vikariat etc. både i offentlig og privat virksomhet. Det avgjørende for om politiattest skal kreves eller ikke, er om vedkommende i sin utøvelse av tjenesten vil kunne komme i en situasjon med barn eller utviklingshemmede der en seksualforbrytelse kan finne sted. Det samme gjelder ved inngåelse av avtale mellom helsepersonell og kommune eller helseforetak.»²⁷⁴

Det er arbeidsgivers ansvar å vurdere om politiattest må avkreves. Helsepersonell som driver selvstendig i det private, skal inngi politiattest ved melding til kommune eller regionalt helseforetak etter helsepersonelloven § 18 (2).

Etter helsepersonelloven § 20 a (2) skal den som skal yte spesialisthelsetjenester eller tannhelsetjenester til «personer med utviklingshemming», i tilfeller som nevnt i helsepersonelloven § 20 a (1), fremlegge politiattest som viser om vedkommende er «siktet, tiltalt, har vedtatt forelegg eller er dømt» for overtredelse av straffeloven 1902 §§ 192, 193, 194, 195, 196, 197, 199, 200 (1), 201 (1) bokstav c, 203 eller 204 a og straffeloven 2005 §§ 291, 293, 294, 295, 296, 299, 301, 302, 303, 304, 305, 309, 310, 311, 312 og 314.

Det er her følgelig tale om fremleggelse av en *avgrenset politiattest*, fordi bare de straffebud som er nevnt i bestemmelsen skal fremgå av politiattesten. Attesten skal imidlertid være *uttømmende*, jf. ordlyden: «Overtredelsen skal anmerkes i samsvar med politiregisterloven § 41 nr. 1», jf. helsepersonelloven § 20 a (2) siste punktum. Sistnevnte innebærer at tidsbegrensningene i politiregisterloven § 40 ikke gjelder, og at også eventuelle mildere straffedommer skal fremgå av attesten. En barneomsorgsattest, som kreves etter helsepersonelloven § 20 a (1), vil kunne omfatte flere straffeovertridelser.

Felles for både barneomsorgsattest og den avgrensede, uttømmende politiattest som henholdsvis hjemles i helsepersonelloven § 20 a (1) og (2), er at det bare er siktelsener og tiltaler i verserende straffesaker som kan anmerkes i politiattesten. Verserende saker skal anmerkes i samsvar med politiregisterforskriften §§ 31-2 til 31-4, hvilket blant annet gir anvisning om at før siktelse anmerkes på politiattest, skal saken forelegges ansvarlig påtalemyndighet for vurdering og beslutning om hvorvidt forholdet skal anmerkes.

Anmeldelser og henlagte saker kan ikke anmerkes på politiattest, jf. politiregisterforskriften § 31-1 (2).²⁷⁵

Etter helsepersonelloven § 20 a gjelder imidlertid ikke kravet om fremleggelse av politiattest etter § 20 a (1) og (2) for helsepersonell som «bare sporadisk yter slike tjenester og som i alminnelighet ikke vil være alene med barn eller personer med utviklingshemming», jf. helsepersonelloven § 20 a (3).

Det følger av lovens forarbeider at det «[...] overordnende vurderingstema vil uansett ansettelsesforhold, være hvorvidt personellet ved utøvelsen av sitt arbeid kan komme i situasjoner med barnet eller den utviklingshemmede hvor seksuelle overgrep kan finne sted». Arbeidsgiver må gjøre en konkret vurdering av arbeidsområdet og oppgavene dette medfører for hver enkelt stilling eller ansettelsesforhold. Lovgiver har understreket at det er «et arbeidsgiveransvar å foreta en slik vurdering. Dersom arbeidsgiver, offentlig eller privat, mener at stillingen innebærer at helse- og sosialpersonell kan komme i situasjoner hvor det kan foretas overgrep, skal det innhentes politiattest.» Forarbeidene nevner samtidig at «[h]elsepersonell på røntgenavdeling og laboratorieavdelinger m.v., som mer tilfeldig eller

²⁷⁴ Se Ot.prp.nr.86 (2005-2006) på side 45.

²⁷⁵ Se også Ot.prp.nr.86 (2005-2006) på side 17: «Riksadvokatens bemerkninger om at det klart bør fremgå av forarbeidene at en siktelse eller tiltale bare skal tas med så lenge straffesaken ikke er avgjort, er tatt inn i de spesielle merknadene til helsepersonelloven § 21 a annet ledd og sosialtjenesteloven § 8-10 annet ledd».

sporadisk skal yte tjenester til barn og hvor det sjelden er noen reell fare for misbruk, vil i utgangspunktet ikke omfattes av kravet om politiattest.»²⁷⁶

Politiattest som nevnt i helsepersonelloven § 20 a (1) og (2) kan ikke være eldre enn tre måneder, jf. helsepersonelloven § 20 a (4).

Hvilke konsekvenser en anmerkning på politiattesten kan få, følger av helsepersonelloven § 20 a (5), som lyder:

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

Helsepersonelloven § 20 a (5) nedlegger følgelig et delvis yrkesforbud for helsepersonell som har «vedtatt forelegg» eller «er dømt for overtredelser» av de opplistede straffebudene. Disse vil være utelukket fra å yte helsehjelp eller sosiale tjenester til barn og personer med utviklingshemming.

Av forarbeidene vises det til at merknader på politiattesten om at søkeren har begått eller er dømt for seksuelle overgrep mot barn eller personer med utviklingshemming er etter departementets mening ikke forenlig med å inneha stilling hvor man yter helsetjenester eller sosiale tjenester til nevnte personer.²⁷⁷

Ovennevnte innebærer imidlertid ikke en generell utestenging eller et generelt yrkesforbud. Fra forarbeidene hitsettes:

«Departementet mener at hensynet til resosialisering må anses som tungtveiende, og at personer som har sonet ferdig skal gis muligheter for å delta i samfunnet og yrkeslivet som andre, herunder ved arbeid i helse- og sosialtjenesten. Helsepersonell som ikke kan legge frem en attest uten merknader, vil være avskåret fra visse stillinger/driftsavtaler der det kreves politiattest. For øvrig vil vedkommende kunne benytte seg av sin utdanning og yrkeserfaring og ha adgang til relevant yrkesutøvelser på lik linje med andre.»

Dersom det på en barneomsorgsattest er anmerket overtredelse av straffeloven 1902 § 162, § 201 a, § 219, § 224, § 229 annet og tredje straffalternativ, §§ 231, 233 og 268 jf. 267, innebærer ikke dette i seg selv et yrkesforbud. I disse tilfellene må konsekvensene av merknader vurderes konkret.²⁷⁸ Det samme gjelder generelt der hvor merknadene omhandler siktelsener eller tiltaler i verserende saker. Til sistnevnte bemerker vi imidlertid at lovgiver i Ot.prp.nr.86 (2005-2006) på side 30 gir uttrykk for at i tilfeller hvor straffesaken ikke er rettskraftig avgjort, «bør» et tilbud om stilling eller driftsavtale kunne trekkes tilbake:

«Departementet antar at merknader på politiattesten om at vedkommende er siktet eller tiltalt for seksuelle overgrep, men uten at saken er rettskraftig avgjort, i mange tilfeller vil innebære at arbeidsgiver allikevel ikke ønsker å ansette vedkommende før saken blir rettskraftig avgjort. **I tilfeller der straffesaken ikke er rettskraftig avgjort, bør et tilbud om stilling eller driftsavtale kunne trekkes tilbake.**

Departementet antar at slike tilfeller kun sporadisk vil inntreffe. I de fleste tilfeller vil nok personell som er siktet eller tiltalt for seksuelle overgrep eller barnepornografi, men som er

²⁷⁶ Se Ot.prp.nr.86 (2005-2006) på side 23.

²⁷⁷ Se Ot.prp.nr.86 (2005-2006) på side 30.

²⁷⁸ Se Prop.114 L (2012-2013) på side 14.

sikker på sin uskyld, enten vente med å søke stilling/inngå driftsavtale til saken er rettskraftig avgjort, eller ta opp spørsmålet med sin arbeidsgiver/kommunen/helseforetaket tidlig i søke- eller tilbudsprosessen. **Med mindre arbeidsgiver, kommunen eller helseforetaket føler seg trygg på at vedkommende er uskyldig, kan en unnlate å tilby denne søkeren stilling eller driftsavtale.»** (våre uthevinger)

Det vises videre i forarbeidene til at «[...] dersom Helsetilsynet i fylket mottar en politiattest med anmerkninger, og således blir kjent med mulig uforsvarlig virksomhet, vil tilsynsmyndigheten etter omstendighetene åpne tilsynssak. For tilsynsmyndigheten vil det være utenkelig ikke å reagere på slike merknader i en politiattest.»²⁷⁹

Avslutningsvis bemerker vi at innføringen av kravet om politiattest ved innføringen ble antatt å ikke være i strid med EØS-avtalen. Fra forarbeidene hitsettes:

«Bestemmelsen gjelder alle som yter helse- og sosialtjenester til barn, og diskriminerer verken faktisk eller rettslig på bakgrunn av statsborgerskap. Bestemmelsen antas derfor ikke å være i strid med EØS-avtalen.»²⁸⁰

Et særlig spørsmål som ble reist i forarbeidene, omhandlet helsepersonell som har vært bosatt utenfor Norge, og om hvorvidt det for slike arbeidssøkere kan avkreves politiattest fra dette landet ved tilbud om stilling som innebærer at de skal yte helse- og sosialtjenester til barn eller utviklingshemmede i Norge. Bakgrunnen for spørsmålet var at «[e]n stor andel av nåværende og fremtidig helse- og sosialpersonell har tilbrakt mange av sine voksne år i andre land før de kom hit til landet.» Departementet viste videre til at det «ideelle» ville være at disse kunne «avkreves politiattest fra» landet de hadde oppholdt seg i, og at denne løsningen «best ivaretar hensynet bak kravet om politiattest».²⁸¹ Det ble her vist til at:

«Eventuell domfellelse av en person fra tiden før vedkommende kom til Norge, vil som hovedregel ikke fremkomme på en attest utstedt i Norge. Kun i den grad norsk politi har kjennskap til utenlandsk straffeforfølgning vil opplysninger om dette kunne inngå i en politiattest utstedt i Norge. **Konsekvensen av dette er at de som kommer til Norge i voksen alder kan komme til å levere en «ren» politiattest, utstedt i Norge, selv om de kan være dømt for seksuelle overgrep i tidligere oppholdsland. [...]**»²⁸² (vår utheving)

På den annen side ble det pekt på det «[i] mange tilfeller vil det imidlertid være meget vanskelig å få politiattest fra hjemlandet eller tidligere bostedsland. Hvert land har egne bestemmelser om utstedelse av politiattest.»²⁸³ Utfordringer knyttet til å innhente og verifisere politiattester fra særlig tredjeland, ble også understreket i lovforarbeidene til politiregisterloven, se Ot.prp.nr.108 (2008-2009) på side 311.

Departementet oppstilte etter dette to alternativer:

«**Alternativene er da enten å akseptere at den politiattesten som leveres bare gir et begrenset tidsbilde, eller ikke å tilby vedkommende stilling/driftsavtale, som innebærer at det skal ytes helse- eller sosialtjenester til barn eller utviklingshemmede.** Hensynet bak kravet om politiattest trekker i retning av at stilling/avtale i slike tilfeller ikke kan tilbys. Hensynet til utenlandsk helse- og sosialpersonell som kanskje er spesialutdannet til å arbeide med barn eller utviklingshemmede, taler for at den norske politiattesten som fremlegges anses

²⁷⁹ Se Ot.prp.nr.86 (2005-2006) på side 30.

²⁸⁰ Se Ot.prp.nr.86 (2005-2006) på side 17.

²⁸¹ Se Ot.prp.nr.86 (2005-2006) på side 20.

²⁸² Se Ot.prp.nr.86 (2005-2006) på side 20.

²⁸³ Se Ot.prp.nr.86 (2005-2006) på side 20.

som tilstrekkelig. **Departementet mener at en avveining av disse hensynene tilsier at den norske politiattesten som fremlegges anses som tilstrekkelig for å oppfylle kravet om fremleggelse av politiattest. Lovforslagets krav om plikt til å fremlegge uttømmende politiattest gjelder således politiattest utstedt i Norge.»**²⁸⁴ (våre uthevinger)

Det fremgår av forarbeidene at spørsmålet om å utvide personkretsen som skulle beskyttes gjennom krav om politiattest, også ble vurdert nærmere. Fra forarbeidene hitsettes:

«*Statens autorisasjonskontor for helsepersonell (SAFH)* viser til at høringsnotatet anslår at forslaget omfatter 60 % av alt helsepersonell i spesialisthelsetjenesten, og at **det derfor kan stilles spørsmål ved om politiattestkravet bør omfatte alt helsepersonell**. SAFH påpeker at autorisasjonskontoret er lovpålagt å vurdere alle autorisasjonssøkeres egnethet som helsepersonell, og at det ved autorisasjonstidspunktet ikke skal foreligge tilbakekallelsegrunner. **SAFH sier at de ikke har reelle virkemidler til å etterprøve dette, og at hjemmel for politiattest for alt helsepersonell vil kunne avhjelpe dette problemet.**»²⁸⁵ (våre uthevinger)

Forarbeidene viser at departementet også vurderte «[...] om det bør fremlegges politiattest fra helsepersonell som skal yte helsehjelp til alvorlig syke, eldre, demente, psykisk syke og andre pasientgrupper som på forskjellige måter kan ha vanskelig for å ivareta egne interesser og beskytte seg selv mot overgrep.»²⁸⁶ Departementet vurderte også hvorvidt det burde innføres et «alminnelig krav om politiattest for helsepersonell uavhengig av hvilke pasientgrupper de yter helsehjelp til»:

«Departementet er langt på vei enig med de høringsinstanser som uttaler at de fleste pasienter, uavhengig av alder og utvikling, kan sies å være i en situasjon hvor de kan betraktes som en svakere part, og derfor kan ha behov for ekstra beskyttelse. Vi er kjent med at det foreligger konkrete saker hvor voksne kvinner har blitt utsatt for seksuelt misbruk fra helsepersonell. Vi vil også vise til høringsuttalelsen fra Statens autorisasjonskontor for helsepersonell der de påpeker at kontoret er lovpålagt å vurdere alle autorisasjonssøkeres egnethet som helsepersonell, og at det ved autorisasjonstidspunktet ikke skal foreligge tilbakekallelsegrunner. **Departementet ser at en plikt for autorisasjonssøkere til å fremlegge politiattest ved søknad om autorisasjon vil kunne avhjelpe dette problemet.**

Departementet ser imidlertid flere negative enn positive sider ved å lovfeste et alminnelig krav om politiattest for helsepersonell.

De administrative og økonomiske konsekvenser et slikt krav vil medføre, sett i lys av det inngrep det representerer for det aktuelle personell, og at det er uklart hvilken effekt et slikt krav eventuelt vil ha, tilsier etter departementets vurdering at det ikke bør innføres.

Etter en samlet vurdering har departementet kommet til at det ikke bør innføres et alminnelig krav om politiattest for helsepersonell uavhengig av hvilke pasientgrupper de yter helsehjelp til.

Departementet foreslår på denne bakgrunn at kravet om politiattest skal omfatte helsepersonell som skal yte tjenester til barn eller personer med utviklingshemming.»²⁸⁷ (våre uthevinger)

²⁸⁴ Se Ot.prp.nr.86 (2005-2006) side 20.

²⁸⁵ Se Ot.prp.nr.86 (2005-2006) på side 19.

²⁸⁶ Se Ot.prp.nr.86 (2005-2006) på side 20.

²⁸⁷ Se Ot.prp.nr.86 (2005-2006) på side 19.

8.5.5 Krav om politiattest etter helse- og omsorgstjenesteloven §§ 5-4 og 5-4 a

Med virkning fra 1. januar 2017 ble det innført et alminnelig krav om fremleggelse av politiattest «ved tilbud om stilling eller oppdrag» i helse- og omsorgstjenesten, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 5-4 (1) første punktum.²⁸⁸

Slike tjenester omfatter blant annet «svangerskaps- og barselomsorgstjenester», «helsetjeneste i skoler», «helsestasjonstjeneste», «legevakt», «personlig assistanse», «plass i institusjon, herunder sykehjem» og «dagaktivitetstilbud til hjemmeboende personer med demens», jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 (1).

Om bakgrunnen for innføringen av det alminnelige kravet om politiattest, er det i forarbeidene vist til at kravet bidrar til at pasienter og brukere får tillit til at helsepersonell og eventuelt andre personer som tilbyr dem tjenester ikke skader dem på noe måte. Herunder er det vist til at «[p]ersoner som mottar kommunale helse- og omsorgstjenester vil i større eller mindre grad være ute av stand til å forsvare seg mot uønskede handlinger. Pasienter og brukere er alle i en avhengighetssituasjon til tjenesteyter i sterkere eller svakere grad.»²⁸⁹ Innføringen ble vurdert som et inngripende, men akseptabelt tiltak, i relasjon til både personvernsregelverket²⁹⁰ og EMK artikkel 8.²⁹¹

Helse- og omsorgstjenesteloven § 5-4 (1) angir at kommunen eller annen arbeidsgiver som yter tjenester underlagt loven, ved «tilbud om stilling eller oppdrag» til personer som skal yte slike tjenester «skal» kreve fremlagt politiattest. Det er helsepersonellet selv som må fremsette begjæring om politiattest overfor politiet, jf. politiregisterforskriften § 36-2.

I helse- og omsorgstjenesteloven § 5-4 (1) til (3) er det nærmere angitt *hva* som skal anmerkes på en slik politiattest, og *hvordan* anmerkningen skal skje:

«[...] På politiattesten skal det anmerkes om personen er siktet, tiltalt, har vedtatt forelegg eller er dømt for overtredelse av straffeloven 1902 §§ 162, 192, 193, 194, 195, 196, 197, 199, 200 andre ledd, 201 første ledd bokstav c, §§ 201 a, 203, 204 a, 219, 222, 223, 224, 227, 228, 229, 231, 233, 242, 255, 256, 257, 258, 266, 268, jf. 267, 270, 271 og straffeloven 2005 §§ 231, 232, 251, 252, 254, 255, 256, 257, 258, 263, 264, 271, 272, 273, 274, 275, 282, 283, 288, 291, 293, 294, 295, 296, 299, 301, 302, 303, 304, 305, 306, 309, 310, 311, 312, 314, 321, 322, 324, 325, 327, 328, 330, 331, 371 og 372.

Overtredelse av straffeloven 1902 §§ 192, 193, 194, 195, 196, 197, 199, 200 andre ledd, 201 første ledd bokstav c, 201 a, 204 a og 233 og straffeloven 2005 §§ 275, 291, 293, 294, 295, 296, 299, 301, 302, 303, 304, 305, 306, 310, 311, 312 og 314 skal anmerkes i samsvar med politiregisterloven § 41 nr. 1.

Overtredelsene av straffeloven 1902 §§ 162, 203, 219, 222, 223, 224, 227, 228, 229, 231, 242, 255, 256, 257, 258, 266, 268, jf. 267, 270 og 271 og straffeloven 2005 §§ 231, 232, 251, 252, 254, 255, 256, 257, 258, 263, 264, 271, 272, 273, 274, 282, 283, 288, 309, 321, 322, 324, 325, 327, 328, 330, 331, 371 og 372 skal anmerkes i samsvar med politiregisterloven § 40.»

Oppregningen i bestemmelsen omfatter straffbare forhold som særlig berører tillitsforholdet mellom en tjenesteyter og pasient/bruker, herunder seksuallovbrudd, tvang, frihetsberøvelse, kroppskrenkelse,

²⁸⁸ Frem til 1. januar 2017 gjaldt kravet kun ved arbeid overfor barn eller utviklingshemmede, gjennom tidligere kobling til helsepersonelloven § 20 a (slik denne da lød), jf. også Prop.91 L (2010-2011).

²⁸⁹ Se Prop.94 L (2015-2016) på side 18.

²⁹⁰ Se Prop.94 L (2015-2016), særlig på side 17 og på side 33-34.

²⁹¹ Se Prop.94 L (2015-2016), særlig på side 20-21 og på side 27.

kroppsskade, mv.²⁹² Politiattesten omfatter flere straffebud enn det som ville fremgått av en ordinær barneomsorgsattest, som er kravet etter helsepersonelloven § 20 a (1).

Politiattesten skal ikke være eldre enn tre måneder, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 5-4 (4).

Helse- og omsorgstjenesteloven § 5-4 (5) fastslår at «[p]likten til å kreve politiattest» ikke omfatter personer som bare «bare sporadisk yter tjenester» etter loven, og «som i alminnelighet ikke vil være alene med pasienten eller brukeren». Bestemmelsen korresponderer med helsepersonelloven § 20 a (3).

Når det ikke er plikt til å kreve politiattest etter helse- og omsorgstjenesteloven, vil det heller ikke foreligge noen plikt til å fremlegge slik attest etter helsepersonelloven.

Vilkårene «sporadisk yter tjenester» og «i alminnelighet» ikke vil være alene med pasienten eller brukeren må ses i sammenheng. Som et eksempel brukt i forarbeidene, er:

«Personell som sporadisk tjenestegjør som vikarer må fremlegge politiattest dersom arbeidsoppgavene innebærer at vedkommende vil være alene med pasienten eller brukeren slik at overgrep kan finne sted».²⁹³

Konsekvensene av anmerkninger på en politiattest etter helse- og omsorgstjenesteloven § 5-4, er regulert i helse- og omsorgstjenesteloven § 5-4 a, som lyder:

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

Overtredelse av straffebudene omtalt i bestemmelsen medfører et forbud mot å yte tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven overfor barn og personer med utviklingshemming, jf. «utelukket». Det er følgelig tale om et automatisk yrkesforbud.²⁹⁴

Andre anmerkninger på en politiattest etter helse- og omsorgstjenesteloven § 5-4 enn dem som er oppregnet § 5-4 a, vil derimot ikke automatisk innebære et yrkesforbud. Slike anmerkninger vil imidlertid gi informasjon/kunnskap som «arbeidsgiver bør ha kjennskap til ved ansettelse av personell som skal yte kommunale helse- og omsorgstjenester».²⁹⁵ En kommune eller annen arbeidsgiver som mottar en politiattest med slike merknader, må foreta en konkret vurdering:

«[...] om og eventuelt hvilke konsekvenser anmerkningene skal få for søkers eventuelle jobbtilbud. Et naturlig utgangspunkt vil være at arbeidsgiveren vurderer anmerkningene i lys av informasjon/kunnskap om hva som er skjedd i tiden etter at det straffbare forholdet ble begått. Det overordnede vurderingstema må være om vedkommende søker er egnet til å utføre de oppgaver han eller hun skal ansettes til, og om det er grunn til å tro at pasienter eller brukere kan ha tillit til og kan stole på vedkommende.»²⁹⁶

²⁹² Se Prop.94 L (2015-2016) på side 38-39 for en tabellarisk oversikt over straffebudene.

²⁹³ Se Prop.94 L (2015-2016) på side 39.

²⁹⁴ Se også LA-2021-56807 (opprettholdt av Høyesteretts ankeutvalg i HR-2021-2471-U), hvor lagmannsretten understreket at «[...] helse- og omsorgstjenesteloven § 5-4 a, som helsepersonelloven § 20 a, stiller et absolutt forbud mot at A får utøve helsetjenester overfor barn og personer med utviklingshemming. [...] Yrkesforbudet overfor barn og utviklingshemmede er absolutt. Loven åpner ikke for en rimelighetsvurdering. Det er således ikke av betydning hvorvidt A utgjør en risiko for denne pasientgruppen, eller ikke.»

²⁹⁵ Se Prop.94 L (2015-2016) på side 39.

²⁹⁶ Se Prop.94 L (2015-2016) på side 39.

8.5.6 Overordnet vandelskontroll for helsepersonell i Sverige og Danmark

8.5.6.1 Innledning

Norge har et tettere samarbeid med Sverige og Danmark enn med mange andre EØS-stater. Sverige og Danmark har også en lignende rettstradisjon som Norge. Det er derfor relevant å kort redegjøre for hvordan Sverige og Danmark har regulert autorisasjonsmyndighetenes tilgang til vandelsinformasjon. Vi bemerker at ettersom Sverige og Danmark er medlemmer av EU, vil det også være enkelte forskjeller knyttet til forhold med et grensekryssende element, det vil si søkere med tilknytning til en annen EØS-stat.

Vi presiserer at vi ikke har full oversikt over svensk og dansk rett. Gjennomgangen nedenfor tar derfor ikke sikte på å være uttømmende.

8.5.6.2 Overordnet om vandelskontroll for helsepersonell i Sverige og Danmark

For Sverige fremgår det av förordning (1999:1134) om belastningsregister 16 c §, under kapitlet «Myndigheter som har rätt att få uppgifter om vissa brott»:

«Uppgifter ur belastningsregistret om brott mot 3 kap., 4 kap. 1-2 eller 4-5 §§, 6 kap., 8 kap. 5 eller 6 §, 10 kap. 5 a eller 5 c §, 13-15 kap., 16 kap. 10 a §, 17 kap. 1 eller 2 § eller 20 kap. 1 § brottsbalken, 4 eller 4 a § lagen (1951:649) om straff för vissa trafikbrott, narkotikastrafflagen (1968:64), abortlagen (1974:595), lagen (1982:316) med förbud mot könsstympling av kvinnor, lagen (1991:1969) om förbud mot vissa dopningsmedel, lagen (1992:860) om kontroll av narkotika, lagen (1999:42) om förbud mot vissa hälsofarliga varor, 6 § lagen (2000:1225) om straff för smuggling, 10 kap. 3, 4 eller 6 § patientsäkerhetslagen (2010:659), 1, 2, 4-11 a och 13 §§ lagen (2014:406) om straff för vissa internationella brott eller mot terroristbrottslagen (2022:666) eller motsvarande äldre lag ska, om brotten lett till någon annan påföljd än böter, **lämnas ut om det begärs av**

1. Socialstyrelsen i ärenden om legitimation enligt 4 kap. 1 eller 2 § patientsäkerhetslagen eller särskilt förordnande enligt 4 kap. 4 § samma lag, **i fråga om den som styrelsen överväger att meddela legitimation eller särskilt förordna att utöva yrke,**

[...] Om påföljden även avser något annat brott än de som anges i första stycket, ska också uppgifter om det brottet lämnas ut.

Förordning (2022:695).» (våre uthevinger)

Den svenske patientsäkerhetslagen 4 kap. 1 § inneholder en opplisting av 22 yrkesgrupper tilknyttet helsevesenet.²⁹⁷ Socialstyrelsen har dermed hjemmel i svensk rett til å innhente vandelsinformasjon ved vurderingen av om det skal gis tillatelse («legitimation eller särskilt förordna») til å utøve et av de opplistede yrkene.

Det følger av förordning (1999:1134) om belastningsregister 20 § andra stycket at Socialstyrelsen har «direktåtkomst till uppgifter ur belastningsregistret i ärenden enligt 16 c § första stycket 1». Dette innebærer at Socialstyrelsen kan gjøre direkte oppslag i strafferegisteret («belastningsregistret») på egenhånd, begrenset til de opplysninger den har rett til etter ovennevnte bestemmelser.²⁹⁸

Vi forstår videre förordning (1999:1134) om belastningsregister 41 § slik at Socialstyrelsen, gjennom Polismyndigheten, som innhenter og videreformidler opplysningene, også kan få tilgang til opplysninger

²⁹⁷ Apotekare, arbetsterapeut, audionom, barnmorska, biomedicinsk analytiker, dietist, fysioterapeut, hälso-och sjukvårdskurator, kiropraktor, logoped, läkare, naprapat, optiker, ortopedingenjör, psykolog, psykoterapeut, receptarie, röntgensjuksköterska, sjukhusfysiker, sjuksköterska, tandhygienist, tandläkare.

²⁹⁸ Vi forstår at svenske tilsynsmyndigheter, Inspektionen för vård och omsorg (IVO) også har «direktåtkomst» til strafferregisteret, jf. förordning (1999:1134) om belastningsregister 16 c §,

om hvorvidt en som søker om svensk autorisasjon som helsepersonell fra en EU-stat eller et tredjeland har tilsvarende relevant straffehistorikk. Innhenting skjer gjennom ECRIS-systemet, som omtales nærmere i pkt. 8.5.6.3 nedenfor.

For Danmark fremgår det av bekendtgørelse om behandling af personoplysninger i Det Centrale Kriminalregister (Kriminalregisteret) (BEK nr. 1860 af 23/09/2021) § 23, stk. 1:

«Politiet kan endvidere efter begæring udstede **straffeattester til offentlig brug**, som indeholder oplysninger tilført **afgørelsesdelen, til [...] offentlige myndigheder til brug ved afgørelse af, om en ansøger efter** straffelovens § 78 eller anden lovgivning eller **bestemmelser udstedt i henhold til lov er udelukket fra at opnå en under vedkommende myndigheds forretningsområde særlig offentlig autorisation eller godkendelse.**» (våre uthevinger)

Etter bekendtgørelse af lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed § 2 gis autorisasjon til helsepersonell opplistet i afsnit II (§§ 27–70e) av Styrelsen for Patientsikkerhed.²⁹⁹ Grunnlag for å nekte autorisasjon fremgår av lovens § 2, stk. 3, jf. §§ 7–7b. Disse omfatter blant annet «misbruk af rusmidler el.lign.» og «grov forsømmelighed ved udøvelse af erhvervet», jf. § 7, nr. 2 og 3.

Vi forstår det slik at hjemmelen gjelder uavhengig av søkerens nasjonale tilknytning, herunder utdanning, arbeidserfaring eller godkjenning fra et annet land.

Danmark har i likhet med Sverige sluttet seg til ECRIS-systemet (men deltar ikke i ECRIS-TCN som følge av det danske rettsforbeholdet). Vi forstår det slik at danske myndigheter dermed kan rette en særskilt forespørsel via ECRIS om straffehistorikk for EU-borgere. Som følge av at Danmark ikke deltar i ECRIS-TCN, vil danske myndigheter imidlertid ikke kunne utveksle straffedomsopplysninger om tredjelandsborgere gjennom dette systemet. ECRIS-systemet er nærmere omtalt under pkt. 8.5.6.3.

Styrelsen for Patientsikkerhed har i dansk rett, tilsvarende helsepersonelloven § 57 (5) i Norge, hjemmel til å nekte autorisasjon «hvis den pågældende sundhedspersons udenlandske autorisation vedrørende samme erhverv bliver frataget administrativt eller ved dom i udlandet, jf. dog stk. 2. Tilsvarende gælder i de tilfælde, hvor vedkommende i øvrigt i udlandet administrativt eller ved dom bliver begrænset i sin ret til at udøve det erhverv, som er omfattet af den danske autorisation».

Som omtalt under pkt. 6.3.4, har Danmark også et eksplisitt unntak for tilfellene der «de forhold, som har begrundet autorisationfratagelsen i udlandet, er af en sådan karakter, at disse forhold udført her i landet åbenbart ikke ville have medført en fratagelse». Tilsvarende unntak fremgår ikke eksplisitt av helsepersonelloven.

Vi forstår det dermed slik at den danske Styrelsen for Patientsikkerhed har hjemmel i dansk rett til å innhente vandelsinformasjon ved vurderingen av om autorisasjon til å utøve et av de opplistede yrkene skal gis.

Basert på kildene gjennomgått ovenfor, forstår vi det slik at både Sverige og Danmark, til forskjell fra Norge, har valgt en løsning der de nasjonale helsemyndighetene har rettslig adgang til å innhente vandelsinformasjon i forbindelse med vurderingen av søknader om autorisasjon til å utøve yrke som helsepersonell. Gjennom tilslutningen til ECRIS vil helsemyndighetene i begge land også kunne innhente straffedomsopplysninger om søkere som er EU-borgere. For tredjelandsborgere har Sverige, gjennom deltakelsen i ECRIS-TCN, en tilsvarende mulighet – dog begrenset til opplysninger om domfellelser avsagt i EU-stater – mens Danmark som følge av rettsforbeholdet er avskåret fra dette systemet.

²⁹⁹ Læger, Tandlæger, Kiropraktorer, Sygeplejersker, Jordemødre, Ergoterapeuter, Fysioterapeuter, Bioanalytikere, Kliniske diætister, Radiografer, Bandagister, Kliniske tandteknikere, Tandplejere, Optikere, Kontaktlinseoptikere, Optometriste, Fodterapeuter, Social- og sundhedsassistenter, Osteopater, Ambulancebehandlere, Paramedicinere, Behandlingsfarmaceuter.

Hvorvidt, og eventuelt i hvilken utstrekning, svenske og danske helsemyndigheter benytter seg av disse hjemlene i forbindelse med vurderingen av autorisasjonssøknader, er vi ikke kjent med.

8.5.6.3 *European Criminal Records Information System (ECRIS)*

European Criminal Records Information System (ECRIS) er et desentralisert system for elektronisk utveksling av strafferegisteropplysninger mellom EUs medlemsstater. ECRIS er regulert gjennom Rådets rammebeslutning 2009/315/JHA om tilrettelegging av og innholdet i utveksling av opplysninger fra strafferegistre mellom medlemsstatene.³⁰⁰ Hovedformålet med ECRIS er å bekjempe kriminalitet, særlig organisert kriminalitet og terrorisme, ved at straffedømte ikke skal kunne skjule tidligere domfellelser ved å flytte mellom EU-stater.³⁰¹

Videre ble ECRIS-TCN, som gjelder for straffereaksjoner ilagt tredjelandborgere og statsløse («third-country nationals»), etablert ved forordning (EU) 2019/816. Med innføringen av ECRIS-TCN ble det gjort endringer i Rådets rammebeslutning 2009/315/JHA for å legge til rette for informasjonsutveksling om tredjelandborgere, ved direktiv 2019/884/EU.³⁰²

Norge er ikke tilsluttet ECRIS og kan verken gjøre søk i systemet eller anmode EUs medlemsstater om utlevering av opplysninger under ECRIS-regelverket. Spørsmålet om norsk tilslutning til ECRIS er drøftet av Justis- og beredskapsdepartementet i Meld. St. 7 (2010–2011), der det fremgår at tiltaket ikke «faller inn under Norges tilknytnings- og parallellavtaler med EU», og at regjeringen derfor ville «vurdere hensiktsmessigheten og muligheten av å be om tilslutning til» ECRIS.³⁰³ Sett i lys av spørsmålet om informasjonsutveksling mellom EØS-statene, Helsedirektoratets egne bemerkninger om at direktoratet ikke har hjemmel til å innhente vandelsinformasjon fra utenlandske søkere,³⁰⁴ og at både Sverige og Danmark er tilsluttet systemet, er det likevel relevant å gi en kort, overordnet gjennomgang av ECRIS.

Tilslutning til ECRIS vurderes også som et mulig tiltak under pkt. 12.7.4.

Det følger av Rådets rammebeslutning 2009/315/JHA artikkel 6 nr. 1:

«When information from the criminal record of a Member State is requested for the purposes of criminal proceedings against a person or for any purposes other than that of criminal proceedings, the central authority of that Member State may, in accordance with its national law, submit a request to the central authority of another Member State for information and related data to be extracted from the criminal record».

Den medlemsstaten som har mottatt en forespørsel om å dele opplysninger fra strafferegisteret, skal svare «immediately and in any event within a period not exceeding ten working days from the date the request was received». Det presiseres at medlemsstatene skal utpeke én eller flere «central authorities» for innhenting og utlevering av opplysningene. Vi forstår det slik at dette typisk vil være politi- og påtalemyndigheter.

³⁰⁰ Council Framework Decision 2009/315/JHA of 26 February 2009 on the organisation and content of the exchange of information extracted from the criminal record between Member States.

³⁰¹ Se Commission Staff Working Document, Impact Assessment – *Accompanying the proposal for a Directive of the European Parliament and of the Council amending Council Framework Decision 2009/315/JHA, as regards the exchange of information on third country nationals and as regards the European Criminal Records Information System (ECRIS), and replacing Council Decision 2009/316/JHA*, SWD(2016) 4, side 1.

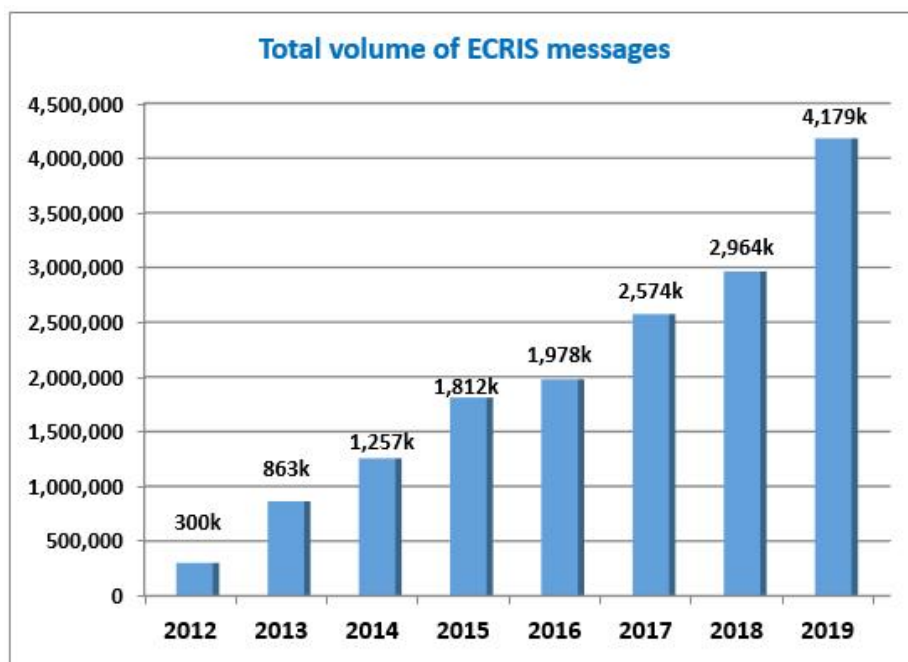
³⁰² Directive (EU) 2019/884 of the European Parliament and of the Council of 17 April 2019 amending Council Framework Decision 2009/315/JHA as regards the exchange of information on third-country nationals and as regards the European Criminal Records Information System (ECRIS) and replacing Council Decision 2009/316/JHA. Direktivet opphevet Rådets rammebeslutning 2009/316/JHA.

³⁰³ Se Meld. St. 7 (2010–2011) under pkt. 2.4.

³⁰⁴ Se Første Rapport under pkt. 4.2 og Andre Rapport på side 12.

ECRIS-TCN, etablert ved forordning (EU) 2019/816, gjør det mulig for medlemsstatene å raskt og effektivt finne ut hvilke andre medlemsstaters strafferegister som inneholder opplysninger om en tredjelandsborger, slik at en forespørsel om utlevering kan sendes i tråd med reglene i Rådets rammebeslutning 2009/315/JHA. Direktiv 2019/884/EU tilpasser Rådets rammebeslutning 2009/315/JHA til gjennomføringen av ECRIS-TCN.

Bruken av ECRIS har vært økende siden systemet ble tatt i bruk i 2012. I 2019 ble det utvekslet ca. 4,2 millioner meldinger, tilsvarende et gjennomsnitt på 348 000 meldinger per måned.³⁰⁵ I meldinger inngår «notifications, updates, requests, replies, denials, other replies, exchanges of additional information, etc.»:



Figur 6: Fra Report from the Commission to the European Parliament and the Council concerning the exchange through the European Criminal Records Information System (ECRIS) of information extracted from criminal records between Member States, COM (2020) 77.

Gjennom ECRIS deles følgelig en betydelig mengde opplysninger om straffereaksjoner ilagt EU-borgere, samt om tredjelandsborgere som er straffedømt i en EU-stat.

³⁰⁵ Report from the Commission to the European Parliament and the Council concerning the exchange through the European Criminal Records Information System (ECRIS) of information extracted from criminal records between Member States, COM (2020) 778 final, under pkt. 2.2: [Lenke](#) (lastet ned 30. april 2026)

9 Gjennomgang av søknadsprosessen og interne rutiner mv. for vurderinger av søknader

9.1 Innledning

I dette punktet vil vi gjennomgå søknadsprosessen og Helsedirektoratets interne rutiner, retningslinjer og prosedyrer for vurdering av søknader om autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning.

Gjennomgangen tar utgangspunkt i Mandatets anvisning om at den eksterne gjennomgangen skal «adressere hele prosessen fra søknad er mottatt til saken er avsluttet», med fokus på «juridiske og faktiske begrensninger, feil og utilstrekkeligheter i informasjonstilgangen». Gjennomgangen her vil derfor danne grunnlaget for senere vurderinger som foretas i denne utredningen, særlig under pkt. 11 og 12.

Under pkt. 9.2 vil vi gjennomgå selve søknadsprosessen, herunder hvilken informasjon søkeren må oppgi og hvilken dokumentasjon som må fremlegges ved søknad om henholdsvis autorisasjon og lisens (pkt. 9.2.2) og spesialistgodkjenning (pkt. 9.2.3).

Under pkt. 9.3 vil vi gjennomgå Helsedirektoratets rutiner og prosedyrer for behandlingen av søknader om autorisasjon og lisens, herunder prosedyrer for saksforberedelse, saksbehandling, vedtak og behandling av søknader der søkeren har opplyst om straffbare forhold.

Under pkt. 9.4 vil vi gjennomgå Helsedirektoratets rutiner og prosedyrer for behandlingen av søknader om spesialistgodkjenning, herunder prosedyrer for konvertering av utenlandsk spesialistgodkjenning, arbeidsark, praksisnotater og behandling av søknader der søkeren har opplyst om straffbare forhold.

Gjennomgangen bygger på dokumentasjon fremlagt av Helsedirektoratet, herunder prosedyrer, sjekklister, arbeidsark, praksisnotater og søknadsskjemaer, samt informasjon innhentet gjennom intervjuer med relevante medarbeidere i direktoratet. Vi har forståelse av at flere av de fremlagte prosedyrene er under løpende revisjon.

9.2 Gjennomgang av søknadsprosessen for søknader om autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning

9.2.1 Innledning

Ordinært inngis søknad om autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning via tilpassende søknadsskjemaer på Altinn. Altinn er en «internettportal for digital dialog mellom næringslivet, privatpersoner og offentlige etater. Altinn er også en teknisk plattform, som offentlige virksomheter kan benytte for å lage digitale tjenester».³⁰⁶ Dagens Altinn-tjeneste, som kalles «Altinn II-plattformen» er for tiden under oppgradering, og vil bli stengt i juni 2026. Ny plattform, Altinn III, er forventet å sikre økt brukervennlighet og vil være enklere å vedlikeholde og videreutvikle. Vi forstår det slik at dagens søknadsskjema og søknadsprosessene omtalt under, vil bli oppdatert i forbindelse med overgangen til Altinn III.

Slik vi forstår det inngir søkere om norsk autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning med utdanning/autorisasjon i EU/EØS og Sveits eller i et tredjeland, i all hovedsak elektronisk gjennom tilpassende søknadsskjemaer på Altinn. Det er ulike søknadsskjemaer for henholdsvis autorisasjon og lisens (se pkt. 9.2.2 flg.), og for spesialistgodkjenning (se pkt. 9.2.3 flg.). Saksbehandlingen av disse søknadene er manuell, og søknadene behandles av respektive avdelinger i Helsedirektoratet, se pkt. 9.3 og pkt. 9.4.

For norskutdannede behandles imidlertid søknad om autorisasjon noe ulikt avhengig av yrke:

³⁰⁶ Se «Hva er Altinn?», publisert av Altinn, oppdatert den 4. februar 2020: [Lenke](#) (lastet ned 30. april 2026).

- **Sykepleiere utdannet i Norge** kan søke autorisasjon gjennom en forenklet søknadsprosess, hvor søknaden inngis via Tjenesteportalen for helseaktører. Dette gjelder for søkere som har norsk vitnemål som bekrefter at vedkommende har bestått treårig bachelorgrad på høyskole-/universitetsnivå med oppnådd grad «661120 Bachelor i sykepleie, treårig» etter 1. januar 2023.

For å kunne benytte den forenklete søknadsprosessen, kan vitnemålet ikke være eldre enn 12 måneder. Løsningen gir en rask saksbehandling (på inntil 2 dager), og innebærer ingen manuell saksbehandling for Helsedirektoratet.³⁰⁷

- **For søkere om autorisasjon som sykepleier** med oppnådd grad innen «661120 Bachelor i sykepleie, treårig» fra Norge, *men* som ikke søker innen 12 måneder etter at vitnemålet er utstedt, er henvist til å søke om autorisasjon på ordinært vis gjennom søknadsskjema i Altinn.³⁰⁸
- **Helsefagarbeidere, fysioterapeuter med turnuslisens og ambulansesarbeidere**, må på sin side søke på ordinært vis via Altinn om autorisasjon. Dette utgjør en søkermasse på ca. 2000 årlig.³⁰⁹
- **Innmeldingsliste-systemet**

For øvrige grupper helsepersonell uteksaminert i Norge, er det som hovedregel utdanningsstedet eller fylkeskommunen som søker om autorisasjon på kandidatens vegne gjennom såkalte «innmeldingslister» via Altinn etter at utdanningen er fullført og bestått.

Innmeldingslister benyttes for felles, automatisk registrering av personer som er kvalifisert til å få autorisasjon eller lisens som helsepersonell. Dette vil være elever/studenter som har ferdigstilt sin utdanning og som er vurdert som skikket av utdanningsinstitusjonen³¹⁰ til å få innvilget autorisasjon eller lisens som det blir søkt om. Listene fylles ut manuelt av institusjonene, hvor det oppgis fødselsnummer, fornavn, mellomnavn og etternavn på den enkelte elev/student, samt hvilken yrkesgruppe det søkes om, godkjenningstype og vitnemålsdato.

Innmeldingslisten inngis via Altinn, og selve saksbehandlingen for inngivelse av autorisasjon/lisens er automatisert hos Helsedirektoratet. Årlig utgjør dette en søkermasse på ca. 10 000.³¹¹

Etter at innmeldingslistene er sendt inn via Altinn, overføres de automatisk til Helsedirektoratets systemløsning («Innmeldingsliste-systemet»), hvor selve saksbehandlingen er automatisert. Herfra går det et skille mellom kandidater som må betale gebyr og de som ikke trenger å betale gebyr.

Kandidater som skal få tildelt autorisasjon mottar varsel om å logge inn i Altinn for å betale et gebyr på 750 kroner, og ved betaling samtykker de til automatisert saksbehandling. Hvis kandidaten samtykker til automatisert saksbehandling, herunder automatisert avgjørelse, og betaler gebyret, fattes det et enkeltvedtak om tildeling av autorisasjon. Kandidaten blir også registrert i Helsepersonellregisteret. Kandidaten innvilges autorisasjon og blir registrert i Helsepersonellregisteret i løpet av få minutter fra kandidaten har betalt gebyret.

³⁰⁷ For nærmere informasjon om søknadsprosedyren se «Søk om autorisasjon som sykepleier – utdannet i Norge», publisert av Helsedirektoratet den 11. mars 2019, oppdatert 23. oktober 2024: [Lenke](#) (lastet ned 30. april 2026)

³⁰⁸ Ibid.

³⁰⁹ Se «Digitaliseringsløftet» «Konseptrapport», Helse- og omsorgsdepartementet, på side 10.

³¹⁰ Se pkt. 6.2.2.3 om universitets- og høyskoleloven § 12-3.

³¹¹ Se «Digitaliseringsløftet» «Konseptrapport», Helse- og omsorgsdepartementet, på side 10.

Dersom kandidaten ikke samtykker til automatisert saksbehandling, herunder automatisert avgjørelse og ønsker en manuell avgjørelse, vil saksbehandlingstiden være inntil tre måneder fra søknadstidspunktet, og gebyret 2000 kroner.

For kandidater som skal få tildelt lisens er det som hovedregel gebyrfritt, og det innhentes ikke samtykke til automatisert saksbehandling. Kandidaten innvilges lisens og blir registrert i Helsepersonellregisteret i løpet av få minutter fra systemløsningen behandler søknaden.

Dersom utdanningsstedet eller fylkeskommunen ikke sender innmeldingsliste, må vedkommende selv søke om autorisasjon eller lisens via Altinn.

Dersom utdanningsstedet eller fylkeskommunen har «kjennskap til eller mistanke om at lærlingen eller praksiskandidaten har begått lovbrudd med betydning for pasientsikkerheten», fremgår det av «Brukerveiledning for «Innmeldingslister til Helsedirektoratet»³¹² at dette bes meldt inn som en «bekymringsmelding til Helsedirektoratet». Videre fremgår det at vedkommende da ikke skal føres opp på innmeldingslisten, men at vedkommende;

«[...] skal opplyses om bakgrunnen for dette og at han/hun selv må fremme søknad om autorisasjon. Slike søknader skal behandles individuelt av Helsedirektoratet, jf. helsepersonellovens § 48 a annet ledd bokstav b.»

Dersom systemet fanger opp at det foreligger forhold som kan være til hinder for innvilgelse, eksempelvis en bekymringsmelding fra andre enn utdanningsinstitusjonene i sikker sone i Helsedirektoratets saks- og arkivsystem (360), dirigerer innmeldingsliste-systemet saken til manuell behandling.

- **Helsepersonellgodkjenning (HEGO-portal)**

For tildeling av autorisasjon til kandidater som har bestått norsk bachelor i sykepleie, og spesialistgodkjenning til kandidater som har bestått norsk masterstudium i avansert klinisk allmennsykepleie, benyttes tjenesteportalen HEGO. Kandidaten logger selv inn via ID-porten, velger relevant søknad, samtykker til innhenting av vitnemål fra Vitnemålsportalen og til automatisert saksbehandling, og betaler gebyr – hvoretter det treffes et automatisert enkeltvedtak i løpet av få minutter. Dersom systemet fanger opp forhold som kan være til hinder for innvilgelse, eksempelvis en bekymringsmelding i sikker sone i Helsedirektoratets saks- og arkivsystem (360), dirigeres saken til manuell behandling. Til forskjell fra «Innmeldingsliste-systemet», initierer kandidaten selv søknadsprosessen i HEGO.³¹³

Ettersom «Innmeldingsliste-systemet» og «HEGO» utelukkende benyttes for kandidater utdannet i Norge, vil vi ikke kommentere disse systemløsningene nærmere i det følgende. Vi viser i den forbindelse til Mandatet, som er avgrenset til gjennomgang av området autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning til helsepersonell utdannet *utenfor Norge*. Mandatet er for øvrig nærmere omtalt under pkt. 3.

For helsepersonell med utenlandsk utdanning eller utenlandsk autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning som ønsker disse konvertert til norsk, må søknadsskjema alltid inngis via Altinn. Saksbehandlingen av disse søknadene er manuell, og hver søknad behandles individuelt av Helsedirektoratet i samsvar med nærmere fastsatte rutiner og prosedyrer, se nærmere om dette under pkt. 9.3 flg.

³¹² Se Helsedirektoratet, «Brukerveiledning for «Innmeldingslister til Helsedirektoratet» (V4-02/2022): [Lenke](#) (lastet ned 30. mars 2026).

³¹³ Se Helsedirektoratets notat, «Om rettslig grunnlag for automatiserte vedtak – oppfølging av anbefalte tiltak» fra 2. mars 2026.

9.2.2 Inngivelse av søknad om autorisasjon og lisens som helsepersonell

9.2.2.1 Innledning

Inngivelse av søknad om norsk autorisasjon og lisens for søkere utdannet i EU/EØS eller i et tredjeland, gjøres av søkeren gjennom å fylle ut et tilpasset søknadsskjema på Altinn, hvor også påkrevde vedlegg lastes opp og sendes inn til Helsedirektoratet.³¹⁴

I de følgende pkt. 9.2.2.2 til 9.2.2.9 gis nærmere omtale av hvilken informasjon søkeren må oppgi i søknadsskjemaet, samt hvilken supplerende dokumentasjon som må fremlegges ved søknaden.

9.2.2.2 Informasjon om søkeren, kontaktinformasjon og fullmakt

Ved utfylling av søknad om autorisasjon eller lisens må søkeren innledningsvis oppgi opplysninger om egen identitet og kontaktinformasjon, samt angi om vedkommende ønsker å gi en annen person fullmakt til å opptre på søkerens vegne overfor Helsedirektoratet under behandlingen av søknaden:

The screenshot shows the 'Søknad om autorisasjon og lisens' form on the Altinn platform. The header includes the title and the logo of Helsedirektoratet. The form is divided into three main sections: 'Opplysninger om søker', 'Kontaktinformasjon', and 'Fullmakt'. Each section has a help icon (question mark) and a link to 'Endre informasjon'. The 'Opplysninger om søker' section contains fields for birth number, date, first name, middle name, last name, a checkbox for name change, a dropdown for citizenship, and an HPR number. The 'Kontaktinformasjon' section has fields for mobile number and email address. The 'Fullmakt' section has a checkbox for granting power of attorney to another person.

Søknad om autorisasjon og lisens
Skjema for å søke om autorisasjon eller lisens som helsepersonell

Helsedirektoratet

Opplysninger om søker
Sjekk at dataene som er registrert om deg er korrekte. Fyll ut manglende data

Fødselsnummer / D-nummer
Fødselsdato (dd.mm.åååå)
Fornavn
Mellomnavn
Etternavn
Har du endret navn Ja Nei
Statsborger i
HPR-nummer

Feltet HPR-nummer er kun utfyllt hvis du allerede har eller tidligere har hatt en lisens/autorisasjon. Hvis har/har hatt en lisens eller autorisasjon og allikevel ikke ser ditt HPR-nummer, trykk på linken og sjekk at ditt HPR-nummer er knyttet til ditt person- eller D-nummer.
[Helsepersonellregisteret](#)

Dersom informasjonen om deg i Folkeregisteret er feil, kan du be om retting ved å trykke på linken. Informasjonen vil ikke bli oppdatert umiddelbart, men våre systemer vil bli oppdatert så snart endringen(e) blir utført i Folkeregisteret.
[Endre informasjon i Folkeregisteret](#)

Kontaktinformasjon
Informasjon om hvordan vi kan nå deg digitalt.

Mobilnummer
E-postadresse

Dersom kontaktinformasjonen er feil, kan du rette den ved å trykke på linken. Informasjonen vil ikke bli oppdatert umiddelbart.
[Endre informasjon i Kontakt- og reservasjonsregisteret](#)

Fullmakt

Ønsker du å gi en annen person fullmakt til å opptre på dine vegne? Ja Nei

Vedtak og eventuell annen kommunikasjon i saken vil da sendes direkte til denne personen. Hvis du velger ja, vil du få opp en ny side for fullmektig hvor du må registrere kontaktopplysninger.

Figur 7: Skjermbilde fra digitalt søknadsskjema (Altinn).

³¹⁴ Søknadsskjema: Autorisasjon og lisens, Altinn, [Søknadsskjema: Autorisasjon og lisens \(altinn.no\)](#)

9.2.2.3 Informasjon om bosted mv.

Deretter blir søkeren bedt om å oppgi gjeldende bostedsadresse og postadresse:

The screenshot shows the 'Søknad om autorisasjon og lisens' form from Helsedirektoratet. The form is divided into two main sections: 'Bostedsadresse' and 'Postadresse'. Both sections indicate that information is fetched from the Folkeregisteret. The 'Bostedsadresse' section includes input fields for 'Adresse', 'Postnummer', and 'Poststed', along with a note about reporting a change in the Folkeregisteret and a link to 'Endre bostedsadresse i Folkeregisteret (melde flytting)'. The 'Postadresse' section includes a dropdown for 'Land', and input fields for 'Adresse', 'Postnummer', and 'Poststed', with a note about changing the address in the Folkeregisteret and a link to 'Endre postadresse i Folkeregisteret'.

Figur 8: Skjermbilde fra digitalt søknadsskjema (Altinn).

9.2.2.4 Informasjon om hvilken godkjenning det søkes om

Etter at søkeren har oppgitt opplysninger om egen identitet, kontaktinformasjon og bosted, må vedkommende angi hvilken godkjenning søknaden gjelder. Det vil si hvilken yrkesgruppe, og eventuelt godkjenningstype, det søkes om:

The screenshot shows the 'Søknad' section of the digital application form. It includes a dropdown menu for 'Yrkesgruppe' and another dropdown menu for 'Godkjenningstype'. The 'Godkjenningstype' dropdown has a red asterisk next to it, indicating a required field. The form is titled 'Søknad om autorisasjon og lisens' and is from Helsedirektoratet.

Figur 9: Skjermbilde fra digitalt søknadsskjema (Altinn).

Ved søknad om norsk autorisasjon som lege skal søkeren for eksempel oppgi «Lege» i feltet for «Yrkesgruppe» og «Autorisasjon / Lisens» i feltet for «Godkjenningstype».

9.2.2.5 Informasjon om hvorvidt søkeren har mistet eller fått begrenset sin yrkesrett i et annet land

Etter at søkeren har angitt hvilken yrkesgruppe/godkjenningstype søknaden gjelder, må vedkommende opplyse om han eller hun har «mistet eller fått begrenset rett til yrkesaktivitet i et annet land». Spørsmålet besvares ved avkrysning for «Ja» eller «Nei» i søknadsskjemaet.

Ved bekreftende svar åpnes et fritekstfelt hvor søkeren må innta en «kommentar». Feltet må fylles ut før søknaden kan sendes inn

Nytt fra desember 2025 må søkeren også opplyse om vedkommende er «[...] siktet, tiltalt eller dømt for brudd på straffelov i Norge eller annet land». ³¹⁵ Også dette spørsmålet besvares ved avkrysning for «Ja» eller «Nei» i søknadsskjemaet. I motsetning til det førstnevnte spørsmålet utløser et bekreftende svar her ikke noe kommentarfelt. Svaret følges i stedet opp som ledd i Helsedirektoratets behandling av søknaden, se nærmere om dette under pkt. 9.3.5.

Etter å ha besvart disse spørsmålene må søkeren bekrefte at «alle opplysninger jeg har lagt inn er riktige. Det er straffbart å oppgi uriktig informasjon».

Søknadsskjemaet ser slik ut:

Søknad om autorisasjon og lisens
Skjema for å søke om autorisasjon eller lisens som helsepersonell

Søknad ?
Informasjon om hvilken godkjenning du søker om.

Yrkesgruppe ? Lege

Godkjenningstype ? Autorisasjon / Lisens

Dersom du har mistet eller har fått begrenset yrkesrett i et annet land eller er straffedømt i Norge eller annet land, og dette ikke gjøres kjent for Helsedirektoratet, kan det føre til at et vedtak om godkjenning omgjøres på et senere tidspunkt. Vi gjør også oppmerksom på at det er straffbart å oppgi uriktig informasjon.

Har du mistet eller fått begrenset rett til yrkesaktivitet i et annet land? Ja Nei

Legg inn kommentar her

Er du siktet, tiltalt eller dømt for brudd på straffelov i Norge eller annet land? Ja Nei

Disse opplysningene lagres konfidensielt i vårt saksbehandlingssystem. Helsedirektoratet behandler opplysningene i tråd med personvernregelverket. Les mer om hvordan vi behandler dine personopplysninger i [Helsedirektoratets personvernerklæring](#). Vi vil be deg om å sende inn flere opplysninger eller dokumentasjon dersom du har svart ja på spørsmålet over.

Jeg bekrefter at alle opplysningene jeg har lagt inn er riktige. Det er straffbart å oppgi uriktig informasjon.

Figur 10: Skjerm bilde fra digitalt søknadsskjema (Altinn).

For søkere med utdanning/vitnemål fra Norge, og som søker autorisasjon via innmeldingslister, stilles ikke tilsvarende spørsmål.³¹⁶

³¹⁵ Se Helsedirektoratet ved avdeling for autorisasjon, internt notat datert 4. mars 2026, «Vurdering av egnethet som helsepersonell etter helsepersonelloven § 48 a andre ledd bokstav b», på side 3.

³¹⁶ Se Helsedirektoratet ved avdeling for autorisasjon, internt notat datert 4. mars 2026, «Vurdering av egnethet som helsepersonell etter helsepersonelloven § 48 a andre ledd bokstav b», på side 3.

9.2.2.6 Informasjon om utdanning og eventuell godkjenning som helsepersonell fra annet land

Søkeren må deretter opplyse om utdanninger som er relevante for den godkjenningen det søkes om.

Det kan oppgis inntil fem utdanninger. Søkeren må samtidig angi hvilken utdanning som er «Hovedutdanning», det vil si den grunnutdanningen vedkommende har gjennomført innen den aktuelle profesjonen. Søknadsskjemaet ser slik ut:

Søknad om autorisasjon og lisens
Skjema for å søke om autorisasjon eller lisens som helsepersonell

Helsedirektoratet

Utdanning ?
Fyll inn informasjon om utdanning som er relevant for godkjenningen du søker.

Utdanning

Hovedutdanning

Utdanningsland *

Utdanningsnivå

Utdanningsinstitusjon

Tittel fra diplom / vitnemål

Utdanning fra mmm åååå (eks feb 2015)

Utdanning til mmm åååå (eks feb 2015)

Dato for oppnådd grad dd.mm.åååå (eks 10.02.2015)

Adresse til utdanningsinstitusjon ?

By / sted

Adresse

Slett utdanning

[Legg til utdanning](#)

Jeg gir herved Helsedirektoratet tillatelse til å innhente informasjon vedrørende min utdannelse. Dette inkluderer karakterutskrifter, diplom og annen relevant informasjon.
I hereby authorise the Norwegian Directorate of Health to access all information regarding my education. This includes release of my academic record (transcripts, diplomas and other relevant information).

Figur 11: Skjermbilde fra digitalt søknadsskjema (Altinn).

Etter å ha opplyst om utdanning må søkeren angi om vedkommende har godkjenning som helsepersonell i et annet land. Ved bekræftende svar må søkeren gi nærmere opplysninger om godkjenningen:

Søknad om autorisasjon og lisens
Skjema for å søke om autorisasjon eller lisens som helsepersonell

Helsedirektoratet

Godkjenninger i andre land

Har du en godkjenning i et annet land? Ja Nei

Legg inn informasjon om godkjenninger du eventuelt har som helsepersonell i andre land enn Norge

Land	Tittel	Fra dato	Til dato	
<input type="text"/> *	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Slett

[Legg til godkjenning i land utenfor Norge](#)

Figur 12: Skjermbilde fra digitalt søknadsskjema (Altinn).

9.2.2.7 Informasjon om relevant arbeidserfaring

Søkeren må deretter opplyse om eventuell relevant arbeidserfaring, det vil si arbeidserfaring som er relevant for søknaden. Det kan oppgis inntil fem arbeidsforhold. Opplysningene må dokumenteres ved arbeidsattest for hvert enkelt arbeidsforhold.

Søknadsskjemaet ser slik ut:



The screenshot shows a web form titled "Søknad om autorisasjon og lisens" from the "Helsedirektoratet". The form is for applying for authorization or a license as healthcare personnel. The "Arbeidserfaring" section is highlighted with a question mark icon. It contains instructions: "Informasjon om relevant arbeidserfaring fylles ut i de tilfeller hvor din arbeidserfaring kan ha betydning for din søknad. Innlagt informasjon skal dokumenteres med en arbeidsattest for hver arbeidserfaring." Below this, there are radio buttons for "Ja" (selected) and "Nei". A table for "Arbeidserfaring" has the following fields: "Land" (dropdown menu), "Arbeidsgiver - institusjon" (text input), "Nåværende stilling" (checkbox), "Arbeid fra" (text input with date format "mmm åååå (eks feb 2015)"), "Arbeid til" (text input with date format "mmm åååå (eks feb 2015)"), "Stillingsprosent" (text input with "%" symbol), and "Stillingstittel" (text input). A "Legg til arbeidserfaring" link is at the bottom.

Figur 13: Skjerm bilde fra digitalt søknadsskjema (Altinn).

9.2.2.8 Nødvendige vedlegg

Etter å ha gitt de ovennevnte opplysningene gjennom utfylling av søknadsskjemaet, må søkeren laste opp relevant dokumentasjon som bekrefter opplysningene i søknaden.

Slik dokumentasjon vil kunne være:

- Pass
- Diplom/Vitnemål/Degree Certificate.

Søkere som er uteksaminert, men fortsatt ikke har fått utstedt diplom eller vitnemål, må vedlegge formell bekreftelse på oppnådd grad (Degree Certificate)

- Karakterutskrift/transcript of records
- Bekreftelse på at ens utdanning er i overensstemmelse med minstekravene fastsatt i EUs yrkeskvalifikasjonsdirektiv. En slik bekreftelse omtales i flere land som Certificate of conformity (konformitetserklæring). Bekreftelsen skal utstedes av den kompetente godkjenningmyndigheten i søkerens utdanningsland, og bes utstedt på engelsk.
- Bekreftelse på ens yrkesstatus (rett til yrket) i relevant utdanningsland og eventuelle andre EØS-stater. Dette dokumentet kalles ofte Certificate of Current Professional Status (CCPS) eller Certificate of Good Standing. Bekreftelsen må være utstedt av den kompetente godkjenningmyndigheten i ens utdanningsland og eventuelle andre EØS-stater hvor

vedkommende har utøvd yrket. Bekreftelsen må være på engelsk og ikke eldre enn tre (3) måneder på det tidspunktet dokumentet sendes til Helsedirektoratet.

Eventuell tilleggsdokumentasjon vil kunne være:

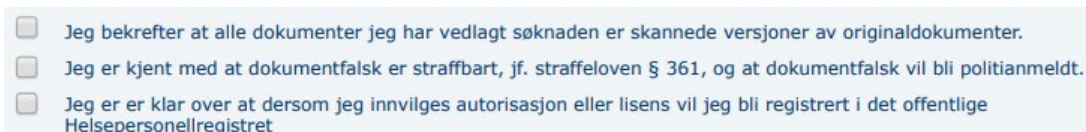
- Dokumentasjon på rett til å utøve yrket som lege fra utdanningslandet og/eller et annet land (registrering / autorisasjon / lisens)
- Attest som bekrefter relevant arbeidserfaring etter fullført utdanning, med opplysninger om stillingstype og arbeidsoppgaver
 - Attesten må være utstedt på dokument med arbeidsstedets brevhode og/eller stempel
 - Attesten må være signert av leder ved arbeidssted, for eksempel avdelingsleder. Leders navn og stilling må være maskinskrevet i tillegg til signatur.
 - Attesten må inneholde kontaktinformasjon til arbeidsstedet.

For enkelte land er det imidlertid gjort visse unntak:

- Dersom søkeren har utdanning fra ett av landene i Norden eller Polen, behøver ikke vedkommende dokumentere konformitetserklæring eller Certificate of Current Professional Status.
- Dersom søkeren har yrkesrett i ett av landene i Norden, men har utdanning fra en EØS-stat utenfor Norden, må vedkommende dokumentere konformitetserklæring og Certificate of Current Professional Status fra utdanningslandet.

9.2.2.9 Bekreftelser og egenerklæringer

Før søknaden kan sendes inn, må søkeren avgi følgende bekreftelser/erklæringer:



Jeg bekrefter at alle dokumenter jeg har vedlagt søknaden er skannede versjoner av originaldokumenter.

Jeg er kjent med at dokumentfalsk er straffbart, jf. straffeloven § 361, og at dokumentfalsk vil bli politianmeldt.

Jeg er klar over at dersom jeg innvilges autorisasjon eller lisens vil jeg bli registrert i det offentlige Helsepersonellregisteret

Figur 14: Skjermbilde fra digitalt søknadsskjema (Altinn).

Samtlige må gis ved avkrysning og innebærer en bekreftelse på at de oppgitte opplysningene er korrekte, samt at de nærmere angitte forholdene er kjent for søkeren.

9.2.3 Inngivelse av søknad om spesialistgodkjenning

Norsk autorisasjon er et grunnvilkår for å kunne søke om norsk spesialistgodkjenning. Innvilget norsk autorisasjon som lege er for eksempel en forutsetning for å kunne søke spesialistgodkjenning i allmenntidmedisin, barnekirurgi eller generell kirurgi.

Dersom det inngis søknad om spesialistgodkjenning uten at søkeren har norsk autorisasjon, vil søknaden bli avslått uten at de øvrige vilkårene vurderes.³¹⁷

Som omtalt ovenfor under pkt. 6.2.4, avhenger reglene for godkjenning av spesialistutdanning av hvilket land søkeren har utdannet seg i. Regelverket bygger på tre hovedkategorier, som hver har egne regler for søknad om spesialistgodkjenning:

- EØS-stat og Sveits
- Storbritannia og Nord-Irland
- Land utenfor EØS, Sveits, Storbritannia og Nord-Irland.

³¹⁷ Se «Godkjenning av spesialistutdanning fra utlandet», publisert av Helsedirektoratet den 25. april 2025, oppdatert 3. juni 2025: [Lenke](#) (lastet ned 30. april 2026).

Søknader om godkjenning av spesialistutdanning fra en EØS-stat eller Sveits vurderes etter yrkeskvalifikasjonsdirektivet.³¹⁸

I likhet med søknader om norsk autorisasjon og lisens for søkere utdannet i EU/EØS eller i et tredjeland, inngis søknad om spesialistgodkjenning gjennom å fylle ut et tilpasset søknadsskjema i Altinn, hvor også påkrevde vedlegg lastes opp og sendes inn til Helsedirektoratet.³¹⁹

Det er imidlertid et eget søknadsskjema for hver av de respektive spesialitetene:

- Søknadsskjema for spesialistgodkjenning for **lege** med spesialistutdanning fra et annet land
- Søknadsskjema for spesialistgodkjenning i **klinisk allmennsykepleie** for sykepleiere med utdanning fra utlandet.
- Søknadsskjema for spesialistgodkjenning for leger i gammel spesialistutdanning og **tannleger**

I de følgende pkt. 9.2.3.1 til 9.2.3.4 gis en nærmere omtale av hvilken informasjon søkeren må oppgi i disse søknadsskjemaene. Gjennomgangen tar utgangspunkt i søknadsskjemaet for spesialistgodkjenning for lege med spesialistutdanning fra et annet land.

9.2.3.1 Bekreftelse på norsk autorisasjon og informasjon om hvilken spesialitet det søkes om

Ved søknad om spesialistgodkjenning for lege med spesialistutdanning fra et annet land, må søkeren først opplyse om vedkommende har norsk autorisasjon:³²⁰

Søknad om spesialistgodkjenning for lege med spesialistgodkjenning fra et annet land 

Leger med spesialistgodkjenning fra annet land kan søke Helsedirektoratet om norsk spesialistgodkjenning. Skjema benyttes både for lege som har spesialistgodkjenning eller godkjenning som allmennpraktiserende lege fra et annet EØS-land eller Sveits, og for lege som har spesialistgodkjenning fra et land utenfor EØS eller Sveits.

Jeg har autorisasjon som lege i Norge: Ja Nei

Norsk autorisasjon som lege er et vilkår for å kunne søke om norsk spesialistgodkjenning. Hvis du søker om spesialistgodkjenning uten å ha norsk autorisasjon, vil søknaden bli avslått uten at øvrige vilkår vil bli vurdert. Når du har fått autorisasjonen din, kan du søke om spesialistgodkjenning. Informasjon om søknad om autorisasjon finner du [her](#).

You **must** have a **Norwegian authorisation as a doctor** before you can submit an application for an assessment of your specialization abroad against the requirements for specialist approval in Norway. Information (in English) on how to apply for Norwegian authorisation can be found [here](#).

Figur 15: Skjermbilde fra digitalt søknadsskjema (Altinn).

³¹⁸ Se nærmere om reglene i yrkeskvalifikasjonsdirektivet under pkt. 6.3.

³¹⁹ Søknadsskjema: Autorisasjon og lisens, Altinn, [Søknadsskjema: Autorisasjon og lisens \(altinn.no\)](#)

³²⁰ Tilsvarende spørsmål stilles i søknadsskjemaet for «Søknad om spesialistgodkjenning i klinisk allmennsykepleie for sykepleiere med utdanning fra utlandet». I søknadsskjemaet for «Søknad om spesialistgodkjenning for leger i gammel spesialistutdanning og tannleger» stilles et tilsvarende spørsmål på et senere stadium i skjemaet.

Etter at søkeren har bekreftet å ha norsk autorisasjon, må vedkommende opplyse hvilken spesialitet søknaden gjelder. Søkeren må samtidig opplyse i hvilket land vedkommende først ble godkjent som legespesialist innen den aktuelle spesialiteten:³²¹



Figur 16: Skjermbilde fra digitalt søknadsskjema (Altinn).

Avhengig av hvilket land søkeren oppgir at spesialiteten er oppnådd i, blir vedkommende bedt om å gi ytterligere opplysninger og veiledet om hvilken dokumentasjon som må fremlegges. Dokumentasjonskravene avhenger av om spesialiteten er oppnådd i (i) en EØS-stat eller Sveits, (ii) Storbritannia og Nord-Irland, eller (iii) et land utenfor EØS, Sveits, Storbritannia og Nord-Irland. Dokumentasjonskravene avhenger videre av om spesialiteten er harmonisert eller ikke.

Søkere med utdanning eller oppnådd spesialitet fra et land utenfor EØS, Sveits, Storbritannia og Nord-Irland, blir også bedt om å opplyse om vedkommende har «fått godkjent spesialistutdanningen i annet EU/EØS-land, og arbeidet minst 3 år i dette landet», og i tilfelle i hvilket eller hvilke land.³²²

9.2.3.2 Informasjon om søkeren, kontaktinformasjon og fullmakt

Ved søknad om spesialistgodkjenning må søkeren videre opplyse om egen identitet og kontaktinformasjon, samt angi om vedkommende ønsker å gi en annen person fullmakt til å opptre på søkerens vegne overfor Helsedirektoratet under behandlingen av søknaden.

På dette punktet er søknadsskjemaene i det vesentlige utformet på samme måte som ved søknad om autorisasjon, se pkt. 9.2.2.2.

9.2.3.3 Informasjon om autorisasjon, godkjenninger, utdanning, arbeidserfaring og kurs / aktiviteter

Søkeren må videre, avhengig av hvilken spesialistgodkjenning søknaden gjelder, gi nærmere opplysninger om gjeldende autorisasjon, eventuell spesialistgodkjenning i et annet land, samt relevant utdanning, arbeidserfaring og kurs eller aktiviteter av betydning for søknaden.

De tre søknadsskjemaene varierer på dette punktet. Variasjonene omtales ikke nærmere, da dette ikke er av relevans for utredningen, jf. Mandatets begrensninger.

9.2.3.4 Bekreftelser og egenerklæringer

Felles for søknadsskjemaene for spesialistgodkjenning for de aktuelle spesialitetene for leger, tannleger og klinisk allmennsykepleie er at søkeren før innsending må besvare spørsmål om «rett til yrkesaktivitet» og, fra desember 2025, om eventuelle straffbare forhold.

³²¹ Tilsvarende spørsmål stilles i søknadsskjemaet for «Søknad om spesialistgodkjenning i klinisk allmennsykepleie for sykepleiere med utdanning fra utlandet» og for «Søknad om spesialistgodkjenning for leger i gammel spesialistutdanning og tannleger».

³²² Tilsvarende spørsmål stilles i søknadsskjemaet for «Søknad om spesialistgodkjenning i klinisk allmennsykepleie for sykepleiere med utdanning fra utlandet» og for «Søknad om spesialistgodkjenning for leger i gammel spesialistutdanning og tannleger».

Spørsmålene er utformet identisk i de respektive søknadsskjemaene og lyder:

Dersom du har mistet eller har fått begrenset yrkesrett i et annet land eller er straffedømt i Norge eller annet land, og dette ikke gjøres kjent for Helsedirektoratet, kan det føre til at et vedtak om godkjenning omgjøres på et senere tidspunkt. Vi gjør også oppmerksom på at det er straffbart å oppgi uriktig informasjon.

Har du mistet eller fått begrenset rett til yrkesaktivitet i et annet land? Ja Nei

Er du siktet, tiltalt eller dømt for brudd på straffelov i Norge eller annet land? Ja Nei

Jeg bekrefter at alle dokumenter jeg har vedlagt søknaden er skannede versjoner av originaldokumenter.

Jeg er kjent med at dokumentfalsk er straffbart, jf. straffeloven § 361, og at dokumentfalsk vil bli politianmeldt.

Jeg er klar over at dersom jeg innvilges spesialistgodkjenning vil denne bli registrert i det offentlige Helsepersonellregisteret.

Figur 17: Skjermbilde fra digitalt søknadsskjema (Altinn).

Samtlige spørsmål må besvares, enten ved avkrysning for «Ja» eller «Nei» eller ved bekreftende avhuking. Som ved søknad om autorisasjon, jf. pkt. 9.2.2.9, vil et bekreftende svar på spørsmålet om søkeren har «mistet eller fått begrenset rett til yrkesaktivitet i annet land», utløse et oppfølgingsspørsmål i form av et kommentarfelt, hvor søkeren må gi en nærmere «kommentar».

Et bekreftende svar på spørsmålet om vedkommende er «siktet, tiltalt eller dømt for brudd på straffelov i Norge eller annet land», utløser derimot ikke noe kommentarfelt. I likhet med søknadsskjemaet for autorisasjon følges et slikt svar i stedet opp som ledd i Helsedirektoratets behandling av søknaden, se pkt. 9.4.5.

9.3 Gjennomgang av rutiner og prosedyrer for behandlingen av søknader om autorisasjon og lisens

9.3.1 Innledning

Helsedirektoratet har kompetanse til å fatte enkeltvedtak om både å gi og nekte å gi autorisasjon og lisens for helsepersonell omfattet av helsepersonelloven, jf. helsepersonelloven § 53.

Helsedirektoratet er internt organisert i ulike avdelinger, hvor det er «Avdeling for autorisasjon» (HPAU) som behandler søknader om autorisasjon og lisens. Det er «Avdeling for spesialistgodkjenning» (HPSG) som behandler søknader om spesialistgodkjenning.

I interne dokumenter er «Avdelingen for autorisasjon» omtalt som følger:³²³

«Avdelingen behandler søknader om autorisasjon og lisens for alle regulerte helseprofesjoner (p.t. 33 profesjoner), og mottar og behandler over 30 000 søknader årlig fra søkere med utdanning fra hele verden og opptil 25.000 læresteder.

Avdelingen er tjenesteeier og tjenesteanvarlig for Helsepersonellregisteret (HPR), og er tjenesteeier for, forvalter og utviklinger fagsystemet for autorisasjon og godkjenning (HEGO).

Avdelingen er ansvarlig for utstedelse av Europeisk profesjonskort (EPC) og Certificate of Current Professional Status (CCPS), som helsepersonell har behov for i forbindelse med yrkesutøvelse i andre land.

Avdelingen har oversikt over statistikk og rapporterer på autorisasjonsområdet.»

³²³ Beskrivelse av «Avdeling for autorisasjon» fra Kompass på side 42.

Avdelingen har etablert en struktur for forvaltning av styrende dokumenter, med prosedyrer i Kompass og andre styrende dokumenter, sjekklister m.m. i Landax. Rutinene og prosedyrene skal bidra til å sikre at gjeldende regelverk og forvaltningspraksis etterleves, samt sikre en enhetlig saksbehandling for alle autorisasjons- og lisenssøknader.

Avdelingen benytter i hovedsak Altinn som mottakskanal for søknader om autorisasjon og lisens, og som omtalt under pkt. 9.2.1 behandles alle søknader fra EU/EØS-søkere og søkere fra tredjeland manuelt. Inngitte søknader i Altinn blir automatisk overført til HEGO for videre saksbehandling.

I det følgende vil vi omtale rutiner og prosedyrer av særlig relevans for saksbehandlingen av nevnte søknader. I lys av Mandatet vil gjennomgangen likevel hovedsakelig fokusere på de delene av saksbehandlingen som angår egnethetsspørsmålet og behandlingen av dette i relasjon til helsepersonell fra utlandet som søker om norsk autorisasjon eller lisens.

9.3.2 Prosedyre: «Saksforberedelse for autorisasjon»

Prosedyren «Saksforberedelse for autorisasjon»³²⁴ er gyldig for saksforbereder «som gjennomgår alle søknader om autorisasjon og lisens». I henhold til prosedyren skal saksforbereder:

«[...] gjennomgå alle innkomne saker for utplukking av saker som trenger korrigeringer før fordeling til avdelingen.

I tillegg behandles e-poster og saker som ikke krever vurdering fra saksbehandler. Saksforbereder skal i tillegg gi arkivstøtte og enkel brukerstøtte til saksbehandlerne. (Saksforberedere har arkivtilganger i 360/HEGO og kan utføre flere endringer som saksbehandler ikke har tilgang til)».

Etter at en innkommen søknad er gjennomgått av en saksforbereder, videreføres saken til en saksbehandler. Vi har fått opplyst at sakene legges i en «pool», hvor saksbehandlere plukker saker etter frist.

9.3.3 Prosedyre: «Saksbehandling for autorisasjon»

Prosedyren «Saksbehandling for autorisasjon»³²⁵ er gyldig for saksbehandlere «som behandler søknader om autorisasjon og lisens». Prosedyren er forankret i forvaltningsloven og helsepersonelloven, og dens praktisering utgjør «en sentral del av Helsedirektoratets internkontroll for autorisasjonsforvaltningen.»

Om «Roller og ansvar» (pkt. 4), fremgår følgende:

«**Avdelingsdirektør** har det overordnede ansvaret for at alle medarbeidere i avdelingen besitter nødvendig kompetanse for å utføre tildelte arbeidsoppgaver, samt at medarbeiderne har en generell kompetanse på kravene til saksbehandling og dokumentasjon.

Seksjonssjef har ansvar for å fordele saker til aktuelle saksbehandlere og følge opp restanser i egen faggruppe for alle saker som kommer til avdelingen til fordeling, og ha månedlig oppfølging av restanser i sin faggruppe.

Saksbehandler skal følge gjeldende regelverk, prosedyrer og sjekklister for saksbehandlingen. Informasjonen som mottas eller dokumenter som produseres, skal arkiveres fortløpende. Saksbehandler har ansvar for å følge opp egen saksportefølje. I dette ligger å overholde frister, besvare, avskrive og avslutte saker som er ferdigbehandlet.»

³²⁴ Prosedyre: «Saksforberedelse for autorisasjon», versjonsnummer 1.02, gyldig fra 19.12.2025, fra Kompass.

³²⁵ Prosedyre: «Saksbehandling for autorisasjon», versjonsnummer 1.01, gyldig fra 19.12.2025, fra Kompass.

I prosedyren omtales i pkt. 5 «Prosedyrebeskrivelse», hvor det fremgår nærmere omtale av habilitet (pkt. 5.1), ivaretagelse av søkerens/klagerens personvern (pkt. 5.2), fullmektig (pkt. 5.3), vurdering av søknad (pkt. 5.4), dokumentering av vurderinger gjort i saksbehandlingen (pkt. 5.5), innvilgelse og avslag (pkt. 5.6) og avslutning av vedtak (pkt. 5.7).

Alle saksbehandlere som arbeider med saker fra EU/EØS har «brukertilgang» til IMI.³²⁶ Brukertilgang gir mulighet for å sende egne henvendelser til aktuell myndighet, og til å gjøre oppslag i IMIs varslingsystem (IMI Alerts) på søkere.

9.3.4 Prosedyre: «Saksbehandling og vedtak»

Prosedyren «Saksbehandling og vedtak»³²⁷ er gyldig for saksbehandlere og godkjennerne i avdeling for autorisasjon, og regulerer den nærmere saksbehandlingen fra mottak av en søknad til vedtak er fattet og ekspedert. Prosedyren er strukturert som en trinnvis handlingsoversikt med angivelse av ansvarlig rolle, tiltak, handling og referanse til underliggende regelverk eller prosedyrer.

Prosedyren fastsetter innledningsvis at kravene til habilitet i staten følger av forvaltningsloven § 6, med videre referanse til intern prosedyre om habilitet.

Videre angis at saksbehandler eller juridisk koordinator skal sjekke «om søkeren har andre saker i 360/HEGO.» Det fremgår at man skal «[s]øk[e] på person», og at «[d]ersom det foreligger bekymringsmelding, tidligere egnethetsvurderinger eller lignende, skal juridisk koordinator konfereres, ev. at saken omfordeles til juridisk koordinator med notat.» Prosedyren viser her til helsepersonelloven §§ 53 og 57 samt intern prosedyre bekymringsmeldinger.

Dernest er det angitt at personopplysninger skal behandles i henhold til personvernforordningen (GDPR). Prosedyren fremhever at saksbehandler skal være «oppmerksom på informasjon gitt av søker i søknadskjemaet under «andre opplysninger», herunder om søkeren har svart «ja» på følgende spørsmål:

- «Har du mistet eller fått begrenset rett til yrkesaktivitet i et annet land?»
- «Er du siktet, tiltalt eller dømt for brudd på straffelov i Norge eller annet land?»

Det er videre oppstilt nærmere prosedyrer for verifisering og dokumentkontroll, herunder kontroll av identitetsopplysninger, fokus på navneendringer og om håndtering av mistanke om dokumentfalsk. Det følger av prosedyren at ved «mistanke om falske dokumenter må [saksbehandler] forsøke å primærverifisere ved kontakt med lærested, myndigheter, DataFlow, IMI, etc.» Dersom forfalskning bekreftes, «skal juridisk koordinator konfereres, og saken kan ev. omfordeles juridisk koordinator for politianmeldelse. Dersom forfalsket dokumentasjon avdekkes, skal søkeren som hovedregel anmeldes.»

Saksbehandler skal videre vurdere om søknaden er «komplett» og vurdere søknaden mot krav til faglig innhold etter sjekklister for aktuell yrkesgruppe. Dersom søknaden ikke er komplett, benyttes nærmere bestemt prosedyre for anmodning om dokumentasjon i henhold til forvaltningsloven § 17. Det er fremhevet i prosedyren:

- «Vitnemål og transcript skal som hovedregel være vedlagt søknaden. Terskelen for å avslå søknad grunnet manglende annen dokumentasjon er for saker som behandles etter EØS-forskriften høy, selv etter anmodning.»

Om selve vedtaket fremgår det at saksbehandler skal vurdere forvaltningslovens krav, og det fremgår:

³²⁶ Prosedyre: «Behandling av forespørslers og henvendelser i IMI», Dokument ID: 1248, versjon 1.9, Dato revidert: 05.03.2026. Se også bestemmelsen i IMI-forordningen artikkel 9.

³²⁷ Prosedyre: «Saksbehandling og vedtak», Dokument-ID 472, versjon 4.6, Opprettet 11. februar 2014 og sist revidert 16. april 2026.

«Vedtak skal være skriftlig, begrunnet, lovhjemlet med informasjon om klageadgang og vurdert om dokumentet skal unntas offentlighet.»

Saksbehandler skal videre «[v]urdere om det er behov for «second opinion» fra kollega, faggruppe, leder, ekstern rådgiver og/eller jurist eller godkjenner.»

Ved innvilgelse er det fremhevet at det må registreres korrekt i HPR-fanen i 360/HEGO, da dette overføres direkte til Helsepersonellregisteret (HPR) når vedtaket er ekspedert og saken avsluttes. Det er videre angitt at «mal/vedtaksdokument for innvilgelse» skal benyttes, og at «annenhåndskontroll/godkjenner». Avslag skal alltid godkjennes i henhold til fordelingslisten, og det skal påses at «avslagsvedtaket er tydelig og informerende.»

Det følger av prosedyren at annenhåndskontroll/godkjenning av innvilgelser foretas i all hovedsak av jurister, fagledere eller i noen tilfeller avdelingsdirektør. Hensikten med annenhåndskontroll er å «ivareta prinsippene om åpen statsforvaltning og forebygge vedtak fattet på feil grunnlag og korrupsjon. Vi sikrer dette ved at en sak blir gjennomgått og godkjent av minst to saksbehandlere.»

Proseduren oppstiller videre hvilke punkter «Godkjenner» skal sjekke, og hvordan disse skal kvitteres ut. Herunder fremgår at Godkjenner særlig skal sjekke «om søkeren har svart ja på spørsmål om siktelse, tiltale eller straffedom i søknadsskjema og om saken er fulgt opp iht. prosedyre». Etter kontroll skal «Godkjenner» returnere vedtaksdokumentet til saksbehandler for utsendelse og lukking av saken innen tre dager. I saker som sendes tilbake til saksbehandler som «ikke godkjent», skal det fremgå i en kort merknad til godkjenner hva som er endret, og saken skal som hovedregel sendes til samme person til godkjenning på nytt.

Saksbehandler sender ut vedtak og avslutter saken i HEGO. Når saken avsluttes i HEGO, oppdateres saksstatus automatisk i 360, og saken overføres til HPR ved innvilgelse.

9.3.5 Prosedyre: «Behandling av søknad om autorisasjon – Straffedom, tiltalte, siktelse»

I prosedyren «Behandling av søknad om autorisasjon – Straffedom, tiltalte, siktelse»³²⁸ er det fastsatt nærmere rutiner for kontroll av søknader, og for eventuell videre oppfølging dersom søkeren har besvart ett av følgende spørsmål bekreftende:

«Har mistet eller fått begrenset rett til yrkesaktivitet i et annet land?»

«Er du siktet, tiltalt eller dømt for brudd på straffelov i Norge eller annet land?».

Vi forstår at prosedyren ble opprettet i forlengelsen av at spørsmålet om straffbare forhold ble implementert som ett av flere strakstiltak etter «Bad Practice»-artikkelserien. Innføringen av spørsmålet er omtalt i Første Rapport under pkt. 4.1 og Andre Rapport på side 10.

Om hensikten bak spørsmålet er følgende omtalt i et internnotat i Helsedirektoratet:³²⁹

«Hensikten med spørsmålet er å sikre at direktoratet får nødvendig informasjon tidlig i saksbehandlingen, slik at eventuelle forhold som kan ha betydning for søkerens skikkethet som helsepersonell identifiseres på et tidlig stadium.

Dersom søkeren bekrefter at det foreligger en siktelse, tiltale eller dom, igangsetter Helsedirektoratet en nærmere utredning av saken.

³²⁸ Prosedyre: «Behandling av søknad om autorisasjon – Straffedom, tiltalte, siktelse», Dokument ID: 7745, versjonsnummer 1.1, opprettet 16.12.2025.

³²⁹ Helsedirektoratet ved avdeling for autorisasjon, internt notat datert 4. mars 2026, «Vurdering av egnethet som helsepersonell etter helsepersonelloven § 48 a andre ledd bokstav b», på side 35.

Norskutdannede søkere som gis autorisasjon via innmeldingslister og som gis autorisasjon automatisk av Helsedirektoratet får ikke tilsvarende spørsmål. [...]»

Vi forstår at bakgrunnen for at norskutdannede søkere ikke stilles spørsmålet, er at skikkethetsvurderingen i disse sakene ivaretas av lærestedene, se også pkt. 6.2.2.3.

Av prosedyren fremgår det at saksforbereder skal gjennomføre en manuell kontroll av alle søknader:

- «1. Alle mottatte saker skal manuelt gjennomgås for å sjekke om det er svart ja eller nei.
2. Søknader hvor det er svart ja, må legges i sikker sone av forberedende team
3. Saken fordeles til leder i avdeling/seksjon, som fordeler saken til en saksbehandler
4. Saksbehandler gjør nødvendige undersøkelser i saken.»

Om videre «fordeling av saker med personsensitiv informasjon» fremgår det:

«Saksbehandler må opplyse saken nærmere med dokumentasjon knyttet til søkerens svar i Altinn. Når saken er mer opplyst, vurderes det om saken skal vurderes som en egnethets sak etter hpl. §§ 53, jf. 57 eller behandles som en vanlig søknad.

Vi må dokumentere vår vurdering av om saken skal behandles som en egnethets sak etter hpl. § 53, jf. § 57.

Videre saksbehandling av egnethets sak foretas i sikker sone av jurist. Leder vurderer hvilken jurist som skal behandle saken.»

Det fremgår at personopplysninger «skal behandles i henhold til personvernforordningen (GDPR)», med videre referanse til prosedyre «5996 Prosedyre for behandling av sensitive personopplysninger».

Vi forstår det slik at saksbehandlers nærmere undersøkelser innebærer, med forankring i forvaltningsloven § 17, å kontakte søkeren med en skriftlig henvendelse om tilleggsinformasjon med en nærmere frist (tre uker). Vi har fått fremlagt et eksempel på en slik henvendelse, som vi forstår er standardisert, og hvor følgende etterspørres:

«[...] I søknadsskjemaet har du krysset av for at du er siktet, tiltalt eller dømt for brudd på straffeloven i Norge eller i et annet land.

Helsedirektoratet ber deg redegjøre for hva forholdet gjelder, samt når den straffbare handlingen fant sted. Denne informasjonen er nødvendig for at vi skal kunne vurdere om du er egnert til å inneha [relevant autorisasjon, lisens eller spesialitet for spesialistgodkjenning].

Det følger av helsepersonelloven § 49 at den som innvilges lisens må være skikket innenfor lisensens art og omfang. Videre følger det av helsepersonelloven § 53 andre ledd at godkjenning kan nektes dersom det foreligger forhold som kunne ha gitt grunnlag for tilbakekall av autorisasjon etter § 57. Slike forhold kan blant annet være atferd som er uforenlig med yrkesutøvelsen, herunder straffbare handlinger.»

Vi bemerker at prosedyren for øvrig ikke angir hvordan søknaden skal behandles dersom den skal håndteres som en «egnethets sak» eller som «en vanlig søknad», utover at saken skal behandles av en «jurist». Videre synes det ikke å foreligge standardiserte rutiner for håndtering av eventuelle mer detaljerte tilleggsopplysninger, og heller ingen standardisert avklaring av hvordan søknaden vil bli behandlet dersom søkeren ikke gir de tilleggsopplysningene det bes om. Basert på intervjuer er vår oppfatning at disse forholdene heller ikke er avklart internt i Helsedirektoratet, og at prosedyren for tiden er under revisjon. Prosedyren er nærmere omtalt under pkt. 11.3 flg.

9.3.6 Sjekklister ved behandling av søknader om autorisasjon og lisens

Helsedirektoratet har utarbeidet en rekke sjekklister for behandling av søknader om autorisasjon og lisens. Vi har fått fremlagt en «Generell sjekklister»³³⁰, samt sjekklister for behandling av søknader innen følgende helseprofesjoner:

- Lege³³¹
- Tannlege³³²
- Sykepleier³³³
- Jordmor³³⁴
- Provisorfarmasøyt³³⁵

Sjekklisterne – både den generelle og de spesielle – har langt på vei samme oppsett, hvor alle sjekklister lister opp hvilken dokumentasjon saken «skal inneholde». De spesielle sjekklister inkluderer i større grad også yrkesspesifikk veiledning av særlig relevans for vurdering av yrkeskvalifikasjonskravet i helsepersonelloven § 48 a (1).

I både den generelle og de spesielle sjekklister fremgår det at:

«Saken skal inneholde:

- **Ferdig utfylt søknadsskjema**
- Skannet kopi av pass eller europeisk ID-kort for søkeren uten norsk person- eller D-nummer eller søkeren som søker utenom Altinn (søkeren med norsk personnummer eller D-nummer verifiserer seg via Altinn)
ID må være gyldig på søknadstidspunktet
- Signert søknadsskjema for alle som ikke har norsk personnummer eller D-nummer. Fullmektig kan signere på vegne av søkeren i søknadsskjema; så lenge det er en tydelig fullmakt i søknaden
- Diplom/vitnemål/offisiell bekreftelse på oppnådd grad
- Transcript / Diploma Supplement
- Eventuell detaljert fagplan utstedt av utdanningsinstitusjonen
- Eventuell fullmakt dersom søkeren oppgir fullmektig
- **Eventuell arbeidserfaring. (Som hovedregel gjennomføres tilsynssjekk i alle land søkeren opplyser å ha utøvet yrket i tillegg til utdanningslandet).**
- **Søkeren må sjekkes opp mot eventuelle flere saker i 360 for å se om det foreligger bekymringsmeldinger eller tap av lisens/autorisasjon.** (våre uthevinger)

Et sentralt aspekt ved sjekklisterne er at disse oppstiller ulike sjekkpunkter avhengig av om søkeren er (i) «norskutdanne[t]», (ii) har «EØS-tilknytning», (iii) har utdanning fra Norden, (iv) har utdanning utenfor EU/EØS, men skal behandles etter EØS-forskriften kapittel 3, jf. § 23, eller (v) har utdanning utenfor EU/EØS.

Avgrensningene må forstås i lys av det underliggende regelverket, og at ulike søkergrupper skal vurderes etter ulikt regelverk, jf. også pkt. 6. Dette har imidlertid i første rekke betydning i relasjon til vurderingen av søkerens kvalifikasjoner, det vil si i relasjon til vurderingen av om vilkåret i helsepersonelloven § 48 a (1) er oppfylt. I lys av Mandatet vil vi i det følgende kommentere nærmere de bestanddelene av sjekklisterne som særlig knytter seg opp mot kriteriet i helsepersonelloven § 48 a (2)

³³⁰ Sjekklister: «Generell sjekklister», Dokument ID: 2398, Versjon 6.3, Dato revidert: 15.12.2025

³³¹ Sjekklister: «Behandling av søknad om autorisasjon/lisens, Lege», Dokument ID: 562, Versjon 1.7, Dato revidert: 17.12.2025

³³² Sjekklister: «Behandling av søknad om autorisasjon/lisens, Tannlege», Dokument ID: 560, Versjon 1.6, Dato revidert: 15.12.2025

³³³ Sjekklister: «Behandling av søknad om autorisasjon/lisens, Sykepleier», Dokument ID: 694, Versjon 1.9, Dato revidert: 15.12.2025

³³⁴ Sjekklister: «Behandling av søknad om autorisasjon/lisens, Jordmor», Dokument ID: 694, Versjon 1.2, Dato revidert: 15.12.2025

³³⁵ Sjekklister: «Behandling av søknad om autorisasjon/lisens, Provisorfarmasøyt», Dokument ID: 570, Versjon 1.1, Dato revidert: 15.12.2025

bokstav b, om at søkeren «ikke [må] være uegnet for yrket», og at det ikke foreligger tilbakekallsgrunn, jf. helsepersonelloven § 53 (2), jf. § 57.

For det første ivaretas ovennevnte gjennom det generelle sjekkpunktet om at:

«Saken skal inneholde: [...] Ferdig utfylt søknadsskjema».

Herunder vil søkeren gjennom utfyllingen – som en egenerklæring – måtte bekrefte hvorvidt han/hun:

«Har mistet eller fått begrenset rett til yrkesaktivitet i et annet land?»

«Er du siktet, tiltalt eller dømt for brudd på straffelov i Norge eller annet land?».

Som omtalt under pkt. 9.2.1 behandler ikke Helsedirektoratet søknader fra alle søkergrupper manuelt. For de gruppene der det praktiseres automatisk saksbehandling, som er norskutdannede, vil søkeren heller ikke fylle ut søknadsskjemaet som omtales her. Sjekklisterne må derfor leses med det forbehold at Helsedirektoratet faktisk behandler den aktuelle søknaden manuelt.

For det andre ivaretas ovennevnte gjennom det generelle sjekkpunktet om at:

«Saken skal inneholde: [...] Eventuell arbeidserfaring. (Som hovedregel gjennomføres tilsynssjekk i alle land søkeren opplyser å ha utøvet yrket i tillegg til utdanningslandet».

Slik informasjon vil kunne gi avklaring på hvilke land søkeren eventuelt tidligere har utøvet profesjonen, og derved også hvilke lands myndigheter en henvendelse om yrkesutøvelsen eventuelt kan rettes til.

For det tredje ivaretas ovennevnte gjennom det generelle sjekkpunktet om at:

«Søkeren må sjekkes opp mot eventuelle flere saker i 360 for å se om det foreligger bekymringsmeldinger eller tap av lisens/autorisasjon.»

Slik informasjon vil eksempelvis kunne gi grunnlag, eventuelt etter nærmere foretatte undersøkelser, for å kunne nekte autorisasjon.

For det fjerde ivaretas ovennevnte gjennom spesifikke sjekkpunkter om nærmere undersøkelser avhengig av utdanningssted eller «EØS-tilknytning»:

- **Alle norskutdannede med utdanning eldre enn ett år** «skal tilsynssjekkes». Søkere med HPR-nummer skal sjekkes i databasen NESTOR, og søkere uten HPR-nummer skal kontrolleres av saksbehandler opp mot Helsetilsynet via e-post.

For alle søkere som har arbeidserfaring fra norsk helsetjeneste, skal tilsvarende sjekk foretas.

- **For alle søkere med «EØS-tilknytning»**, både når det gjelder «utdanning, arbeidserfaring og godkjenning fra EØS-stat», skal det foretas en sjekk etter varsler i IMI.

Saksbehandler skal sjekke for slike varsler i henhold til nærmere prosedyre, både (i) «før saken sendes til godkjenning» og (ii) «rett før ekspedering». Av sjekklisterens endringslogger forstår vi at dette kravet ble introdusert i sjekklisterne den 8. desember 2025.

I tilfelle treff fremgår det av sjekklisterne at det skal genereres en rapport som legges i saken. Videre at «[s]aksbehandler utreder ved å etterspørre mer informasjon fra varslingslandet. Der varselet har ført til en fortsatt og gjeldende reaksjon, legges saken over til jurist for vurdering.»

- **For søkere med EU/EØS harmoniserte utdanninger** må søkeren fremlegge:

«Bekreftelse på yrkesstatus (rett til yrket) i utdanningslandet og eventuelle andre EØS-stat. En slik bekreftelse omtales som en Certificate of current professional status (CCPS) eller Certificate of good standing. Bekreftelsen skal utstedes av den kompetente godkjenningmyndigheten i søkerens utdanningsland eller annet EØS-stat hvor søkeren har er utøvet yrket. Bekreftelsen bes utstedt på engelsk og kan ikke være eldre enn 3 måneder på det tidspunktet dokumentet sendes til Helsedirektoratet»

Vi forstår det slik at før 1. november 2022 var praksisen slik at denne informasjonen ble aktivt etterspurt via IMI, men at prosedyren fra dette tidspunktet er endret slik at søkeren nå selv må fremskaffe denne dokumentasjonen i form av en CCPS. Vi har fått opplyst at endringen ble implementert etter forespørsel fra Helse- og omsorgsdepartementet.

Dersom søkeren opplyser å ikke kunne fremskaffe CCPS, følger det av sjekklister at Helsedirektoratet skal be om en «begrunnelse for hvorfor». Det fremgår videre at IMI «unntaksvis kan benyttes» dersom Helsedirektoratet har behov for «mer informasjon fra ansvarlig myndighet for å kunne behandle søknaden». Helsedirektoratet vil da rette en henvendelse via IMI til relevant myndighet om søkerens yrkesstatus i tråd med intern prosedyre.³³⁶

Vi forstår det videre slik at for enkelte land vil nasjonale forhold – og kunnskap om dette – kunne forde behov for nærmere avklaringer. Eksempelvis er det i sjekklister for sykepleiere,³³⁷ understreket at når myndigheter i Portugal «oppgir at søkerens autorisasjon er suspendert i Portugal, kan det skyldes at søkeren selv har valgt å melde seg ut av registeret (gyldig registrering krever kostnad), eller at det foreligger disiplinære sanksjoner.» Sjekklister gir da nærmere anvisning om å spørre søkeren «konkret» hva som «årsaken til suspensjon dersom det er aktuelt i en sak», eventuelt stille spørsmålet via IMI. En slik avklaring vil kunne være avgjørende for om søkeren har rett til autorisasjon, eller om autorisasjon kan nektes, jf. helsepersonelloven § 53 (2), jf. § 57 (5).

- **For søkere med utdanning fra Norden** forstår vi det imidlertid slik at Helsedirektoratet som utgangspunkt likevel ikke benytter IMI-forespørsler. Dette etter avtale med de andre nordiske landene inngått i Nordisk møte avholdt i juni 2019. Det er i stedet etablert direkte informasjonskanaler til relevante nordiske myndigheter, og CCPS for denne gruppen søkere dokumenteres med «e-post i saken» og innhentes/etterspørres av Helsedirektoratet.

Eksempelvis kontrolleres autorisasjon/godkjenning fra (i) **Danmark** (og **Færøyene**) ved oppslag i «Autorisationsregistret» (offentlig register) som administreres av «Styrelsen for Patientsikkerhed», (ii) **Finland** (og **Åland**) ved oppslag i «JulkiTerhikki» og «JulkiSuosikki» (offentlige registre) som administreres av «Lupa- ja valvontavirasto», (iii) CCPS fra **Island** etterspørres gjennom henvendelse per e-post til «Landlæknisembættið», (iv) CCPS fra **Sverige** etterspørres gjennom henvendelse per e-post til «Socialstyrelsen», og særskilt «tilsynssjekk» foretas ved direkte henvendelse til svenske tilsynsmyndigheter, «Inspektionen för vård och omsorg» (IVO), per e-post.

- **For søkere med utdanning utenfor EU/EØS, og som heller ikke skal behandles etter EØS-forskriften**, er det behov for en rekke nærmere undersøkelser i forhold til vilkåret i helsepersonelloven § 48 a (1) om yrkeskvalifikasjoner, herunder krav om dokumentasjon av utdanning, nødvendig kyndighet og tilleggskrav som språkprøve, gjennomgåtte kurs mv.

³³⁶ Se prosedyre: «Behandling av forespørsler og henvendelser i IMI», Dokument ID: 1248, versjon 1.9, Dato revidert: 05.03.2026. Det er i sjekklister for «Behandling av søknad om autorisasjon/lisens, Sykepleier» (Dokument ID: 694) inntatt nærmere anvisning om hvilke spørsmål som skal benyttes ved slike forespørsler.

³³⁷ Sjekklister: «Behandling av søknad om autorisasjon/lisens, Sykepleier», Dokument ID: 694, Versjon 1.9, Dato revidert: 15.12.2025

For denne søkergruppen vil informasjon om hvorvidt vedkommende eventuelt har yrkesrett eller har fått sin yrkesrett begrenset/tapt, ikke fremgå i IMI. Slik vi forstår det, vil Helsedirektoratet heller ikke for denne søkergruppen oppstille nærmere krav til fremleggelse av CCPS eller lignende dokumentasjon. Søkergruppen vil likevel måtte fylle ut søknadsskjemaet, herunder egenerklæringspunktene.

I sjekklisterne er det videre et eget sjekkpunkt hvor det fremgår at «[d]ersom søkerens utdanning er eldre enn 10 år bør søkeren dokumentere oppdatert arbeidserfaring, og det må fremgå av merknad i saken at langt fravær er vurdert (hvordan søkeren har holdt seg oppdatert innen yrket etter endt utdanning)». En slik vurdering skal likevel bare foretas dersom «utdanningsvilkåret i hpl. § 48 a første ledd er oppfylt».

Vi påpeker at det i enkelte av de spesielle sjekklisterne, som for sykepleier og for lege, er gitt mer utfyllende veiledning om anbefaling for det tilfellet at søkeren – etter en konkret vurdering – har langt fravær fra yrket: «Ved langt fravær fra yrket gis søkeren avslag med anbefalt veiledet praksis som sykepleier».

9.4 Gjennomgang av rutiner og prosedyrer for behandlingen av søknader om spesialistgodkjenning

9.4.1 Innledning

Helsedirektoratet har kompetanse til å fatte enkeltvedtak om både å gi og nekte å gi *spesialistgodkjenning* for helsepersonell omfattet av helsepersonelloven, jf. helsepersonelloven § 53.

Søknader om spesialistgodkjenning behandles i dag av «Avdeling for spesialistgodkjenning» (HPSG). I tillegg til å fatte enkeltvedtak om spesialistgodkjenning, har avdelingen en rekke andre ansvarsområder, herunder å forvalte regelverket for spesialistutdanning og følge opp godkjente og registrerte utdanningsvirksomheter i henhold til spesialistforskriften § 27 og § 28.

Det finnes i dag 46 legespesialiteter, 7 tannlegespesialiteter og 1 sykepleiespesialitet som er underlagt spesialistgodkjenning i Norge. Leger, tannleger og sykepleiere vil kunne søke om slik spesialistgodkjenning etter at de har fått norsk autorisasjon og har gjennomført godkjent spesialistutdanning.

I det følgende vil vi omtale rutiner og prosedyrer av særlig relevans for saksbehandlingen av nevnte søknader. I tråd med Mandatet vil gjennomgangen hovedsakelig fokusere på de delene av saksbehandlingen som angår egnethetsspørsmålet og behandlingen av dette i relasjon til helsepersonell fra utlandet som søker om norsk spesialistgodkjenning.

9.4.2 Prosedyre: «Konvertering av spesialistgodkjenning for helsepersonell fra utland»

Prosedyren «Konvertering av spesialistgodkjenning for helsepersonell fra utland»³³⁸ gjelder for *saksbehandlere* som «behandler søknader om spesialistgodkjenning fra utlandet».

Prosedyren inngår som en del av internkontrollen på området, og den beskriver hvordan Helsedirektoratet skal behandle og dokumentere søknader om spesialistgodkjenning fra utlandet på en enhetlig måte, i tråd med gjeldende regelverk og etablert forvaltningspraksis.

I prosedyren gjøres det rede for sentrale rammer for saksbehandlingen ved å vise til relevante lover og forskrifter. Den klargjør også roller og ansvar, herunder at «Avdelingsdirektør har det overordnede ansvaret for at alle i avdelingen har nødvendig kompetanse for å utføre tildelte arbeidsoppgaver, samt at medarbeiderne har en generell kompetanse på kravene til saksbehandling og dokumentasjon».

³³⁸ Prosedyre: «Konvertering av spesialistgodkjenning for helsepersonell fra utland», versjonnummer 3.00, Gyldig fra: 09.01.2026.

Om saksbehandlerne fremgår det at de «skal følge gjeldende regelverk, prosedyrer og arbeidsark for saksbehandlingen.» Videre følger det at informasjon skal arkiveres fortløpende, og at saksbehandler har ansvar for å følge opp egen saksportefølje, herunder med hensyn til å sørge for fremdrift og avslutning av egne saker.

Videre oppstiller prosedyren konkrete krav og arbeidssteg i saksbehandlingen. Dette innebærer blant annet habilitetsvurderinger, ivaretagelse av personvern etter GDPR og håndtering av dokumenter med sensitive opplysninger. I tillegg oppstiller prosedyren hvordan saker skal behandles når søkeren bruker en fullmektig, herunder krav til korrekt registrering og tilpasning av vedtakstekst når fullmektig mottar vedtaket.

Proseduren beskriver også hvordan søknaden skal vurderes. Saksbehandler skal sjekke om søkeren har andre saker i 360/HEGO som kan påvirke behandlingen, håndtere tilfeller med aktiv klagesak ved å informere Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten (Helseklage) om at det er sendt inn ny spesialistgodkjenningssøknad, og vurdere behov for verifisering av kvalifikasjoner, herunder via IMI i saker fra EU/EØS. Saksbehandler skal også «påse at det foreligger bekreftelse på at søkerens rett til å utøve yrket i annet land, ikke er tilbakekalt eller begrenset».

Videre omtales at saksbehandler skal «påse at søknaden er komplett», at det ved behov skal innhentes ytterligere informasjon gjennom anmodning i henhold til forvaltningsloven § 17, og at vurderingen skal foretas opp mot «kravene i regelverket (gjengitt i arbeidsarket) for aktuell spesialitet», og at dette skal dokumenteres gjennom å opprette et arbeidsark i hver enkelt sak. Arbeidsarket samler sakshistorikk, dokumentasjonskrav, begrunnelse og hvilke regler vedtaket bygger på, sammen med øvrige vesentlige opplysninger.

Avslutningsvis beskriver prosedyren kravene til vedtak og kvalitetssikring, herunder krav om obligatorisk annenhåndskontroll for alle vedtak:

«Hensikten med annenhåndskontroll/godkjenning er å ivareta prinsippene om åpen statsforvaltning og forebygge vedtak som blir fattet på feil grunnlag og korrupsjon.

Vi sikrer dette ved at en sak blir gjennomgått og godkjent av minst to saksbehandlere. Den som kontrollerer saken, skal gjennomgå arbeidsarket og vurderingene gjort i denne. [...]

Avslagsvedtak sendes til gjennomgang av jurist og til godkjenning av avdelingsdirektør.

Godkjenner kan returnere saken som ikke er godkjent, med en begrunnelse. Når saken godkjennes returneres vedtaket automatisk til saksbehandler.»

Når et vedtak er godkjent av annenhåndskontroll/godkjenner, skal saksbehandler ekspedere vedtaket og avslutte saken i HEGO. Av prosedyren fremgår det at før slik ekspedering, «må saksbehandler sjekke IMI Alerts, samt at brevdato er dagens dato, og samsvarer med dato for spesialistgodkjenning i HRP-fanen». Kontrollen av IMI Alerts rett før ekspedering er ett av flere strakstiltak, se nærmere om dette under pkt. 11.2.

Saksbehandler skal endelig foreta en vurdering av om saken er «prinsipiell», og om saken i tilfelle bør oppføres i avdelingens «praksisnotat». Vi har fått forelagt en rekke slike praksisnotater.

9.4.3 Arbeidsark

Som omtalt i prosedyren for «Konvertering av spesialistgodkjenning for helsepersonell fra utland»³³⁹, er såkalte «arbeidsark» sentrale for saksbehandlingen av søknader om spesialistgodkjenning.

Vi har fått fremlagt følgende arbeidsark:

- Arbeidsark, konvertering leger, spesialistforskriften § 33 annet ledd
- Arbeidsark, konvertering tannleger
- Arbeidsark, spesialistgodkjenning utland utenfor EØS
- Arbeidsark klinisk allmennsykepleie utland

Grunnleggende for arbeidsarkene er at disse knytter seg til ulike regelverk.

Som omtalt i pkt. 6, følger vilkårene for autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning av en rekke forskjellige regelverk avhengig av søkers utdanningsland, med noe ulike krav knyttet til om en søknad skal innvilges. For norske søkere reguleres søknaden hovedsakelig av de generelle reglene i helsepersonelloven med tilhørende forskrifter. For søkere med utdanning fra et EØS-land eller Sveits, reguleres søknaden av de generelle reglene i helsepersonelloven med tilhørende forskrifter og EØS-forskriften, lest i sammenheng med yrkeskvalifikasjonsdirektivet og EØS-avtalen. For tredjelandsborgere er søknaden hovedsakelig regulert av de generelle reglene i helsepersonelloven med tilhørende forskrifter. Alle disse søknadene er også underlagt de generelle saksbehandlingsreglene i forvaltningsloven og grunnleggende forvaltningsrettslige prinsipper om forsvarlig saksbehandling, samt rettsikkerhetsgarantier i annet regelverk.³⁴⁰ For samtlige søkere er det også en forutsetning at det ikke foreligger en tilbakekallsgrunn, jf. helsepersonelloven § 53 (2), jf. § 57, og EØS-forskriften § 22, jf. helsepersonelloven § 57.³⁴¹

9.4.4 Praksisnotater

Som omtalt under pkt. 9.4.2, skal saksbehandler ved avslutningen av saksbehandlingen av en søknad foreta en vurdering av om saken er «prinsipiell», og om saken i tilfelle skal oppføres i avdelingens «praksisnotat».

Vi har fått fremlagt tre slike praksisnotater:

- Praksisnotat konvertering
- Praksisnotat saksbehandling av utenlandssaker (ikke harmoniserte leger)
- Praksisnotat spesialistgodkjenning av sykepleiere med graden master i avansert klinisk allmennsykepleie

I praksisnotatene er det samlet og systematisert praksis fra enkeltsaker, med vekt på hvilke dokumentasjonskrav som stilles, hvilke kilder som kan benyttes for verifikasjon, og hvordan gjentakende problemstillinger håndteres i saksbehandlingen. Notatene er i hovedsak operative og praktisk orienterte; de beskriver typetilfeller (for eksempel når bestemte dokumenter ikke kan fremskaffes), hvilke alternative bekreftelser og yrkestitler som kan aksepteres (for eksempel når en bestemt yrkestittel i et land har fått et nytt navn), og hvilke vurderingsmomenter som tillegges vekt.

Et fellestrekk er at praksisnotatene i stor grad er bygget opp rundt (i) konkrete eksempler fra saksbehandling (angitt med saksnumre), (ii) henvisninger til relevant regelverk og/eller eksterne verifikasjonsmekanismer (for eksempel IMI), og (iii) interne avklaringer om terskler og beslutninger som skal sikre en mer ensartet praksis (for eksempel avklaringer tatt i et arbeidsmøte).

³³⁹ Prosedyre: «Konvertering av spesialistgodkjenning for helsepersonell fra utland», versjonsnummer 3.00, Gyldig fra: 09.01.2026.

³⁴⁰ Se nærmere om generelle forvaltningsrettslige prinsipper og rettsikkerhetsgarantier under pkt. 7.

³⁴¹ Se nærmere om adgangen til å nekte autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning i EØS-forskriften § 22 under pkt. 6.4.6.

I «Praksisnotat spesialistgodkjenning av sykepleiere med graden master i avansert klinisk allmennsykepleie» omtales det under pkt. 3.2 og pkt. 3.4 når IMI skal benyttes i forbindelse med saksbehandling av søknader som skal behandles i henhold til forskrift om spesialistgodkjenning for sykepleiere § 4 (om konvertering av utdanning fra andre EØS-stater og Sveits):

«Det er kun når søker oppfyller kravet til dokumentasjon av utdanning (studie- og emneplaner) at IMI skal brukes.»³⁴²

I praksisnotatet pkt. 4.1 fremgår det videre, om behandlingen av søknader som skal behandles i henhold til forskrift om spesialistgodkjenning for sykepleiere § 5 (om konvertering av utdanning fra land utenfor EØS og Sveits), at søker skal fremlegge følgende dokumentasjon på utdanning ved søknaden:

«Søker skal legge ved:

- Vitnemål/Diplom på mastergrad
 - Fagplan/studieplan for de årene utdanning er tatt
 - Fagplan for eventuelle innpassede fag som inngår i studiet
- Må også fremlegge CCPS» (vår utheving)**

Tilleggskravet om fremleggelse av CCPS er i praksisnotatet ikke oppstilt for søkere med utdanning fra andre EØS-stater og Sveits. Vi forstår at dette er uttrykk for gjeldende praksis, noe som innebærer at krav om fremleggelse av CCPS ikke gjelder for sistnevnte gruppe søkere, dvs. sykepleiere med norsk autorisasjon og utdanning i avansert klinisk allmennsykepleie fra en annen EØS-stat eller Sveits, og som ønsker sistnevnte konvertert til norsk spesialistgodkjenning.

Vi forstår det videre slik at ovennevnte også er dekkende for spesialistgodkjenning generelt, med unntak for nordiske land, hvor vi forstår at Helsedirektoratet vil innhente en bekreftelse direkte fra nasjonale myndigheter på om vedkommende søker med utdanning fra eller tilknytning til et nordisk land fortsatt har yrkesrett i behold, eller om denne er tapt eller for øvrig underlagt begrensninger.

9.4.5 Behandling av søknader om spesialistgodkjenning hvor søkeren i søknadsskjemaet har besvart bekreftende på spørsmålet om siktelse, tiltale eller dom for brudd på straffelov

I desember 2025 ble det innført et tilleggsspørsmål i søknadsskjemaet for spesialistgodkjenning hvor søkeren nå må svare bekreftende eller avkreftende («Ja» eller «Nei») på spørsmålet om vedkommende er «siktet, tiltalt eller dømt for brudd på straffelov i Norge eller annet land».³⁴³

For søknader om autorisasjon og lisens, hvor et likelydende spørsmål stilles til søkeren (se pkt. 9.2.2.9), er det som beskrevet i pkt. 9.3.5 etablert en særskilt prosedyre³⁴⁴ for behandling av søknader hvor søkeren har besvart spørsmålet bekreftende.

Vi har ikke fått fremlagt tilsvarende eller lignende prosedyre for hvordan søknader om spesialistgodkjenning skal behandles dersom søkeren besvarer spørsmålet bekreftende. Problemstillingen er heller ikke adressert i prosedyrene (se pkt. 9.4.2), arbeidsarkene (se pkt. 9.4.3) eller i praksisnotatene (se pkt. 9.4.4) som vi har fått fremlagt. Vi bemerker at det imidlertid følger eksplisitt av endringsloggen for prosedyren «Behandling av søknad om autorisasjon – Straffedom, tiltale, siktelse» (omtalt i pkt. 9.3.5), at «spesialistgodkjenning [ble fjernet] fra prosedyren» den 16. desember 2025. Vi forstår likevel at det er utarbeidet nærmere prosedyrer også på feltet for spesialistgodkjenning, og legger i det følgende til grunn at disse er identiske med prosedyren som gjelder for autorisasjon og lisens.

³⁴² Se «Praksisnotat spesialistgodkjenning av sykepleiere med graden master i avansert klinisk allmennsykepleie» under pkt. 3.2 og 3.4.

³⁴³ Implementeringen er omtalt i Første Rapport (se pkt. 4.3.2) og i Andre Rapport (se pkt. 4.3.3).

³⁴⁴ Prosedyre: «Behandling av søknad om autorisasjon – Straffedom, tiltalte, siktelse», Dokument ID: 7745, versjonsnummer 1.1, opprettet 16.12.2025.

10 «Smutthullet» i autorisasjons-, lisens- og spesialistgodkjenningsordningene

10.1 Innledning

Som omtalt under pkt. 4.2, kunne VG gjennom «Bad Practice»-prosjektet avsløre, på tidspunktet for publisering høsten 2025, at «minst 23 leger» som var fratatt autorisasjonen i utlandet, likevel hadde kunnet utøve yrket i Norge etter å ha blitt innvilget norsk autorisasjon og/eller spesialistgodkjenning av Helsedirektoratet.

Det ble i artikkelserien omtalt at «alarmen har gått hos norske myndigheter», og Helsedirektoratet skrev i Første Rapport at VG hadde «avdekket et smutthull der helsepersonell som er under etterforskning, eller har en pågående tilsynssak i annet EØS-land, kan få yrkesrett i Norge.»³⁴⁵

I rapporten ble det videre pekt på at det er utfordringer på autorisasjons- og spesialistgodkjenningssområdet:

«Det er utfordringer knyttet til begrensede muligheter for kontroll av søkere som er under etterforskning, siktet, tiltalt, dømt eller har en pågående tilsynssak i annet EØS-land, mens de søker om norsk autorisasjon eller spesialistgodkjenning.»

Gjennom Første Rapport og Andre Rapport har Helsedirektoratet beskrevet hvordan direktoratets handlingsrom er – og til en viss utstrekning fortsatt er – begrenset. Det ble redegjort for strakstiltak som ville bli implementert, samt foreslått ytterligere tiltak for å styrke saksbehandlingen slik at Helsedirektoratet kunne ha «avdekket forholdene som fremkommer i media»:

Strakstiltak	Foreslåtte tiltak
Utvidet tilgang til IMIs varslingsmodul	Lovhjemmel for å kunne innhente utvidet politiattest for søkere
Spørsmål om straffbare forhold i søknadsskjemaet (egenrapporteringskrav)	Samarbeid om en felles standard for rapportering i IMI
Utvidet kontroll i saksbehandlingsrutinene	Gjennomgang av saker tilbake i tid
	Bruk av åpne kilder i saksbehandlingen, slik som Google
	Økt digitalisering og mulig bruk av KI

Strakstiltakene og de foreslåtte tiltakene vil bli omtalt nærmere under henholdsvis pkt. 11 og pkt. 12. Vi vil i tillegg under pkt. 12.7 flg. foreslå enkelte mulige supplerende eller alternative tiltak.

I den nærmere omtalen av «smutthullet» skriver Helsedirektoratet i Første Rapport:

«Før følgende er på plass, kan Helsedirektoratet ikke være sikre på at smutthullet tettes:

- Behov for å varsle om pågående tilsynssaker der endelig avgjørelse ennå ikke er tatt i landet som varsler
- Hjemmel for å kreve utvidet politiattest
- Et felles europeisk rammeverk for egnethetsvurderinger, når det varsles og hva det skal varsles om. Dersom de europeiske landene ikke benytter seg av samme standard for når et personell avskiltes, vil Helsedirektoratet ikke motta nødvendig informasjon som kan være av betydning for autorisasjonssøknaden i Norge.»

Videre pekes det på:

³⁴⁵ Se nærmere omtale av Første Rapport under pkt. 4.3.2.

«Så lenge det ikke innføres felles krav som regulerer når hvert EØS-land skal varsle, hva det skal varsles om og hvordan egnethet vurderes, kan Helsedirektoratet aldri være sikre på at varslingen i IMI omfatter samtlige forhold av betydning for norsk autorisasjon eller spesialistgodkjenning.»

Vi vil i dette punktet knytte nærmere kommentarer til det identifiserte «smutthullet», og hvordan «smutthullet» til dels kan tettes gjennom forvaltningsrettens generelle regler. Sentralt for vurderingen står ambisjonsnivået i godkjenningsordningene, og – som gjennomgangen under vil vise – spørsmålet om dette er et nyoppdaget problem eller en kjent svakhet som har forblitt uadressert over tid.

10.2 Om «smutthullet»; noe nytt eller har det “alltid” vært der?

10.2.1 Innledning

For å ta stilling til hvordan «smutthullet» kan «tettes», er det etter vårt syn grunnleggende å se hen til bakgrunnen for dette: Er det noe nytt, eller har det alltid vært der?

10.2.2 Perioden 2000–2007: De første forslagene og innføringen av helsepersonelloven § 20 a

I februar 2000 fremsatte fire stortingsrepresentanter fra Høyre forslag «om vurdering av krav om vandelsattest for helsepersonell for å skjerme barn fra kontakt med helsepersonell som er siktet, tiltalt eller dømt for seksuelle overgrep mot barn». Forslagsstillerne viste her til at det «[s]tadig avdekkes tilfeller der barn utsettes for seksuelle overgrep fra personer som har et tillits- eller omsorgsansvar overfor barnet».

Forslagsstillerne viste videre til at «så vidt [de hadde] kunnet bringe på det rene, foretas det imidlertid i dag ikke noen kontroll av helsepersonellsandel ved tildeling av autorisasjon – det innhentes kun en egenerklæring», og tok til orde for at det vil «være naturlig å kreve politiattest ved utstedelse av autorisasjonsdokumenter».³⁴⁶

I april 2002 fremsatte tre stortingsrepresentanter fra Fremskrittspartiet forslag til Stortinget om «krav om særskilt politiattest for alle som i sitt virke arbeider med mindreårige». Om bakgrunnen for forslaget ble det vist til at det «[t]il stadighet fremkommer det i media saker hvor personer som har begått seksuelle overgrep har fått stillinger som innebærer daglig nærkontakt med barn og unge.»³⁴⁷

De respektive forslagene ble behandlet av Sosialkomiteen, og ledet til at Stortinget fattet vedtak som foranlediget høringsnotatet med forslag om krav om politiattest for personell som skal yte helse- eller sosialtjenester til barn eller utviklingshemmede. Høringsnotatet ble sendt på høring 23. august 2005, og ledet senere frem til innføringen av kravet om fremleggelse av politiattest i helsepersonelloven § 20 a.³⁴⁸

Som omtalt under pkt. 8.5.4, innga Statens autorisasjonskontor for helsepersonell (SAFH) høringsinnspill under lovforberedelsen, hvor det ble vist til at autorisasjonsmyndigheten hadde manglende «reelle virkemidler» for den «lovpålagt[e]» egnethetsvurderingen:

«SAFH påpeker at autorisasjonskontoret er lovpålagt å vurdere alle autorisasjonssøkeres egnethet som helsepersonell, og at det ved autorisasjonstidspunktet ikke skal foreligge tilbakekallelsegrunner. **SAFH sier at de ikke har reelle virkemidler til å etterprøve dette,**

³⁴⁶ Dokument nr. 8:41 (1999–2000) Forslag fra stortingsrepresentantene Annelise Høegh, Sonja Irene Sjøli, Trond Helleland og Kristin Krohn Devold om vurdering av krav om vandelsattest for helsepersonell for å skjerme barn fra kontakt med helsepersonell som er siktet, tiltalt eller dømt for seksuelle overgrep mot barn.

³⁴⁷ Dokument nr. 8:117 (2001–2002) Forslag fra stortingsrepresentantene Ulf Erik Knudsen, Karin S Woldseth og Jan Arild Ellingsen angående krav om særskilt politiattest for alle som i sitt virke arbeider med mindreårige

³⁴⁸ Se også Innst.S.nr.194 (1999–2000) og Innst.S.nr.26 (2002–2003).

og at hjemmel for politiattest for alt helsepersonell vil kunne avhjelpe dette problemet.»³⁴⁹ (vår utheving)

SAFH tok også til orde for utvidede politiattester, og uttalte at «de ikke er enige i avgrensningen mot annen grov vold, narkotika, sedelighet, økonomisk utroskap og andre forbrytelser. **SAFH sier dette er forhold autorisasjonsmyndighetene har stor interesse av å få kunnskap om, jf. hlspl. § 1 om tillit og pasientsikkerhet.»³⁵⁰ (vår utheving)**

Lovforarbeidene viser at departementet vurderte hvorvidt det burde innføres et «alminnelig krav om politiattest», at departementet var «kjent med at det foreligger konkrete saker hvor voksne kvinner har blitt utsatt for seksuelt misbruk fra helsepersonell», og at departementet var kjent med høringsuttalelsen fra SAFH:

«Vi vil også vise til høringsuttalelsen fra Statens autorisasjonskontor for helsepersonell der de påpeker at kontoret er lovpålagt å vurdere alle autorisasjonssøkeres egnethet som helsepersonell, og at det ved autorisasjonstidspunktet ikke skal foreligge tilbakekallelsegrunner. **Departementet ser at en plikt for autorisasjonssøkere til å fremlegge politiattest ved søknad om autorisasjon vil kunne avhjelpe dette problemet.»³⁵¹**

Etter en «samlet vurdering» kom departementet likevel til at det «ikke bør innføres et alminnelig krav om politiattest for helsepersonell uavhengig av hvilke pasientgrupper de yter helsehjelp til.» Begrunnelsen var:

«De administrative og økonomiske konsekvenser et slikt krav vil medføre, sett i lys av det inngrep det representerer for det aktuelle personell, og at det er uklart hvilken effekt et slikt krav eventuelt vil ha, tilsier etter departementets vurdering at det ikke bør innføres.»³⁵²

Resultatet var at autorisasjonsmyndigheten ikke ble gitt det etterspurte «virkemiddel[et]» om «hjemmel for politiattest for alt helsepersonell» som ifølge autorisasjonsmyndigheten kunne ha avhjulpet det uttalte «problemet» med at det ikke forelå «reelle virkemidler» for en vurdering av «autorisasjonssøkernes egnethet som helsepersonell, og at det ved autorisasjonstidspunktet ikke skal foreligge tilbakekallsgrunner».³⁵³

I stedet trådte det med virkning 1. april 2007 i kraft en regel om krav om politiattest som forutsetter fremleggelse *etter* autorisasjonstidspunktet til arbeidsgiver mv., for helsepersonell som skal yte helsehjelp til barn eller personer med utviklingshemming. For disse gruppene er det kun krav om fremleggelse av «politiattest utstedt i Norge», og det er erkjent at dette åpner opp for at «de som kommer til Norge i voksen alder kan komme til å levere en «ren» politiattest, utstedt i Norge, selv om de kan være dømt for seksuelle overgrep i tidligere oppholdsland.»³⁵⁴

Allerede her – i 2007 – var det altså identifisert og erkjent at autorisasjonsordningen hadde en iboende svakhet: Autorisasjonsmyndigheten manglet virkemidler for å kunne gjennomføre den lovpålagte egnethetsvurderingen, og det var erkjent at det forelå et problem som kunne utfordre pasientsikkerheten og tilliten til helsetjenesten.

³⁴⁹ Se Ot.prp.nr.86 (2005–2006) på side 18.

³⁵⁰ Se Ot.prp.nr.86 (2005–2006) på side 20.

³⁵¹ Se Ot.prp.nr.86 (2005–2006) på side 19.

³⁵² Se Ot.prp.nr.86 (2005–2006) på side 19.

³⁵³ Se Ot.prp.nr.86 (2005–2006) på side 18.

³⁵⁴ Se Ot.prp.nr.86 (2005–2006) på side 20.

Til ovennevnte bemerker vi at yrkeskvalifikasjonsdirektivet ble vedtatt 7. september 2005, og at EØS-komiteen besluttet å innlemme direktivet i EØS-avtalen 26. oktober 2007. Som omtalt under pkt. 8.3.1.3 foranlediget gjennomføringen av direktivet i norsk rett lovendringer, herunder i helsepersonelloven.

Helsetilsynet adresserte den gang i en høringsuttalelse utfordringer knyttet til at «EØS-landene har ulikt regelverk og tradisjoner i forhold til sanksjonering/reaksjoner overfor helsepersonell. Det som anses å være en klar tilbakekallsgrunn i Norge, vil ikke nødvendigvis oppfattes slikt i andre EØS-land.»³⁵⁵ Helsetilsynet bemerket også:

«Der grunnlag for uegnet er helsepersonells personlige forhold, slik at opplysninger om det er taushetsbelagt, kan det være problematisk å utlevere slike opplysninger til utenlandske myndigheter. [...] Etter helsepersonelloven § 66 har Statens helsetilsyn plikt til å underrette de landene Norge er folkerettslig forpliktet til å informere. **Men også her er det usikkerhet med hensyn til hva slags informasjon som kan utleveres, og i lovens forarbeider problematiseres dette også svært lite. Likevel vil slike opplysninger som regel være helt nødvendig for de utenlandske tilsynsmyndighetene for å kunne ta en selvstendig vurdering av om autorisasjonen kan/skal tilbakekalles [...].**»³⁵⁶ (vår utheving)

Om administrativt samarbeid mellom andre lands godkjenningsmyndigheter gjennom utveksling av opplysninger underlagt yrkeskvalifikasjonsdirektivet, fremholdt SAK:

«**Ved implementeringen av direktivets artikkel 8 og 56 kan det være at de faktaopplysninger (fra sak til sak og også mer proaktive opplysninger) som utveksles, vil berøre hjemmelsspørsmål og legalitetsprinsippet.** Dette gjelder særlig i forhold til norsk[e] regler om taushetsplikt og personvern. **Videre kan spørsmålet om utveksling av politiattester være aktuelt.** [...]»³⁵⁷

Som redegjort for under pkt. 8.3.1, konkluderte departementet med at yrkeskvalifikasjonsdirektivet:

- Ikke gir utenlandske tilsynsmyndigheter rett til å kunne «kreve utskrift fra strafferegisteret av norske myndigheter i forbindelse med helsepersonells tjenesteyting eller etablering i et annet land.»³⁵⁸
- Ikke pålegger landene plikt «til å formidle opplysninger om uavsluttede disiplinærsaker», og at det for øvrig «ikke vil være aktuelt å utveksle informasjon om åpning av tilsynssaker, politietterforskning eller lignende.»³⁵⁹
- Ikke pålegger landene plikt til å utveksle «opplysninger om advarsler», blant annet henvisning til at den motsatte løsningen kan «føre til urimelige konsekvenser for norsk helsepersonell.»³⁶⁰

10.2.3 Perioden 2010–2017: «Farlige leger», nordisk debatt og gjentatte avslag

Tidlig i 2010 kunne NRK fortelle om «Farlige leger» gjennom en rekke nyhetsreportasjer og artikler. I en artikkel publisert den 20. februar 2010 fortalte NRK om at «[u]tenlandske leger som har gjort alvorlige feil, får likevel jobb i Norge.»³⁶¹

Oppslagene foranlediget en større debatt om informasjonsutveksling mellom særlig de nordiske landene og innenfor EU/EØS, samt forslag om innføring av et felles helsepersonellregister i Norden eller EU/EØS.

³⁵⁵ Se Ot.prp.nr.26 (2007-2008) på side 20.

³⁵⁶ Se Ot.prp.nr.26 (2007-2008) på side 20.

³⁵⁷ Se Ot.prp.nr.26 (2007-2008) på side 33–34.

³⁵⁸ Se Ot.prp.nr.26 (2007-2008) på side 33.

³⁵⁹ Se Ot.prp.nr.26 (2007-2008) på side 34.

³⁶⁰ Se Ot.prp.nr.26 (2007-2008) på side 34–35.

³⁶¹ Se «Tabbeleger får jobb i Norge» publisert av NRK den 20. februar 2010: [Lenke](#) (lastet ned 30. april 2026).

I forlengelsen av oppslagene, og lignende oppslag i Danmark, oppstod det i løpet av februar og mars 2010 en debatt om behovet for å utveksle mer informasjon, herunder mellom de nordiske landene. Det ble videre tatt initiativ til å opprette «et internasjonalt register over leger som har gjort feil i tjenesten», alternativt et «felles nordisk register».³⁶² Helsetilsynet varslet også om en enighet «med tilsynsmyndighetene i Danmark og Sverige om at man også skal utveksle informasjon om mindre strenge former for reaksjon, som advarsler i tilsynssaker.» Tidligere hadde myndighetene først varslet hverandre «når legers og andre helsearbeideres autorisasjon begrenses eller trekkes tilbake.»³⁶³

Parlamentarikere i Nordisk råd oppfordret Nordisk ministerråd til å opprette et nordisk elektronisk register over helsepersonell. Nordisk ministerråd sa i oktober 2015:

«[...] nei til et nordisk register og i stedet arbeidet [Nordisk ministerråd] for å få i stand en tettere nordisk informasjonsutveksling innenfor rammen av EUs alarmsystem IMI, International Market Information System.»³⁶⁴

Ministerrådet hadde samtidig «arbeidet med å endre Arjeplog-avtalen», og for at «reglene i EUs yrkeskvalifikasjonsdirektiv nå blir gjeldende i hele Norden», slik at «alle nordiske land får muligheten til å bruke alarmsystemet IMI».³⁶⁵

De nordiske helseministerne fikk den gang sterk kritikk av Nordisk Råds velferdsutvalg for å si nei til et nordisk helsepersonellregister. Velferdsutvalget mente at «de nordiske helse- og sosialministrene spiller russisk rulett med pasienter i Norden.»³⁶⁶

Den daværende statssekretæren Nina Tangnæs Grønvold forklarte til VG at det «viktigste for dem nå er å få på plass et felles, europeisk varslingsystem.» Om hvorfor et felles nordisk personellregister ikke ble funnet hensiktsmessig, viste hun til at «de nordiske landene har ulik lovregulering, ulik åpenhet og ulike systemer. De nordiske ministrene vil derfor ikke jobbe med å lage et felles nordisk register, men med andre tiltak.»³⁶⁷ Videre ble det vist til at «Norge allerede utveksler informasjon om advarsler og tilbakekalling av autorisasjoner med de andre nordiske landene», og at «[r]egistrering av alt autorisert helsepersonell i EØS-området i et felles register er ikke en aktuell problemstilling.»³⁶⁸ Debatten om et felles helsepersonellregister er omtalt nærmere under pkt. 12.7.2.

Parallelt med at debatten om et felles helsepersonellregister pågikk på særlig nordisk nivå, trådte helse- og omsorgstjenesteloven i kraft 1. januar 2012.

I lovens forarbeider fremgår at det «har i de senere årene vært vedtatt krav om politiattest i flere lover.»³⁶⁹ I forarbeidene ble det også vist til at departementet i Ot.prp.nr 86 (2005–2006) hadde vurdert at «det ikke burde innføres et alminnelig krav om politiattest for helsepersonell uavhengig av hvilke pasientgrupper de yter helsehjelp til». Ved innføringen av loven ble det særlig adressert hvorvidt det for helse- og omsorgstjenester burde oppstilles et generelt krav om politiattest, og ikke bare der hvor det var tale om arbeid overfor barn eller utviklingshemmede. Utvidelsen ble nedstemt.

³⁶² Se «Vil ha internasjonalt register over tabbeleger», publisert av VG den 21. februar 2010: [Lenke](#) (lastet ned 30. april 2026).

³⁶³ Se «Oppretter skandinavisk legetabbe-register», publisert av NRK den 28. februar 2010: [Lenke](#) (lastet ned 30. april 2026).

³⁶⁴ Se «Slik stanses nomadelegene – politisk kompromiss om nordisk register», publisert av Nordisk samarbeid den 27. oktober 2015: [Lenke](#) (lastet ned 30. april 2026).

³⁶⁵ Ibid.

³⁶⁶ Se «Sier nei til nordisk tabberegister», publisert i VG den 27. juni 2013: [Lenke](#) (lastet ned 30. april 2026).

³⁶⁷ Ibid.

³⁶⁸ Ibid.

³⁶⁹ Prop.91 L (2010-2011) på side 290.

Spørsmålet om krav om politiattest for personell i den kommunale helse- og omsorgstjenesten – uavhengig av hvilke pasient- eller brukergrupper de skal yte tjenester til – kom imidlertid opp igjen noen år senere. Som omtalt under pkt. 8.5.5, ble et slikt krav innført med virkning fra 1. januar 2017 gjennom at helse- og omsorgstjenesteloven § 5-4 ble endret. Også den gang ble det vist til at departementet i Ot.prp.nr 86 (2005–2006) hadde vurdert at «det ikke burde innføres et alminnelig krav om politiattest for helsepersonell uavhengig av hvilke pasientgrupper de yter helsehjelp til».³⁷⁰

10.2.4 Nærmere om perioden 2015–2016: Ny § 48 a i helsepersonelloven og SAKs gjentatte anbefaling

Den 3. november 2015 ble forslag til endringer i daværende helsepersonelloven § 48 og § 53 b sendt på høring sammen med forslag til ny forskrift om tilleggskrav for autorisasjon av helsepersonell med yrkeskvalifikasjoner fra land utenfor EØS og Sveits. Bakgrunnen for høringen var blant annet et identifisert «behov for å klargjøre vilkårene for autorisasjon, slik at bestemmelsen blir lettere tilgjengelig for brukerne og derved bidrar til større forutsigbarhet for dem som søker om autorisasjon».³⁷¹ Dette skulle gjøres ved å samle vilkårene for autorisasjon i en ny § 48 a.

Av høringsnotatet fremgår følgende:

«Autorisasjon gis ikke til en søker som vurderes som uegnet for yrket, jf. helsepersonelloven §§ 53 og 57. Søker er uegnet om det foreligger forhold som ville medført tilbakekall av autorisasjon etter § 57. **Ved søknad om autorisasjon blir ikke egnethet vurdert nærmere med mindre SAK har fått opplysninger eller holdepunkter om forhold som kan indikere uegnethet.**»³⁷² (vår utheving)

Om «Administrative konsekvenser» av forslaget for SAKs vedkommende, fremgår:

«SAK skal i forslaget til ny ordning fortsatt foreta samme jevngodhetsvurdering som tidligere og deretter underrette søker om utfallet av avgjørelsen. **I tillegg skal SAK, som i dag, kontrollere at tilleggskravene er oppfylt før de utsteder autorisasjon.** [...]»³⁷³ (vår utheving)

Under omtalen av «Autorisasjon av helsepersonell i andre nordiske land», fremgår det at svenske Socialstyrelsen vil «be om politiattest» fra søkeren før autorisasjon til lege, tannlege, sykepleier og optiker innvilges.

I høringen ble det inngitt innspill fra 57 høringsinstanser, herunder fra SAK som igjen foreslo at «alle søkere må fremlegge gyldig politiattest»:

«Politiattest:

SAK anbefalte obligatorisk krav om politiattest i juni 2011. Det er først og fremst et behov for dette for norskutdannede søkere. For søkere utdannet utenfor EØS som har oppholdt seg i Norge før det fremsettes søknad om autorisasjon, vil det være et bidrag til trygging av pasientsikkerhet, at det innhentes politiattest også fra disse.

Obligatorisk politiattest vurderes som en fordel også for søkere utdannet utenfor EØS.

SAKs anbefaling:

³⁷⁰ Prop.94 L (2015-2016) på side 7.

³⁷¹ Prop.99 L (2014-2015) på side 7.

³⁷² Høringsnotat, Forslag til ny autorisasjonsordning for helsepersonell utdannet utenfor EØS, Helse- og omsorgsdepartementet, 3. november 2014 ([Link](#)).

³⁷³ Ibid. på side 32.

For å trygge pasientsikkerheten må det være et obligatorisk krav om politiattest for alle som søker om autorisasjon og lisens. Dette må også gjelde søkere utdannet utenfor EØS.»³⁷⁴

Det fremgår av høringsinnspillene at også Finnmarkssykehuset anbefalte «at man i Norge følger Sveriges eksempel og sørger for at krav om innlevert godkjent politiattest inngår som forutsetning for nasjonal autorisasjon.»³⁷⁵

Endringen ble gjennomført, og ny § 48 a i helsepersonelloven trådte i kraft 1. juli 2017.³⁷⁶ I endringslovens forarbeider fremgår det at enkelte høringsinstanser hadde påpekt at:

«SAK må foreta en vurdering av *egnet* ved behandlingen av autorisasjon. **En vurdering av hvorvidt en søker er *egnet* for et yrke vil som regel innebære at søkeren må vurderes over tid. SAK vil dermed ikke kunne foreta en slik vurdering basert på innsendt dokumentasjon.** Etter bestemmelsen kan SAK imidlertid nekte en søker autorisasjon, dersom det foreligger informasjon som tilsier at søkeren er *uegnet*. Søker anses *uegnet* om det foreligger forhold som ville medført tilbakekall av autorisasjon.

Enkelte høringsinstanser har uttalt at det bør stilles krav om politiattest. [...] Det er på nåværende tidspunkt ikke aktuelt å innføre et krav om å fremlegge politiattest i forbindelse med søknad om autorisasjon.»³⁷⁷ (våre uthevninger)

Departementet avviste altså – nok en gang – autorisasjonsmyndighetens ønske om hjemmel for fremleggelse av politiattest i forbindelse med søknad om autorisasjon, til tross for at autorisasjonsmyndigheten selv hadde anbefalt dette siden 2005, gjentatt anbefalingen i 2011, og fremmet den på nytt i 2015.

10.2.5 2020: Helsedirektoratets brev til Helse- og omsorgsdepartementet med anmodning om lovhjemmel og utredning av handlingsrom

Vi har i anledning utredningen fått fremlagt et brev som Helsedirektoratet sendte til Helse- og omsorgsdepartementet den 11. november 2020. Brevet har tittelen:

«Behov for politiattest/vandelsopplysninger ved søknad om autorisasjon og lisens».

I brevet viser Helsedirektoratet til tidligere dialog, etter initiativ fra daværende Statens autorisasjonskontor for helsepersonell (SAK), med departementet om «behov for innhenting av politiattest i behandlingen av søknad om autorisasjon og lisens og forslag om etablering av hjemmel for dette.» Om bakgrunnen fremgår:

«Bakgrunnen for forslaget var at det ved flere anledninger har vist seg å være behov for vandelsopplysninger som viktige og nyttige tilleggsopplysninger for vurdering av egnethet som helsepersonell, jf. helsepersonelloven § 48 a andre ledd bokstav b. **Dette behovet er fortsatt gjeldende, særlig i saker der søkeren har utdanning fra utenlandsk lærested.**» (vår utheving)

Om Helsedirektoratets begrensede muligheter til å foreta egnethetsvurdering fremgår:

³⁷⁴ Høringsuttalelse fra Statens autorisasjonskontor for helsepersonell (SAK) – Forslag til ny autorisasjonsordning for helsepersonell utdannet utenfor EØS, Statens autorisasjonskontor for helsepersonell, 2. februar 2015: [Lenke](#) (lastet ned 29. april 2026).

³⁷⁵ Høringsinnspill fra Finnmarkssykehuset, 19. januar 2015: [Lenke](#) (lastet ned 29. april 2026).

³⁷⁶ Se Lov om endringer i helsepersonelloven mv. (LOV-2015-06-19-59) (vilkår for autorisasjon) og Ikraftsetting av lov 19. juni 2015 nr. 59 om endringer i helsepersonelloven mv. (FOR-2015-06-19-678) (vilkår for autorisasjon).

³⁷⁷ Prop.99 L (2014-2015) på side 17.

«**I praksis har godkjenningsmyndigheten svært begrenset mulighet til å vurdere egnethet** dersom det ikke foreligger informasjon fra utdanningsinstitusjon, rettsapparatet eller andre om forhold som kan tilsa at vedkommende ikke er egnet.» (vår utheving)

Helsedirektoratet peker på at stadig flere norske studenter tar utdanning utenfor Norge, og at direktoratet for utenlandske utdanninger normalt ikke har kjennskap til opptakskravene, herunder om lærestedene stiller vandelskrav:

«Det innebærer at Helsedirektoratet risikerer å godkjenne helsepersonell som er straffet for forhold som har betydning for autorisasjonsvurderingen, **uten at vi har hatt mulighet til å gjøre en egnethetsvurdering i den aktuelle saken.**» (vår utheving)

I brevet vises det videre til to konkrete saker der direktoratet, basert på anonyme tips, ble gjort oppmerksom på at det var gitt autorisasjon til straffedømte leger. Helsedirektoratet skriver at i «begge sakene anses det å foreligge forhold som er av betydning for autorisasjonsvurderingen», og at sakene var «under behandling med tanke på omgjøring».

Om gjeldende rett og konsekvensene av manglende hjemmel, fremgår:

«**Egnethetsvurderingen som Helsedirektoratet skal foreta etter helsepersonelloven, er i dag i realiteten til en viss grad overlatt til arbeidsgivere som har hjemmel for å kreve politiattest før ansettelse.** For øvrig kan helsepersonell som har begått alvorlige straffbare handling uten å melde fra om dette ved søknad om godkjenning, søke jobb hos arbeidsgivere som ikke har hjemmel for å etterspørre politiattest. **Slik sett er det en fare for at helsepersonell som ikke er egnet som helsepersonell likevel får rett til å utøve yrket.**» (våre uthevinger)

Helsedirektoratets konklusjon var at det er behov for en hjemmel i helsepersonelloven for å innhente politiattest ved behandling av søknader om autorisasjon og lisens:

«Helsedirektoratet mener det er behov for en hjemmel i helsepersonelloven for å innhente politiattest ved behandling av søknader om autorisasjon og lisens. Dette for i større grad å kunne ivareta sikkerheten til pasientene og kvaliteten og tilliten til helse- og omsorgssektoren. **Som det fremgår ovenfor har Helsedirektoratet som følge av mangelfullt grunnlag gitt autorisasjon til straffedømte fordi vi ikke har hatt tilgang til vandelsopplysninger.**» (vår utheving)

Videre opplyses det i brevet at Helsedirektoratet «i dag [er] avhengig av at søkeren selv uoppfordret gir oss informasjon som gjør oss i stand til å vurdere det aktuelle vilkåret, eventuelt at vi mottar opplysninger og tips fra andre.» Helsedirektoratet trakk videre frem en alternativ løsning, dersom lovhjemmel ikke var mulig å få i stand:

«Dersom det ikke er mulig å få i stand lovhjemmel for innhenting av politiattest, **ønsker Helsedirektoratet en vurdering av hjemmel for å innføre en form for "egenerklæring" på søknadsskjema, hvor søkeren selv bekrefter at det ikke foreligger forhold som kan medføre at vedkommende ikke er egnet som helsepersonell.** Dette på lik linje med annen dokumentasjon søker må fremlegge ved søknad om godkjenning, og som søkeren er forpliktet til å bekrefte ektheten av. Hva som skal avkreftes, eventuelt hva søkeren skal gi opplysninger om ved søknad om godkjenning, må i så fall fremgå av veiledning til søknadsprosessen. Dette vil imidlertid ikke være en fullgod eller anbefalt løsning.»

Etter det vi er kjent med, besvarte ikke Helse- og omsorgsdepartementet Helsedirektoratets henvendelse.³⁷⁸ Vi kjenner ikke den nærmere bakgrunnen for hvorfor henvendelsen ikke ble besvart. Vi forstår videre at Helsedirektoratet heller ikke selv gikk videre med å utrede eller implementere den alternative løsningen – «en form for "egenerklæring"» – før helt nylig, da den ble innført som et strakstiltak etter VGs «Bad Practice»-artikkelserie. Strakstiltaket er nærmere omtalt under pkt. 11.3.

10.2.6 2020–2021: Helsedirektoratets ønske om informasjonsutveksling om verserende tilsynssaker med de nordiske landene

Den 7. februar 2020 sendte Helse- og omsorgsdepartementet på høring forslag om å lovfeste et tydelig unntak fra taushetsplikten for Statens helsetilsyns underretning om tilsynsreaksjoner til andre forvaltningsorganer i Norge og utlandet.

Bakgrunnen var blant annet at Arjeplogavtalen var blitt revidert i 2018, og at endringene trådte i kraft 1. februar 2020.³⁷⁹ Arjeplogavtalen har bestemmelser om utveksling av tilsynsopplysninger om helsepersonell. De nordiske statene, Færøyene og Grønland var blitt enige om innbyrdes å underrette hverandre om alle beslutninger på tilsynsområdet som begrenser, fratar, forbyr eller tilbakekaller autorisasjon eller lisens for en yrkesutøver.

Avtalen åpnet også for å gi ytterligere informasjon om mulige og verserende tilsynssaker:

«Hvis en kontraherende stat, Færøyene eller Grønland mottar informasjon om eller ellers har grunnlag for å anta at helsepersonell som er gjenstand for en undersøkelse vedrørende en mulig beslutning som [begrenser, fratar, forbyr eller tilbakekaller virksomheten for helsepersonell som er innehavere av en autorisasjon eller lisens] eller [andre beslutninger på tilsynsområdet], er reist eller vil reise til en av de andre kontraherende stater, Færøyene eller Grønland med henblikk på å utføre virksomhet som helsepersonell, kan den kontraherende stat, Færøyene eller Grønland underrette de øvrige kontraherende statene, Færøyene og Grønland om dette såfremt det er mulig etter nasjonal lovgivning».³⁸⁰

I høringsnotatet³⁸¹ ble det vist til at Helsetilsynet, «[s]om en del av det internasjonale samarbeidet mellom de nordiske landene og EU/EØS om pasientsikkerhet og helsepersonell, gir og mottar [...] opplysninger om tilsynsreaksjoner.»³⁸²

Videre ble det vist til at statene etter Arjeplogavtalen skal:

«[...], hvis det er mulig etter nasjonal lovgivning, også underrette hverandre om andre vedtak enn tilbakekall og begrensninger i autorisasjon dersom det er av betydning for tilsynsvirksomheten. [...] **Som en følge av dette informerer Statens helsetilsyn rutinemessig Sundhedsstyrelsen i Danmark og Socialstyrelsen i Sverige om helsepersonell som ilegges advarsel.** Dette medfører at Statens helsetilsyn også mottar forespørslers fra Sundhedsstyrelsen og Socialstyrelsen om å få opplyst bakgrunnen for vedtaket. **Dette gjøres i dag ved at Helsetilsynet gir innsyn i en usladdet versjon (bortsett fra navnet på pasienter) av**

³⁷⁸ Se også Første Rapport under pkt. 3.5 på side 8, hvor det fremgår at «[h]envendelsen er ikke besvart». Oppslag i eInnsyn i saken «Vandelsopplysninger ved vurdering av autorisasjon og lisens@hjemmel for innhenting av politiattest» (saksnr. 2020/39381) viser at Helsedirektoratet sendte henvendelsen til Helse- og omsorgsdepartementet i november 2020, og at brevet ble journalført 18. november 2020. Det fremgår ikke av saken at Helse- og omsorgsdepartementet besvarte henvendelsen fra Helsedirektoratet. Saken er tilgjengelig her: [Lenke](#) (lastet ned 8. mai 2026).

³⁷⁹ Arjeplogavtalen er omtalt nærmere under pkt. 8.3.2.

³⁸⁰ Se Arjeplogavtalen artikkel 18 nr. 5.

³⁸¹ Høringsnotat «Forslag til endringer i helsepersonelloven, lov om Statens undersøkelseskomisjon for helse- og omsorgstjenesten mv. (enkelte unntak fra taushetsplikten og utvidet varslingsplikt til Ukom)», Helse- og omsorgsdepartementet: [Lenke](#) (lastet ned 29. april 2026).

³⁸² Ibid. på side 23–24.

vedtaket. Ved nærmere forespørsel kan det også bli aktuelt at Statens helsetilsyn gir ut opplysninger om begrunnelsen for tilsynsreaksjonen.»³⁸³ (våre understrekninger)

Det ble videre vist til at Helsetilsynet for sin praksis hadde lagt til grunn at forvaltningsloven § 13 b nr. 5 gav hjemmel for slik utlevering. Det ble imidlertid stilt «spørsmål ved om forvaltningslovens bestemmelser er anvendelig utenfor Norges grenser», og det ble vist til «at det ofte vil kunne være tale om svært personsensitive opplysninger.»³⁸⁴

Om behovet for informasjonsutveksling ble det vist til at:

«[i]kke bare har andre lands myndigheter behov for å vite om helsepersonell som arbeider hos eller som søker om å få godkjenning dem, har fått tilbakekalt eller begrenset sin godkjenning. **De kan også ha behov for å vite hva som var grunnen for vedtaket, for eksempel om det var tale om utilstrekkelig faglig kompetanse, misbruk av medikamenter eller overgrep mot barn.** Godkjenningsreglene i mange andre land, så vel som i Norge, er slik at helsepersonell som har blitt fratatt autorisasjonen i ett land ikke uten videre mister den i andre land. Dette henger blant annet sammen med at vilkårene for å tilbakekalle kan være ulike. **Godkjenningsmyndighetene må gjøre en konkret vurdering av det aktuelle helsepersonellets kompetanse og yrkesutøvelse.»³⁸⁵ (våre understrekninger)**

Departementet mente på denne bakgrunn at det var «behov for en tydeligere hjemmel for at Statens helsetilsyn uten hinder av taushetsplikten skal kunne utlevere opplysninger om tilsynsreaksjoner, inkludert advarsler, til forvaltningsorganer i andre land.»³⁸⁶

Til forslaget ble det inngitt høringsinnspill fra 12 høringsinstanser, herunder fra Helsedirektoratet, som pekte på behovet for informasjon om «begrunnelsen» for tilbakekall og reaksjoner, og som derfor var positive til lovforslaget:

«De nordiske landene har ulik lovgivning og reaksjonssystem og ser forskjellig på hvilken reaksjon som er hensiktsmessig å gi som følge av brudd på helselovgivningen. Et helsepersonell med rusmiddelproblemer vil vanligvis gi en "prøvetid" i Sverige.

Dette er en reaksjonsform som ikke finnes i Norge, hvor rusmiddelmisbruk som hovedregel vil føre til tilbakekall av norsk autorisasjon. **Det er derfor av stor betydning for Statens helsetilsyn å få vite begrunnelsen for at et helsepersonell med norsk autorisasjon har fått en reaksjon i et annet land, for å kunne gjøre en forsvarlig tilsynsmessig oppfølging av helsepersonellet i Norge. Ordlyden i helsepersonelloven § 66 tredje ledd er ikke avgrenset til at underretningen kun skal omfatte selve tilsynsbeslutningen, men åpner etter vår vurdering også for at underretningen kan omfatte den nærmere begrunnelsen for tilsynsreaksjonen.** Vi mener derfor forslaget er dekkende på dette punktet.»³⁸⁷

Høringssvaret viser imidlertid også at Helsedirektoratet var oppmerksomme på mulighetsrommet i Arjelogavtalen artikkel 18 nr. 4, omtalt over, og ønsket en utvidet unntaksregel:

³⁸³ Høringsnotat «Forslag til endringer i helsepersonelloven, lov om Statens undersøkelseskomisjon for helse- og omsorgstjenesten mv. (enkelte unntak fra taushetsplikten og utvidet varslingsplikt til Ukom)», Helse- og omsorgsdepartementet: [Lenke](#) (lastet ned 29. april 2026) på side 24.

³⁸⁴ Ibid.

³⁸⁵ Ibid.

³⁸⁶ Ibid.

³⁸⁷ Høringssvar fra Helsedirektoratet, Innspill til høring av forslag til lovendringer – Enkelte unntak fra taushetsplikten og utvidelse av varslingsplikten til Statens undersøkelseskomisjon, innspill til pkt. 3.2 Forslag om unntak fra taushetsplikten.

«Lovendringsforslaget dekker ikke utlevering av informasjon om tilsynssaker som er til vurdering av tilsynet, se Arjeplogavtalen artikkel 18 nr. 4. De nordiske landene har avtalt at, i den grad det er hjemlet i internretten, skal tilsynsmyndighetene underrette de andre landene på undersøkelsesstadiet av en tilsynssak når det er grunnlag for å anta at personellet som undersøkes har reist eller vil reise til en av de andre avtalestatene. **Vår vurdering er at det er klart behov for å gi tydelig lovhjemmel for at Statens helsetilsyn på samme måte kan underrette de aktuelle nordiske landene om at tilsynet vurderer å ilegge en nærmere bestemt tilsynsreaksjon overfor vedkommende. På den måten kan landene effektivisere samarbeidet om informasjonsutveksling og vernet om pasientsikkerheten.**»

Med virkning fra 1. juli 2021 ble helsepersonelloven § 66 (3) endret. I endringslovens forarbeider fremgår Helsedirektoratets uttalte behov for en bredere informasjonsdeling mellom myndigheter i ulike land om verserende tilsynssaker, men innspillet ble ikke tatt til følge:

«Som nevnt over er godkjenningsreglene i mange andre land, blant annet Norge, slik at helsepersonell som har mistet autorisasjonen i ett land, ikke automatisk mister autorisasjonen i andre land. Vilklårene for å tildele reaksjoner og reaksjonsformer varierer fra land til land. Forvaltningsorganene kan derfor ikke automatisk legge til grunn at en reaksjon gitt i ett land innebærer at vedkommende også skal tildeles reaksjon i et annet. **Den foreslåtte hjemmelen i høringsnotatet vil gi adgang til å dele informasjon om bakgrunnen for tildelingen av reaksjonen i Norge. Dette gjør det mulig for forvaltningsorganene i andre land å vurdere reaksjonen opp mot sine egne vilkår og reaksjonsformer.**

Helsedirektoratet peker på at forslaget ikke omfatter utlevering av informasjon om tilsynssaker som er til vurdering av tilsynet og mener det er behov for å ha tydelig hjemmel for at Statens helsetilsyn kan underrette om at de vurderer å ilegge en nærmere bestemt tilsynsreaksjon. Departementet viser til at det er [sic] kan være snakk om utlevering av svært personsensitiv informasjon og mener derfor at adgangen bør begrenses til de tilfellene det er konkludert at det foreligger grunnlag for en reaksjon etter helsepersonelloven. Det foreslås derfor ikke at adgangen til å underrette utvides til å omfatte saker hvor reaksjon vurderes, men ikke er fastsatt.»³⁸⁸ (våre uthevinger)

Departementet avviste altså – på ny – Helsedirektoratets uttalte ønske om å sikre lovhjemmel som muliggjorde at Helsedirektoratet kunne få informasjon om verserende tilsynssaker, og som Helsedirektoratet så et «klart behov» for. Behovet var begrunnet i «vern om pasientsikkerheten».

Vi bemerker at departementet i sin begrunnelse ikke viser til pasientsikkerheten, men vern av helsepersonell; at norske myndigheter ikke skulle utlevere «svært personsensitiv informasjon» om dem i form av informasjon om verserende tilsynssaker. Da saken ble debattert på Stortinget i første behandling den 13. april 2021, holdt både Tuva Moflag (A), Mari Holm Lønseth (H), Kjersti Toppe (SP) og Nicholas Wilkinson (SV), i tillegg til statsråd Bent Høie (H), innlegg eller replikk. Helsedirektoratets uttalte «klare behov» ble ikke kommentert.³⁸⁹

10.2.7 Oppsummering

Gjennomgangen viser at det identifiserte «smutthullet» ikke er noe nytt. Problemet – at autorisasjonsmyndigheten mangler reelle virkemidler for å vurdere søkeres egnethet, og særlig mangler tilgang til vandelsopplysninger og informasjon om verserende saker i nabolandene – har vært kjent og påpekt av autorisasjonsmyndigheten selv siden minst 2005.

³⁸⁸ Se Prop.65 L (2020-2021) på side 36.

³⁸⁹ Stortinget - Møte tirsdag den 13. april 2021, Sak nr. 8, Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om Endringer i helsepersonelloven mv. (lovfestet opprettelse av klinisk etikkomité, utvidet varslingsplikt og enkelte unntak fra taushetsplikten mv.) (Innst. 317 L (2020-2021), jf. Prop.65 L (2020-2021)): [Lenke](#) (lastet ned 30. april 2026).

Anbefalingen om hjemmel for politiattest ved autorisasjon ble gjentatt i 2011, 2015 og 2020, uten at lovgiver eller departementet tok grep for å gi autorisasjonsmyndigheten de etterspurte virkemidlene.

Departementets begrunnelse for å avslå har gjennomgående vært knyttet til administrative og økonomiske konsekvenser, samt usikkerhet om effekten av et slikt krav. Denne begrunnelsen ble fastholdt til tross for at;

- autorisasjonsmyndigheten gjentatte ganger dokumenterte konkrete saker der straffedømte hadde fått autorisasjon;
- Sverige og Danmark allerede har innført en tilsvarende ordning;
- det ble innført stadig mer omfattende politiattestkrav for arbeidsgivere i helsesektoren, uten at det tilsvarende ble gitt hjemmel for autorisasjonsmyndigheten; og
- Helsedirektoratets brev av 11. november 2020 – som eksplisitt dokumenterte at direktoratet hadde gitt autorisasjon til straffedømte leger – forble ubesvart.

«Smutthullet» som VG avdekket i 2025 synes med andre ord ikke å være et resultat av en uforutsett eller ukjent svakhet i regelverket, i hvert fall ikke for Helsedirektoratets forvaltningsområde. Det fremstår snarere som et resultat av regulatoriske valg, gjentatt over to tiår, om ikke å gi autorisasjonsmyndigheten de virkemidlene den selv anså som nødvendige for å ivareta pasientsikkerheten. Risikoen var kjent, dokumentert og kommunisert til departementet. At den underliggende risikoen materialiserte seg, kan i dette lyset vanskelig anses som uforutsett.

10.3 Handlingsrommet innenfor gjeldende rett

10.3.1 Innledning

Gjennomgangen under pkt. 10.2 viser at «smutthullet» har vært kjent og dokumentert i to tiår, og at Helsedirektoratet gjentatte ganger har etterspurt lovhjemler for å styrke informasjonsgrunlaget – uten å bli hørt. Dette har utvilsomt begrenset direktoratets handlingsrom.

Et spørsmål som likevel melder seg, er om Helsedirektoratet, innenfor de rettslige rammene som allerede forelå, hadde et handlingsrom som kunne ha blitt utnyttet i større grad. Vi reiser spørsmålet som en rettslig observasjon. I denne utredningen har vi begrenset innsikt i historiske rutiner, prosedyrer og søknadsprosesser på autorisasjons-, lisens- og spesialistgodkjenningsområdet. Observasjonene nedenfor må leses med dette som et tydelig forbehold.

10.3.2 Utredningsplikstens rekkevidde

Som gjennomgått under pkt. 7.2.4, påhviler det forvaltningen en utredningsplikt etter forvaltningsloven § 17 (1). Forvaltningsorganet skal «påse at saken er så godt opplyst som mulig før vedtak treffes». Plikten er relativ og må tilpasses sakens art, vedtakets karakter og de ressursene som står til rådighet.

For søknader om autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning innebærer utredningsplikten at Helsedirektoratet ikke bare skal vurdere om utdannings- og kvalifikasjonskravene i helsepersonelloven § 48 a (1) er oppfylt, men også om det foreligger omstendigheter som ville gitt grunnlag for tilbakekall etter helsepersonelloven § 57, jf. § 53 (2). Utredningsplikten omfatter dermed de forholdene som er relevante for egnethetsvurderingen etter § 48 a (2) bokstav b.

Helsedirektoratet har gitt uttrykk for at direktoratet «ikke [gjennomfører] egnethetsvurderinger rutinemessig», og at en slik vurdering bare foretas «når det foreligger særskilte opplysninger som kan tyde på at vedkommende ikke er egnet».³⁹⁰ Denne tilnærmingen bygger på en uttalelse i Prop.99 L (2014–2015) på side 9, der det fremgår at uegnethet «vurderes av SAK dersom SAK har fått opplysninger om forhold som kan indikere at søker er uegnet».

³⁹⁰ Uttalelsen fremgår av et internt notat av 4. mars 2026 som Vi har fått fremlagt i anledning utredningen. Uttalelsen synes å være konsistent med Rundskriv fra Helsedirektoratet, Helsepersonelloven med kommentarer (IS-2012-8) (sist endret 13. februar 2026).

Etter vårt syn kan denne forarbeidsuttalelsen ikke forstås slik at autorisasjonsmyndigheten er fritatt fra å stille relevante spørsmål og innhente objektivt sett nødvendig informasjon for å kunne treffe et forsvarlig og korrekt vedtak. I en rettslig kontekst kan uttalelsen vanskelig leses som en begrensning av den alminnelige utredningsplikten etter forvaltningsloven § 17. Vi viser også til at vilkåret i helsepersonelloven § 48 a (2) bokstav b er formulert negativt: søkeren «må [...] ikke være uegnet for yrket». Dette er et forhold autorisasjonsmyndigheten aktivt må ta stilling til ved sin behandling av søknaden.

Vi viser endelig til redegjørelsen for yrkeskvalifikasjonsdirektivet og EØS-forskriften under pkt. 6.4.6, hvor det er lagt til grunn at disse reglene ikke er til hinder for at norske myndigheter også overfor søkere fra EU/EØS oppstiller og håndhever et krav om skikkethet såfremt kravet oppstilles i samsvar med EØS-avtalens regler om fri bevegelighet.

10.3.3 Helsedirektoratets ansvar for sakens opplysning

I brevet til Helse- og omsorgsdepartementet av 11. november 2020 beskrev Helsedirektoratet at direktoratet «i dag [er] avhengig av at søkeren selv **uoppfordret** gir oss informasjon som gjør oss i stand til å vurdere det aktuelle [egnethets-]vilkåret, eventuelt at vi mottar opplysninger og tips fra andre.» (vår utheving)

Til dette bemerker vi at et forvaltningsorgan ikke er henvist til passivt å avvente at en søker uoppfordret gir informasjon. Forvaltningsretten bygger på det motsatte utgangspunktet: Det er forvaltningsorganet som har ansvaret for sakens opplysning, og som selv må definere og etterspørre de opplysningene organet anser nødvendige for en forsvarlig saksbehandling. Når loven oppstiller som vilkår at søkeren «må [...] ikke være uegnet for yrket», jf. helsepersonelloven § 48 a (2) bokstav b, følger det av den alminnelige utredningsplikten at forvaltningen må sørge for at det foreligger et tilstrekkelig grunnlag for å ta stilling til om vilkåret er oppfylt. Ved søknadsbaserte forvaltningssaker vil det være nærliggende å dekke informasjonsbehovet gjennom søknadsskjema eller dokumentasjonskrav.

Vi finner støtte for en slik forståelse i forarbeidene til den tidligere legeloven, der det fremgår:

«Det ledende synspunkt må være såvel ved meddelelse av autorisasjon eller lisens, som ved tilbakekall, at vedkommende skal fylle de relativt strenge krav til medisinske kunnskaper og faglig-etisk standard som ansvarlige helsemyndigheter må stille for å sikre publikum og pasienter en betryggende legetjeneste. Hensynet til virkningene for vedkommende søker eller lege, hans lange utdanning, skuffede forventninger, tap av levebrød, kan bare tilsi at nektelse eller tilbakekall av autorisasjon eller lisens ikke må skje uten en omhyggelig vurdering. **Slike menneskelige hensyn må ikke føre til at man slår av på de krav som må stilles til dem som har menneskers liv og helse som arbeidsfelt.**

[...]

Ved meddelelse av autorisasjon til kull av nye kandidater, er det klart at det er en enkel oppgave for en søker å bevise at han har krav på autorisasjon, ved å legge frem eksamensvitnesbyrd, attest for turnustjeneste og ustraffethet. Skulle vedkommende likevel nektes autorisasjon, vil det regelmessig være departementet som må påvise forhold som gjør ham uskikket. **Mer av en bevisplikt vil det bli spørsmål om for den søker som har utenlandsk utdanning, og for den som er utlending, og enda mer for den som har vært fratatt autorisasjon eller lisens.**

Ved spørsmål om tilbakekall av autorisasjon eller lisens, vil helsemyndighetene måtte påvise at det foreligger en grunn som kan føre til et slikt skritt. **Men da må også vedkommende, om han vil beholde sin autorisasjon eller lisens, ha plikt å legge frem opplysninger og søke å godtgjøre at han likevel ikke er uskikket som lege.»** (våre uthevninger)

Som gjennomgått under pkt. 7.2.5, har Forvaltningsutvalget foreslått å kodifisere en medvirkningsplikt for parter i saker som parten selv har innledet – en kodifisering som ikke er ment å innebære noen realitetsendring, men å synliggjøre gjeldende rett.

Søknader om autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning er nettopp saker som parten selv har tatt initiativ til. Søkeren vil da, i hvert fall etter relevant veiledning, være nærmest til å opplyse saken. Som gjennomgått under pkt. 7.8, legger vi til grunn at vernet mot selvinkriminering har begrenset plass i slike søknadssaker. Dersom søkeren unnlater å gi opplysninger etter oppfordring fra Helsedirektoratet, vil direktoratet etter omstendighetene kunne treffe vedtak på det grunnlaget som foreligger, eventuelt basert på bevisreglene omtalt under pkt. 7.6.

10.3.4 Egenerklæringsløsningen

Helsedirektoratet identifiserte allerede i brevet av 11. november 2020 en konkret alternativ løsning:

«Dersom det ikke er mulig å få i stand lovhjemmel for innhenting av politiattest, ønsker Helsedirektoratet en vurdering av hjemmel for å innføre en form for "egenerklæring" på søknadsskjema, hvor søkeren selv bekrefter at det ikke foreligger forhold som kan medføre at vedkommende ikke er egnet som helsepersonell. [...] Dette vil imidlertid ikke være en fullgod eller anbefalt løsning.»

Direktoratet karakteriserte selv løsningen som «ikke fullgod». Vi har forståelse for denne vurderingen. En egenerklæring gir ikke den samme sikkerheten som en bekreftelse med tilhørende dokumentasjon fra en annen stats myndigheter om verserende tilsyns- eller straffesaker, og det vil fra et ideelt perspektiv være utilfredsstillende at de sentrale opplysningene ikke kan verifiseres uavhengig av søkerens egen fremstilling.

Etter vårt syn kan dette likevel vanskelig være et argument for at spørsmål om slike forhold overhodet ikke stilles. En opplysning fra søkeren selv, om enn isolert sett usikker, er bedre enn ingen informasjon overhodet, og det vil i det minste kunne gi grunnlag for videre undersøkelser. Vi viser også til at forvaltningsretten krever at saken er «så godt opplyst som mulig» innenfor de rammene som foreligger, jf. også pkt. 7.2.4. Dersom de presumptivt sikreste informasjonskildene er utelukket av rettslige grunner, vil alternative kilder måtte få en mer fremtredende plass.

Vi bemerker at egenerklæringsløsningen ble implementert som et strakstiltak i desember 2025, etter VGs «Bad Practice»-artikkelserie. Vi legger til grunn at Helsedirektoratet som et minimum anser egenerklæringsløsningen som en nødvendig og relevant del av informasjonsgrunnlaget for vurderingene av autorisasjon-, lisens- og spesialistgodkjenning. Det konkrete strakstiltaket og den innretningen som per nå gjelder, kommenteres nærmere under pkt. 11.3.

Vi viser i denne sammenheng også til gjennomgangen under pkt. 9, hvor det er vår oppfatning at det forut for implementeringen av strakstiltaket ikke ble stilt spørsmål i søknadsprosessen som fanget opp situasjoner der søkeren var, eller tidligere hadde vært, under etterforskning, straffeforfølgning eller tilsynssaksbehandling, så lenge forholdet ikke hadde ført til tap av eller begrensning i retten til yrkesutøvelse. Så langt vi har forstått det, var søkerens bekreftelse i hovedsak begrenset til at vedkommende ikke hadde «mistet eller fått begrenset rett til yrkesaktivitet i et annet land».

10.3.5 Samlet vurdering

Samlet sett er det vår vurdering at alminnelige forvaltningsrettslige prinsipper ga Helsedirektoratet et handlingsrom som ikke synes å ha blitt utnyttet fullt ut. Med dette siktes det blant annet til utredningsplikten, medvirkningsplikten i søknadssaker, veiledningsplikten og regler om bevis.

Vurderingen må ses i lys av særlig to forhold. For det første har vi for denne utredningen i hovedsak ikke gjennomgått historiske prosedyrer, rutiner for saksbehandling eller søknadsskjema for autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning. Vurderingen er basert på det rettslige rammeverket og den

informasjonen som fremgår av de dokumentene vi har fått fremlagt, snarere enn en fullstendig gjennomgang av direktoratets faktiske praksis over tid.

For det andre må vurderingen ses i lys av de reelle begrensningene direktoratet har stått overfor. Helsedirektoratet har ikke vært uten informasjonskilder: Direktoratet har innhentet CCPS, foretatt tilsynssjekk mot utenlandske myndigheter, kontrollert søkere mot Helsepersonellregisteret og interne systemer, og for EØS-søkere hatt mulighet til å sende forespørsler i IMI. For søkere fra tredjeland uten EØS-tilknytning har imidlertid informasjonsgrunnlaget vært vesentlig svakere, ettersom verken IMI eller det nordiske samarbeidet omfatter denne gruppen. Det er heller ikke tvilsomt at informasjonsinnhenting fra utenlandske myndigheter kan være vanskelig, tidkrevende og gi usikre resultater.

Disse begrensningene er reelle, men de er etter vårt syn ikke et avgjørende argument for å unnlate alternativ informasjonsinnhenting som spesifikt kunne avhjulpet «smutthullet».

Det er ikke mulig å fastslå med sikkerhet at tidligere implementering av egenerklæringsløsningen ville ha forhindret de konkrete sakene som er omtalt i «Bad Practice»-artikkelserien; en slik vurdering ville vært rent hypotetisk. Det er i denne sammenheng verdt å merke seg at selv om de aktuelle legene var blitt stilt spørsmål om verserende saker, ville Helsedirektoratets faktiske muligheter til å etterprøve opplysningene likevel vært begrenset. Som det fremgår under pkt. 4.2, bekreftet svenske helsemyndigheter overfor Helsedirektoratet at begge legene hadde full yrkesrett i Sverige. Det var ikke sendt IMI-varsel om noen av dem, og begge nektet for de anklagene som var reist mot dem. Vi forstår det dessuten slik at svenske tilsynsmyndigheter, ut fra nasjonal rett, heller ikke ville gitt Helsedirektoratet informasjon om verserende saker knyttet til legene. Tiltakene ville likevel ha styrket informasjonsgrunnlaget og redusert risikoen for at helsepersonell med alvorlige forhold i sin historikk fikk norsk autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning uten at dette ble avdekket, om enn i usikkert omfang.

11 Vurdering av iverksatte strakstiltak

11.1 Innledning

I dette punktet vil vi vurdere strakstiltakene som Helsedirektoratet *iverksatte* i kjølvannet av VGs «Bad Practice»-artikkelserie. Artikkelen avdekket at Helsedirektoratet hadde innvilget autorisasjon og spesialistgodkjenning til helsepersonell fra andre EØS-stater uten å ha kjennskap til alvorlige straffbare forhold og verserende tilsynssaker i søkerens hjemland, og strakstiltakene som ble gjennomført tok blant annet sikte på å tette det identifiserte «smutthullet» i autorisasjons-, lisens- og spesialistgodkjenningsordningene.

Gjennomgangen omfatter følgende tre strakstiltak:

- I. **Utvidet tilgang til IMIs varslingsmodul**, som gir Helsedirektoratets saksbehandlere direkte søketilgang til varsler sendt mellom EØS-statene om helsepersonell som har fått begrenset eller inndratt sin yrkesrett.
- II. **Implementering av spørsmål om straffbare forhold i søknadsskjemaet**, der søkere må opplyse om de er siktet, tiltalt eller dømt for brudd på straffelov i Norge eller annet land.
- III. **Utvidet kontroll i saksbehandlingsrutinene**, herunder systematisk IMI-søk og krav om CCPS (Certificate of Current Professional Status) for alle søkere med EØS-tilknytning.

For hvert av strakstiltakene vil vi gjennomgå hva tiltaket innebærer, dets historiske bakteppe, samt tiltakets effektivitet og eventuelle rettslige svakheter.

11.2 Strakstiltak # 1: Utvidet tilgang til IMIs varslingsmodul

11.2.1 Omtale av strakstiltaket

Helsetilsynet begynte å motta meldinger i IMI i desember 2019, men ordningen ble først formelt etablert 1. januar 2020. Fra mars 2020 fikk Norge, ved Helsetilsynet og Helsedirektoratet, «tilgang til å sende meldinger til de andre landene.»³⁹¹

I forbindelse med mediasakene om «Bad Practice» iverksatte Helsedirektoratet et strakstiltak som ga saksbehandlere lesetilgang til varslingsmodulen i IMI (IMI Alerts). Tilgangen innebærer at Helsedirektoratets saksbehandlere kan søke opp den enkelte søker i IMI og se varsler fra EØS-stater om helsepersonell som har mistet eller fått begrenset retten til å utøve yrket i den aktuelle staten.

Før tiltaket ble innført, hadde Helsedirektoratets saksbehandlere kun adgang til å sende forespørsler om enkeltpersoner til andre EØS-stater, for eksempel med spørsmål om søkerens yrkesrett i den aktuelle EØS-staten. Tilgang til selve varslingsmodulen var tidligere forbeholdt Helsetilsynet.

Strakstiltaket er omtalt i Første Rapport pkt. 4.3.2:

«Utvidet tilgang til IMIs varslingsmodul for å få samme tilgang (kun lesetilgang, vil ikke kunne sende varsler) som Helsetilsynet, altså få opp varsler ved navnesøk. Til nå har Helsedirektoratet kun hatt mulighet til å legge inn forespørsler om den enkelte søker i IMI, og da rette dette til landet vedkommende kommer fra. Helsedirektoratet får nå tilgang til selv å søke opp hver søker via IMI varslingsmodul. Det betyr at Helsedirektoratet vil få tilgang til alle EØS-stats sendte varsler på tidspunktet søknaden behandles. Heretter vil samtlige EØS-søkere bli søkt opp i IMIs varslingsmodul. Det bør her nevnes at Helsedirektoratet ikke tidligere har bedt om tilgang til IMIs varslingsmodul.»

³⁹¹ Helsetilsynet, «Gjennomgang av Helsetilsynets behandling av utenlandssaker», Rapport 31. oktober 2025, Helga Arianson og Ragnar Hermstad, pkt. 2: [Lenke](#) (lastet ned 30. april 2026).

Tiltaket er også omtalt i Andre Rapport på side 8–9:

«Helsedirektoratet har nå fått tilgang til IMIs varslingsmodul og vil søke opp alle EU/EØS-søkere i denne før vedtak fattes. Søk i IMIs varslingsmodul vil gi informasjon om samtlige personer det er sendt varsel på. Helsedirektoratet vil som tidligere også kreve Certificate of professional status (CCPS) av søkerne. CCPS er en bekreftelse på yrkesstatus utstedt av hjemstaten. Slik sikrer direktoratet informasjon også fra de landene som ikke rutinemessig benytter seg av varslingsmodulen i IMI.

[...]

I møte med Statens Helsetilsyn om IMI den 27. november 2025, ble Helsedirektoratet orientert om en «robot» utviklet av Helsetilsynet som automatisk åpner samtlige varsler. Denne søker bredere for å favne feil i navn og fødselsdato. Helsedirektoratet ble invitert til å se nærmere på løsningen, og følger opp saken i løpet av desember 2025».

Som omtalt under pkt. 9.3.6 (om autorisasjon og lisens) og pkt. 9.4.2 (om spesialistgodkjenning), er også saksbehandlingsrutinene for behandling av manuelle søknader i endret i lys av strakstiltaket slik at saksbehandlere, for alle søkere med EØS-tilknytning, nå skal kontrollere om det foreligger varsler i IMI Alerts på søkeren både (i) før saken sendes til annenhåndsgodkjenning og (ii) rett før ekspedering.

Vi forstår det også slik at Helsedirektoratet er i dialog med Helsetilsynet om å få tilgang til «robot»-søkefunksjonen i IMI som Helsetilsynet har utviklet.

11.2.2 Vår vurdering av strakstiltaket

11.2.2.1 Utvidet tilgang til IMIs varslingsmodul er et relevant og positivt tiltak

Vår vurdering er at strakstiltaket om utvidet tilgang til IMIs varslingsmodul klart er et relevant og positivt tiltak som styrker informasjonsgrunnlaget ved vurderingen av søknader om autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning fra helsepersonell med EØS-tilknytning, jf. helsepersonelloven § 53 og EØS-forskriftens bestemmelser. Tiltaket er ytterligere forsterket ved at bruken av varslingsmodulen er innarbeidet i Helsedirektoratets oppdaterte saksbehandlingsrutiner.

Tilgangen til IMIs varslingsmodul innebærer at Helsedirektoratet nå får direkte tilgang til varsler som andre EØS-stater sender gjennom IMI om helsepersonell med EØS-tilknytning, i tråd med yrkeskvalifikasjonsdirektivet artikkel 56a. Etter vår vurdering ligger den klare fordelene ved strakstiltaket i at Helsedirektoratet kan få oppdatert informasjon om en søkers yrkesstatus i en annen EØS-stat helt frem til ekspederingstidspunktet. Dette styrker grunnlaget for å fatte korrekte vedtak basert på oppdatert informasjon om søkerens adgang til yrkesutøvelse i en annen EØS-stat. Den faktiske effekten av tiltaket vil likevel avhenge av at de enkelte EØS-statene etterlever sine forpliktelser til å melde fra om yrkesbegrensninger gjennom IMI.

Som et konkret eksempel på tiltakets betydning i praksis kan det vises til Andre Rapport. Der fremgår det at Helsedirektoratet, i forlengelsen av «Bad Practice»-artikkelserien og sin gjennomgang av historiske saker, avdekket at Helsedirektoratet hadde innvilget autorisasjon til en ergoterapeut med tilknytning til Sverige, til tross for at vedkommende var fratatt yrkesrett i Sverige *dagen før* Helsedirektoratet effektuerte sitt vedtak. Fra Andre Rapport på side 9 hitsettes:

«Vedkommende fikk autorisasjon i Norge 12.03.2025, dagen etter at han ble fratatt yrkesrett i Sverige. Varselet ble sendt fra Sverige 11.03.2025. Da autorisasjonen fortsatt er fratatt i Sverige, og Helsedirektoratet ga autorisasjon i Norge på feil grunnlag – har direktoratet varslet vedkommende om omgjøring av vedtaket. [...]

Helsedirektoratet spurte svenske helsemyndigheter om bekreftelse på status noen dager før tilbaketrekking og fikk informasjon om at vedkommende hadde full rett til yrket.

Dersom Helsedirektoratet hadde søkt selv i IMIs varslingsmodul samme dag som innvilgelse av autorisasjon, ville Helsedirektoratet hatt mulig til å oppdage varselet. [...]»

Slik vi ser det, innebærer strakstiltaket med utvidet tilgang til IMIs varslingsmodul, sammenholdt med de reviderte saksbehandlingsrutinene, at Helsedirektoratet har iverksatt tiltak som er velegnet til å redusere risikoen for at tilsvarende feil gjentar seg. Vi viser i den forbindelse til at de oppdaterte rutinene nå angir at saksbehandlere skal gjøre søk i IMI både (i) før saken sendes til annenhåndsgodkjenning, og (ii) rett før ekspedering.³⁹²

Vi bemerker samtidig, som omtalt under pkt. 8.3.1.2, at varslingsfristen etter yrkeskvalifikasjonsdirektivet artikkel 56a nr. 2 er «senest tre dager etter at det ble truffet en avgjørelse». Regelverkets begrensninger innebærer at et oppslag i IMIs varslingsmodul på ekspederingstidspunktet ikke i seg selv gir noen absolutt garanti for at søkeren faktisk har yrkesrett i den aktuelle EØS-staten på vedtakstidspunktet.³⁹³ Dette skyldes at EØS-stater ikke nødvendigvis varsler umiddelbart etter at en avgjørelse om begrensning i eller tilbakekall av yrkesrett er truffet, men at dette først finner sted med noe forsinkelse.³⁹⁴ Tiltaket må likevel anses å styrke Helsedirektoratets informasjonsgrunnlag vesentlig sammenlignet med den tidligere situasjonen, der direktoratet i større grad var avhengig av å sende konkrete forespørsler til andre EØS-stater og avvente svar.

På denne bakgrunn bemerker vi at risikoen som følger av varslingsfristen, kan reduseres ytterligere dersom Helsedirektoratet, i tillegg til kontrolloppslaget på ekspederingstidspunktet, innarbeider i sine rutiner at det skal foretas et nytt og tredje søk i varslingsmodulen inntil tre dager etter vedtakstidspunktet. På denne måten vil Helsedirektoratet i større grad kunne fange opp varsler som er sendt kort tid etter vedtaket, og deretter vurdere om det foreligger grunnlag for å opprettholde vedtaket eller om dette eventuelt kan/må omgjøres. Vi viser her til omtalen av forvaltningsmyndighetenes omgjøringsadgang for enkeltvedtak under pkt. 7.4. Det kan i denne forbindelse også vurderes om Helsedirektoratet bør ta forbehold om slik omgjøring i selve vedtaket, jf. også forvaltningsloven § 35 (5). Vi forstår at det per i dag ikke er inntatt et slikt forbehold i Helsedirektoratets vedtak. Hvorvidt en slik rutine bør innføres, vil etter vårt syn kunne være naturlig å drøfte med Helsetilsynet for å sikre en hensiktsmessig saksbehandling og ansvarsfordeling.

11.2.2.2 IMI har svakheter som Helsedirektoratet bør være bevisst på

Selv om det gjennom IMI utveksles relevant informasjon om helsepersonell med EØS-tilknytning, og tilgang til varslingsmodulen gir Helsedirektoratet et vesentlig bedre og mer oppdatert informasjonsgrunnlag enn tidligere, har IMI flere svakheter som Helsedirektoratet bør være bevisst på. Disse svakhetene innebærer en viss begrensning av IMIs effektivitet i praksis.

Vi viser her til at Helsedirektoratet selv har omtalt og adressert flere av svakhetene ved IMI i Andre Rapport på side 8:

«Det er likevel slik at søk her ikke vil tette alle hull:

- **Det varsles ikke om åpne tilsynssaker**
- **Det er ulik praksis for varsling i landene, både når det varsles og hva det varsles om. Noen land benytter seg ikke av varslingsystemet og det er ulik praksis for hva som er varslingsverdig.** Det varsles kun dersom helsepersonell får begrensning eller blir fratatt muligheten til å praktisere yrket. Siktelser, tiltaler og dommer varsles

³⁹² Se nærmere omtale av praksisendringen og implementeringen av denne under henholdsvis pkt. 9.3.6 om autorisasjon og lisens og pkt. 9.4.2 om spesialistgodkjenning.

³⁹³ Se også nærmere omtale av svakheter ved IMI som Helsedirektoratet bør være bevisst på under pkt. 11.2.2.2.

³⁹⁴ Vi viser også her til begrensningen som ligger i at EØS-stater ikke gjennom yrkeskvalifikasjonsdirektivet varsler hverandre om verserende tilsynssaker, og som omtales nærmere under pkt. 12.7.5 i relasjon til Arjeplogavtalen.

- ikke i dette systemet. Det er tilsynsmyndighetene som må vurdere forhold fra domstolene. En slik vurdering kan føre til at tilsynet gir en reaksjon som det varsles om
- Helsedirektoratet har **ikke tilgang til søk i varsler som er sendt før tilgang i modulen ble gitt** i midten av november. I tillegg til søk i modulen, vil søker fortsatt måtte fremskaffe et CCPS. Dette for å sikre informasjon i de tilfeller hjemstaten eventuelt ikke har sendt varsel der det burde ha vært sendt
 - Flere varsler sendes med **feil fødselsdato og navnestavelser**
 - **Flere søkere endrer navn**». (våre uthevninger)

Svakheter ved IMI ble også drøftet av Helsetilsynet i rapporten «Gjennomgang av Helsetilsynets behandling av utenlandssaker» av 31. oktober 2025. Funnene i rapporten er etter vårt syn relevante for Helsedirektoratets bruk av IMI i sin saksbehandling. Det vises her først til rapportens pkt. 3, hvor det fremgår:

«Meldinger som kommer i IMI er ofte **ikke presise med tanke på navn eller fødselsdato**. Opplysningene fra IMI skal kontrolleres med Helsepersonellregisteret (HPR) for å avklare om personen har norsk autorisasjon. **Feil i fødselsdato og endring eller forskjeller i skrivemåte** av navnet fører til at det kan være svært **vanskelig å identifisere personen** opp mot det som er registrert i HPR.

Meldesystemet er lite brukervennlig på flere måter. Det er lite informasjon i meldingen om grunnlaget for tapet. Det er komplisert og lite egnet for å innhente informasjon som er nødvendig for å vurdere helsepersonellet sin autorisasjon i Norge. Det kan heller ikke benyttes for å ha oversikt over uåpnede meldinger, eller saker der Helsetilsynet venter på mer informasjon om personellet.» (våre uthevninger)

Videre vises det til Helsetilsynets rapport pkt. 7.3, der det fremgår:

«IMI-systemet er lite brukervennlig særlig på fire områder:

- **Det foreligger knappe opplysninger og ikke begrunnelse for autorisasjonstapet i selve meldingen. Det blir en tilleggsoperasjon å be om nærmere begrunnelse.**
- Det er mulig å etterspørre ytterligere opplysninger i IMI-systemet. **Modulen er imidlertid oppfattet som komplisert og lite egnet for formålet**, og har i praksis ikke vært brukt i Helsetilsynet. I stedet benyttes e-post. En brukervennlig utforming av tilgangen til innhenting av ytterligere opplysninger i selve IMI-meldingen kunne gitt raskere svar, mindre risiko for svikt og enklere saksbehandling.
- **Noen land melder inn tap av autorisasjon i bolker etter at de har "samlet opp" vedtak i en periode.** De følger ikke opp avtalen om at det skal meldes i IMI senest tre dager etter **Dette medfører en betydelig forsinkelse** av mottakerlandenes mulighet for å avklare om eventuell autorisasjon der må endres.
- **IMI-systemet gir ikke oversikt over uåpnede meldinger eller utestående forespørsler om mer informasjon i enkeltsaker**». (våre uthevninger)

Både Helsetilsynets og Helsedirektoratets rapporter peker på at det er svakheter knyttet til hva som rapporteres i IMI, og til rapporteringspraksisen blant medlemsstatene.

Vi viser i denne forbindelse til at European Court of Auditors («ECA») i 2024 publiserte en rapport som tok sikte på å kartlegge hvor effektivt Kommisjonen hadde sikret en ensartet anvendelse av yrkeskvalifikasjonsdirektivet.³⁹⁵ Rapporten tok blant annet for seg medlemsstatenes informasjonsutveksling og bruk av IMI.

³⁹⁵ European Court of Auditors (ECA), «Special report 10/2024: The recognition of professional qualifications in the EU – An essential mechanism, but used sparsely and inconsistently»: [Lenke](#) (lastet ned 30. april 2026).

Av rapporten fremgår det, basert på «survey and our audit visits», at ECA avdekket en rekke «shortcomings within the Internal Market Information System». ECA konkluderte blant annet med at (i) «[t]he tool is not user friendly», (ii) «[t]he list of competent authorities is not up to date» og (iii) «[t]here are delays by home countries in responding to requests». I forlengelsen av dette fremhever ECA at:

«[...] competent authorities in the member states we visited said **even if they use IMI to initiate the request, they tend to use other means of communication for (the follow-up of) their requests, mainly email or telephone**. Out of all authorities who replied to our survey, 82 % use the Internal Market Information System at some point of the procedure. However, we again noted large differences between member states, [...]»³⁹⁶ (vår utheving)

ECA fant videre at «[a]uthorities are overwhelmed by alerts and do not make them part of the recognition procedure». Videre ble det bemerket at «due to the high number of alerts, **authorities in the member states we visited did not check them when reviewing individual RPQ applications**»³⁹⁷ (vår utheving)

I tillegg til varierende varslingspraksis mellom EØS-statene, som innebærer at det ofte ikke varsles i tråd med varslingsplikten i yrkeskvalifikasjonsdirektivet artikkel 56a, og at informasjonen som gis i varselet ofte er mangelfull, er det også en sentral utfordring at EØS-statene har forskjellige regler i nasjonal rett om hva som skal til for at et helsepersonell skal få «begrenset eller inndratt retten til å utøve» et yrke, jf. yrkeskvalifikasjonsdirektivet artikkel 56a. Dette innebærer at selv om alle EØS-statene etter artikkel 56a er forpliktet til å varsle de andre statene i IMI dersom en yrkesutøver har fått begrenset eller tilbakekalt retten til å utøve yrket, vil det kunne være forskjeller mellom EØS-statene knyttet til hvilke bakenforliggende omstendigheter som ligger til grunn for begrensningen eller tilbakekallet, og dermed også når EØS-staten sender varsel. Som påpekt av Helsetilsynet i sitt høringsinnspill til endringer i helsepersonelloven, har EØS-statene «ulikt regelverk og tradisjoner i forhold til sanksjonering/reaksjoner overfor helsepersonell. Det som anses å være en klar tilbakekallsgrunn i Norge, vil ikke nødvendigvis oppfattes slikt i andre EØS-land».³⁹⁸

Konsekvensen av variasjonene i nasjonal rett blant de ulike EØS-statene knyttet til hvilke omstendigheter som kan lede til begrensning eller tilbakekall av yrkesrett i den enkelte EØS-stat, er at dersom Helsedirektoratet gjør søk på søkeren i IMIs varslingsmodul, og det ikke kommer opp treff, innebærer ikke dette automatisk at det kan legges til grunn at det ikke foreligger omstendigheter som ville ført til begrensninger eller tilbakekall etter norsk rett. Det innebærer også at dersom det foreligger et IMI-varsel, kan ikke Helsedirektoratet uten videre legge til grunn at det foreligger grunnlag for å nekte vedkommende norsk autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning. Det vises her til at et IMI-varsel i seg selv ikke inkluderer en nærmere begrunnelse for yrkesbegrensningen eller yrkestapet.

De iboende svakhetene som følger av at EØS-statene har ulikt regelverk og ulike tradisjoner for sanksjonering og illeggelse av reaksjoner overfor helsepersonell, er omtalt nærmere under pkt. 12.3.

Når det gjelder *hvilken informasjon* som rapporteres i IMI, pekes det særlig på at det er lite informasjon om grunnlaget for tapet av autorisasjonen, lisensen eller spesialistgodkjenningen, og at det ikke rapporteres om verserende saker, dvs. ikke-avsluttede tilsynssaker og ikke-avsluttede straffesaker (saker i etterforsknings-, siktelse- eller tiltalestadiet). Vi forstår også at informasjonen som rapporteres tidvis er beheftet med feil, slik som feilskrivning av navn eller fødselsdato, slik at søk ikke fører til treff selv om varsel er sendt i IMI. Dette kan skyldes at vedkommende som følge av slike feil ikke uten videre lar seg identifisere.

³⁹⁶ European Court of Auditors (ECA), «Special report 10/2024: The recognition of professional qualifications in the EU – An essential mechanism, but used sparsely and inconsistently»: [Lenke](#) (lastet ned 30. april 2026), på side 39.

³⁹⁷ Ibid. på side 41.

³⁹⁸ Se Ot.prp.nr.26 (2007-2008) side 20.

Vi forstår det slik at det i prinsippet ikke er noe klart hinder i yrkeskvalifikasjonsdirektivet for å varsle om verserende saker gjennom IMI-systemet, ettersom slik informasjon synes å omfattes av ordlyden i yrkeskvalifikasjonsdirektivet artikkel 56. Vi har heller ikke identifisert noen slike skranker i IMI-forordningen. Det understrekes imidlertid at norske helsemyndigheter ikke har lovhjemmel til å utlevere opplysninger om verserende tilsynssaker til andre lands myndigheter, verken på internasjonalt, EU-/EØS eller nordisk nivå. Som gjennomgått under pkt. 8.3.3, gjør helsepersonelloven § 66 (3) unntak fra Helsetilsynets taushetsplikt for informasjon om «tilbakekall, frivillig avkall eller suspensjon av autorisasjon, lisens, spesialistgodkjenning eller rekvireringsrett, ved begrensning av autorisasjon, ved gitt faglig pålegg til helsepersonell og forbud mot å yte helsehjelp». Utlevering av opplysninger om verserende saker vil dermed utgjøre brudd på Helsetilsynets taushetsplikt etter forvaltningsloven § 13.³⁹⁹ Vi viser videre til at norske myndigheter har tolket yrkeskvalifikasjonsdirektivet slik at Norge ikke er forpliktet til å utlevere opplysninger om verserende saker.⁴⁰⁰ Når norske myndigheter uttrykkelig har inntatt en slik restriktiv holdning til hvilken informasjon som skal kunne meddeles andre EØS-stater mv., kan det naturligvis heller ikke utelukkes at andre EØS-stater inntar en tilsvarende restriktiv holdning til informasjon Norge mener er nødvendig eller nyttig for å gjøre en forsvarlig vurdering av søkere.

Det følger av Andre Rapport at det heller ikke varsles om dommer, slik at handlingene som har ført til domfellelse bare fanges opp dersom de har ført til tilbakekallsvedtak fra nasjonale tilsynsmyndigheter. Det er klart at domfellelser, dersom grunnlaget for domfellelsen omfattes av tilbakekallsgrunnene i helsepersonelloven § 57, har relevans for vurderingen av om autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning skal nektes, jf. helsepersonelloven § 53 (2).

At selve informasjonen som fremgår av IMI kan være mangelfull, er også en svakhet ved IMI. Et eksempel er at begrunnelsen for tapet av autorisasjon ikke inkluderes i selve varselet. Dette gjelder selv om informasjonen er klart relevant for vurderingen av om norsk autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning eventuelt skal nektes, jf. helsepersonelloven § 53 (2), jf. § 57. Når det gjelder forhold som medlemsstatene har plikt til å varsle om i IMI etter yrkeskvalifikasjonsdirektivet artikkel 56a, dvs. der yrkesutøveren, av nasjonale myndigheter eller domstoler, «helt eller delvis har fått begrenset eller inndratt retten til å utøve» yrket, begrenser bestemmelsen hvilken informasjon som kan inngå i varselet, jf. yrkeskvalifikasjonsdirektivet artikkel 56a nr. 2:

«Vedkommende myndigheter skal sende opplysningene nevnt i nr. 1 som et varsel via IMI senest tre dager etter at det ble truffet en avgjørelse om helt eller delvis å begrense eller inndra retten til å utøve yrkesvirksomheten for den berørte yrkesutøveren. Disse opplysningene skal begrenses til følgende:

- a. yrkesutøverens identitet,
- b. det berørte yrket,
- c. opplysninger om den nasjonale myndigheten eller domstolen som har truffet avgjørelsen om begrensning eller forbud,
- d. omfanget av begrensningen eller forbudet og
- e. tidsrommet som begrensningen eller forbudet gjelder for.»⁴⁰¹

For forhold som omfattes av yrkeskvalifikasjonsdirektivet artikkel 56a, har dermed ikke medlemsstatene adgang til å inkludere ytterligere informasjon i selve IMI-varselet enn det som følger av artikkel 56a nr. 2. At det kommer opp treff i IMI gir imidlertid Helsedirektoratet en oppfordring til å gjøre nærmere undersøkelser, eksempelvis ved å be om ytterligere informasjon fra den aktuelle EØS-

³⁹⁹ Det kan her nevnes at utlevering av opplysninger om verserende saker er regulert eksplisitt i Arjeplogavtalen artikkel 18 nr. 4. Ettersom det ikke foreligger hjemmel i norsk rett, vil imidlertid utlevering av slike opplysninger være i strid med Helsetilsynets taushetsplikt etter forvaltningsloven § 13.

⁴⁰⁰ Se Ot.prp.nr.26 (2007-2008) side 33-35, omtalt nærmere under pkt. 8.3.1.1.

⁴⁰¹ Yrkeskvalifikasjonsdirektivet artikkel 56a er gjennomgått nærmere under pkt. 8.3.1.

staten. Vi forstår yrkeskvalifikasjonsdirektivet slik at direktivet ikke utgjør noe hinder for å spørre om å få informasjon om begrunnelsen for vedtak, men at dette ikke inngår i selve varslingsplikten etter artikkel 56a.⁴⁰² Det å etterspørre nærmere begrunnelse blir en «tilleggsoperasjon».⁴⁰³ Tilgang til begrunnelser kan imidlertid, slik yrkeskvalifikasjonsdirektivet er innrettet, i praksis være begrenset av EØS-statenes nasjonale regler om informasjonsutveksling.⁴⁰⁴

I forlengelsen av ovennevnte bemerkes imidlertid at Arjeplogavtalen artikkel 18 b oppstiller en plikt for avtalepartene til å utlevere informasjon om begrunnelser på forespørsel.⁴⁰⁵ Slik vi forstår det, skjer slik informasjonsutveksling utenom IMI og gjennom andre etablerte kommunikasjonskanaler.

Den varierende rapporteringspraksisen fra medlemsstatene er etter vårt syn en klar svakhet ved IMI. Dersom Helsedirektoratet gjør søk i IMI og det ikke kommer opp treff, kan Helsedirektoratet derfor ikke uten videre legge til grunn at det ikke foreligger forhold som kan medføre at søknaden kan nektes, jf. helsepersonelloven § 53 (2).

Den omstendighet at det er avdekket at flere EØS-stater ikke har rapportert i IMI i tråd med sine forpliktelser etter yrkeskvalifikasjonsdirektivet, innebærer både at den enkelte stat ikke etterlever sine forpliktelser etter yrkeskvalifikasjonsdirektivet, og at øvrige medlemsstater ikke får den informasjonen som yrkeskvalifikasjonsdirektivet forutsetter at medlemsstatene uoppfordret skal varsle hverandre om.

Det er imidlertid ikke åpenbart hvilke tiltak Helsedirektoratet kan iverksette for å motvirke slike brudd og informasjonsmangler. Etter vårt syn tilsier imidlertid dette at Helsedirektoratet bør være særlig oppmerksom på søkere med tilknytning til EØS-stater hvor etterlevelsen av rapporteringsplikten har vist seg å være mangelfull. I slike tilfeller bør Helsedirektoratet være særlig varsom med å etterspørre informasjon om yrkesstatus direkte, fremfor å legge til grunn at fravær av varsel i IMI er ensbetydende med at søkeren har full yrkesrett i den aktuelle EØS-staten. I så måte understrekes det for ordens skyld at Helsedirektoratets utvidede tilgang til varslingsmodulen og oppslag i modulen i forbindelse med saksbehandlingen fortsatt kommer i tillegg til tillegg til Helsedirektoratets adgang til å be andre EØS-stater om informasjon om den enkelte søker.⁴⁰⁶

Med hensyn til å motvirke slik manglende etterlevelse, er det imidlertid et relevant å ta i betraktning at Norge ikke er medlem i EU og derfor vil kunne ha mer begrenset innflytelse på regelverksendringer mv. sammenlignet med EUs medlemsstater. Det mest nærliggende tiltaket for Norge vil trolig være å søke tett og tydelig dialog med EU og EUs medlemsstater. Slik dialog kan blant annet skje på politiske nivå, eksempelvis gjennom dialog med EUs helsekommisær, Europaparlamentet og helsepolitisk ledelse i EØS-statene. Vi bemerker til dette at Helse- og omsorgsminister Jan Christian Vestre allerede har adressert tematikken i sin tale «Trust in healthcare systems» som ble holdt på «International Regulator Conference» den 9. mars 2026.⁴⁰⁷ Vi antar imidlertid at det også vil kunne være hensiktsmessig med dialog mellom forvaltningsorganene, dvs. mellom Helse- og omsorgsdepartementet, Helsedirektoratet og Helsetilsynet, og EU-kommisjonen og EØS-statenes forvaltning. Det er imidlertid uklart hvilken faktisk effekt slik dialog vil ha, særlig på kort sikt.

Avslutningsvis bemerker vi at Helsedirektoratet i Første Rapport pkt. 3.8 under omtalen av IMI har vist til at «[a]rbeidsgivere ikke har tilgang til IMIs varslingssystem». Vi understreker for ordens skyld at slik

⁴⁰² Se gjennomgangen under pkt. 8.3.1.

⁴⁰³ Se Helsetilsynets rapport fra 21. oktober 2025 «Gjennomgang av Helsetilsynets behandling av utenlandssaker» pkt. 7.3.

⁴⁰⁴ Se omtale i Nordisk Råds Rekommandation, «Fælles nordisk arbejdsmarked for visse personalgrupper inden for sundhedsvæsenet og veterinærvæsenet» (Rek. 9/2015): [Lenke](#) (lastet ned 29. april 2026). Rekommandationen knytter seg til Arjeplogavtalen.

⁴⁰⁵ Se omtale om Arjeplogavtalen under pkt. 8.3.2.

⁴⁰⁶ Som gjennomgått under pkt. Internal Market Information System («IMI»), viser vi her til at IMI kan anvendes for enhver opplysning som omfattes av yrkeskvalifikasjonsdirektivet artikkel 50 nr. 1, jf. vedlegg VII, om hvilken informasjon som kan kreves fra søkeren, og artikkel 56 og artikkel 56a om informasjonsutveksling mellom medlemsstatene.

⁴⁰⁷ Talen «Trust in healthcare systems» holdt på «International Regulator Conference» 9. Mars 2026: [Lenke](#) (lastet ned 29. april 2026).

tilgang heller ikke vil kunne være mulig innenfor IMI-ordningen, da det følger av IMI-forordningen artikkel 3 at «IMI shall be used for administrative cooperation between competent authorities of the Member States and between competent authorities of the Member States and the Commission». Arbeidsgivere faller dermed utenfor IMI-forordningens virkeområde.

Til sist bemerkes for ordens skyld at IMI bare vil kunne inneholde informasjon om helsepersonell med tilknytning til en EØS-stat, herunder gjennom utdanning, arbeidserfaring eller godkjenning. IMI er derfor ikke relevant for søkere fra tredjeland uten EØS-tilknytning.

11.3 Strakstiltak # 2: Implementering av spørsmål om straffbare forhold i søknadsskjemaet

11.3.1 Historisk bakteppe

Som det fremgår under pkt. 8.5 flg., har ikke Helsedirektoratet i dag lovhjemmel (kompetanse) til å innhente «politiattest» fra søkere om norsk autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning.

Gjennomgangen av «smutthullet» under pkt. 10.2 flg. viser videre at autorisasjonsmyndighetens ønske om lovhjemmel til å kunne kreve fremlagt politiattest i forbindelse med søknad om autorisasjon mv. har blitt fremsatt ved gjentatte anledninger de siste to tiårene.

Som den samme gjennomgangen viser, sendte Helsedirektoratet et brev til Helse- og omsorgsdepartementet den 11. november 2020 om «[b]ehov for politiattest/vandelsopplysninger ved søknad om autorisasjon og lisens». Fra brevet hitsettes:

«Dersom det ikke er mulig å få i stand lovhjemmel for innhenting av politiattest, ønsker **Helsedirektoratet en vurdering av hjemmel for å innføre en form for "egenerklæring" på søknadsskjema, hvor søkeren selv bekrefter at det ikke foreligger forhold som kan medføre at vedkommende ikke er egnet som helsepersonell.** Dette på lik linje med annen dokumentasjon søker må fremlegge ved søknad om godkjenning, og som søkeren er forpliktet til å bekrefte ektheten av. **Hva som skal avkreftes, eventuelt hva søkeren skal gi opplysninger om ved søknad om godkjenning, må i så fall fremgå av veiledning til søknadsprosessen. Dette vil imidlertid ikke være en fullgod eller anbefalt løsning.**» (våre uthevninger)

Etter det vi er kjent med, besvarte ikke Helse- og omsorgsdepartementet Helsedirektoratets henvendelse.⁴⁰⁸ Vi kjenner ikke den nærmere bakgrunnen for hvorfor henvendelsen ikke ble besvart, men forstår at Helsedirektoratet heller ikke selv gikk videre med å utrede eller implementere den alternative løsningen.

Som omtalt under pkt. 4.2 flg. ble det i forlengelsen av VGs oppslag i «Bad Practice»-artikkelserien rettet kritikk mot Helsedirektoratet for å ha innvilget henholdsvis autorisasjon til Lund-legen (omtalt under pkt. 4.2.2) og spesialistgodkjenning til Uppsala-legen (omtalt under pkt. 4.2.3).

Kritikken som springer ut av sakene omkring Lund-legen og Uppsala-legen, knyttet seg særlig til at Helsedirektoratet ikke var kjent med følgende på vedtakstidspunktet:

- At Lund-legen var domfelt – om enn ikke rettskraftig – i Lunds tingsrätt fredag 3. april 2024 for to tilfeller av «sexuelt ofredande» (seksuelt krenkende atferd) mot to kvinnelige pasienter. Helsedirektoratet innvilget autorisasjonssøknaden den 29. mai 2024.

⁴⁰⁸ Se også Første Rapport under pkt. 3.5 på side 8, hvor det fremgår at «[h]envendelsen er ikke besvart». Oppslag i eInnsyn i saken «Vandelsopplysninger ved vurdering av autorisasjon og lisens@hjemmel for innhenting av politiattest» (saksnr. 2020/39381) viser at Helsedirektoratet sendte henvendelsen til Helse- og omsorgsdepartementet i november 2020, og at brevet ble journalført 18. november 2020. Det fremgår ikke av saken at Helse- og omsorgsdepartementet besvarte henvendelsen fra Helsedirektoratet. Saken er tilgjengelig her: [Lenke](#).

- At Uppsala-legen satt varetektsfengslet i Sverige, siktet for voldtekt av fem pasienter samt mistenkt for et sjette overgrep. Uppsala-legen var blitt pågrepet og varetektsfengslet den 6. februar 2025. Helsedirektoratet innvilget søknaden om spesialistgodkjenning 17. februar 2025.

Lund-legen og Uppsala-legen hadde imidlertid til felles at de på det respektive tidspunktet for da Helsedirektoratet innvilget dem henholdsvis norsk autorisasjon og spesialistgodkjenning at:

- Begge hadde blitt avskjediget av sine respektive arbeidsgivere. Lund-legen ble meddelt avskjed av Region Skåne den 4. juli 2022. Uppsala-legen ble meddelt avskjed av Region Uppsala den 27. desember 2024.
- Ingen av dem var rettskraftig dømt i Sverige for lovovertrjedelsene de var anklaget for å ha begått. Lund-legens dom i Lunds tingsrätt var anket til Hovrätten på tidspunktet for innvilgelsen. Uppsala-legen var siktet, men ikke tiltalt eller domfelt, på tidspunktet for innvilgelsen.
- Svenske helsemyndigheter hadde ikke truffet vedtak om å begrense deres yrkesrett i Sverige, men bekreftet overfor Helsedirektoratet at begge legene hadde full yrkesrett.
- Svenske helsemyndigheter hadde ikke sendt ut noen «IMI Alert» om verken Lund-legen eller Uppsala-legen til andre EØS-stater, ettersom ingen av dem formelt hadde fått sin yrkesrett begrenset i Sverige.

For Uppsala-legen bemerker vi særskilt at Uppsala-legen siden 2017 hadde hatt norsk autorisasjon, og at Helsetilsynet ikke hadde innledet suspensjons- eller tilbakekallssak mot Uppsala-legen på det tidspunktet Helsedirektoratet innvilget legen norsk spesialistgodkjenning.

Vi bemerker videre at Uppsala-legen den 22. januar 2025, altså fem dager før han innga søknad om norsk spesialistgodkjenning, fikk innvilget dansk autorisasjon, tillatelse til selvstendig virke og spesialistgodkjenning i allmennmedisin i Danmark av Styrelsen for Patientsikkerhed. Videre hadde IVO den 10. februar 2025 besluttet å «åtalsanmäla» Uppsala-legen til HSAN – syv dager før Helsedirektoratet innvilget spesialistgodkjenningen den 17. februar 2025 – uten at dette ble kommunisert til Helsedirektoratet.

I forlengelsen av ovennevnte viser vi her til at VG i en artikkel om Uppsala-legen publisert den 14. november 2025 fremholdt:

«Helsedirektoratet spør heller ikke det svenske helsetilsynet om det foreligger klager eller tilsynssaker.

Da kunne de fått vite at mannen allerede var under gransking for overgrep mot pasienter.»⁴⁰⁹

VG synes etter vårt syn her å legge til grunn at nasjonale myndigheter har større anledning til å utveksle informasjon om verserende tilsynssaker enn hva som er tilfellet. Som omtalt under pkt. 8.3.2 om Arjeplogavtalen, åpner Arjeplogavtalen i artikkel 18 nr. 4 for utveksling av informasjon om verserende tilsynssaker «så fremt det er mulig etter nasjonal lovgivning». I Norge har lovgiver valgt å ikke gi norske helsemyndigheter nødvendig hjemmel for slik informasjonsutveksling, og det er i dag derfor ikke «mulig etter nasjonal lovgivning» for norske helsemyndigheter å dele slik informasjon med de andre nordiske landene. Helsedirektoratet ba imidlertid i 2020 om en slik lovhjemmel, som omtalt under pkt. 10.2.6. Vi forstår at det heller ikke er «mulig» etter «nasjonal lovgivning» for svenske helsemyndigheter å dele tilsvarende informasjon med norske helsemyndigheter.

⁴⁰⁹ Se «Lege satt fengslet for voldtekter – så fikk han lov til å jobbe i Norge» «– Vi har ikke rutiner for å google søkere, sier Helsedirektoratet», publisert av VG den 8. november, oppdatert 14. november 2025: [Lenke](#) (lastet ned 30. april 2026).

Vi forstår videre at Lund-legen og Uppsala-legen hadde til felles at ingen av dem opplyste om de verserende tilsyns-/straffesakene, og anklagene, mot dem ved søknaden eller under saksbehandlingen til Helsedirektoratet.

Av relevans for dette punktet er at Helsedirektoratet heller ikke gjennom søknadsskjemaet eller på et annet tidspunkt under saksbehandlingen forespurte Lund-legen eller Uppsala-legen direkte om slike forhold.

11.3.2 Omtale av tiltaket

Som respons på mediasakene i «Bad Practice»-artikkelserien, implementerte Helsedirektoratet et strakstiltak som innebar å «stille større krav til egenrapportering fra søkerne.» Egenrapporteringskravet er omtalt i Første Rapport under pkt. 4.1, hvor det fremgår:

«Helsedirektoratet vil fremover stille større krav til egenrapportering fra søkerne. De må nå aktivt krysse av på at de ikke har fått begrenset sin yrkesrett eller er siktet, tiltalt eller dømt for straffbare forhold. Det er selvsagt mulig å omgå, men å unnlate å gi opplysninger er også straffbart. **I søknadsskjema tilføyes følgende spørsmål som søker må besvare: Er du siktet, tiltalt eller dømt for brudd på straffelov i Norge eller annet land?»** (vår utheving)

Tiltaket er også omtalt i Andre Rapport på side 10:

«**Samtlige som søker om autorisasjon og spesialistgodkjenning, må nå svare på om de er "tiltalt, siktet eller dømt for brudd på straffelov i Norge eller annet land"**. Grunnet personvern vil det i søknadsskjema ikke være mulig med fritekst. Alle som her besvarer spørsmålet med "ja", må derfor undersøkes nærmere ved behandling. **Det er opprettet egne prosedyrer for behandling av slike saker.** Dette tiltaket kan bidra til at direktoratet får flere opplysninger av varierende alvorlighetsgrad om søkerne, også informasjon om saker som ikke nødvendigvis har betydning for arbeid som helsepersonell (som f.eks. trafikk-foreteelser, økonomisk kriminalitet etc.). Tiltaket kan også virke preventivt og føre til at personer vegrer seg for å sende søknaden, fordi de forstår at de ikke vil få godkjenning eller at varsler eller tiltale vil bli avdekket.

I skjemaet er det tydeliggjort at det er straffbart å oppgi uriktige opplysninger.» (våre uthevinger)

Strakstiltaket er i dag innarbeidet i søknadsskjemaene for søknad om autorisasjon eller lisens (se pkt. 9.2.2.5), og om spesialistgodkjenning (se pkt. 9.2.3.4). Spørsmålet som stilles er følgende:

«Er du siktet, tiltalt eller dømt for brudd på straffelov i Norge eller annet land?»

Som omtalt under pkt. 9.3.5 og pkt. 9.4.5, vil en søker som besvarer bekreftende på spørsmålet i søknadsskjemaet bli bedt om å gi nærmere opplysninger, og søknaden vil deretter bli underlagt en særskilt saksbehandling av Helsedirektoratet. Vi forstår at oppfølgingsspørsmålet som søkeren blir stilt er følgende:

«Helsedirektoratet ber deg redegjøre for hva forholdet gjelder, samt når den straffbare handlingen fant sted. Denne informasjonen er nødvendig for at vi skal kunne vurdere om du er egnet til å inneha [relevant autorisasjon, lisens eller spesialitet for spesialistgodkjenning]»

Gjennom tiltaket forstår vi at Helsedirektoratet – som ett av flere strakstiltak – søker å styrke informasjonsgrunnlaget for vurderingen av om en søker oppfyller vilkårene for norsk autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning, herunder om det foreligger omstendigheter som ville gitt grunnlag for tilbakekall etter helsepersonelloven § 53 (2), jf. § 57 og EØS-forskriften § 22.

11.3.3 Vår vurdering av strakstiltaket

11.3.3.1 Innledning

Gjennom spørsmålet i egenerklærings skjemaet om hvorvidt vedkommende er «siktet, tiltalt eller dømt for brudd på straffelov i Norge eller annet land», og eventuelt påfølgende oppfølgings spørsmål, vil Helsedirektoratet behandle personopplysninger om «straffedommer og lovovertridelser». Som omtalt over, reiser behandling av slike personopplysninger spørsmål av ulik rettslig art.

Slik vi har forstått det, foretok ikke Helsedirektoratet en nærmere vurdering av de rettslige rammene eller konsekvensene av å iverksette strakstiltaket.

Vi vil i det følgende gjennomgå de mest sentrale rettslige spørsmålene som strakstiltaket reiser.

11.3.3.2 Om forholdet til personvernreglene

Gjennom spørsmålet i egenerklærings skjemaet om hvorvidt vedkommende er «siktet, tiltalt eller dømt for brudd på straffelov i Norge eller annet land», og eventuelt påfølgende oppfølgings spørsmål, vil Helsedirektoratet behandle personopplysninger om «straffedommer og lovovertridelser»

Behandling av personopplysninger om «straffedommer og lovovertridelser» reguleres av spesialbestemmelsen i GDPR artikkel 10, som lyder:

«Behandling av personopplysninger om straffedommer og lovovertridelser eller tilknyttede sikkerhetstiltak på grunnlag av artikkel 6 nr. 1 skal bare utføres under en offentlig myndighets kontroll eller dersom behandlingen er tillatt i henhold til unionsretten eller medlemsstatenes nasjonale rett som sikrer nødvendige garantier for de registrertes rettigheter og friheter. [...]»

Behandling av slike personopplysninger er følgelig bare lovlig dersom behandlingen; (i) har et behandlingsgrunnlag i GDPR artikkel 6 nr. 1, og (ii) utføres under en «offentlig myndighets kontroll» eller behandlingen er tillatt i henhold til «unionsretten eller medlemsstatenes nasjonale rett».

For at Helsedirektoratets behandling av personopplysninger skal være lovlig etter GDPR, må det altså for det første foreligge et gyldig behandlingsgrunnlag etter GDPR artikkel 6 nr. 1.

GDPR artikkel 6 nr. 1 bokstav a til f angir uttømmende hvilke behandlingsgrunnlag som kan benyttes. GDPR artikkel 10 er ikke et selvstendig behandlingsgrunnlag.

Etter vår vurdering er det mest treffende behandlingsgrunnlaget GDPR artikkel 6 nr. 1 bokstav e, som lyder:

«[Behandlingen er bare lovlig dersom] behandlingen er **nødvendig** for å **utføre en oppgave i allmennhetens interesse** eller **utøve offentlig myndighet** som den behandlingsansvarlige er pålagt.» (våre uthevinger)

Behandlingen av ovennevnte personopplysninger er nærmest begrunnet i at Helsedirektoratet behandler opplysningene som ledd i utøvelse av «offentlig myndighet» ved avgjørelse av søknad om autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning etter helsepersonelloven § 53. Dette understrekes også ved at Helsedirektoratets vedtak om å gi eller nekte autorisasjon mv. er et «enkeltvedtak etter forvaltningsloven», jf. helsepersonelloven § 53 (3). Forvaltningen av autorisasjons-, lisens- og spesialistgodkjenningsordningene er også en oppgave i «allmennhetens interesse». GDPR nevner i fortalepunkt 45 eksplisitt «helseformål som folkehelse [...] og forvaltning av helsetjenester» som en oppgave i «allmennhetens interesse».

Helsedirektoratet redegjør selv i sin personvernerklæring tilknyttet søknadsprosessen for at «Helsedirektoratet utøver offentlig myndighet som direktoratet er lovpålagt etter helsepersonelloven § 53». Vi tolker dette som at Helsedirektoratet mener at det mest passende alternativet for behandlingen er GDPR artikkel 6 nr. 1 bokstav e om «offentlig myndighet», og ikke alternativet «allmennhetens interesse».

Spørsmålet blir dernest om behandling av opplysninger knyttet til om søkeren er «siktet, tiltalt eller dømt for brudd på straffelov i Norge eller annet land» er «nødvendig» for å forvalte autorisasjons-, lisens- og spesialistgodkjenningsordningene for helsepersonell etter helsepersonelloven § 53.

Det følger av helsepersonelloven § 53 (2), jf. § 57, at Helsedirektoratet kan «nekte» en søker autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning hvis det foreligger «omstendigheter som ville gitt grunnlag for tilbakekall etter § 57». Som omtalt under pkt. 6.3, og særlig i pkt. 6.3.2.9, vil Helsedirektoratet kunne nekte slik godkjenning dersom søkeren anses uegnet «på grunn av atferd som anses uforenlig med yrkesutøvelsen».

Ovennevnte innebærer at Helsedirektoratet må foreta en vurdering av søkerens egnethet, og for vurderingen vil det være relevant om søkeren har brutt norsk eller utenlandsk straffelov. I Høyesteretts dom i Rt. 2007 side 1851 avsnitt 30 er det relevante vurderingstemaet oppstilt slik:

«Det aktuelle alternativ er om ankemotparten kan anses uegnet til å praktisere som lege «på grunn av atferd som anses uforenlig med yrkesutøvelsen». Det følger av en entydig praksis at de to hensyn som særlig må vektlegges ved denne vurderingen, er **om ankemotparten i dag representerer en fare for pasientsikkerheten, og om tilliten til helsevesenet vil bli svekket om han gis anledning til fortsatt å praktisere på tross av de alvorlige straffbare handlinger han har begått.** [...]» (vår utheving)

Straffbare handlinger, herunder voldslovbrudd, seksuallovbrudd og økonomisk kriminalitet, vil etter omstendighetene klart kunne begrunne nektelse av autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning.⁴¹⁰

Å samle inn og lagre opplysninger knyttet til om enkeltpersoner er «siktet, tiltalt eller dømt for brudd på straffelov i Norge eller annet land» vil derfor kunne anses som «nødvendig» for Helsedirektoratets oppgave med å forvalte autorisasjons-, lisens- og spesialistgodkjenningsordningene etter helsepersonelloven. At en søker har straffhistorikk kan innebære at søkeren representerer en «fare for pasientsikkerheten», og det kan bidra til at «tilliten til helsevesenet vil bli svekket» dersom søkeren får autorisasjon eller annen tillatelse. Rettspraksis viser at straffehistorikk alene kan føre til nektelse og tilbakekall av autorisasjon.⁴¹¹

I søknadsskjemaet er imidlertid spørsmålet formulert slik at alle lovbrudd som søkeren har begått, eller er siktet eller tiltalt for, etterspørres. For å kunne inngi en søknad, må spørsmålet besvares bekreftende eller benektende, under opplysning om at uriktig svar vil kunne medføre straffeansvar. Spørsmålet er ikke avgrenset, verken i alvorlighetsgrad, tid eller til rettskraftige avgjørelser. Som gjennomgangen under pkt. 6.3.2.9 viser, kan det imidlertid ikke anses tvilsomt at alle lovbrudd ikke representerer en fare for pasientsikkerheten eller er egnet til å svekke tilliten til helsevesenet.

Opplysninger om lovbrudd som verken representerer en fare for pasientsikkerheten eller er egnet til å svekke tilliten til helsevesenet, vil trolig ikke kunne anses som «nødvendige» for vurderingen etter helsepersonelloven § 53. Norsk og utenlandsk straffelov inneholder flere eksempler på lovbrudd som ikke representerer en fare for pasientsikkerheten eller er egnet til å svekke tilliten til helsevesenet. I

⁴¹⁰ Se nærmere omtalte av tilbakekallsgrunnen «atferd som anses uforenlig med yrkesutøvelsen» under pkt. 6.3.2.9. Av rettspraksis vises det også til HR-2017-570-A (seksuallovbrudd), LB-2017-85788 (bedrageri) og Rt. 2007 side 1851 (seksuallovbrudd). Vi viser også til Helsetilsynets rundskriv, Informasjon til deg som har mistet din autorisasjon eller som har gitt frivillig avkall på den (sist endret 29. juni 2019) (IK-2/2017), på side 5, hvor det signaliseres at «svært grove kriminelle handlinger» kan resultere i at man aldri vil kunne få ny autorisasjon.

⁴¹¹ Se nærmere omtale av «atferd som anses uforenlig med yrkesutøvelsen» som tilbakekallsgrunn under pkt. 6.3.2.9.

tillegg kan det forhold at lovbruddet ikke har noen umiddelbar tilknytning til den aktuelle yrkesutøvelsen, og/eller at det har gått lang tid siden gjerningstidspunktet, svekke lovbruddets relevans i egnethetsvurderingen.⁴¹² Eksempler på dette kan være mer bagatellmessige lovbrudd som vanligvis vil medføre bøter, fremfor fengselsstraff. Dette vil eksempelvis kunne være mindre trafikkforseelser eller ordensforstyrrelser.

Vi viser her til at EU-domstolen tidligere har lagt til grunn at behandling på grunnlag av offentlig myndighetsutøvelse bare kan anses «nødvendig» når den begrenses til opplysninger som er nødvendige for formålet, og at registre eller innhenting som omfatter andre opplysninger enn det formålet krever, ikke oppfyller nødvendighetskravet.⁴¹³ Dette tilsier at innhenting ikke kan utformes så generelt at den fanger enhver siktelse, tiltale eller dom uavhengig av relevans for pasientsikkerhet og tillit.

At Helsedirektoratet gjennom dagens utforming av søknadsskjema i Altinn samler inn – om så ubevisst og utilsiktet – opplysninger om lovbrudd som ikke representerer en fare for pasientsikkerheten eller svekker tilliten til helsevesenet, innebærer at innhenting går lenger enn det som er «nødvendig» for formålet med å forvalte autorisasjons-, lisens- og spesialistgodkjenningsordningene etter helsepersonelloven.

På denne bakgrunn er det vår vurdering at behandlingen (strakstiltaket) ikke oppfyller nødvendighetskravet i GDPR artikkel 6 nr. 1 bokstav e, og at Helsedirektoratet derfor ikke kan basere innhenting på artikkel 6 nr. 1 slik skjemaet nå er utformet. Det er heller ikke identifisert andre nærliggende behandlingsgrunnlag etter artikkel 6 nr. 1 som gjør en slik generell innhenting lovlig.

Selv om innhenting slik den er utformet i dag etter vårt syn ikke oppfyller nødvendighetskravet i GDPR artikkel 6 nr. 1 bokstav e, finner vi det likevel naturlig å vurdere hvorvidt kravet til supplerende rettsgrunnlag etter GDPR artikkel 6 nr. 3 er oppfylt.

Dersom Helsedirektoratet skal basere en *mer avgrenset* innhenting på GDPR artikkel 6 nr. 1 bokstav e, forutsetter GDPR artikkel 6 nr. 3 at behandlingen har grunnlag i unionsretten eller i nasjonal rett som behandlingsansvarlig er underlagt. Det supplerende rettslige grunnlaget må «oppfylle et mål i allmennhetens interesse» og «stå i et rimelig forhold til det berettigede målet som søkes oppnådd». Det rettslige grunnlaget må i tillegg være tilstrekkelig klart, presist og forutsigbart for de opplysningene gjelder, jf. GDPRs fortalepunkt 41.

Det relevante supplerende rettsgrunnlaget for Helsedirektoratets behandling i autorisasjons-, lisens- og spesialistgodkjenningssaker er helsepersonelloven § 53 (1) og (2), jf. også §§ 57 og 48 a (2) bokstav b.

Godkjenningsordningene forfølger formålet om «å bidra til sikkerhet for pasienter og kvalitet i helse- og omsorgstjenesten samt tillit til helsepersonell og helse- og omsorgstjenesten», jf. helsepersonelloven § 1. Dette er formål som er i «allmennhetens interesse», jf. GDPRs fortalepunkt 45. Kravet til supplerende rettsgrunnlag etter artikkel 6 nr. 3 anses dermed i utgangspunktet ivarettatt for behandling av personopplysninger, herunder opplysninger om relevante straffbare forhold, som er «nødvendig» for disse formålene. Dette endrer for ordens skyld ikke vurderingen over, om at innhenting slik den i dag er utformet *går lenger* enn hva som er «nødvendig».

I helsepersonellovens forarbeider konkluderer helse- og omsorgsdepartementet med at det «ikke bør innføres et alminnelig krav om politiattest for helsepersonell uavhengig av hvilke pasientgrupper de yter helsehjelp til».⁴¹⁴ I forarbeidene til § 48 a uttaler departementet:

⁴¹² Se eksempelvis Rt. 2007 side 1851 avsnitt 41 flg.

⁴¹³ Se EU-domstolens dom fra 16. desember 2008 i *Huber*, C-524/06, ECLI:EU:C:2008:724, avsnitt 59.

⁴¹⁴ Se Ot.prp. nr. 86 (2005-2006) på side 19.

«Enkelte høringsinstanser har imidlertid påpekt at SAK må foreta en vurdering av egnethet ved behandlingen av autorisasjon. En vurdering av hvorvidt en søker er egnet for et yrke vil som regel innebære at søkeren må vurderes over tid. SAK vil dermed ikke kunne foreta en slik vurdering basert på innsendt dokumentasjon. Etter bestemmelsen kan SAK imidlertid nekte en søker autorisasjon, dersom det foreligger informasjon som tilsier at søkeren er uegnet. Søker anses uegnet om det foreligger forhold som ville medført tilbakekall av autorisasjon.»⁴¹⁵

Uttalelsene i forarbeidene er etter vårt syn ikke generelt til hinder for at Helsedirektoratet kan be søkeren om opplysninger om relevante straffbare forhold, som ikke kan likestilles med innhenting av politiattest. Vi viser her til at forarbeidsuttalelsene legger til grunn at Helsedirektoratet kan nekte søkeren autorisasjon dersom det «foreligger forhold som ville medført tilbakekall av autorisasjon», jf. også helsepersonelloven § 53 (2), jf. § 57 (1). Helsedirektoratet er etter vår vurdering heller ikke avskåret fra å innhente relevante opplysninger for sine vurderinger, men vil nettopp i tråd med sin utrednings- og informasjonsplikt etter forvaltningsloven § 17 kunne være berettiget til dette.⁴¹⁶

Samlet sett vurderer vi at helsepersonelloven § 53 kan oppfylle funksjonen som supplerende rettsgrunnlag etter GDPR artikkel 6 nr. 3 for den delen av behandlingen som faktisk er nødvendig for autorisasjons-, lisens og spesialistgodkjenningsformålet, men at dagens generelle og udifferensierte innhenting uansett ikke oppfyller nødvendighetskravet.

Videre vil behandlingen utføres under «offentlig myndighets kontroll», ettersom Helsedirektoratet som behandlingsansvarlig er en offentlig myndighet og behandlingen skjer som ledd i Helsedirektoratets myndighetsutøvelse ved behandling av søknader underlagt helsepersonelloven § 53.

Det sentrale blir dermed om det foreligger behandlingsgrunnlag etter GDPR artikkel 6 nr. 1, og om behandlingen for øvrig oppfyller kravene som gjelder for behandling av opplysninger om straffedommer og lovovertrедelser, jf. GDPR artikkel 10.

Vi bemerker for ordens skyld at personopplysningsloven § 11 er en særbestemmelse i norsk rett om behandling av personopplysninger som nevnt i GDPR artikkel 10, altså «personopplysninger om straffedommer og lovovertrедelser mv.». Bestemmelsen oppstiller supplerende vilkår og rammer, særlig for tilfeller der slik behandling *ikke* skjer under offentlig myndighets kontroll. Kravene som er oppstilt i personopplysningsloven § 11 har derfor begrenset selvstendig betydning i denne vurderingen.

Avslutningsvis understreker vi at som behandlingsansvarlig må Helsedirektoratet sørge for å ivareta GDPRs generelle krav. I dette ligger det at Helsedirektoratet blant annet må påse at:

- Søkerne mottar tilstrekkelig informasjon om behandlingen i tråd med kravene i artikkel 12–14.
- Personopplysningene ikke behandles for andre formål enn å innvilge og nekte autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning etter helsepersonelloven, med mindre det finnes lovlig grunnlag for viderebehandlingen.
- Mengden personopplysninger som Helsedirektoratet behandler, begrenses til det som er nødvendig for å innvilge eller nekte autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning.
- Personopplysninger slettes når de ikke lenger er nødvendige å behandle.
- Personvernet er ivaretas ved utformingen av søknadsskjemaet og øvrige systemer.
- Informasjonssikkerheten ivaretas, herunder de generelle kravene i GDPR artikkel 32.

⁴¹⁵ Se Prop.99 L (2014-2015) på side 17

⁴¹⁶ Se også nærmere omtale av forvaltningsorganers utrednings- og informasjonsplikt under pkt. 7.2.4.

11.3.3.3 Om forholdet til retten til privatliv etter Grunnloven og EMK

Som omtalt under pkt. 8.5.1, pålegger Grunnloven § 92 statens myndigheter å respektere og sikre menneskerettighetene slik de er nedfelt i Grunnloven og i for Norge bindende traktater om menneskerettigheter. Grunnloven § 102 har inntatt prinsippene i EMK artikkel 8, og fastslår:

«Enhver har rett til respekt for sitt privatliv og familieliv, sitt hjem og sin kommunikasjon. Husransakelse må ikke finne sted, unntatt i kriminelle tilfeller.

Statens myndigheter skal sikre et vern om den personlige integritet.»

Bestemmelsen kom inn i Grunnloven som ledd i grunnlovsreformen i 2014, og bestemmelsen «skal leses som at systematisk innhenting, oppbevaring og bruk av opplysninger om andres personlige forhold bare kan finne sted i henhold til lov, benyttes i henhold til lov eller informert samtykke og slettes når formålet ikke lenger er til stede».⁴¹⁷

Grunnloven § 102 gir ikke anvisning på noen adgang til eller vilkår for å gjøre inngrep i rettigheten. Høyesterett har imidlertid lagt til grunn at det kan gjøres inngrep i retten etter Grunnloven § 102 dersom tiltaket har en tilstrekkelig «hjemmel», forfølger et «legitimt formål» og er «forholdsmessig».⁴¹⁸ Forholdsmessighetsvurderingen må ha for øye balansen mellom de beskyttede individuelle interessene på den ene siden og de legitime samfunnsbehovene som begrunner tiltaket på den andre.

Grunnloven § 102 har klare likhetstrekk med EMK artikkel 8, og må «tolkes i lys av» denne.⁴¹⁹ Ved siden av Grunnloven § 102 må også legalitetsprinsippet, jf. Grunnloven § 113, tas i betraktning. Det følger av Grunnloven § 113 at «[m]yndighetenes inngrep overfor den enkelte må ha grunnlag i lov».

EMD har i sin praksis lagt til grunn at offentlige myndigheters lagring av personopplysninger som knytter seg til privatlivet i bestemmelsens forstand, utgjør et inngrep i retten etter EMK artikkel 8 nr. 1.⁴²⁰

Begrepet «privatliv» skal i henhold til EMDs praksis tolkes vidt.⁴²¹ Inngrep i retten etter EMK artikkel 8 nr. 1 må kunne rettferdiggjøres etter artikkel 8 nr. 2, som krever at inngrepet må ha tilstrekkelig hjemmel, ha et legitimt formål og være forholdsmessig. Det er kravet om tilstrekkelig hjemmel som er særlig interessant i denne sammenhengen.

Hjemmelskravet («in accordance with the law») innebærer for det første at det er nødvendig med et rettsgrunnlag, noe som gjerne uttrykkes som at inngrepet må ha «sufficient legal basis in domestic law».⁴²² Det følger av EMDs praksis at bestemmelsen ikke oppstiller formelle krav til rettsgrunnlaget, noe som innebærer at både lov, forskrift og uskreven rett mv. kan oppfylle kravet. Det stilles imidlertid krav om at rettsgrunnlaget skal være tilgjengelig og forutberegnelig.

Kravet om tilstrekkelig presisjon og vern mot vilkårlighet kan også innebære et krav om garantier («safeguards»)⁴²³ Hvilke garantier som er nødvendige, må vurderes i lys av inngrepets art og omfang.⁴²⁴ Vurderingen av garantier henger for øvrig tett sammen med proporsjonalitetsvurderingen. Hva som er

⁴¹⁷ Innst.186 S (2013–2014) pkt. 2.1.9 på side 27.

⁴¹⁸ Se eksempelvis Rt. 2014 side 1105 avsnitt 28 og Rt. 2015 side 93 avsnitt 60.

⁴¹⁹ Rt. 2015 side 93 (Maria) avsnitt 57.

⁴²⁰ Se *Amann mot Sveits* [EMD-1995-27798] avsnitt 65 og *S. og Marper mot Storbritannia* [EMD-2004-30562] avsnitt 67.

⁴²¹ *S. og Marper mot Storbritannia* [EMD-2004-30562] avsnitt 66 til 67 med videre henvisninger.

⁴²² Se for eksempel *Bernh Larsen Holding AS m.fl. mot Norge* [EMD-2008-24117] avsnitt 126.

⁴²³ Se for eksempel *S. og Marper mot Storbritannia* [EMD-2004-30562].

⁴²⁴ Se *P.G. og J.H. mot Storbritannia* [EMD-1998-44787] avsnitt 46.

tilstrekkelig rettsgrunnlag for inngrep, beror på en konkret vurdering, blant annet av hvor inngripende behandlingen er.

I forarbeidene til personopplysningsloven har Justis- og beredskapsdepartementet lagt til grunn at det:

«[...] ikke [er] holdepunkter i EMDs praksis for at det gjelder et unntaksfritt krav om uttrykkelig hjemmel i særlovgivning for behandling av personopplysninger. Departementet legger til grunn at forordningen artikkel 6 nr. 1 bokstav a, b, d og f i seg selv etter omstendighetene kan være tilstrekkelige lovhjemler. Også forordningen artikkel 6 nr. 1 bokstav c og e i kombinasjon med et supplerende rettslig grunnlag som oppfyller kravene etter ordlyden i nr. 3, kan være tilstrekkelig. Videre vil forordningens generelle regler, eksempelvis om personvernombud, forhåndsdrøftinger, den registrertes rettigheter mv., utgjøre garantier i EMKs forstand.

Samtidig er det ikke tvilsomt at forordningens generelle regler, eventuelt i kombinasjon med et supplerende rettsgrunnlag som bare oppfyller minimumskravene etter ordlyden i artikkel 6 nr. 3, ikke alltid vil gi tilstrekkelig spesifikt rettsgrunnlag eller nødvendige garantier i tråd med Grunnloven og EMK. Det blir da nødvendig å utforme mer spesifikke rettsgrunnlag og ytterligere garantier i nasjonal rett, og det vil i mange tilfeller være nødvendig med uttrykkelig hjemmel i særlovgivning. Forordningen må med andre ord tolkes og anvendes i lys av Grunnloven og EMK.»⁴²⁵

Ved inngripende behandling av personopplysninger om straffbare forhold mv. vil følgelig Grunnloven § 102 og EMK artikkel 8 stille krav til rettsgrunnlaget. Å innhente opplysninger om straffbare forhold er regelmessig ansett å utgjøre et inngrep etter EMK artikkel 8 om retten til «privatliv», og EMD har i flere avgjørelser slått fast at EMK artikkel 8 også innebærer en rett til vern av personopplysninger.⁴²⁶

EMD har videre understreket at selv om personopplysningene, eksempelvis om straffbare forhold, deles av en privatperson, enten frivillig eller som en betingelse for å oppnå tilgang til et gode, vil ikke vedkommende miste sitt vern etter EMK artikkel 8. I dommen *M.M. mot Storbritannia* kommer dette til uttrykk i avsnitt 190, hvor det konstateres: «The applicant's agreement to disclosure does not deprive her of the protection afforded by the Convention.»

Helsedirektoratets implementering av strakstiltaket gjennom søknadsskjemaet bygger nettopp på at søkeren av autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning må besvare spørsmålet om vedkommende er «siktet, tiltalt eller dømt for brudd på straffelov i Norge eller annet land» for å kunne inngi søknaden. Ved bekreftende svar vil vedkommende bli bedt om å «redegjøre for hva forholdet gjelder, samt når den straffbare handlingen fant sted».

Slik strakstiltaket er innrettet og implementert, vil ikke søkere av norsk autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning kunne oppnå slik godkjenning dersom vedkommende ikke ønsker å oppgi de opplysningene som Helsedirektoratet nå krever. Ordningene er dermed nå gjort betinget av at søkeren må opplyse om egen straffehistorikk, samt siktelser og verserende straffesaker. Dette innebærer etter vårt syn et inngrep i retten til privatliv til den enkelte søker.

Strakstiltaket innebærer at Helsedirektoratet (som en offentlig myndighet) følgelig samler inn og lagrer opplysninger om søkeres straffehistorikk og eventuelle straffbare forhold; slike opplysninger omfattes av vernet etter EMK artikkel 8,⁴²⁷ og innsamling og lagring av slike opplysninger utgjør i seg selv et inngrep i retten til «privatliv».⁴²⁸ Det er etter EMDs praksis uten betydning hvorvidt Helsedirektoratet senere gjør bruk av opplysningene eller ikke, eksempelvis fordi det viser seg at den informasjonen som

⁴²⁵ Prop.56 LS (2017-2018) pkt. 6.4 på side 35.

⁴²⁶ Se eksempelvis *M.M. mot Storbritannia* avsnitt 187 med videre henvisninger til EMD-praksis.

⁴²⁷ Se *M.M. mot Storbritannia* [EMD-2007-24029] avsnitt 188.

⁴²⁸ Se *Aycaguer mot Frankrike* [EMD-2012-8806] avsnitt 33 og *M.M. mot Storbritannia* [EMD-2007-24029] avsnitt 195.

egenerklæringen skaffer til veie, ikke skulle vise seg å være relevant for den faktiske vurderingen av om søkeren skal få innvilget eller nektet autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning etter helsepersonelloven § 53 (1) og (2), jf. også helsepersonelloven §§ 57 og 48 a.⁴²⁹

Som omtalt over, må inngrepet følgelig kunne påvises å ha en tilstrekkelig «hjemmel», forfølge et «legitimt formål» og være «nødvendig i et demokratisk» og «forholdsmessig». ⁴³⁰ Forholdsmessighetsvurderingen må ha for øye balansen mellom de beskyttede individuelle interessene på den ene siden og de legitime samfunnsbehovene som begrunner tiltaket på den andre. Dersom disse tre forholdene ikke kan påvises, vil tiltaket innebære en krenkelse av retten til «privatliv» etter EMK artikkel 8 og Grunnloven § 102.

Under pkt. 11.3.3.2 har vi konkludert med at slik Helsedirektoratets tiltak i dag er gjennomført, savner tiltaket nødvendig behandlingsgrunnlag etter GDPR artikkel 6 nr. 1. Som konsekvens, savner derfor også Helsedirektoratets innsamling og lagring av personopplysninger «hjemmel» i norsk rett, jf. personopplysningsloven § 1. Når strakstiltaket innebærer et inngrep i retten til «privatliv», samtidig som det savner nødvendig hjemmel, vil strakstiltaket som konsekvens også kunne anses å være i strid med EMK artikkel 8 og Grunnloven § 102.

Vi understreker imidlertid også her, og som begrunnet nærmere under pkt. 11.3.3.2, at den vesentlige svakheten ved det manglende hjemmelsgrunnlaget etter personvernregelverket er at strakstiltaket (spørsmålsstillingen) går *for langt* ved at det etterspørres informasjon om straffbare forhold mv. som ikke er «nødvendig» for Helsedirektoratets vurdering etter helsepersonelloven § 53.

Det bakenforliggende formålet med strakstiltaket, synes derimot *overordnet* å forfølge de legitime formålene om å «beskytte helse» og «andres rettigheter og friheter», jf. EMK artikkel 8 nr. 2. Det er samtidig slik at å innhente informasjon om forhold som ikke vil være relevant eller egnet for den vurderingen Helsedirektoratet skal foreta etter helsepersonelloven § 53, heller ikke vil forfølge et legitimt formål. Dette gjelder særlig når innhenting er gjort avgjørende for søknadsprosessen og spørsmålet er fremsatt i søknadsskjemaet under omtale av straffeansvar ved mangelfullt eller feil svar.

På bakgrunn av at strakstiltaket etter vår vurdering ikke er i «samsvar med loven», er det ikke for vår vurdering strengt nødvendig å vurdere hvorvidt strakstiltaket er «nødvendig i et demokratisk samfunn» i relasjon til spørsmålet om hvorvidt strakstiltaket innebærer en krenkelse av retten til privatliv eller ikke.

Vi finner det likevel naturlig å fremheve at Den europeiske menneskerettsdomstol (EMD) i sin praksis har anerkjent at offentlige myndigheter i konkrete tilfeller kan ha et legitimt behov for å innhente og lagre omfattende opplysninger, herunder «a comprehensive record of all cautions, convictions, warnings, reprimands, acquittals and even other information». Det sentrale i EMDs tilnærming er imidlertid at slik innhenting og lagring kun er forenlig med retten til privatliv etter EMK artikkel 8 dersom det foreligger en tydelig og klar hjemmel som oppstiller nærmere regler og rammer for behandlingen, samt adekvate personverngarantier.

I EMDs dom i saken *M.M. mot Storbritannia* kommer dette til uttrykk i avsnitt 199:

«The Court recognises that there may be a need for a comprehensive record of all cautions, conviction, warnings, reprimands, acquittals and even other information of the nature currently disclosed pursuant to section 113B(4) of the 1997 Act. However, the indiscriminate and open-ended collection of criminal record data is unlikely to comply with the requirements of Article 8 in the absence of clear and detailed statutory regulations clarifying the safeguards applicable and setting out the rules governing, *inter alia*, the circumstances in which data can be collected,

⁴²⁹ Se *Aycaguer mot Frankrike* [EMD-2012-8806] avsnitt 33.

⁴³⁰ Se eksempelvis Rt. 2014 side 1105 avsnitt 28 og Rt. 2015 side 93 avsnitt 60.

the duration of their storage, the use to which they can be put and the circumstances in which they may be destroyed.»

Selv om Helsedirektoratet har en generell retningslinje for lagring av sensitive personopplysninger, og selv om Helsedirektoratet har erfaring med å behandle og lagre personopplysninger av sensitiv karakter, er det etter en gjennomgang av gjeldende prosedyrer og rutiner vår vurdering at det foreligger et begrenset rammeverk for håndtering av den type informasjon som strakstiltaket medfører at innhentes. Det mangler blant annet klare og detaljerte regler som angir under hvilke omstendigheter opplysningene kan innhentes, hvor lenge de kan lagres, til hvilke formål de kan benyttes, og under hvilke omstendigheter de skal slettes. Dette er nettopp de kravene EMD oppstiller i den siterte avgjørelsen.

Til dette bemerker vi at vi gjennom intervjuer har fått opplyst at Helsedirektoratet har mottatt søknader med bekreftende svar på spørsmålet om straffbare forhold, men hvor nærmere undersøkelser og ytterligere utlevering av personopplysninger fra søkeren har vist at de aktuelle opplysningene ikke var relevante (nødvendige) for Helsedirektoratets vurderinger. Dette underbygger at dagens implementering verken tilfredsstillende kravene som oppstilles i personvernforordningen (GDPR), eller at inngrepet er forholdsmessig eller nødvendig. Tiltaket synes å gå for langt og være for svakt forankret, både med hensyn til hjemmel og prosedyrer.

Det bemerkes særskilt at heller ikke brevet om merinformasjon (§ 17-brevet) angir nærmere avgrensninger ut fra relevans, noe som kunne ha bidratt til en forholdsmessig og relevant siling av opplysninger. I stedet bes det om informasjon uten noen form for begrensning. Det oppstilles ingen avgrensning med hensyn til alvorlighetsgrad, type straffelovbrudd eller tidsmessig tilknytning. Det bes om alt:

«Helsedirektoratet ber deg redegjøre for hva forholdet gjelder, samt når den straffbare handlingen fant sted. Denne informasjonen er nødvendig for at vi skal kunne vurdere om du er egnet til å inneha studentlisens».

11.3.3.4 Om forholdet til etableringsretten etter EØS-avtalen artikkel 31

EØS-avtalen artikkel 31 oppstiller et forbud mot «restriksjoner på etableringsadgangen» for statsborgere fra en annen EØS-stat. Et tiltak vil utgjøre en restriksjon dersom det «kan hindre utøvelsen av de grunnleggende friheter som sikres i EØS-avtalen, eller gjør den mindre interessant», også der tiltaket får anvendelse uavhengig av nasjonalitet.⁴³¹

Det er vår vurdering at tiltaket om at søkeren må svare «Ja» eller «Nei» på spørsmålet om vedkommende er «siktet, tiltalt eller dømt for brudd på straffelov i Norge eller annet land», utgjør en restriksjon på etableringsretten i EØS-avtalen artikkel 31.

Det vises her blant annet til at spørsmålet innebærer at søkeren potensielt må oppgi sensitive personopplysninger av strafferettslig karakter for at søknaden skal bli behandlet. Opplysningene knytter seg til alle stadier av en straffeprosess, også til stadier der vedkommendes skyld ikke er fastsatt, dvs. der søkeren på søknadstidspunktet bare er siktet eller tiltalt for det aktuelle straffbare forholdet. Spørsmålet er ikke spesifisert til konkrete forhold eller konkrete straffebud som er relevante for vurderingen av søknaden etter helsepersonelloven § 53. Ettersom det også er forskjeller på hvordan strafferettssystemene i EØS-statene er utformet, skaper spørsmålet også rettslig usikkerhet for søkeren og det vil kunne være vanskelig for søkeren å vurdere om det foreligger forhold som omfattes av spørsmålet. Dette er forhold som gjør det «mindre interessant» å etablere seg som helsepersonell i Norge.

⁴³¹ EFTA-domstolens dom fra 19. april 2016 i *Holship*, E-14/15, [2016] EFTA Ct. Rep. 240, avsnitt 115.

En restriksjon på etableringsretten i EØS-avtalen artikkel 31 kan bare rettferdiggjøres etter artikkel 33, og der restriksjonen er ikke-diskriminerende, egnet til å sikre oppnåelse av målet om å beskytte folkehelsen og ikke gå lenger enn det som er nødvendig for formålet.⁴³²

Slik spørsmålet er utformet i dag, er det særlig nødvendighetskravet som er problematisk. Kravet «må ikke gå lenger enn det som er nødvendig for å» beskytte folkehelsen, dvs. det må «ikke være mulig å oppnå samme resultat med tiltak som er mindre inngripende».⁴³³

Som vurderingene ovenfor under pkt. 11.3.3.2 og 11.3.3.3 viser, er det vår vurdering at tiltaket, slik det i dag er gjennomført, er i strid med GDPR og vil kunne anses å være i strid med EMK artikkel 8 og Grunnloven § 102. Når tiltaket både synes å være i strid med GDPR og EMK artikkel 8, gjennomført i Grunnloven § 102, vil tiltaket anses å gå lenger enn det som er nødvendig for å beskytte folkehelsen og vil dermed ikke oppfylle nødvendighetskravet for at restriksjonen kan rettferdiggjøres. Det kan her blant annet vises til EU-domstolens dom i sak C-260/89 *ERT*:

«With regard to Article 10 of the European Convention on Human Rights, referred to in the ninth and tenth questions, it must first be pointed out that, as the Court has consistently held, **fundamental rights form an integral part of the general principles of law, the observance of which it ensures.** For that purpose the Court draws inspiration from the constitutional traditions common to the Member States and from the guidelines supplied by international treaties for the protection of human rights on which the Member States have collaborated or of which they are signatories (see, in particular, the judgment in Case C-4/73 *Nold v Commission* [1974] ECR 491, paragraph 13). The European Convention on Human Rights has special significance in that respect (see in particular Case C-222/84 *Johnston v Chief Constable of the Royal Ulster Constabulary* [1986] ECR 1651, paragraph 18). **It follows that, as the Court held in its judgment in Case C-5/88 *Wachauf v Federal Republic of Germany* [1989] ECR 2609, paragraph 19, the Community cannot accept measures which are incompatible with observance of the human rights thus recognized and guaranteed.**»⁴³⁴ (våre uthevinger)

Det er dermed vår vurdering at slik tiltaket er utformet i dag, vil tiltaket utgjøre en ulovlig restriksjon på etableringsretten i EØS-avtalen artikkel 31.

Konklusjonen over innebærer ikke at egenrapportering og spørsmålsstilling til søkeren i søknadsprosessen alltid vil utgjøre en ulovlig restriksjon etter EØS-avtalen. Dersom Helsedirektoratet vil fortsette med slik spørsmålsstilling, må det imidlertid sørges for at spørsmålene er i tråd med reglene om fri bevegelse i EØS-avtalen. Ved utformingen av slike spørsmål bør Helsedirektoratet dermed vurdere spørsmålene konkret opp mot EØS-avtalen.

11.3.3.5 Kort om forholdet til «vandelskontroll» etter politiregisterloven

Ettersom ordningen gjelder innhenting og lagring av opplysninger om straffbare forhold og dermed et inngrep i privatlivet, vurderer vi også om politiregisterlovens regler om «vandelskontroll» har betydning for kravet til hjemmel og innretning av kontrollen.

Etter politiregisterloven § 36 (1) første punktum kan «vandelskontroll» bare foretas når den har «hjemmel i lov eller forskrift». Begrepet «vandelskontroll» er i politiregisterloven en «felles betegnelse for de ulike kontroller av hvorvidt en person er egnet for en stilling, virksomhet, aktivitet eller annen funksjon, eller om han har hatt befatning med straffbare handlinger som gjør ham uegnet», jf. Ot.prp. nr. 108 (2008-2009) på side 19. Helsedirektoratets søknadsskjema kan ses på som en «vandelskontroll»,

⁴³² EFTA-domstolens dom fra 19. april 2016 i *Holship*, E-14/15, [2016] EFTA Ct. Rep. 240, avsnitt 121 og 130.

⁴³³ EFTA-domstolens dom fra 19. april 2016 i *Holship*, E-14/15, [2016] EFTA Ct. Rep. 240, avsnitt 121 og 130.

⁴³⁴ EU-domstolens dom fra 18. juni 1991 i *ERT*, C-260/89, ECLI:EU:C:1991:254, avsnitt 41.

fordi det er en egnethetsvurdering basert på straffbare handlinger som søkeren ikke kan unnlate å svare på.

På den annen side tilsier forarbeidene at politiregisterlovens regler om vandelskontroll først og fremst tar sikte på utlevering av opplysninger fra politi og andre myndigheters registre, og ikke tilfeller der den registrerte selv opplyser om egne straffbare forhold. Vandelskontroll beskrives i forarbeidene som en «særlig form for unntak fra taushetspliktsreglene», jf. Ot.prp. nr. 108 (2008-2009) på side 19. Når opplysningene gis direkte av søkeren, gjør ikke taushetspliktsreglene seg gjeldende. Helsedirektoratets ordning omfattes av den grunn ikke av politiregisterloven § 36 (1) første punktum.

Selv om politiregisterloven § 36 etter dette ikke kommer direkte til anvendelse, illustrerer bestemmelsen at vandelskontroll er et område hvor lovgiver normalt forutsetter klar rettslig forankring og en avgrenset innretning. Dette understøtter vår vurdering av at en opplysningsplikt om straffbare forhold – dersom den skal opprettholdes – bør utformes snevrere og mer presist, slik at innhenting begrenses til forhold som er relevante og nødvendige for autorisasjonsvurderingen.

11.3.4 Avsluttende merknader: Tiltak som kan minimere etterlevelsrisiko

Etter vår vurdering er den rettslige hovedutfordringen ved implementeringen av strakstiltaket at søknadsskjemaet og den påfølgende saksbehandlingen er utformet så bredt at det åpner for innsamling av opplysninger om straffbare forhold som ikke er nødvendige for vurderingen etter helsepersonelloven § 53. Dette skaper risiko for brudd på kravene etter personvernforordningen, EMK artikkel 8 og Grunnloven § 102. Helsedirektoratet risikerer også overinnsamling i strid med prinsippet om dataminimering, jf. GDPR artikkel 5 nr. 1 bokstav c.

På denne bakgrunn finner vi det naturlig å knytte noen avsluttende merknader til tiltak som kan være egnet til å redusere etterlevelsrisikoen.

Det mest risikoreduserende alternativet fra et personvern- og etterlevelsesperspektiv vil være å fjerne spørsmålet om hvorvidt søkeren er «siktet, tiltalt eller dømt for brudd på straffelov i Norge eller annet land» fra søknadsskjemaene. Dersom spørsmålet fjernes, kan opplysninger om straffbare forhold i stedet innhentes i enkeltsaker hvor det foreligger særskilt og saklig grunn til å undersøke slike forhold nærmere. For å sikre en forsvarlig og ensartet praksis bør Helsedirektoratet i så fall samtidig fastsette interne og dokumenterbare kriterier for når det foreligger slik grunn, samt krav til begrunnelse for hvorfor innhenting er nødvendig i den konkrete saken.

En slik løsning harmonerer med at helsepersonelloven regulerer bruk av politiattest uttrykkelig og avgrenset i egen bestemmelse. Samtidig forutsetter alternativet at Helsedirektoratet i praksis kan ivareta behovet for å avdekke relevante opplysninger gjennom en tilstrekkelig treffsikker og ensartet innhenting fra sak til sak. Slik vi forstår det, vil dette langt på vei innebære en tilbakevending til tidligere praksis, hvor nærmere undersøkelser om mulig straffehistorikk i særlig grad var foranlediget av anonyme tips eller annen informasjon i saken.

Hvorvidt en slik ordning, eventuelt understøttet av nye supplerende tiltak, vil være en tilfredsstillende løsning, ligger utenfor Mandatet å ta endelig stilling til.

Dersom Helsedirektoratet likevel ønsker å opprettholde en generell opplysningsplikt i søknadsprosessen om straffbare forhold, er det etter vårt syn nødvendig å snevre inn spørsmålet og samtidig strukturere den videre innhenting tydeligere enn i dag. Innhenting bør blant annet begrenses til det som er direkte relevant og nødvendig for vurderingen av om autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning kan gis, eller om søknaden må avslås etter helsepersonelloven.

Det mest hensiktsmessige synes å være å avgrense spørsmålet etter strafferettslig alvorlighetsgrad, fremfor å be om opplysninger om alle straffbare forhold. En slik avgrensning kan for eksempel ta utgangspunkt i lovbrudd som etter norsk rett kan medføre fengsel i ett år eller mer. En avgrensning etter

alvorlighetsgrad vil redusere risikoen for at Helsedirektoratet mottar opplysninger som ikke er relevante for egnethetsvurderingen, ved at mer bagatellmessige forhold holdes utenfor.

Samtidig reiser også en slik avgrensning praktiske og rettslige utfordringer. For det første kan det være krevende å overlate til søkeren selv å vurdere om et forhold faller innenfor terskelen. Søkeren vil ikke nødvendigvis ha forutsetninger for å ta stilling til om det aktuelle forholdet etter norsk rett kan medføre fengsel i ett år eller mer. Dette gjelder særlig dersom forholdet er begått i utlandet, hvor strafferettslige regler og systemer kan avvike betydelig fra norsk rett. Et nærliggende alternativ kan derfor være å utforme spørsmålet med utgangspunkt i nærmere angitte kategorier av forhold som etter gjeldende forvaltningspraksis typisk vil være relevante i vurderingen av mulig uegnethet.

Særlig ved utenlandske forhold må det dessuten tas høyde for at handlinger som er straffbare i et annet land, ikke nødvendigvis er straffbare etter norsk rett, og av den grunn heller ikke nødvendigvis relevante for egnethetsvurderingen. En person kan for eksempel ha vært ilagt reaksjoner i et annet land for bruk av ytringsfriheten, politisk aktivitet, deltakelse i demonstrasjoner, religiøs utøvelse eller andre handlinger som etter norsk rett ikke kan medføre straff. Slike forhold har ikke uten videre betydning for pasientsikkerheten eller tilliten til det norske helsevesenet. En generell henvisning til lovbrudd i «annet land» kan derfor lett føre til at ordningen fanger opp forhold som ikke er relevante for den vurderingen Helsedirektoratet skal foreta.

I forlengelsen av dette er det naturlig å vise til begrunnelsen i politiregisterlovens forarbeider for at det ikke kreves fremleggelse av politiattest utstedt i tredjeland:

«[...] [D]et [er] omfattende problemer forbundet med å skulle kreve at det innhentes utenlandsk politiattest tilsvarende den norske. [...] **For det andre vil man selv om det foreligger utenlandsk politiattest, som regel ha store problemer med å klarlegge det reelle innholdet i denne og konvertere den til norske forhold. Typisk kan det være vanskeligheter forbundet med å klarlegge hva en eventuell attest viser og hva som er utelatt, hvilket gjerningsinnhold det aktuelle straffebudet omfatter i det enkelte land, hva som er kriminalisert, hva som er reaksjonen mv.** Det antas at dette er problemer som oftest kommer på spissen når politiattesten er utstedt fra land utenfor EØS-området.»⁴³⁵ (vår utheving)

Etter vårt syn kan tilsvarende problemer oppstå når Helsedirektoratet ber søkeren opplyse om vedkommende er «siktet, tiltalt eller dømt for brudd på straffelov i [...] annet land». Det er uklart hvordan Helsedirektoratet har tenkt disse problemstillingene løst, og vi viser til at dette heller ikke synes å være adressert i gjeldende prosedyrer.⁴³⁶

Vi forstår videre at spørsmålet om hvorvidt søkeren er «siktet, tiltalt eller dømt for brudd på straffelov i Norge eller annet land» ikke stilles til søkere som er omfattet av «Innmeldingsliste-systemet» eller som inngir søknad via «HEGO», og at begrunnelsen er at denne gruppen er underlagt en nærmere skikkethetsvurdering som del av den norske utdanningen.⁴³⁷ I praksis innebærer dette at spørsmålet først og fremst stilles til søkere med utdanning fra utlandet, som potensielt også kan ha svakere tilknytning til Norge. I lys av vurderingen under pkt. 11.3.3.4 om forholdet til etableringsretten etter EØS-avtalen, er det etter vårt syn naturlig å vurdere nærmere om en slik avgrensning kan opprettholdes dersom Helsedirektoratet velger å videreføre strakstiltaket.

⁴³⁵ Se Ot.prp.nr.108 (2008-2009) på side 146. Se også nærmere omtale av vandelskontroll av utenlandske statsborgere etter politiregisterloven under pkt. 12.2.3.4.

⁴³⁶ Se nærmere omtale av prosedyrene under pkt. 9.3.5 og pkt. 9.4.5.

⁴³⁷ Se nærmere omtale av søknadsprosessene under pkt. 9.2.1. Nærmere omtale av vurdering av skikkethetsvurderingen som gjøres under norsk utdanning fremgår under pkt. 6.2.2.3.

Det kan videre bemerkes at spørsmålet også omfatter om søkeren er «siktet, tiltalt eller dømt for brudd på straffelov i Norge [...]». For søkere som ikke er norske borgere, eller som før søknadstidspunktet ikke har oppholdt seg i Norge, vil det i mange tilfeller ha begrenset praktisk betydning å stille spørsmål om norske straffbare forhold. Dersom slike forhold likevel foreligger, ville en politiattest etter omstendighetene kunne avdekket dette. Spørsmålet favner dermed også opplysninger som kan ligne dem som ville fremgå av en politiattest, uten at Helsedirektoratet i dag har hjemmel til å kreve slik dokumentasjon fremlagt som ledd i en vandelskontroll etter politiregisterloven.

Det er derfor naturlig å se problemstillingene knyttet til strakstiltaket i sammenheng med spørsmålet om lovhjemmel for å innhente politiattest, som omtales nærmere under pkt. 12.2 flg. Vi nøyer oss her med å bemerke at en politiattest, dersom den er hjemlet i lov, i større grad enn et egenerklæringsspørsmål vil kunne ivareta søkerens rettigheter og personvern, fordi innhentingene da skjer innenfor nærmere angitte lov- og forskriftsbestemte rammer.

Et ytterligere alternativ er å avgrense spørsmålsstillingen til rettskraftige straffesaker, fremfor også å omfatte siktelsener og tiltaler. Opplysninger om siktelsener og tiltaler er mindre avklarte enn opplysninger om rettskraftige dommer, og risikoen for å innhente opplysninger som senere viser seg ikke å føre frem, er derfor større. Dette må også ses i lys av uskyldspresumsjonen i Grunnloven § 96 (2) og EMK artikkel 6 nr. 2.⁴³⁸

Informasjon om at en søker er siktet eller tiltalt vil dessuten kunne reise krevende bevissspørsmål og avveininger for Helsedirektoratet, slik det er omtalt under pkt. 7.6. Selv om Helsedirektoratet også i dag foretar vanskelige bevismessige vurderinger, for eksempel i saker foranlediget av anonyme tips, er det uklart hvordan slike spørsmål er tenkt håndtert innenfor rammen av strakstiltaket. Problemstillingen vil særlig kunne tenkes aktuell der en siktelse eller tiltale er relatert til et mulig lovbrudd underlagt utenlandsk straffelov. Vi viser til at slike spørsmål ikke er adressert i gjeldende prosedyrer.⁴³⁹

Videre har både tilknytningsaspektet og tidsperspektivet betydning for vurderingen av mulig uegnethet, jf. pkt. 6.3.2.9. Eldre forhold vil etter omstendighetene kunne ha begrenset relevans, særlig dersom det ikke foreligger nye forhold og søkeren over tid har vist forsvarlig yrkesutøvelse. Strafferettslige foreldelsesregler kan også få betydning. Til dette kommer også at kravet til allmenn tillit vil kunne variere avhengig av hvilken yrkesgruppe og hvilken funksjon det er tale om. Hvilke straffbare forhold som er relevante for egnethetsvurderingen, vil dermed ikke nødvendigvis være de samme for alle profesjoner. Forhold som er særlig relevante for én yrkesgruppe, er ikke nødvendigvis like relevante for en annen. Det kan i lys av dette også tenkes at nærmere avgrensninger med hensyn til profesjon vil være hensiktsmessig.

Ovennevnte er ikke ment som en uttømmende liste over problemstillinger. Formålet er å synliggjøre sentrale spørsmål som strakstiltaket reiser, og som ideelt sett burde vært vurdert før tiltaket ble iverksatt. Når tiltaket nå er innført, kan disse problemstillingene i stedet tjene som veiledning for hvordan ordningen eventuelt bør justeres.

Vi har forståelse for behovet for å innhente informasjon, og som omtalt under pkt. 10.3 er det etter vårt syn også nærliggende å vurdere økt bruk av egenrapportering i søknadsprosessen. Dette gjelder særlig så lenge alternative tiltak ikke er implementert, herunder løsninger som i større grad kan kompensere for fravær av vandelskontroll og begrensninger i informasjonsutvekslingen mellom nasjonale myndigheter. Informasjonsbehovet kan imidlertid ikke gå på bekostning av overholdelsen av øvrige rettslige forpliktelser som gjelder for saksbehandlingen.

⁴³⁸ Se nærmere omtale av uskyldspresumsjonen etter Grunnloven og EMK under pkt.7.7, samt om vernet mot selvkriminering i forvaltningsretten under pkt. 7.8.

⁴³⁹ Se nærmere omtale av prosedyrene under pkt. 9.3.5 og pkt. 9.4.5.

Etter vårt syn er det særlig nødvendig å justere strakstiltaket slik at risikoen for overinnsamling reduseres. Dette vil samtidig redusere etterlevelsrisikoen mer generelt. Etter dagens ordning bes søkeren om å «redegjøre for hva forholdet gjelder». Et slikt åpent spørsmål med fritekstsvar skaper risiko for at søkeren gir flere opplysninger enn det som er nødvendig for egnethetsvurderingen, herunder særlige kategorier av personopplysninger. Helsedirektoratet risikerer dermed overinnsamling i strid med prinsippet om dataminimering, jf. personvernforordningen artikkel 5 nr. 1 bokstav c.

Etter vårt syn bør Helsedirektoratet derfor vurdere en mer strukturert innhenting av opplysninger. Formålet må være å motta de opplysningene som er nødvendige for å kunne vurdere søkerens egnethet på en forsvarlig måte, uten å invitere til brede redegjørelser eller innhenting av informasjon som ikke er relevant for denne vurderingen etter helsepersonelloven § 53.

11.4 Strakstiltak # 3: Utvidet kontroll i saksbehandlingsrutinene

11.4.1 Omtale av strakstiltaket

Som respons på mediasakene i «Bad Practice»-artikkelserien, ble det implementert «utvidet kontroll i saksbehandlingsrutinene». Tiltaket er omtalt i Andre Rapport på side 10:

«Saksbehandlingsrutinene i Helsedirektoratet er endret. **Alle søknader der søker har tilknytning til et annet EU/EØS-land, vil heretter bli etterspurt og kontrollert gjennom IMI. Helsedirektoratet vil fortsette å spørre om CCPS og konformitetsbekreftelse der det er aktuelt.** En CCPS [...] er en bekreftelse utstedt av hjemland som bekrefter personellets yrkesstatus. Slik får Helsedirektoratet fanget opp eventuelle forhold også fra land som ikke konsekvent sender varsler igjennom IMIs varslingsmodul.»

11.4.2 Vår vurdering av strakstiltaket

Kjernen i tiltaket er at Helsedirektoratet har fått utvidet tilgang til IMIs varslingsmodul. Dette innebærer at Helsedirektoratet nå har fått direkte tilgang til selv å søke opp hver søker i IMI. Tidligere hadde Helsedirektoratet bare mulighet til å legge inn forespørsler om den enkelte søker i IMI og rette forespørselen til EØS-staten der søker har tilknytning. IMI-søk er nå også integrert i Helsedirektoratets prosedyrer og rutiner for vurdering av søknader fra helsepersonell med EØS-tilknytning. Strakstiltak # 1 om utvidet tilgang til IMIs varslingsmodul er omtalt nærmere under pkt. 11.2.

Tiltaket er en klart hensiktsmessig fornuftig skjerping av saksbehandlingen, ved at det bygges inn flere kontrollpunkter i prosessen med vurdering av søknader. Alle søknader med tilknytning til en annen EØS-stat skal heretter kontrolleres opp mot IMI, sammen med CCPS og konformitetsbekreftelse der det er aktuelt. På denne måten vil Helsedirektoratet gjøre seg mindre avhengig av én eller få informasjonskilder. Etersom IMI inneholder informasjon meldt inn av offentlige myndigheter i de andre EØS-statene, vil informasjonen i IMI presumptivt også ha større grad av riktighet, tidsnærhet og notoritet, sammenlignet med informasjonen søker selv fremlegger, eksempelvis gjennom et spørreskjema i søknadsprosessen. Etersom søker vil være interessert i å beskytte sine interesser, vil søker også være mer tilbøyelig til å holde tilbake relevant informasjon.

Effekten av tiltaket vil likevel variere avhengig av kvaliteten på informasjonen i IMI. Som redegjort for under pkt. 8.3.1.3, 11.2 og 12.3, er det en rekke utfordringer med IMI. Utfordringene knytter seg særlig til EØS-statenes varierende praksis for rapportering i IMI, det vil si både *hvilken informasjon* som rapporteres, *hvilke forhold* det rapporteres om, *når* det rapporteres, *hvor komplette og korrekte* de rapporterte opplysningene er, samt om EØS-staten i det hele tatt rapporterer om relevante forhold.

Dette innebærer at Helsedirektoratet, ved vurdering av en søknad, ikke uten videre kan legge til grunn at det ikke foreligger forhold som kan medføre at søknaden kan nektes etter helsepersonelloven § 53 (2), selv om søk i IMI ikke gir treff.

12 Vurdering av foreslåtte og mulige tiltak

12.1 Innledning

I dette punktet vil vi vurdere de tiltakene som Helsedirektoratet har *foreslått*, eller som er *under utredning* i kjølvannet av VGs «Bad Practice»-artikkelserie. Vi vil også omtale og presentere enkelte *mulige* tiltak som vi har identifisert, og som Helsedirektoratet kan vurdere nærmere.

Mens *strakstiltakene* vurdert under pkt. 11 var rettet mot umiddelbar styrking av informasjonsgrunnlaget innenfor eksisterende rammer, dreier tiltakene i dette punktet seg om mer strukturelle og langsiktige grep som i større grad forutsetter lovendringer, etablering av prosedyrer og nordisk, europeisk eller internasjonalt samarbeid.

Gjennomgangen omfatter følgende fem *foreslåtte* tiltak og fire *mulige* tiltak:

Foreslåtte tiltak:

- I. Lovhjemmel for å kunne innhente utvidet politiattest for søkere av autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning
- II. Samarbeid om en felles standard for rapportering i IMI og vurdering av egnethet på EU/EØS-nivå
- III. Gjennomgang av eventuelle saker tilbake i tid
- IV. Bruk av åpne kilder, herunder Google-søk, i saksbehandlingen
- V. Økt digitalisering og mulig bruk av kunstig intelligens

Mulige tiltak:

- I. Felles internasjonalt, europeisk eller nordisk register over helsepersonell
- II. Økt bevissthet om grunnlaget for å nekte autorisasjon etter helsepersonelloven § 53
- III. Norsk medlemskap i ECRIS og mulige fordeler ved dette for Helsedirektoratet
- IV. Arjeplogavtalens mulighetsrom

For hvert av tiltakene vil vi gjennomgå hva tiltaket innebærer, dets rettslige forankring og begrensninger, samt dets potensielle effekt. Hvis relevant, vil vi også fremheve tiltakets historiske bakteppe.

12.2 Foreslått tiltak # 1: Lovhjemmel for å kunne innhente utvidet politiattest for søkere

12.2.1 Historisk bakteppe

Som omtalt under pkt. 10.2, har Helsedirektoratet, og tidligere SAFH/SAK, ved flere anledninger fremsatt ønske om hjemmel for fremleggelse av politiattest i forbindelse med søknad om autorisasjon mv. Som det fremgår av gjennomgangen, har ønsket blitt fremsatt i 2005, 2011, 2015 og 2020. Vi er imidlertid ikke kjent med at det er foretatt noen nærmere vurdering av hvordan et slikt vandelskrav bør eller kan utformes.

Vi er imidlertid oppmerksomme på at Helsedirektoratet, gjennom tildelingsbrev for 2026, nylig er gitt i oppdrag av Helse- og omsorgsdepartementet å utrede lovhjemmel for innhenting av politiattest i autorisasjonssaker. Av tildelingsbrevet fremgår:

«Departementet mener det er behov for en nærmere utredning av og redegjørelse for behovet for politiattest i autorisasjonssaker. Det er særlig behov for å beskrive fordeler og ulemper ved å innføre en hjemmel for Helsedirektoratet til kunne innhente politiattest eller kreve politiattest fremlagt av søkerne, herunder redegjørelse for ev. økonomiske og administrative konsekvenser.

Departementet ser også behov for en redegjørelse for hvordan Helsedirektoratet ser for seg at en slik lovhjemmel bør utformes.»⁴⁴⁰

Til dette vil vi kort bemerke at det ligger utenfor Mandatet å gi en slik utredning og redegjørelse som Helse- og omsorgsdepartementet har gitt Helsedirektoratet i oppdrag å utføre. Den redegjørelsen som følger nedenfor, er derfor ikke en besvarelse av ovennevnte oppdrag. Redegjørelsen vil likevel berøre en rekke av de temaene og underliggende problemstillingene som adresseres i nevnte oppdragsbeskrivelse.

12.2.2 Omtale av tiltaket

Etter at sakene i «Bad Practice»-artikkelserien ble kjent, ble Helsedirektoratets tidligere ønske om at det gis mulighet for å «innhente utvidet politiattest for søkere» gjentatt.

I Første Rapport skriver Helsedirektoratet:

«Helsedirektoratet har ingen hjemmel (lovlig rett) for å innhente politiattest, verken fra norske eller utenlandske søkere. [...]

[...] Helsedirektoratet ønsker mulighet for å innhente politiattest som en garanti for at utenlandsk personell har den nødvendige egnethet til å praktisere yrket i Norge. Slik Helsedirektoratet vurderer det, kunne sakene omtalt i media ha blitt avdekket dersom direktoratet hadde hatt mulighet til å innhente utvidet politiattest fra de aktuelle søkerne.»

Ønsket om hjemmel for å kunne innhente «utvidet politiattest» er også omtalt i Andre Rapport.

12.2.3 Vår vurdering av tiltaket

12.2.3.1 Innledning

Som omtalt under pkt. 8.5, kan vandelskontroll bare foretas når det er hjemmel i lov eller forskrift gitt i medhold av lov, jf. politiregisterloven § 36 (1). Opplysninger fra vandelskontrollen kan gis som politiattest etter politiregisterloven § 36 (1) nr. 1 når hjemmelsgrunnlaget tilsier det. Politiregisterloven fastsetter generelle rammer for politiattestene, men gir ikke i seg selv hjemmel for å kreve slik attest.

De ytre rammene for når det er adgang til å utstede politiattest, følger av EMK artikkel 8.

Krav om fremleggelse av politiattest utgjør et inngrep i retten til privatliv etter EMK artikkel 8, noe som innebærer et krav til lovhjemmel og til hjemmelsgrunnlagets klarhet og forutberegnelighet. Politiaattesten må fremme ett av de legitime formålene i bestemmelsen og være nødvendig i et demokratisk samfunn. Forholdet til EMK artikkel 8 må som konsekvens alltid vurderes ved spørsmålet om implementering av hjemmel som åpner for vandelskontroll.

Politiregisterloven fastsetter generelle rammer for politiattestene, men gir ikke i seg selv hjemmel for å kreve slik attest. Det følger av fast praksis at krav om politiattest i forbindelse med vandelskontroll skal hjemles i spesiallovgivningen. Dersom vandelskontroll skal inngå som ledd i søknadsprosesser om autorisasjon mv., vil det være naturlig at lovhjemmelen plasseres i helsepersonelloven.⁴⁴¹ Det vil stilles «store krav til tydelighet og nøyaktighet» ved utforming av en slik lovhjemmel.⁴⁴²

Det er sentralt for vurderingen av nytten og verdien å være oppmerksom på at det med «vandelskontroll gjennom politiattest, så menes norsk politiattest med opplysninger fra det norske

⁴⁴⁰ Tildelingsbrev fra Helse- og omsorgsdepartementet til Helsedirektoratet for 2026, se post TB2026-49, på side 44: [Lenke](#).

⁴⁴¹ Dette på samme vis som någjeldende helsepersonelloven § 20 a.

⁴⁴² Se Ot.prp.nr.108 (2008-2009) på side 143.

reaksjonsregisteret.»⁴⁴³ Det er videre sentralt å være oppmerksom på at det finnes ulike typer politiattest.

Vi vil i det følgende redegjøre nærmere for disse sentrale forholdene, samt knytte våre betraktninger til disse sett i lys av Helsedirektoratets interesser og den øvrige gjennomgangen i denne utredningen. Det ligger på den annen side utenfor Mandatet å eksempelvis oppstille forslag til lovhjemmel, eller utrede nordisk eller europeisk praksis på området. For øvrig ligger det til grunn for våre vurderinger at Helsedirektoratet per i dag ikke har hjemmel til å kreve fremlagt politiattest ved behandling av søknader om autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning.

12.2.3.2 Om når vandelskontroll kan benyttes

Vandelskontroll kan bare foretas når den har hjemmel i lov eller i forskrift gitt i medhold av lov, jf. politiregisterloven § 36 (1), som videre angir at opplysninger fra kontrollen enten kan gis som «politiattest», «vandelsvurdering» eller «straffattest».

Vi legger i det følgende til grunn at det kun er «politiattest»-alternativet som er aktuelt.

Politiregisterloven § 37 (1) angir hvilke formål som berettiger bruk av politiattest, og lyder:

«Politiattest, jf. § 36 første ledd nr. 1, kan bare brukes for å utelukke fysiske og juridiske personer fra stilling, virksomhet, aktivitet eller annen funksjon dersom

1. lovbruddet gjør en person uegnet, og manglende utelukkelse vil kunne medføre betydelige skadevirkninger,
2. manglende utelukkelse vil kunne virke støtende eller motvirke den alminnelige tillit,
3. stillingen mv. medfører ansvar for eller krever tillit hos personer som på grunn av alder, sykdom eller funksjonshemming har reduserte muligheter til å ta vare på seg selv eller sine interesser,
4. utelukkelse kan forhindre at personer begår overgrep mot eller har skadelig innflytelse på mindreårige, eller bidrar til å øke tilliten til at mindreårige tas hånd om av skikkede personer,
5. den kan bidra til å sikre at en person som skal adoptere eller over tid eller jevnlig skal ha heldøgns omsorgsansvar for mindreårige, er egnet for oppgaven, eller
6. det er fare for at en person på ny vil begå lovbrudd.»

De opplistede formålene er ment som en retningsgivende føring til andre departementer mv. når det vurderes om det på et gitt område bør foreslås en hjemmel til å utstede politiattest i den aktuelle spesiallovgivningen. Bestemmelsen vil derfor være det naturlige utgangspunktet for en nærmere utredning av mulig lovhjemmel for Helsedirektoratet, men den utgjør ingen absolutt skranke for lovgiver med tanke på hvilke konkrete formål og situasjoner det i fremtiden kan gis hjemmel for å utstede politiattest til.

Om den nærmere vurderingen som må foretas, fremgår følgende av politiregisterlovens forarbeider:

«Ved vurderingen av om det bør gis en hjemmel til å utstede politiattest, og hvilken type attest man i så fall bør hjemle adgang til, må man her som ellers se hen til de alminnelige prinsippene om nødvendighet og relevans. Det må foretas en vurdering av om det er nødvendig med et nytt hjemmelsgrunnlag for politiattest og om et slikt grunnlag er naturlig ut fra sammenhengen i regelverket om politiattester for øvrig. Likeså må det ses hen til om det finnes andre mer hensiktsmessige virkemidler man kan bruke. Tilsvarende må det i valget mellom de ulike former for politiattest foretas en konkret vurdering av hvilke opplysninger som er nødvendig og

⁴⁴³ Se Ot.prp.nr.108 (2008-2009) på side 146.

relevante å anmerke for å ivareta det aktuelle formålet med vandelskontrollen, jf. også de prinsippene som følger av EMK artikkel 8.»⁴⁴⁴

Etter vårt syn vil flere av de opplistede typetilfellene i politiregisterloven § 37 (1) etter omstendighetene kunne forankre en vandelskontroll med politiattest for helsepersonell. Særlig alternativene i nr. 1–4 kan tenkes relevante.⁴⁴⁵

Vi understreker samtidig at autorisasjonsordningen omfatter en bred gruppe av helsepersonell, jf. helsepersonelloven § 48 (1), og at ulike hensyn vil kunne gjøre seg gjeldende for de respektive gruppene. Eksempelvis fremstår det etter vårt syn noe mer betenkelig å kreve inngående vandelskontroll for apotekteknikere, sammenlignet med leger eller psykologer. Det vil etter vårt syn være naturlig å vurdere eventuelle begrensninger med hensyn til krets av yrkesgrupper nærmere.

12.2.3.3 Ulike typer politiattest

Vi forstår at ønsket fra Helsedirektoratet har vært en hjemmel som gir mulighet til å innhente en «utvidet politiattest», jf. også Andre Rapport.

Spørsmålet om hvilken type politiattest som kan utstedes, vil avhenge av hva som følger av hjemmelsgrunnlaget for utstedelsen. Dersom ikke noe annet er særskilt angitt, «skal det utstedes ordinær politiattest», jf. politiregisterloven § 40 nr. 1 og politiregisterforskriften § 29-1 (1).

Det finnes flere typer politiattester. Et skille går på selve anmerkningen av strafferettslige reaksjoner, der det skilles mellom ordinær politiattest, jf. politiregisterloven § 40, og uttømmende politiattest, jf. politiregisterloven § 41 nr. 1. Det kan i lov eller i forskrift gitt i medhold av lov videre bestemmes at både ordinær og uttømmende politiattest kan være avgrenset og utvidet, jf. politiregisterforskriften § 29-1 (2).

- På en **ordinær politiattest** «anmerkes reaksjoner i samsvar med politiregisterloven § 40, med mindre det etter politiregisterloven § 42 er bestemt at det skal anmerkes færre opplysninger», jf. politiregisterforskriften § 29-2.
- På en **uttømmende politiattest** «anmerkes alle straffer, andre strafferettslige reaksjoner og andre tiltak som er registrert i reaksjonsregisteret som følge av lovbrudd, jf. § 28-3 nr. 1 og 2», jf. politiregisterforskriften § 29-3 (1). Tidsbegrensningene i politiregisterloven § 40 gjelder imidlertid ikke, jf. politiregisterloven § 41 nr. 1. Visse begrensninger følger likevel politiregisterforskriften § 29-3 (2).
- På en **avgrenset politiattest** «anmerkes bare nærmere bestemte typer lovbrudd i samsvar med hjemmelsgrunnlaget for utstedelse av politiattest», jf. politiregisterforskriften § 29-4 (1). Avgrenset politiattest skal som hovedregel «utstedes som ordinær politiattest (avgrenset ordinær politiattest), med mindre det fremgår uttrykkelig av hjemmelsgrunnlaget at politiattesten skal være uttømmende (avgrenset uttømmende politiattest)», jf. politiregisterforskriften § 29-4 (2).
- På en **utvidet politiattest** «anmerkes verserende saker», jf. politiregisterforskriften § 29-5 (1). Med «verserende saker» menes saker som ikke er rettskraftig avgjort, det vil si siktelsler, tiltaler og ilagte reaksjoner som ikke er rettskraftige. «Anmeldelser og henlagte saker kan ikke anmerkes på politiattest», jf. politiregisterforskriften § 29-5 (1). «Verserende saker kan anmerkes på både ordinær og uttømmende politiattest i samsvar med bestemmelsene i kapittel 31», jf. politiregisterforskriften § 29-5 (1). Dersom verserende saker anmerkes, «skal

⁴⁴⁴ Se Ot.prp.nr.108 (2008–2009) på side 149-150.

⁴⁴⁵ Vi bemerker at vandelskravet i helsepersonelloven § 20 a og helse- og omsorgstjenesteloven § 54 er særlig begrunnet alternativet i pkt. 4.

politiattesten gi en kort forklaring på hva den verserende saken gjelder, hva slags straffebud saken gjelder og hvor langt saken har kommet i den påtalemessige behandlingen», jf. politiregister loven § 41 nr. 2.⁴⁴⁶

Ved vurderingen av hvilken type politiattest det eventuelt bør hjemles adgang til, vil det måtte foretas «en konkret vurdering av hvilke opplysninger som er nødvendig og relevante å anmerke for å ivareta det aktuelle formålet med vandelskontrollen, jf. også de prinsippene som følger av EMK artikkel 8.»⁴⁴⁷

For vurderingen vil det blant annet være naturlig å se hen til det underliggende formålet med vandelskontrollen, og hvilken informasjon som er nødvendig og relevant for dette formålet. Et nærliggende utgangspunkt vil være å se hen til hvilken atferd som anses uforenlig med yrkesutøvelsen, jf. helsepersonelloven § 57 (1), og som dermed vil kunne tilsi at søkeren er uegnet, jf. § 48 a (2) bokstav b.

Som omtalt under pkt. 6.3.2.9, vil typisk «svært alvorlige forhold, for eksempel straffbare handlinger som tyveri, underslag, legemskrenkelser, legemsbeskadigelser, gjentatte tilfeller av promillekjøring eller brudd på straffelovens sedelighetskapittel» kunne tilsi at vedkommende er uegnet for yrket.⁴⁴⁸ Videre vises det til at «alvorlige seksuelle grenseoverskridelser i form av overgrep, voldtekt eller utvist annen grenseoverskridende seksualisert atferd overfor pasienter, både i og utenfor behandlingsrommet», «nedlastning av overgrepsmateriale eller vold i nære relasjoner» og handlinger som «drap og grov vold», er forhold som anses som «de aller mest alvorlige sakene», og som kan lede til varig tap av autorisasjon eller «forbud mot å yte helsehjelp» etter helsepersonelloven §§ 57 (2) og 57 a (1).⁴⁴⁹

Vi bemerker at tidselementet, altså hvor lenge det er siden hendelsen fant sted, også står sentralt. Det vises her til at den som har fått tilbakekalt autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning «for alltid» etter helsepersonelloven § 57 (2), kan fremsette søknad om ny autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning «tidligst ti år etter vedtak om tilbakekall», jf. helsepersonelloven § 62 (3).

Ved utredningen av vandelskontroll vil det også være naturlig å se hen til:

- Andre vandelskrav innenfor helsesektoren. Vi viser her til at det under pkt. 8.5.2 til pkt. 8.5.5 er gitt en oversikt og introduksjon av allerede gjeldende vandelskrav som er av særlig relevans for helsepersonell.
- Andre vandelskrav på andre rettsområder. Vi viser også til at politiet har utarbeidet en formålsliste med oversikt over alle reglene som har krav om politiattest.⁴⁵⁰
- Praksis innenfor særlig Norden og EU/EØS. Vi viser her til at det under pkt. 8.5.6.2 er gitt en oversikt og introduksjon av vandelskontroll for helsepersonell i Sverige og Danmark i forbindelse med søknad om autorisasjon mv.

12.2.3.4 Særlig om vandelskontroll av utenlandske statsborgere

En sentral begrensning når det gjelder spørsmålet om vandelskontroll av utlendinger, er at det i norsk lov ikke er anledning til å kreve politiattest fra land utenfor EØS-området (tredjeland).⁴⁵¹ Det er heller ikke anledning til å be om frivillig fremleggelse av slik politiattest.

⁴⁴⁶ Nærmere reguleringer av hvordan anmerkning av verserende saker skal gjøres følger av politiregisterforskriften kapittel 31.

⁴⁴⁷ Se Ot.prp.nr.108 (2008–2009) på side 149-150.

⁴⁴⁸ Se Ot.prp.nr.13 (1998-1999) på side 179.

⁴⁴⁹ Se Rundskriv fra Helsedirektoratet, Helsepersonelloven med kommentarer (IS-2012-8) (sist endret 13. februar 2026), 11-57 og 11-57 a.

⁴⁵⁰ Politiet, formålslisten: [Lenke](#) (lastet ned 30. april 2026).

⁴⁵¹ Se Ot.prp.nr.108 (2008-2009) på side 311.

Om begrunnelsen for at det ikke kan kreves fremleggelse av politiattester utstedt i tredjeland, fremgår det av politiregisterlovens forarbeider:

«[...] [D]et [er] omfattende problemer forbundet med å skulle kreve at det innhentes utenlandsk politiattest tilsvarende den norske. For det første er det ikke alltid like enkelt for den arbeidssøkende å innhente attest fra utlandet. Det kan på grunn av utlendingens bakgrunn være uforsvarlig å forlange at vedkommende skal forsøke å innhente attest fra sitt tidligere lands myndigheter. Videre kan forholdene i landet være slik at den fremlagte attest ikke fremstår med tilstrekkelig troverdighet. I forlengelsen av dette kan det være at det aktuelle landet ikke har noe system for utstedelse av politiattest, at systemet fremstår som mangelfullt eller at det ikke finnes grunnlag for å anmode om utstedelse av politiattest.

For det andre vil man selv om det foreligger utenlandsk politiattest, som regel ha store problemer med å klarlegge det reelle innholdet i denne og konvertere den til norske forhold. Typisk kan det være vanskeligheter forbundet med å klarlegge hva en eventuell attest viser og hva som er utelatt, hvilket gjerningsinnhold det aktuelle straffebudet omfatter i det enkelte land, hva som er kriminalisert, hva som er reaksjonen mv. Det antas at dette er problemer som oftest kommer på spissen når politiattesten er utstedt fra land utenfor EØS-området.»⁴⁵²

Problemstillingene knyttet til utenlandske politiattester er stadig aktuelle, og gjør seg også gjeldende for norske borgere som har bodd en lengre periode i utlandet. Utfordringene er utførlig beskrevet i politiregisterlovens forarbeider:

«Det blir mer og mer vanlig at spesiallovgivningen oppstiller krav om at søkere til bestemte stillinger, tillatelser mv. må fremlegge politiattest. [...] Samtidig er det en ikke ubetydelig andel utenlandske statsborgere som søker arbeid innen disse sektorene.

I praksis kan det da oppstå vesentlige forskjeller i behandlingen av henholdsvis norske og utenlandske søkere. I Norge utstedes politiattest for den periode vedkommende har vært registrert bosatt i landet. For utlendinger med forholdsvis kort botid i Norge, vil derfor attesten være av begrenset verdi idet den kun dekker vandelen i et avgrenset tidsrom. Attesten avdekker således ikke potensielt alvorlige straffbare handlinger utlendingen kan ha begått forut for at vedkommende kom til Norge. Tilsvarende gir den ikke utlendingen mulighet til å dokumentere at vedkommende har plettfri vandel over et lengre tidsrom. [...]

I praksis har man i denne typen saker generelt inntatt den holdning at man må nøye seg med det som fremkommer av den norske attesten. Unntak gjøres kun for helt spesielle tilfeller hvor særlig tungtveiende sikkerhetshensyn gjør seg gjeldende og det er svært viktig med klarert personell. [...]

Etter departementets syn fremstår det som naturlig at man som hovedregel velger å basere seg på de opplysninger som fremkommer av den norske attesten. En annen løsning vil ha som konsekvens at vandelskravet i praksis blir et yrkesforbud for utlendinger tilsvarende det påbudte tidsrom. Det er klare prinsipielle betenkeligheter forbundet med at man på denne måten i praksis utelukker en begrenset del av befolkningen fra et yrke.

På den annen side er det også svakheter ved en slik hovedregel. Løsningen er av begrenset verdi for arbeidsgiver som vil føle at han ikke får all den informasjonen han trenger om arbeidssøkeren. Den utenlandske søkeren vil også kunne oppleve det som frustrerende at han ikke har mulighet til å dokumentere sin vandel på lik linje med søkerne med lengre botid i Norge.»

⁴⁵² Ot.prp.nr.108 (2008-2009) på side 146.

Løsningen på ovennevnte utfordring vil være «å innføre et krav om at søkere fra tredjeland må ha et minimum av botid i Norge. På denne måten sikrer man at den norske attesten som utstedes som et minimum dekker en viss tidsperiode bakover i tid.»⁴⁵³

Reguleringen om krav om botid i Norge følger av politiregisterloven § 36 (2), som lyder:

«Det kan i lov eller i forskrift gitt i medhold av lov stilles krav om inntil 5 års botid i Norge dersom det i forbindelse med vandelskontroll ikke kan fremlegges politiattest som nevnt i første ledd nr. 1, og vesentlige samfunnshensyn tilsier det. Kravet til botid kan bare overstige 5 år dersom vesentlige sikkerhetsmessige hensyn tilsier det.»

Videre fremgår det av politiregisterforskriften § 28-4 (1):

«Krav om botid i Norge som er fastsatt i henhold til politiregisterloven § 36 annet ledd gjelder bare for utlendinger som har oppholdt seg i Norge i kortere tid enn fastsatt botid. Kravet om botid gjelder likevel ikke for

1. EØS-borgere som legger frem politiattest fra hjemlandet sitt,
2. utlendinger fra land utenfor EØS som har opphold i et EØS-land som tilsvarer lengden av kravet om botid, og som legger frem politiattest og bevis på lovlig opphold fra EØS-landet, og
3. utlendinger fra land utenfor EØS med tidligere opphold i Norge, der fraværet fra Norge er så kortvarig at det kan gjennomføres tilfredsstillende vandelskontroll. Det samme gjelder når utlendingen har fått norsk statsborgerskap etter gjenbosetting i Norge.»

I politiregisterforskriften § 28-4 (2) oppstilles nærmere regler om beregningen av botid. Det er videre forutsatt i PRE-2013-09-20-1097 under pkt. 5.8.1.3 at muligheten for å dispensere fra kravet om botid kan forankres i spesiallovgivningen, hvor botid for øvrig «må forankres».

Regelen i politiregisterforskriften må forstås i lys av Norges forpliktelser etter EØS-avtalen. I henhold til EØS-avtalen skal EØS-borgere ikke diskrimineres på noen måte, og norske myndigheter må derfor godta attester utstedt i deres hjemland. Politiattest utstedt i annet EØS-land skal derfor «likestilles med norsk politiattest i de tilfeller der det i lov eller i medhold av lov er hjemlet krav om botid», jf. politiregisterloven § 36 (1) nr. 1.

Når attester fra EØS-land likestilles med norske attester, kan dette bare ha mening i de tilfellene der det finnes et krav om botid. Dette fordi diskrimineringsforbudet er til hinder for å avkreve «politiattest fra hjemlandet i de tilfellene der det enten ikke kreves botid eller der botiden er oppfylt. I disse situasjonene må også EØS-borgere kun fremlegge norsk politiattest på lik linje med norske borgere eller borgere fra tredjeland.»⁴⁵⁴

Det følger etter dette at dersom det skal innføres en hjemmel om vandelskontroll gjennom fremleggelse av politiattest for søknad om autorisasjon mv., vil kravet kunne oppfylles gjennom fremleggelse av norsk politiattest. Både norske borgere, borgere fra EØS-land og borgere fra tredjeland vil da kunne oppfylle kravet gjennom fremleggelse av norsk politiattest – med de begrensninger dette vil ha, jf. omtalen ovenfor.

Dersom en slik løsning ikke anses tilfredsstillende, vil det være nødvendig å vurdere å innføre krav om botid i Norge for tilgang til yrket som helsepersonell, eventuelt nærmere bestemte grupper av helsepersonell, i samsvar med og innenfor rammene av politiregisterloven § 36 (2). Krav om botid må i tilfelle utredes og vurderes nærmere, og det ligger utenfor Mandatet å komme med en anbefaling på dette punktet.

⁴⁵³ Se Ot.prp.nr.108 (2008-2009) på side 146.

⁴⁵⁴ PRE-2013-09-20-1097 Politiregisterforskriften (kongelig resolusjon). Se departementets vurdering under pkt. 5.8.1.3.

Vi bemerker generelt at et krav om botid vil ha sin primære funksjon overfor søkere som kommer fra land utenfor EØS-området, og sannsynligvis vil være egnet til å begrense antall søkere fra tredjeland. Med andre ord vil et krav om botid kunne hindre mobilitet og gjøre Norge mindre attraktivt for helsepersonell fra særlig tredjeland. Som eksempler på rettsområder hvor det i dag er fastsatt regler om krav til botid, kan det vises til yrkestransportlova § 37 c,⁴⁵⁵ og forskrift om sikkerheten i luftfarten mv. § 41.⁴⁵⁶

Hvorvidt en slik konsekvens kan være akseptabel, bør vurderes nærmere. For å avhjelpe slike konsekvenser bemerker vi at det etter omstendighetene vil kunne vurderes å lovfeste en mulighet for å dispensere fra kravet om botid.⁴⁵⁷

For ordens skyld minner vi også om at lovgiver, i forbindelse med forslaget om å utvide kravet om fremleggelse av politiattest for personell i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, «ikke [foreslo] å hjemle krav om botid», og spørsmålet er derfor ikke nærmere omtalt i endringslovens forarbeider.⁴⁵⁸

12.2.3.5 Avsluttende merknader

Som ovennevnte gjennomgang viser, kan det være grunn til å stille spørsmål ved om Helsedirektoratet har vært tilstrekkelig bevisst på de begrensningene som ligger til grunn for vandelskontroll gjennom politiattest etter politiregisterloven med tilhørende forskrift. Vi viser her til Helsedirektoratets uttalelse i Første Rapport:

«Helsedirektoratet har ingen hjemmel (lovlig rett) for å innhente politiattest, verken fra norske eller utenlandske søkere.

[...] Helsedirektoratet ønsker mulighet for å innhente politiattest som en garanti for at utenlandsk personell har den nødvendige egnethet til å praktisere yrket i Norge. **Slik Helsedirektoratet vurderer det, kunne sakene omtalt i media ha blitt avdekket dersom direktoratet hadde hatt mulighet til å innhente utvidet politiattest fra de aktuelle søkerne.**» (våre uthevninger)

Som gjennomgangen under særlig pkt. 12.2.3.4 viser, er det ikke innenfor rammene av gjeldende politiregisterlov anledning til å kreve fremlagt politiattester utstedt i tredjeland, og for EØS-borgere setter diskrimineringsforbudet i EØS-avtalen begrensninger.

Vandelsinstituttet har derfor større begrensninger enn det Helsedirektoratet synes å forutsette i ovennevnte uttalelse. Det er derfor *ikke* uten videre gitt at «sakene omtalt i media [kunne] ha blitt avdekket dersom direktoratet hadde hatt mulighet til å innhente utvidet politiattest fra de aktuelle søkerne». Vi viser her til at Lund-legen og Uppsala-legen begge var bosatt i et EØS-land (Sverige), og at de som svenske statsborgere ville kunne ha oppfylt et eventuelt vandelskrav gjennom å fremlegge en norsk politiattest. Skulle sakene omtalt i media ha blitt avdekket gjennom en vandelskontroll, måtte det forutsetningsvis også ha blitt innført et krav om botid. Det måtte også ha vært oppstilt krav om utvidet politiattest, da ingen av dem var rettskraftig dømt på innvilgelsestidspunktet.⁴⁵⁹

Det er likevel etter vårt syn naturlig å utrede nærmere en lovhjemmel for å kunne innhente politiattest. En slik utredning bør også vurdere innføring av krav om botid, jf. politiregisterloven § 36 (2).

⁴⁵⁵ Yrkestransportlova (LOV-2002-06-21-45) § 37 c oppstiller som vilkår for tildeling av «kjøresetel» at det for utlendinger at det som hovedregel kreves «4 års butid i Noreg før kjøresetel kan utferdast».

⁴⁵⁶ Forskrift om forebygging av anslag mot sikkerheten i luftfarten mv. (FOR-2011-03-01-214) § 41 oppstiller som vilkår for å kunne få godkjent bakgrunnsjekk at søkeren har «fem års sammenhengende botid i Norge». Kravet til botid gjelder likevel ikke for personer som har hatt opphold i et EØS-stat og som kan legge frem politiattest fra EØS-staten for de siste fem år.

⁴⁵⁷ En slik dispensasjonsadgang er eksempelvis innført i Forskrift om sikkerheten i luftfarten mv. § 40 (1), jf. § 41 (2).

⁴⁵⁸ Se Prop.94 L (2014-2016) på side 12. Vi bemerker at det krav om botid heller ikke følger av helsepersonelloven § 20 a.

⁴⁵⁹ For en grundig gjennomgang av sakene om Lund-legen og Uppsala-legen vises det til henholdsvis pkt. 4.2.2 og pkt. 4.2.3.

I en slik utredning bør det også ses hen til eventuelle andre tiltak og deres effekt. Blant momenter og hensyn som det vil være nærliggende å ta i betraktning, inngår følgende:

Momenter som kan tale for innføring av vandelskontroll gjennom politiattest:

- Politiattest kan ha en preventiv effekt, ved at personer med alvorlige straffbare forhold på rullebladet avskrekkes fra å søke autorisasjon i Norge.
- Ordningen kan bidra til å styrke pasientsikkerheten ved at søkere som er domfelt for alvorlige forhold som vold, seksuallovbrudd eller grov rusmiddelkriminalitet, identifiseres før de gis adgang til å utøve yrket.
- Vandelskontroll kan styrke den allmenne tilliten til helsepersonell og til autorisasjonsordningen som sådan, ved at det synliggjøres at myndighetene foretar en aktiv vurdering av søkerens egnethet.
- En hjemmel vil gi Helsedirektoratet et formalisert verktøy for å avdekke forhold som i dag kun fanges opp tilfeldig, eksempelvis gjennom tips eller medieomtale.
- Innføring av vandelskontroll vil bringe autorisasjonsordningen for helsepersonell i samsvar med ordninger på sammenlignbare områder, der det allerede stilles krav om politiattest, eksempelvis for ansatte i barnehager, skoler og den kommunale helse- og omsorgstjenesten.
- Politiattest kan gi et supplerende informasjonsgrunnlag som, sammen med øvrige opplysninger i søknaden, gir et mer helhetlig bilde av søkerens egnethet.

Momenter som kan tale mot innføring av vandelskontroll gjennom politiattest:

- Vandelskontroll gjennom norsk politiattest vil ha begrenset informasjonsverdi for søkere med kort botid i Norge, ettersom attesten kun dekker den perioden vedkommende har vært registrert bosatt i landet.
- Ordningen kan gi en falsk trygghet, ved at en ren politiattest oppfattes som en garanti for egnethet, til tross for at attesten ikke fanger opp forhold begått i utlandet eller forhold som ikke har ført til domfellelse.
- Et krav om politiattest kan ekskludere for mange fra arbeidslivet, særlig dersom det kombineres med krav om botid. Dette vil kunne ramme flyktninger og innvandrere uforholdsmessig, og i praksis fungere som en tilgangsbarriere til yrket.
- Krav om botid vil kunne forsterke rekrutteringsutfordringer i helsesektoren, ved at kvalifisert utenlandsk helsepersonell må vente i opptil fem år før de kan søke autorisasjon.
- Politiattest fanger kun opp strafferettslige reaksjoner og gir ingen informasjon om faglige feil, tilsynssaker, rusproblematikk uten domfellelse, eller andre forhold som kan ha betydning for egnethet.
- Ordningen kan hindre rehabilitering og reintegrering, ved at eldre straffbare forhold fortsetter å stenge for yrkesutøvelse lenge etter at straffen er sonet og vedkommende har endret livsførsel.
- Politiattest kan ikke erstatte gode ansettelsesrutiner, et fungerende internkontrollsystem, veiledning og oppfølging av ansatte. Disse tiltakene vil i mange tilfeller være mer effektive for å forebygge svikt i yrkesutøvelsen.
- Det eksisterer allerede en varslingsordning etter politiregisterforskriften § 10-7, som pålegger politiet å underrette tilsynsmyndighetene dersom autorisert helsepersonell siktes for lovbrudd som kan få betydning for tillatelsen. Denne ordningen virker uavhengig av søknadsprosessen og fanger opp forhold som oppstår etter at autorisasjon er innvilget.

Samlet sett er det etter vårt syn naturlig å utrede en lovhjemmel for vandelskontroll gjennom politiattest i autorisasjons-, lisens- og spesialistgodkjenningssaker nærmere. En slik utredning bør blant annet ta stilling til hvilken type politiattest som bør hjemles, hvilke yrkesgrupper som bør omfattes, og om det bør innføres krav om botid med tilhørende dispensasjonsadgang.

Utredningen bør også vurdere forholdet til eksisterende tiltak og ordninger, slik at en eventuell ny hjemmel inngår som et hensiktsmessig supplement i det samlede systemet for å ivareta pasientsikkerhet og tillit til helsepersonell.

12.3 Foreslått tiltak # 2: Samarbeid om en felles standard for rapportering i IMI og vurdering av egnethet

12.3.1 Omtale av tiltaket

Helsedirektoratet har i både Første Rapport og Andre Rapport adressert behovet for et felles rammeverk for egnethetsvurderingen og for varsling i IMI. Helsedirektoratet har særlig vist til at EØS-statene har ulik praksis for varsling og tilbakekall av godkjenninger, og at rutinene for hva som varsles og når det varsles varierer fra land til land.

Om problemstillingene følger det av Første Rapport under pkt. 1:

«Videre samarbeider Helsedirektoratet med våre nordiske kolleger om en **felles standard for rapportering i IMI**. Per nå har ulike land i EU/EØS ikke samme kriterier eller kultur for varsling. Det er **heller ikke felles regler for når en autorisasjon/spesialistgodkjenning skal trekkes tilbake**.» (vår uthevinger)

I konklusjonen i Første Rapport slo Helsedirektoratet videre fast at:

«Så lenge det ikke innføres **felles krav som regulerer når hvert EØS-land skal varsle, hva det skal varsles om og hvordan egnethet vurderes**, kan Helsedirektoratet aldri være sikre på at varslingen i IMI omfatter samtlige forhold av betydning for norsk autorisasjon eller spesialistgodkjenning.» (vår utheving)

I Andre Rapport gjentok Helsedirektoratet dette standpunktet, og her fremgår at:

«[...] det bør reguleres hva det varsles om og når det varsles. **Uten et felles minstekrav, kan direktoratet ikke være sikre på at det varsles om forhold som vil ha betydning for autorisasjon i Norge**. Kommisjonen må i større grad følge opp at landene forholder seg til det regulerte.» (vår utheving)

12.3.2 Vår vurdering av tiltaket

12.3.2.1 Innledning

Tiltak knyttet til IMI er omtalt under pkt. 11.2, herunder også enkelte svakheter ved IMI-systemet. For å bøte på enkelte av disse svakhetene, særlig knyttet til den varierende rapporteringspraksisen i EØS-statene, er det både i Første Rapport og Andre Rapport tatt opp behovet for et felles rammeverk for varsling i IMI og for egnethetsvurderingen.

Vi bemerker for ordens skyld at det er Kunnskapsdepartementet som er nasjonal koordinator for IMI og for yrkeskvalifikasjonsdirektivet. Videre at det er Helsetilsynet som har ansvaret for IMIs varslingsmodul i Norge.

12.3.2.2 Felles rammeverk for rapportering i IMI

Det er etter vårt syn noe upresist å angi at det i dag ikke finnes et felles rammeverk for rapportering i IMI. Som gjennomgått under både pkt. 8.3.1.3 og pkt. 11.2, følger det av IMI-forordningen artikkel 3, jf. vedlegget til IMI-forordningen, at medlemsstatene har adgang til å anvende IMI for rapportering av informasjonen som er relevant for forhold som nevnt yrkeskvalifikasjonsdirektivet artikkel 50, artikkel 56 og artikkel 56a.⁴⁶⁰

⁴⁶⁰ Se gjennomgangen av disse bestemmelsene under pkt. 8.

Varslingsplikten i artikkel 56a skal også oppfylles ved å varsle i IMI, jf. yrkeskvalifikasjonsdirektivet artikkel 56a nr. 2. For artikkel 56a er det også oppstilt en tidsfrist for rapportering, tre dager etter vedtak om inndragning eller begrensning av yrkestillatelse, og hvilken informasjon det skal rapporteres om.

Yrkeskvalifikasjonsdirektivet og IMI-forordningen oppstiller følgelig relativt klare ytre rammer for rapportering mellom EØS-statene, herunder gjennom IMI. Dette gjelder særlig for informasjon knyttet til opplysningsplikten i artikkel 56, der opplysningsplikten omfatter «opplysninger om disiplinære eller strafferettslige reaksjoner som vedtas», og varslingsplikten i artikkel 56a, som omfatter tilfeller der en yrkesutøver av «nasjonale myndigheter eller domstoler helt eller delvis har fått begrenset eller inndratt retten til å utøve» yrkesvirksomheten. For opplysningene som omfattes av disse opplysnings- og rapporteringspliktene, er det vår oppfatning at manglende informasjon tilgjengelig for Helsedirektoratet i større grad skyldes at EØS-statene ikke etterlever sine forpliktelser etter yrkeskvalifikasjonsdirektivet enn at det mangler et rammeverk for rapportering og oversendelse av opplysninger.

Det presiseres at også selve rapporteringsskjemaene i IMI vil kunne utgjøre et rammeverk for rapporteringen, eksempelvis dersom «tekstfeltene» som skal fylles ut som ledd i varsling eller oversendelse av opplysninger begrenser hvilken informasjon som kan inkluderes. Vi har imidlertid ikke tilgang til IMI og får ikke vurdert dette.

Etter dette synes det mest effektive tiltaket for å sørge for at EØS-statene oppfyller sine allerede gjeldende opplysnings- og varslingsplikter, jf. yrkeskvalifikasjonsdirektivet artikkel 56 og 56a, å være at disse pliktene håndheves strengere og at manglende etterlevelse følges opp. Dette gjelder både *at* det varsles og at medlemslandene sikrer at den informasjonen som inkluderes i varselet er *riktig*. For EUs medlemsland er det EU-kommisjonen som må gjennomføre slik håndheving, mens det for EFTA-statene er EFTA Surveillance Authority (ESA) som er håndhevingsorganet.

Til ovennevnte kan det her vises til European Court of Auditors' (ECA) rapport «The recognition of professional qualifications in the EU – An essential mechanism, but used sparsely and inconsistently». ECA fremhever her at «even if [medlemsstatene] use IMI to initiate the request, they tend to use other means of communication for (the follow-up of) their requests, mainly email or telephone». ⁴⁶¹ På denne bakgrunn anbefalte ECA at EU-kommisjonen burde:

«[...] **make it obligatory for member states to use the alert mechanism under the Internal Market Information System during the recognition procedures**, ensuring that alerts received for substantial reasons are treated appropriately. This is of particular relevance for professionals who are in direct contact with patients or minors.» ⁴⁶² (vår utheving)

Det er likevel visse opplysninger som er relevante for Helsedirektoratets vurdering av søknader fra helsepersonell med EØS-tilknytning som i dag ofte mangler i IMI, men som kan tenkes å kunne gjøres rutinemessig tilgjengelig i IMI ved etablering av felles standarder for varsling og oversendelse av opplysninger, samt for tolkningen av yrkeskvalifikasjonsdirektivet.

For det første vil det etter vårt syn kunne være hensiktsmessig å etablere én felles standard for oversendelse av opplysninger om begrunnelsen og bakgrunnen for vedtak om tilbakekall og begrensning av yrkesrett, sammen med varsel etter yrkeskvalifikasjonsdirektivet artikkel 56a. Slik informasjon faller i dag utenfor opplistingen av opplysninger som skal inngå i IMI-varselet etter artikkel 56a nr. 2. For at EØS-statenes myndigheter skal få tilgang til opplysninger om begrunnelse og bakgrunn for vedtaket, må det rettes forespørsel om dette til den EØS-staten som søkeren har tilknytning til etter yrkeskvalifikasjonsdirektivet artikkel 56. Det er dermed i dag en «tilleggsoperasjon å be om nærmere

⁴⁶¹ European Court of Auditors (ECA), «Special report 10/2024: The recognition of professional qualifications in the EU – An essential mechanism, but used sparsely and inconsistently»: [Lenke](#) (lastet ned 30. april 2026), på side 39.

⁴⁶² Ibid. på side 52.

begrunnelse».⁴⁶³ En felles standard kan her oppnås enten ved å gjøre en endring i yrkeskvalifikasjonsdirektivet artikkel 56a nr. 2, ved å inkludere begrunnelse i varslingsplikten, eller ved å etablere en felles standard for at EØS-statene, samtidig med varsel etter artikkel 56a, automatisk oversender begrunnelse etter artikkel 56.

For det andre vil det etter vårt syn også kunne være et hensiktsmessig tiltak å utvide varslingsplikten etter yrkeskvalifikasjonsdirektivet artikkel 56a til også å omfatte opplysninger om *verserende* tilsynssaker. Som gjennomgått under pkt. 8.5.6.3 og 12.7.5, oppstiller Arjeplogavtalen artikkel 18 nr. 4 et rammeverk for oversendelse av opplysninger om verserende saker, forutsatt at avtalepartene har hjemmel i nasjonal rett til å utlevere slike opplysninger. Dette kan være en plikt til å varsle om alle deler av en verserende sak, herunder at en tilsynssak er åpnet, sakens bakgrunn og dens status, eller være begrenset til det faktum å informere om at en tilsynssak er initiert, slik at nasjonale myndigheter får insentiv og mulighet til å gjøre nærmere undersøkelser. Det er imidlertid enkelte betenkeligheter med å utlevere informasjon om verserende saker, som gjennomgått under pkt. 8.3.1.1. Det er dermed ikke sikkert at alle EØS-statene vil akseptere fullharmonisering av en plikt til å utlevere slike opplysninger. Et alternativ her vil kunne være tilnærmingen i Arjeplogavtalen artikkel 18 nr. 4, der utleveringen av opplysningene forutsetter nasjonal lov hjemmel, slik at det *de facto* bare er en plikt for EØS-statene til å utlevere slike opplysninger dersom de selv velger å innføre nødvendig hjemmel i nasjonal rett. Denne siste tilnærmingen vil imidlertid gjøre tiltaket mindre virkningsfullt.

Selv om yrkeskvalifikasjonsdirektivet åpner for å utlevere et relativt vidt omfang av opplysninger,⁴⁶⁴ vil det kunne foreligge begrensninger i EØS-statenes nasjonale rett som begrenser hvilke opplysninger staten har anledning til å utlevere. Eksempelvis har norske myndigheter (Helsetilsynet) ikke hjemmel til å utlevere opplysninger om verserende tilsynssaker til andre lands myndigheter. Slike opplysninger er i dag underlagt taushetsplikt, jf. forvaltningsloven § 13 og helsepersonelloven § 66 (3).

12.3.2.3 Felles rammeverk for egnethetsvurderingen

Når det gjelder et potensielt tiltak i form av en felles standard for «hvordan egnethet vurderes»,⁴⁶⁵ presiseres det innledningsvis at egnethet er en rettslig standard i norsk rett, jf. helsepersonelloven § 48 a (2) bokstav b og § 57 (1). Vi forstår derfor det foreslåtte tiltaket slik at det sikter til et felles rammeverk for når en søknad om tilgang til yrket kan eller skal avslås på bakgrunn av personlige egenskaper, dvs. der søkeren oppfyller de formelle kompetansekravene for anerkjennelse av yrkeskvalifikasjonen, men av andre grunner (personlige forhold) anses uegnet til å utøve yrket som helsepersonell. I norsk rett følger det rettslige grunnlaget for avslag av helsepersonelloven § 53 (2), som henviser til tilbakekallsgrunnene i § 57. I det videre omtales derfor tiltaket som «en felles standard for avslag».

Yrkeskvalifikasjonsdirektivet harmoniserer ikke i dag spørsmålet om når og på hvilket grunnlag EØS-statene skal avslå en søknad. Det kan likevel antas at det allerede i dag er overlapp i EØS-statenes nasjonale lovgivning når det gjelder grunnlag for å avslå søknader, eksempelvis for visse straffbare handlinger. Det kan imidlertid også tenkes å være variasjoner mellom EØS-statene når det gjelder hvilke forhold som i det hele tatt skal kunne lede til avslag eller en annen reaksjon, samt hvor strengt visse forhold vurderes opp mot avslagshjemmelen. Som bemerket av Helsedirektoratet i Andre Rapport på side 4:

«Det er ulik kultur og rettsgrunnlaget for egnethetsvurderinger innenfor EU/EØS-området. I noen land vil for eksempel det å innlede forhold til en pasient vurderes som et privat anliggende som ikke vil påvirke rett til yrket. I Norge kan slike forhold føre til avslag på søknad om autorisasjon og spesialistgodkjenning».

⁴⁶³ Helsetilsynets rapport fra 21. oktober 2025 «Gjennomgang av Helsetilsynets behandling av utenlandssaker» pkt. 7.3.

⁴⁶⁴ Se gjennomgangen av yrkeskvalifikasjonsdirektivet artikkel 56 og 56a under pkt. 8.3.1.

⁴⁶⁵ Se Første Rapport pkt. 5.

Et slikt felles rammeverk vil kreve en form for harmonisering av grunnlagene for avslag. Slik harmonisering kan tenkes på to hovedmåter:

- **Fullharmonisering**, hvor yrkeskvalifikasjonsdirektivet (eller et annet direktiv) oppstiller grunnlagene for når EØS-statene kan eller skal avslå en søknad, som EØS-statene ikke har anledning til å avvike fra, verken med mildere eller strengere regler, slik at grunnlagene blir identiske for alle EØS-statene.
- **Delvis harmonisering/minimumsharmonisering**, hvor yrkeskvalifikasjonsdirektivet (eller et annet direktiv) harmoniserer delvis grunnlagene for avslag, eksempelvis ved å harmonisere enkelte sentrale avslagsgrunner, men hvor EØS-statene vil ha adgang til å innføre strengere nasjonale regler dersom de ønsker det.

Fullharmonisering av avslagsgrunnene vil kreve at EUs medlemsstater blir enige om ett felles regelsett for avslag. Konsekvensen vil da være at medlemsstater som har andre avslagsgrunner, enten strengere, mildere eller avslagsgrunner som dekker andre forhold, vil måtte erstatte disse med det felles regelsettet. Fullharmonisering fremstår derfor etter vårt syn som et lite realistisk alternativ.

Dersom en felles standard for avslag for EØS-statene skal fastsettes, fremstår delvis harmonisering etter vårt syn som det mest realistiske alternativet. Den aktuelle rettsakten, eksempelvis yrkeskvalifikasjonsdirektivet, vil da kunne fastsette de mest sentrale grunnlagene for avslag, samtidig som EØS-statene opprettholder adgangen til å innføre strengere nasjonale regler, herunder ytterligere avslagsgrunner, dersom de ønsker det og dette er innenfor rammene av EU- og EØS-retten for øvrig. I norsk rett er Helsedirektoratets adgang til å avslå en søknad om autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning etter helsepersonelloven § 53 (2) koblet til om det foreligger grunnlag for tilbakekall etter § 57. Det kan antas at det allerede i dag er en viss overlapp i EØS-statenes nasjonale lovgivning når det gjelder grunnlag for å avslå søknader, særlig for de klare tilfellene. Det kan derfor også antas at det vil være mindre utfordrende å komme til enighet om de mest grunnleggende avslagsgrunnene, sammenlignet med fullharmonisering.

Vi understreker imidlertid at selv ved slik delvis harmonisering vil EØS-statene ha mulighet til å beholde mye av sin nasjonale særlovgivning knyttet til avslag. Variasjonene mellom EØS-statene vil derfor kunne bestå. Når harmoniseringen som gjøres på EU-nivå, trolig vil omfatte avslagsgrunner EØS-statene allerede har felles i dag, kan det tenkes at delvis harmonisering vil få begrenset praktisk betydning for Helsedirektoratets vurdering av søknader om autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning fra helsepersonell med EØS-tilknytning.

12.3.2.4 Felles rammeverk for tilbakekall

Yrkeskvalifikasjonsdirektivet artikkel 56a nr. 2, jf. nr. 1, oppstiller en plikt for EØS-statene til å varsle i IMI dersom en yrkesutøver ved vedtak fra nasjonale myndigheter eller domstoler «helt eller delvis har fått begrenset eller inndratt retten til å utøve» en yrkesvirksomhet omfattet av bestemmelsen. I norsk rett er tilbakekall (inndragning) av autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning regulert i helsepersonelloven § 57, hvor kjernevilkåret i første ledd er om helsepersonellet er «uegnet til å utøve sitt yrke forsvarlig» på grunn av en av tilbakekallsgrunnene som er listet opp i bestemmelsen. Vi har ikke kjennskap til hvordan de øvrige EØS-statene har regulert tilbakekall, og dermed heller ikke under hvilke omstendigheter statene har plikt til å varsle etter yrkeskvalifikasjonsdirektivet artikkel 56a nr. 2. Det kan imidlertid antas at det er en relativt bred overlapp i nasjonal lovgivning mellom EØS-statene når det gjelder hvilke omstendigheter som skal til for at en yrkesrett skal tilbakekalles.

Yrkeskvalifikasjonsdirektivet harmoniserer ikke når EØS-statene skal inndra eller begrense en yrkesrett, men fastsetter bare at når nasjonale myndigheter gjør dette, skal EØS-staten varsle om dette i IMI. Forskjeller i nasjonal lovgivning kan derfor bidra til nasjonale variasjoner knyttet til under hvilke omstendigheter yrkesrett inndras eller begrenses, og dermed også variasjoner i hvilke omstendigheter EØS-statene varsler om inndragning eller begrensning i IMI etter yrkeskvalifikasjonsdirektivet artikkel

56a. Etablering av felles regler for tilbakekall av yrkesrett vil kunne være egnet til å redusere slike variasjoner og på denne måten sørge for en mer ensartet rapporteringspraksis mellom EØS-statene.

På samme måte som for et felles rammeverk for avslag, som vurdert under pkt. 12.3.2.3, vil et felles rammeverk for tilbakekall kreve en form for harmonisering av tilbakekallsgrunnene. Fullharmonisering fremstår her som et lite realistisk alternativ, ettersom slik harmonisering vil kreve enighet mellom EUs medlemsstater om hvilke omstendigheter som skal føre til tilbakekall av yrkesrett. EØS-statene, inkludert Norge, vil kunne ende opp med å måtte implementere et sett med tilbakekallsregler som ikke samsvarer med rettstradisjonen i landet, og som nasjonal lovgivning ikke kan avvike fra.

Ved delvis harmonisering, eksempelvis gjennom harmonisering av kun de mest sentrale tilbakekallsgrunnene, vil EØS-statene i hvert fall kunne beholde deler av sin nasjonale særlovgivning, forutsatt at denne er innenfor EU- og EØS-retten for øvrig. Utfordringen med delvis harmonisering av tilbakekallsgrunnene er, på samme måte som ved delvis harmonisering av avslagsgrunnene, at variasjonene mellom EØS-statene når det gjelder tilbakekall, og dermed også variasjonene når det gjelder varsling i IMI etter yrkeskvalifikasjonsdirektivet artikkel 56a, i stor grad vil kunne bestå. Når harmoniseringen som gjøres på EU-nivå trolig vil omfatte tilbakekallsgrunner EØS-statene i stor grad har til felles, er det vanskelig å se at delvis harmonisering vil få særlig stor praktisk virkning for Helsedirektoratets vurdering av søknader om autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning fra helsepersonell med EØS-tilknytning.

12.3.2.5 Etablering av felles standarder i praksis

Etablering av felles standarder for rapportering i IMI, for grunnlagene for avslag (egnethet) og for grunnlagene for tilbakekall krever enighet på internasjonalt nivå. For det første kan det tenkes et samarbeid på nordisk nivå. De nordiske landene har allerede i dag et felles rammeverk for informasjonsutveksling forankret i Arjeplogavtalen. Samarbeid på EU-/EØS-nivå fremstår likevel som det mest virkningsfulle, ettersom det omfatter alle EØS-statene, og det allerede foreligger et omfattende regulatorisk rammeverk som man kan bygge videre på.

Etablering av felles standarder for egnethetsvurderingen og for rapportering i IMI på EU-/EØS-nivå vil imidlertid kreve implementering av standardene i en EU-rettsakt.⁴⁶⁶ En annen tilnærming er at EU-kommisjonen utarbeider retningslinjer for rapportering i IMI på yrkeskvalifikasjonsdirektivets område. Dette vil imidlertid bare være relevant for felles standarder for rapportering i IMI. Slike retningslinjer er ikke rettslig bindende for medlemsstatene, men vil kunne ha stor innflytelse på tolkningen og anvendelsen av regelverket. En tredje mulighet er å gjøre endringer i selve IMI-systemet, med bedre utformede rapporteringsskjemaer og mer veiledning.

Norge er ikke medlem i EU, men har mulighet til å føre dialog med og gi innspill til EU, herunder EU-kommisjonen, samt føre dialog med de øvrige EØS-statene. Innspill til felles standarder vil trolig være mer virkningsfullt dersom de gis i samarbeid med andre EØS-stater, eksempelvis de nordiske landene.

Det er ikke selvsagt at slike initiativer vil bli tatt til følge og føre til konkrete tiltak, særlig ikke på kort sikt.⁴⁶⁷ Som også påpekt av Helsedirektoratet i Andre Rapport på side 14: «Dette er et langsiktig arbeid som krever samarbeid mellom departementer og mellom land».

Å ta initiativ til å etablere felles standarder er i likevel et relevant og nærliggende tiltak. Når det gjelder rapportering, må det likevel presiseres at det allerede foreligger et betydelig rammeverk for rapporteringen i yrkeskvalifikasjonsdirektivet, særlig i artikkel 56 og 56a. For rapportering etter disse bestemmelsene knytter utfordringene seg i stor grad til den varierende rapporteringspraksisen mellom EØS-statene. For informasjon som ikke omfattes av disse bestemmelsene, vil det være positivt dersom

⁴⁶⁶ Det nevnes her at for at en EU-rettsakt skal være bindende for Norge, må rettsakten tas inn i EØS-avtalen og gjennomføres i norsk rett.

⁴⁶⁷ Se også vurderingen av strakstiltak # 1 om utvidet tilgang til IMIs varslingsmodul under pkt. 11.2.

etableringen av et felles rammeverk kan bidra til at alle EØS-statene rapporterer den informasjonen som er nødvendig for at statene skal kunne gjøre forsvarlige vurderinger.

Når det gjelder avslagsgrunnene (egnet) og tilbakekallsgrunnene, forutsetter en felles standard, som nevnt under pkt. 12.3.2.3 og 12.3.2.4, at vilkårene for avslag og tilbakekall harmoniseres, enten gjennom fullharmonisering eller delvis harmonisering. Særlig fullharmonisering fremstår som et lite realistisk alternativ, ettersom EØS-statene kan være motvillige til å endre sine nasjonale hjemler og gi slipp på nasjonale rettsgrunnlag eller måtte implementere rettslige grunnlag det ikke er tradisjoner for i landet. Dette vil også kunne være tilfelle for Norge, som kan risikere å måtte gjennomføre EU-lovgivning som samsvarer dårlig med hvordan norsk rett er utformet i dag. Det nevnes i denne sammenheng at ettersom Norge ikke er med i EU, har Norge begrenset innflytelse på EUs lovgivningsprosesser. Som nevnt under pkt. 12.3.2.3, fremstår delvis harmonisering potensielt å kunne ha begrenset betydning.

For ordens skyld bemerkes det til sist at IMI bare inneholder informasjon om helsepersonell med tilknytning til en EØS-stat, herunder utdanning, arbeidserfaring eller godkjenning. IMI er derfor ikke relevant for personer uten slik EØS-tilknytning.

12.4 Foreslått tiltak # 3: Gjennomgang av eventuelle saker tilbake i tid

12.4.1 Omtale av tiltaket

Som gjennomgått under pkt. 11.2, i forbindelse med mediasakene om «Bad Practice», ble Helsedirektoratet gitt tilgang til IMIs varslingsmodul (IMI Alerts). Slik tilgang gjør at Helsedirektoratet får tilgang til å søke opp hver søker i IMI og få tilgang til alle EØS-staters sendte varsler. Helsetilsynet ble gitt slik tilgang allerede i 2019. Selv om Helsedirektoratet nå har fått tilgang til varslingsmodulen, har ikke direktoratet adgang til å søke opp varsler som ble sendt før tilgang til varslingsmodulen ble gitt i midten av november 2025.⁴⁶⁸ På denne bakgrunn gjøres det en gjennomgang av alle varsler fra 2019 og frem til i dag, og i Første Rapport, under pkt. 4.2 om «Tiltak som planlegges iverksettes», fremgår:

«Gjennomgang av eventuelle saker tilbake i tid

Helsetilsynet vil gå igjennom alle varsler fra 2019 og frem til i dag. Dersom Helsetilsynet finner oppførte i Helsepersonellregisteret som er gitt autorisasjon etter at varsel ble sendt i IMI, vil Helsedirektoratet informeres om dette og da foreta en gjennomgang av den aktuelle saken.

Per 17. november har Helsedirektoratet mottatt melding fra tilsynet om syv tilfeller der autorisasjon ble gitt etter at varsel i IMI ble sendt.

Fem av søknadene er sjekket ut, da kompetente myndighet på vedtakstidspunktet i Norge bekreftet at søkerne hadde full rett til yrket.

De to resterende søkerne undersøkes nå videre med myndighet som varslet. En av disse hadde full rett til yrket i annet nordisk land på autorisasjonstidspunktet i Norge.»

12.4.2 Vår vurdering av tiltaket

Gjennomgangen av alle varsler i IMI fra 2019 og frem til i dag var etter vårt syn et klart positivt tiltak. Vi er orientert om at de syv sakene nevnt over nå er gjennomgått og sjekket ut.

Som omtalt under pkt. 11.2, forstår vi at gjennomgangen særlig avdekket én sak hvor Helsedirektoratet hadde innvilget autorisasjon til en ergoterapeut med tilknytning til Sverige, til tross for at vedkommende var fratatt yrkesrett i Sverige dagen før Helsedirektoratet effektuerte sitt vedtak. Gjennomgangen ledet

⁴⁶⁸ Se Andre Rapport på side 8.

deretter til at Helsedirektoratet kunne iverksette hensiktsmessige tiltak for å styrke saksbehandlingen. Dette resulterte blant annet i at Helsedirektoratet nå har fått utvidet tilgang til IMIs varslingsmodul.

Helsedirektoratets utvidede tilgang til IMIs varslingsmodul er omtalt nærmere under pkt. 11.2. Som redegjort for under pkt. 8.3.1.3, 11.2 og 12.3, er det imidlertid etter vårt syn fortsatt flere begrensninger ved IMI som Helsedirektoratet må ta høyde for i sin behandling av søknader fra helsepersonell med EØS-tilknytning.

12.5 Foreslått tiltak # 4: Bør Helsedirektoratet begynne å «Google» søkere? – Bruk av åpne kilder i saksbehandlingen

12.5.1 Omtale av tiltaket

I «Bad Practice»-artikkelserien, fremsatte VG kritikk av Helsedirektoratet, både i omtalen Lund-legen⁴⁶⁹ og Uppsala-legen⁴⁷⁰, for å ha godkjent Lund-legen og Uppsala-legens søknader om henholdsvis autorisasjon og spesialistgodkjenning i Norge, til tross for at relevant informasjon om deres sedelighetsforbrytelser mot pasienter «bare lå noen klikk eller telefoner unna».⁴⁷¹

Spørsmålet om hvorvidt Helsedirektoratet bør «Google» søkere av norsk autorisasjon og spesialistgodkjenning, var også på dagordenen i Stortinget den 25. november 2025 i anledning interpellasjonen fra Kjersti Toppe til helse- og omsorgsministeren.⁴⁷²

Vi har i anledning utredningen fått opplyst at Helsedirektoratet allerede i gang med å utarbeide og implementere nærmere rutiner og retningslinjer for bruk av åpne kilder i saksbehandlingen. Ettersom slike rutiner og retningslinjer enda ikke er utarbeidet og implementert, knyttes det i dette punktet derfor mer generelle bemerkninger til bruk av åpne kilder og til å «Google» søkere.

12.5.2 Om forholdet til personvernreglene

Innhenting av opplysninger om en søker ved bruk av åpne kilder, for eksempel søk på Google, utgjør «behandling av personopplysninger», jf. GDPR artikkel 2 nr. 1, jf. definisjonene i artikkel 4 nr. 1 og 2. Dette gjelder både der Helsedirektoratet søker opp informasjon om søkeren på internett, og der opplysningene lagres, sammenstilles eller brukes som en del av beslutningsgrunnlaget.

For at Helsedirektoratets behandling av personopplysninger skal være lovlig etter GDPR, må det foreligge et gyldig behandlingsgrunnlag etter GDPR artikkel 6 nr. 1. Det nevnes her at artikkel 6 nr. 1 bokstav f, om at «behandlingen er nødvendig for formål knyttet til de berettigede interessene som forfølges av den behandlingsansvarlige eller tredjepart», ikke kan utgjøre behandlingsgrunnlag for Helsedirektoratet i denne sammenheng, ettersom bestemmelsen ikke gjelder for behandling som «utføres av offentlige myndigheter som ledd i utførelsen av deres oppgaver», jf. GDPR artikkel 6 nr. 1 siste punktum. Det mest aktuelle behandlingsgrunnlaget er artikkel 6 nr. 1 bokstav e, om at «behandlingen er nødvendig for å utføre en oppgave i allmennhetens interesse eller utøve offentlig myndighet som den behandlingsansvarlige er pålagt».

Helsedirektoratet redegjør selv i sin personvernerklæring for at «Helsedirektoratet utøver offentlig myndighet som direktoratet er lovpålagt etter helsepersonelloven § 53». På denne bakgrunn forstår vi det slik at Helsedirektoratet selv legger til grunn at det mest treffende behandlingsgrunnlaget for denne virksomheten er behandling for å «utøve offentlig myndighet». Vi er enige i denne vurderingen.

⁴⁶⁹ Se nærmere omtale av Lund-legen under pkt. 4.2.2.

⁴⁷⁰ Se nærmere omtale av Uppsala-legen under pkt. 4.2.3.

⁴⁷¹ Se artikkelen «Vil at Helsedirektoratet instrueres etter lege-avsløringer», publisert av VG den 12. november 2025: [Lenke](#) (lastet ned 29. april 2026).

⁴⁷² Se dagsordenen på Stortinget – Møte tirsdag den 25. november 2025, sak nr. 4: [Lenke](#) (lastet ned 29. april 2026).

GDPR artikkel 6 nr. 1 bokstav e må leses i sammenheng med artikkel 6 nr. 3, som krever at det foreligger et supplerende rettslig grunnlag fastsatt i lov eller forskrift. Det følger videre av bestemmelsen at «[f]ormålet med behandlingen skal være fastsatt i nevnte rettslige grunnlag».

Kravene til det supplerende rettslige grunnlaget er nærmere drøftet i Prop.56 LS (2017-2018). Det fremgår her at kravet om at formålet skal være «fastsatt» i det supplerende rettsgrunnlaget, «kan etter departementets vurdering ikke leses som at det supplerende rettsgrunnlaget må regulere behandling av personopplysninger uttrykkelig. Særlig i lys av den engelske språkversjonen («determined») synes meningen å være at behandlingsformålet skal være *bestemt* i det supplerende rettsgrunnlaget». Det er etter departementets vurdering derfor «tilstrekkelig etter ordlyden at det supplerende rettsgrunnlaget gir grunnlag for å utøve myndighet eller å utføre en oppgave i allmennhetens interesse, og at det er nødvendig for den behandlingsansvarlige å behandle personopplysninger for å utøve myndigheten eller utføre oppgaven som følger av det supplerende rettsgrunnlaget».

Det relevante supplerende rettslige grunnlaget i dette tilfellet er helsepersonelloven § 53 (1) og (2), jf. også helsepersonelloven §§ 57 og 48 a. Spørsmålet blir etter dette om Helsedirektoratets søk på Google er «nødvendig» for å forvalte autorisasjons-, lisens- og spesialistgodkjenningsordningene for helsepersonell etter helsepersonelloven § 53.

Etter helsepersonelloven § 53 (2) er Helsedirektoratet forpliktet til å vurdere om autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning skal nektes. Dette innebærer i praksis en vurdering av om det foreligger forhold som ville gitt grunnlag for tilbakekall etter helsepersonelloven § 57. Denne vurderingen tilsvarende den brede vurderingen som Helsedirektoratet skal gjøre av søkerens egnethet etter helsepersonelloven § 48 a (2) bokstav b. Søk i åpne kilder kan gi informasjon som er relevant for vurderingen etter helsepersonelloven § 53 (2), eksempelvis informasjon om alvorlige tjenesteforsømmelser eller straffbare forhold. Slike opplysninger fremgår ikke nødvendigvis av søknaden eller av den dokumentasjonen søkeren selv har gitt. Søk i åpne kilder vil dermed kunne fremskaffe informasjon som er relevant for vurderingen av søknaden, og som vil kunne utgjøre et supplement til øvrige opplysningskilder og metoder, herunder informasjonen i søknadsskjemaet, informasjon i IMI og informasjon utvekslet mellom de nordiske landene.

Kravet til nødvendighet krever ikke at opplysningene faktisk må ha betydning i den konkrete saken eller at de må være avgjørende for spørsmålet om autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning skal gis eller nektes etter helsepersonelloven § 53. Helsedirektoratet må selv vurdere en opplysning for å ta stilling til om den er nødvendig eller ikke. Søk i åpne kilder kan frembringe informasjon som er relevant for vurderingen av en søknad om autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning. En utfordring med søk i åpne kilder er imidlertid at søket vil kunne gi et bredt utvalg treff, med varierende grad av pålitelighet, riktighet og fullstendighet. Resultatet av søket vil også kunne være vidtrekkende i den forstand at det ofte vil være vanskelig å begrense resultatene til bestemte kilder eller temaer. Et tiltak for å begrense både søket og resultatet, i den grad det lar seg gjøre, er å avgrense søket til temaer som er relevante for vurderingen av søknaden. Dette vil si temaet som er relevante for å vurdere om det foreligger en tilbakekallsgrunn, jf. helsepersonelloven § 53 (2), jf. § 57. Søket bør videre rettes mot kilder som har størst grad av pålitelighet, slik som redaktørstyrte medier eller offentlige myndigheters nettsteder.

Ettersom målrettede og saklige søk i åpne kilder, eksempelvis gjennom Google-søk, kan frembringe informasjon som er relevant for vurderingen av søknader, fremstår det som «nødvendig» å kunne ta i bruk slike åpne kilder for å forvalte Helsedirektoratets ansvar for å vurdere søknader om autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning etter helsepersonelloven § 53.

Dette støttes av Opinion 2/2017 fra Article 29 Data Protection Working Party («**Artikkel 29-gruppen**») om behandling av personopplysninger i arbeidsforhold.⁴⁷³ Artikkel 29-gruppen aksepterer at

⁴⁷³ Article 29 Data Protection Working Party, Opinion 2/2017 on data processing at work, 8. Juni 2017, (WP 249): [Lenke](#) (lastet ned 29. april 2026).

arbeidsgivere i forbindelse med rekrutteringsprosesser lovlig kan gjennomgå offentlig tilgjengelig informasjon om søkeren. Slike søk er dermed generelt sett ikke ansett uforenlige med personvernregelverket, men lovligheten beror på om kravene til nødvendighet og proporsjonalitet er oppfylt. At slike søk er tillatt i arbeidsrettslige rekrutteringsprosesser, taler etter vårt syn for at Helsedirektoratet kan foreta tilsvarende søk som ledd i vurderingen etter helsepersonelloven § 53.

Nødvendighetskravet avskjærer imidlertid behandling av opplysninger som ikke er relevante for vurderingen av om en søknad skal innvilges eller nektes etter helsepersonelloven § 53. På denne bakgrunn kan ikke Helsedirektoratet foreta en vidtgående gjennomgang av søkeren på internett eller på generelt grunnlag kartlegge søkeren. Eksempelvis vil en full gjennomgang av søkerens profiler på sosiale medier mest sannsynlig ikke oppfylle nødvendighetskravet, og vil da utgjøre ulovlig behandling, med mindre det foreligger en legitim begrunnelse i det konkrete tilfellet.

Det er etter dette vår vurdering at behandling av personopplysninger ved søk i og bruk av åpne kilder, eksempelvis gjennom Google, kan anses som nødvendig for å forvalte Helsedirektoratets ansvar for å godkjenne og nekte søknader om autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning etter helsepersonelloven § 53. Det er videre vår vurdering av bestemmelsen oppfylder kravene til supplerende rettsgrunnlag etter GDPR artikkel 6 nr. 3. Bestemmelsen etablerer det rettslige grunnlaget for Helsedirektoratets myndighetsutøvelse, og behandlingsformålet er tilstrekkelig bestemt gjennom den lovpålagte oppgaven med å vurdere om søkeren oppfylder lovens krav.

Det videre spørsmålet blir om den konkrete behandlingen oppfylder GDPRs øvrige krav. Vi viser her til at Helsedirektoratets eventuelle bruk av åpne kilder også må være i tråd med prinsippene i GDPR artikkel 5. Dette innebærer blant annet krav til åpenhet, formålsbegrensning, dataminimering, riktighet, lagringsbegrensning, integritet og konfidensialitet. Helsedirektoratet må kunne dokumentere at prinsippene etterlevs i praksis, jf. GDPR artikkel 5 nr. 2.

Særlig viktig i relasjon til bruk av åpne kilder er kravet til «riktighet». Det følger av GDPR artikkel 5 nr. 1 bokstav d at «[p]ersonopplysninger skal [...] være korrekte og om nødvendig oppdaterte; det må treffes ethvert rimelig tiltak for å sikre at personopplysninger som er uriktige med hensyn til formålene de behandles for, uten opphold slettes eller rettes». Opplysninger som stammer fra åpne kilder, slik som Google, kan være mangelfulle, ufullstendige, utdaterte, misvisende eller direkte feil. Opplysninger fra søk i åpne kilder kan derfor ikke brukes ukritisk, særlig ikke der opplysningene taler til søkerens ugunst. Denne begrensningen etter GDPR kan også knyttes til grunnleggende forvaltningsrettslige prinsipper om forsvarlig saksbehandling, forbudet mot vilkårlige avgjørelser, forbudet mot å vektlegge utenforliggende hensyn og utredningsplikten etter forvaltningsloven § 17.⁴⁷⁴

Videre må Helsedirektoratet ivareta kravet til «åpenhet». Det følger av GDPR artikkel 5 nr. 1 bokstav a at «[p]ersonopplysninger skal [...] behandles på en lovlig, rettferdig og åpen måte med hensyn til den registrerte». Dette innebærer at behandlingen skal være forståelig og forutsigbar for den registrerte. Helsedirektoratet bør på denne bakgrunn opplyse søkere uttrykkelig om at åpne kilder i tilfelle kan benyttes som ledd i saksbehandlingen, for eksempel i sin personvernerklæring.

Prinsippene om «dataminimering» og «lagringsbegrensning» innebærer at Helsedirektoratet bare kan søke etter og lagre opplysninger som er relevante og nødvendige for vurderingen av søknaden om autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning etter helsepersonelloven § 53, jf. GDPR artikkel 5 nr. 1 bokstav c og e. Opplysninger som ikke lenger er nødvendige for vurderingen, må slettes eller anonymiseres i tråd med prinsippet om lagringsbegrensning. Artikkel 29-gruppen legger eksempelvis til grunn i den ovennevnte Opinion 2/2017 at «data collected during recruitment process should generally be deleted as soon as it becomes clear that an offer of employment will not be made or is not accepted by the individual concerned».⁴⁷⁵ Det samme kan ikke nødvendigvis legges til grunn for

⁴⁷⁴ Se nærmere omtale av saksbehandlingsreglene i forvaltningsloven under pkt. 7.2.

⁴⁷⁵ Article 29 Data Protection Working Party, Opinion 2/2017 on data processing at work, 8. Juni 2017, (WP 249), pkt. 5.1.

Helsedirektoratets bruk av åpne kilder i sin saksbehandling. Ettersom vedtak etter helsepersonelloven § 53 (2) utgjør et enkeltvedtak, jf. helsepersonelloven § 53 (3), har Helsedirektoratet en plikt til å begrunne vedtaket etter forvaltningsloven §§ 24 og 25, særlig dersom søknaden helt eller delvis avslås og dermed er til ugunst for søkeren, jf. forvaltningsloven § 24 (2). Begrunningsplikten kan forutsette at Helsedirektoratet lagrer relevante opplysninger fra søk i åpne kilder dersom opplysningene inngår i beslutningsgrunnlaget. Vi viser også her til uttalelsesretten om opplysninger som ligger til grunn for saksbehandlingen i forvaltningsloven § 17 (2) og (3). Slike opplysninger må likevel slettes eller anonymiseres når det ikke lenger foreligger et rettslig grunnlag eller et saklig behov for videre behandling.

GDPR artikkel 21 gir den registrerte, her en søker, rett til å protestere mot behandling av personopplysninger som gjøres med grunnlag i GDPR artikkel 6 nr. 1 bokstav e. Dette gjelder selv der det foreligger hjemmel i nasjonal rett. Det må antas at denne rettigheten også gjelder konkret i forbindelse med søk i åpne kilder. Det følger av GDPR artikkel 21 nr. 1:

«Den registrerte skal til enhver tid, av grunner knyttet til vedkommendes særlige situasjon, ha rett til å protestere mot behandling av personopplysninger om vedkommende, og som har grunnlag i artikkel 6 nr. 1 bokstav e) eller f), herunder profilering med grunnlag i nevnte bestemmelser. Den behandlingsansvarlige skal ikke lenger behandle personopplysningene, med mindre vedkommende kan påvise at det foreligger tvingende berettigede grunner for behandlingen som går foran den registrertes interesser, rettigheter og friheter, eller for å fastsette, gjøre gjeldende eller forsvare rettskrav».

For at den registrerte skal bli hørt med en protest, kreves det at vedkommende befinner seg i en «særlig situasjon» som gjør at behandlingen blir spesielt inngripende akkurat for ham eller henne. Konsekvensen av en protest er at den behandlingsansvarlige må godtgjøre at det foreligger «tvingende berettigede grunner» som går foran den registrertes interesser, rettigheter og friheter, jf. GDPR artikkel 21 nr. 1 andre punktum. Den behandlingsansvarlige må altså foreta en konkret og skjerpet interesseavveining, hvor det tas hensyn til de særlige individuelle forholdene hos den som har protestert. Dersom resultatet av interesseavveiningen går i den behandlingsansvarliges favør, kan behandlingen iverksettes eller fortsette. Videre kan behandlingen ta til eller fortsette dersom den er nødvendig for å fastsette, gjøre gjeldende eller forsvare et rettskrav. Dette alternativet vil etter omstendighetene kunne være relevant for formål som følger av helsepersonelloven § 53.

Det er dermed vår vurdering at personvernregelverket ikke er til absolutt hinder for at Helsedirektoratet kan innhente opplysninger fra åpne kilder, slik som Google, som del av sin behandling av søknader om autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning etter helsepersonelloven § 53.

Dette forutsetter imidlertid at Helsedirektoratet ivaretar de øvrige kravene i GDPR, herunder at:

- Søkerne mottar tilstrekkelig informasjon om behandlingen i tråd med kravene i artikkel 12–14.
- Personopplysningene ikke behandles for andre formål enn å innvilge og nekte autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning etter helsepersonelloven, med mindre det finnes lovlig grunnlag for viderebehandlingen.
- Mengden personopplysninger som Helsedirektoratet behandler, begrenses til det som er nødvendig for å innvilge eller nekte autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning.
- Personopplysninger slettes når de ikke lenger er nødvendige å behandle.
- Personvernet er ivaretas ved utformingen av søknadsskjemaet og øvrige systemer.
- Informasjonssikkerheten ivaretas, herunder de generelle kravene i GDPR artikkel 32.

12.5.3 Om forholdet til retten til privatliv etter Grunnloven og EMK

Grunnloven § 92 pålegger statens myndigheter å respektere og sikre menneskerettighetene slik de er nedfelt i Grunnloven og i for Norge bindende traktater om menneskerettigheter. Grunnloven § 102 gir vern om privatlivet og må forstås i lys av EMK artikkel 8. Bestemmelsen fastslår:

«Enhver har rett til respekt for sitt privatliv og familieliv, sitt hjem og sin kommunikasjon. Husransakelse må ikke finne sted, unntatt i kriminelle tilfeller.

Statens myndigheter skal sikre et vern om den personlige integritet.».

Grunnloven § 102 gir ikke selv uttrykkelige vilkår for å gjøre inngrep i rettigheten. Høyesterett har imidlertid lagt til grunn at det kan gjøres inngrep i retten etter Grunnloven § 102 dersom tiltaket har en tilstrekkelig «hjemmel», forfølger et «legitimt formål» og er «forholdsmessig».⁴⁷⁶

Grunnloven § 102 skal «tolkes i lys av» EMK artikkel 8.⁴⁷⁷ Ved siden av Grunnloven § 102 må også *legalitetsprinsippet*, jf. Grunnloven § 113, tas i betraktning. Det følger av Grunnloven § 113 at «[m]yndighetenes inngrep overfor den enkelte må ha grunnlag i lov».

Det følger av forarbeidene til grunnlovsrevisjonen i 2014 at bestemmelsen «skal leses som at systematisk innhenting, oppbevaring og bruk av opplysninger om andres personlige forhold bare kan finne sted i henhold til lov, benyttes i henhold til lov eller informert samtykke og slettes når formålet ikke lenger er til stede».⁴⁷⁸ Videre har EMD i sin praksis lagt til grunn at offentlige myndigheters lagring av personopplysninger som knytter seg til privatlivet i bestemmelsens forstand, utgjør et inngrep i retten etter EMK artikkel 8 nr. 1.⁴⁷⁹

Ettersom det per i dag ikke er implementert nærmere retningslinjer eller rutiner for bruk av åpne kilder i saksbehandlingen, og vi forstår det slik at det heller ikke foreligger en etablert praksis for slik bruk, har vi ikke grunnlag for å vurdere den konkrete lovligheten nærmere. På generelt grunnlag er det likevel viktig å merke seg at bruk av åpne kilder i saksbehandlingen må skje innenfor rammene av gjeldende regelverk, og at slik bruk også kan reise spørsmål knyttet til retten til privatliv etter Grunnloven § 102 og EMK artikkel 8.

Bruk av åpne kilder som ledd i vurderingen av en søknad etter helsepersonelloven § 53 vil normalt innebære innhenting og eventuell lagring av personopplysninger. Det kan derfor antas at slik bruk kan utgjøre et inngrep i retten til privatliv etter EMK artikkel 8 nr. 1 og Grunnloven § 102.

Inngrep i retten til privatliv etter EMK artikkel 8 nr. 1 kan bare rettfærdiggjøres etter artikkel 8 nr. 2. Det følger av bestemmelsen at inngrep kan rettfærdiggjøres «når dette er i samsvar med loven og er nødvendig i et demokratisk samfunn av hensyn til [...] helse eller moral», noe som innebærer et krav om proporsjonalitet.

Hjemmelskravet er etter vårt syn oppfylt. Som redegjort for i pkt. 12.5.2, gir helsepersonelloven § 53 (1) og (2), jf. §§ 57 og 48 a, grunnlag for Helsedirektoratets vurdering av om autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning skal gis eller nektes. Det samme rettsgrunnlaget vil også være sentralt ved vurderingen av om et eventuelt inngrep er «i samsvar med loven» etter EMK artikkel 8 nr. 2.

Inngrepet må videre forfølge et legitimt formål. Dette vilkåret vil etter vårt syn normalt være oppfylt her, ettersom formålet med vurderingen etter helsepersonelloven § 53 (1) og (2), jf. §§ 57 og 48 a, er blant

⁴⁷⁶ Se eksempelvis Rt. 2014 side 1105 avsnitt 28 og Rt. 2015 side 93 avsnitt 60.

⁴⁷⁷ Rt. 2015 side 93 (Maria) avsnitt 57.

⁴⁷⁸ Innst.186 S (2013–2014) på side 27.

⁴⁷⁹ Se *Amann mot Sveits* [EMD-1995-27798] avsnitt 65 og *S. og Marper mot Storbritannia* [EMD-2004-30562] avsnitt 67.

annet å beskytte pasientsikkerheten, kvaliteten i helse- og omsorgstjenesten og tilliten til helsepersonell og helse- og omsorgstjenesten.⁴⁸⁰ Dette faller innenfor hensynet til å «beskytte helse» etter EMK artikkel 8 nr. 2.

Det sentrale spørsmålet blir derfor om bruken av åpne kilder er nødvendig og forholdsmessig.⁴⁸¹ Etter vårt syn kan målrettede søk i åpne kilder være forholdsmessige dersom de begrenses til opplysninger som er relevante for vurderingen etter helsepersonelloven § 53, jf. § 57, og dersom opplysningene behandles i tråd med kravene til åpenhet, dataminimering, riktighet, lagringsbegrensning og informasjonssikkerhet.

I forlengelsen av ovennevnte bemerker vi at andre norske forvaltningsorganer allerede i dag benytter åpne kilder som del av sin saksbehandling. Her kan særlig nevnes Utlendingsdirektoratets (UDI) relativt omfattende bruk av åpne kilder som informasjonsgrunnlag for sine vurderinger i utlendingssaker. Utlendingsdirektoratets bruk av åpne kilder er blant annet vurdert av Advokatfirmaet Simonsen Vogt Wiig AS i rapporten «Søk i åpne kilder – hva er lov? – Rapport til Utlendingsdirektoratet juni 2019».⁴⁸² Hovedkonklusjonen var her at det ikke foreligger noen absolutte hindringer i regelverket mot at utlendingsmyndighetene bruker åpne kilder i forbindelse med saksbehandlingen, men at det kan være nødvendig å iverksette visse tiltak blant annet knyttet til sikkerhet, kvalitet, dokumentasjon og åpenhet. UDI har også utarbeidet retningslinjer for bruk av nettbaserte åpne kilder og sosiale medier i saksbehandlingen i UDI.⁴⁸³

For å sikre at inngrepet er i tråd med EMK artikkel 8 nr. 2 og Grunnloven § 102, bør imidlertid Helsedirektoratet fastsette klare rutiner som herunder sikrer at:

- Søkerne mottar tilstrekkelig informasjon om bruken av personopplysningene.
- Personopplysningene ikke behandles for andre formål enn å innvilge og nekte autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning etter helsepersonelloven, med mindre det finnes lovlige grunnlag for viderebehandlingen.
- Mengden personopplysninger som Helsedirektoratet behandler, begrenses til det som er nødvendig for å innvilge eller nekte autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning.
- Personopplysninger slettes når de ikke lenger er nødvendige å behandle.
- Personvernet er ivaretas ved utformingen av søknadsskjemaet og øvrige systemer.
- Informasjonssikkerheten ivaretas, herunder de generelle kravene i GDPR artikkel 32.

Samlet er det vår vurdering at Grunnloven § 102 og EMK artikkel 8 ikke er til absolutt hinder for at Helsedirektoratet benytter åpne kilder som informasjonskilder for behandlingen av søknader etter helsepersonelloven § 53. Helsedirektoratet må imidlertid sikre at bruken av åpne kilder finner sted innenfor rammene av Grunnloven § 102 og EMK artikkel 8. Ettersom det per i dag ikke foreligger nærmere retningslinjer, rutiner eller etablert praksis for bruk av åpne kilder i saksbehandlingen, har vi ikke grunnlag for å vurdere den konkrete lovligheten av en slik praksis nærmere.

12.5.4 Om begrensninger for bruken av opplysningene: Rettslige og faktiske begrensninger

Selv om det etter vårt syn er anledning, på nærmere vilkår, for Helsedirektoratet benytte åpne kilder som informasjonskilder for behandlingen av søknader etter helsepersonelloven § 53, innebærer ikke dette at enhver opplysning som fremkommer gjennom slike søk, kan brukes som faktisk grunnlag for å innvilge eller nekte autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning.

⁴⁸⁰ Se eksempelvis Rt. 2007 s. 1851 avsnitt 30. Se også uttalelsene i Rundskriv fra Helsedirektoratet, Helsepersonelloven med kommentarer (IS-2012-8) (sist endret 13. februar 2026), kapittel 11-57.

⁴⁸¹ Se eksempelvis *Kudrevičius og Andre mot Litauen* [EMD-2005-37553] avsnitt 143 og *Bleicic mot Kriatia* [EMD-2000-59532] avsnitt 67.

⁴⁸² Utlendingsdirektoratets bruk av åpne kilder i sin saksbehandling er vurdert i Advokatfirmaet Simonsen Vogt Wiig AS, «Søk i åpne kilder – hva er lov? – Rapport til Utlendingsdirektoratet juni 2019» (2019): [Lenke](#) (lastet ned 30. april 2026).

⁴⁸³ Utlendingsdirektoratet, UDI 2015-026 Bruk av nettbaserte åpne kilder og sosiale medier i saksbehandlingen i UDI, fra 15. oktober 2015, sist oppdatert 9. januar 2024: [Lenke](#) (lastet ned 30. april 2026).

Helsedirektoratets nektelse av autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning etter helsepersonelloven § 53 (2) utgjør et enkeltvedtak etter forvaltningsloven, jf. helsepersonelloven § 53 (3). Saksbehandlingen er dermed underlagt de alminnelige reglene i forvaltningsloven, herunder utredningsplikten i forvaltningsloven § 17 og de grunnleggende forvaltningsrettslige kravene til forsvarlig saksbehandling.⁴⁸⁴ Etter forvaltningsloven § 17 skal forvaltningsorganet påse at saken er så godt opplyst som mulig før vedtak treffes. Dette omfatter det faktiske og rettslige materialet som er nødvendig for å treffe en forsvarlig avgjørelse.⁴⁸⁵

Søk i åpne kilder kan gi treff på opplysninger som er relevante for vurderingen etter helsepersonelloven § 53 (2), jf. § 57. Samtidig reiser slike søk flere metodiske og bevismessige utfordringer. Søkemotorer gir ofte et usortert resultat, og skiller ikke nødvendigvis mellom pålitelige kilder, som redaktørstyrte medier eller offentlige myndigheters nettsider, og mindre pålitelige kilder, som anonyme innlegg på netttforum eller sosiale medier. Treff i åpne kilder kan også ha varierende grad av riktighet, presisjon, aktualitet og notoritet. Opplysningene kan være uriktige, ufullstendige, utdaterte, misvisende eller løsrevet fra sin opprinnelige sammenheng.

Disse utfordringene kan forsterkes der søkeren kommer fra et annet land enn Norge. Informasjonen vil da ofte kunne være publisert på andre språk, være tilgjengelig gjennom andre mediekkanaler eller være vanskeligere å verifisere. Det kan også være krevende å forstå den rettslige eller faktiske konteksten for opplysningene. Eksempelvis vil det kunne tenkes at det nær sagt vil være umulig for en saksbehandler å kunne vurdere kvaliteten på en opplysning gitt på et språk vedkommende ikke har kunnskap om, og et eventuelt oversettelsesprogram for å tolke opplysningene vil ytterligere kunne svekke opplysningens verdi. I tillegg styres treff i søkemotorer av algoritmer som blant annet prioriterer relevans, popularitet og søkehistorikk, og ikke nødvendigvis pålitelighet eller notoritet. Det mest tilgjengelige treffet vil derfor ikke nødvendigvis være det mest korrekte eller mest relevante.

Et eksempel på utfordringene ved bruk av åpne kilder er saken om Lund-legen, som er omtalt under pkt. 4.2.2. Som der omtalt, var saken om Lund-legen på tidspunktet for Helsedirektoratets vedtak om innvilgelse av autorisasjon 29. mai 2024 omtalt i SVT og Läkartidningen, men uten at Lund-legen var navngitt. Slik vi forstår det, var det eneste stedet Lund-legens fulle navn var nevnt på vedtakstidspunktet, et anonymt netttforum, Flashback. Dersom Helsedirektoratet hadde søkt på Lund-legens fulle navn på Google, ville direktoratet dermed ikke fått treff fra sikre og pålitelige kilder hvor vedkommende var identifisert ved navn, verken fra redaktørstyrte medier underlagt presseetiske normer eller fra offentlige myndigheter.

Opplysninger fra anonyme netttforum, slik som Flashback, mangler ofte notoritet og kan være ufullstendige, misvisende eller uriktige. Slike opplysninger vil derfor normalt ikke alene kunne danne grunnlag for et vedtak om å nekte autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning. De kan derimot, avhengig av innholdet og omstendighetene, gi Helsedirektoratet en oppfordring til å foreta nærmere undersøkelser gjennom mer pålitelige og etterprøvbare kilder.

Det nevnes likevel at dersom Helsedirektoratet hadde gjort et Google-søk på Lund-legen på vedtakstidspunktet, ville søket, slik vi forstår det, gitt treff på at en anonym bruker på Flashback hadde delt domsslutningen fra Lunds tingsratts dom av 3. april 2024. Dette kunne gitt Helsedirektoratet en oppfordring til å undersøke saken nærmere. Videre undersøkelser ville imidlertid også vist at dommen ikke var rettskraftig, at Lund-legen nektet for anklagene, og at Lund-legen gjennom sin advokat hadde varslet at dommen ville bli anket. Ettersom Lund-legen på dette tidspunktet ikke var rettskraftig dømt, ville det vært problematisk å bruke opplysningene som selvstendig grunnlag for å nekte autorisasjon etter helsepersonelloven § 53 (2). Dette gjelder særlig sett i lys av utredningsplikten etter

⁴⁸⁴ De generelle saksbehandlingsreglene i forvaltningsloven er gjennomgått nærmere under pkt. 7.2.

⁴⁸⁵ HR-2017-2376-A avsnitt 33-35, med henvisning til NUT 1958:3 på side 161.

forvaltningsloven § 17, uskyldspresumsjonen og de alminnelige kravene til bevisvurdering og forsvarlig saksbehandling i forvaltningssaker.⁴⁸⁶

Ved implementering av bruk av åpne kilder i saksbehandlingen må Helsedirektoratet derfor være varsom med å basere saksbehandlingen og avgjørelsene på opplysninger som utelukkende er fremskaffet gjennom åpne kilder. Dette innebærer ikke at åpne kilder er uten betydning. Slike kilder kan tvert imot være nyttige som et første ledd i informasjonsinnhenting eller som ledd i en innledende bakgrunnsundersøkelse av søkeren. Treff i åpne kilder bør etter dette fortrinnsvis benyttes som grunnlag for eventuelle videre undersøkelser, og ikke som et selvstendig og avgjørende beslutningsgrunnlag.

I forlengelsen av ovennevnte bemerker vi at VG i sin metoderapport til SKUP om «Grenseløse leger»,⁴⁸⁷ under pkt. 3.10, fremhevet at det «[i] sakene der leger hadde mistet autorisasjon i Sverige ble Acta Publica et viktig verktøy». I rapporten er Acta Publica beskrevet slik i note 4: «En av flere databaser som i mange år har gjort det mulig å søke på ferske dokumenter fra svenske offentlige institusjoner.»

I den nærmere omtalen av Uppsala-legen i metoderapporten fremgår følgende under pkt. 4.1:

«Da vi mottok tipset om [Uppsala-legen] i oktober, brukte vi rundt et kvarter med søk på legens navn for å finne flere avisartikler og mange dokumenter om saksgangen i Sverige. Disse søkene ble gjort i Acta Publica. Helsedirektoratet har samme tilgang, men det viste seg at de ikke hadde brukt den muligheten.»⁴⁸⁸

Vi bemerker til dette at vi har fått opplyst av Helsedirektoratet at det ikke medfører riktighet at Helsedirektoratet har innlogging eller bruker i Acta Publica. Vi forstår det også slik at det skal ha blitt forsøkt formidlet til VG at Helsedirektoratet ikke har slik tilgang som VG synes å forutsette.

I svenske medier er Acta Publica omtalt slik:

«Acta Publica, [er] en betaltjänst som används av många redaktioner och frilansjournalister. Via tjänsten kan man snabbt få reda på om en person är dömd för något utan att vända sig till varje enskild domstol och efterfråga eventuella handlingar, man kan se vilka personer som förekommer i samma fall och på så vis komma vidare i granskningar av nätverk och man kan söka på historiska domar långt tillbaka.»⁴⁸⁹

Vi bemerker videre at Högsta domstolen i Sverige i to avgjørelser avsagt 25. februar 2025, henholdsvis sak Å 3169-24 (Trobar AB)⁴⁹⁰ og sak Å 3457-24 (Panoptes Sweden AB)⁴⁹¹, uttalte at «fullständigt register över fällande domar i brottmål får föras endast under kontroll av en myndighet.»⁴⁹²

Bakteppet for avgjørelsene var at Trobar AB hadde begjært «att få ut domar, beslut, protokoll och dagboksblad i brottmål vid tingsrätten.»⁴⁹³ Trobar AS er selskap som «tillhandahåller via en rättsdatabas

⁴⁸⁶ Uskyldspresumsjonen er omtalt nærmere under pkt. 7.7. Bevisbyrde, beviskrav og tvilsrisiko i forvaltningssaker er omtalt nærmere under pkt. 7.7.

⁴⁸⁷ Se «VG – Metoderapport SKUP 2025» med undertittel «Grenseløse leger»: [Lenke](#) (lastet ned 11. mai 2026).

⁴⁸⁸ Vi bemerker for ordens skyld at Helsedirektoratet innvilget Uppsala-legen spesialistgodkjenning den 17. februar 2025, altså flere måneder før oktober 2025, og at Uppsala-legen på dette tidspunktet, vidt vi kan forstå, ikke var navngitt i svenske medier. Se nærmere omtale av tidslinjen under pkt. 4.2.3.

⁴⁸⁹ Se artikkelen «HD-beslut stoppar rättsdatabaser», publisert av Scoopmedia den 25. februar 2025 og oppdatert 26. februar 2026: [Lenke](#) (lastet ned 11. mai 2026).

⁴⁹⁰ Se Högsta domstolens beslut i sak Å 3169-24 avsagt 25. februar 2025: [Lenke](#) (lastet ned 11. mai 2026).

⁴⁹¹ Se Högsta domstolens beslut i sak Å 3457-24 avsagt 25. februar 2025: [Lenke](#) (lastet ned 11. mai 2026).

⁴⁹² Se Högsta domstolens beslut i sak Å 3457-24 avsnitt 11 og Högsta domstolens beslut i sak Å 3169-24 avsnitt 19.

⁴⁹³ Se Högsta domstolens beslut i sak Å 3169-24 avsnitt 3.

information som inhämtas från landets domstolar samt från Åklagarmyndigheten och Ekobrottsmyndigheten. Informationen i databasen består av domar, beslut, protokoll, dagboksblad och beslut om strafförelägganden och åtalsunderlåtelse.»⁴⁹⁴

Panoptes Sweden AB, som driver nyhetsbyråen Siren, hadde på sin side «begært att få ta del av ett större antal allmänna handlingar i brottmål, såsom domar, beslut, dagboksblad och stämningsansökningar.»⁴⁹⁵ Det følger av avgjørelsen at «Sirens kärnverksamhet består i att identifiera och samla in underlag för nyheter och att förmedla sådant underlag till andra nyhetsorganisationer eller massmedier, såsom tidningar, tidskrifter och etermediaföretag.»⁴⁹⁶

Högsta domstolen i Sverige slo fast at de etterspurte dokumentene kunne utleveres, men med strenge begrensninger med hensyn til videreformidling og bruk av materialet. Fra sak Å 3169-24 (Trobar AB) hitsettes slutningen:

«Hovrättens beslut ändras på så sätt att de begärda handlingarna ska lämnas ut av Umeå tingsrätt med ett förbehåll som innebär:

– att handlingarna, oavsett i vilken form, inte får tillhandahållas allmänheten eller betalande kunder om allmänheten eller kunderna därigenom får del av personnamn, personnummer eller adress för enskilda personer,

– att Trobar inte heller på annat sätt får erbjuda allmänheten eller betalande kunder sökmöjligheter i handlingarna på ett sätt som ger tillgång till personnamn, personnummer eller adress för enskilda personer, och

– att handlingarna inte heller får användas för att avisera allmänheten eller betalande kunder på så sätt att möjlighet ges att bevaka om en viss person förekommer i handlingarna.»⁴⁹⁷ (våre uthevinger)

Avgjørelsene ble omtalt i svenske medier, herunder Scoop, hvor det i relasjon til Acta Publica fremgår:

«Högsta domstolen slog på tisdagen fast att nyhetsbyråen Siren inte längre får lämna ut domar där namn, personnummer eller enskildas adresser förekommer. De får inte heller göra sådana uppgifter sökbara. **Beslutet innebär ett dråpslag mot rättsdatabasen Acta Publica.**

[...] Scoop har tidigare skrivit om en föreslagen grundlagsändring som skulle hota tillgången till rättsdatabaser som används journalistiskt. **Men redan nu sätter alltså HD ner foten i frågan och konstaterar att databaserna står i strid med dataskyddsförordningen (gdpr).**

Rättsdatabaserna förbjuds inte helt i och med beslutet, men **de riskerar att bli obrukbara.** [...]

När det gäller databasen Acta Publica kommer inga nya domar att tillföras där efterhand som domstolar rättar sig efter Högsta domstolens beslut. Däremot kommer befintligt material, som tidigare lämnats ut utan förbehåll att finnas kvar. Om detta säger HD:s dom nämligen ingenting.»⁴⁹⁸ (våre uthevinger)

⁴⁹⁴ Se Högsta domstolens beslut i sak Å 3169-24 avsnitt 3.

⁴⁹⁵ Se Högsta domstolens beslut i sak Å 3457-24 avsnitt 3.

⁴⁹⁶ Se Högsta domstolens beslut i sak Å 3457-24 avsnitt 2.

⁴⁹⁷ Se Högsta domstolens beslut i sak Å 3457-24 avsnitt 66.

⁴⁹⁸ Se artikkelen «HD-beslut stoppar rättsdatabaser», publisert av Scoop 25. februar 2025, oppdatert 26. februar 2025: [Lenke](#) (lastet ned 11. mai 2026).

Högsta domstolens avgjørelser illustrerer de betydelige rettslige og personvernmessige betenkelighetene ved private og kommersielle databaser som systematiserer og tilgjengeliggjør personidentifiserbare opplysninger fra straffesaker og andre offentlige dokumenter. Dette gjelder særlig der databasene legger til rette for søk på navngitte personer og for sammenstilling av opplysninger om straffesaker utenfor offentlig myndighetskontroll.

Etter vårt syn tilsier dette at Helsedirektoratet bør utvise betydelig varsomhet med å benytte slike kommersielle databaser som ledd i sin saksbehandling. Det er i denne sammenheng også grunn til å skille mellom hvilke undersøkelser en redaksjon kan foreta innenfor rammene av journalistisk virksomhet, og hvilke kilder og metoder et forvaltningsorgan kan og bør benytte som grunnlag for offentlig myndighetsutøvelse. Dersom Helsedirektoratet skulle vurdere bruk av slike databaser, måtte det i så fall foretas en nærmere vurdering av blant annet behandlingsgrunnlag og forholdet til personvernregelverket for øvrig.

Det knytter seg etter vårt syn vesentlige betenkeligheter til at Helsedirektoratet skulle bli abonnent på eller gjøre bruk av slike databaser som omtalt over som ledd i sin ordinære saksbehandling. Vi forstår det også slik at dette heller ikke er noe Helsedirektoratet vurderer som del av det foreslåtte tiltaket, og vi kommenterer derfor ikke bruk av slike lukkede, kommersielle databaser nærmere.

Ved utarbeidelsen av nærmere rutiner og retningslinjer for bruk av åpne kilder i saksbehandlingen vil det etter vårt syn være naturlig at rutinene og retningslinjene adresserer sentrale vurderingspunkter og sikrer at saksbehandlerne er oppmerksomme på forhold slik som:

- Hvilke kilder som kan eller bør benyttes.
- Hvilken kilde den konkrete opplysningen stammer fra.
- Om kilden er identifiserbar, redaktørstyrt eller offentlig.
- Om opplysningen kan verifiseres gjennom andre kilder.
- Om opplysningen er oppdatert,
- Om opplysningen gjelder søkeren eller en annen person med samme eller lignende navn,
- Om opplysningen gjelder forhold som er relevante etter helsepersonelloven § 53 (2), jf. § 57,
- Om søkeren bør eller må forelegges opplysningen for uttalelse før den eventuelt vektlegges,
- Om opplysningen gir grunnlag for videre undersøkelser gjennom IMI, nordisk samarbeid, søkeren selv eller relevante myndigheter i søkerens hjemland eller vertsland.

I tillegg må søkene i seg selv være målrettede og begrenset til det som er nødvendig for å vurdere søknaden etter helsepersonelloven § 53, og for øvrig foretas innenfor rammene av gjeldende rett for øvrig. Det bør derfor ikke foretas generelle eller vidtgående undersøkelser av søkeren på internett. Søkene bør avgrenses til forhold som kan være relevante for vurderingen av om det foreligger grunnlag for å nekte autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning, og til kilder som har størst mulig grad av pålitelighet, notoritet og etterprøvbarehet.

12.6 Foreslått tiltak # 5: Økt digitalisering og mulig bruk av KI

12.6.1 Omtale av tiltaket

Helsedirektoratet har i både Første Rapport og Andre Rapport pekt på økt digitalisering og bruk av kunstig intelligens (KI) som mulige sentrale virkemidler for å styrke kvaliteten og kontrollen i saksbehandlingen. I Første Rapport, under pkt. 4.2 om «Tiltak som planlegges iverksettes», fremgår:

«Økt digitalisering og mulig bruk av Kunstig Intelligens (KI)

Det planlagte Digitaliseringsløftet i Helsedirektoratet vil gi nye muligheter for oppfølging og kontroll. **Innhenting av mest mulig dokumentasjon digitalt, direkte fra "kilden"**, for eksempel fra utdanningsstedet, vil kunne erstatte dokumentasjon av skannede dokumenter som kan være forfalsket.

Kunstig intelligens vil kunne sammenfatte informasjon fra innholdsrike utdanningsdokumenter som kan benyttes for å undersøke søkers kvalifikasjoner og sammenligning med norsk utdanning.

Kunstig intelligens kan også benyttes til søk i åpne kilder og tilgjengelige registre på internett.

Bedre utnyttelse og sammenstilling av data fra Helsedirektoratets egne registre vil kunne gi en ekstra kontroll. For eksempel kan informasjon fra Helfo sine systemer bidra til å utfylle bildet for en lege som søker om spesialistgodkjenning.» (våre uthevinger)

Det følger videre av Andre Rapport på side 8:

«I møte med Statens Helsetilsyn om IMI den 27. november 2025, ble Helsedirektoratet orientert om en «robot» utviklet av Helsetilsynet som **automatisk åpner samtlige varsler. Denne søker bredere for å favne feil i navn og fødselsdato**. Helsedirektoratet ble invitert til å se nærmere på løsningen, og følge opp saken i løpet av desember 2025» (vår utheving)

12.6.2 Vår vurdering av tiltaket

Økt digitalisering og utvikling av digitale løsninger i Helsedirektoratets saksbehandling synes å ha et klart potensial til å gjøre saksbehandlingen mer effektiv, styrke informasjonsgrunnlaget for vedtak og forbedre kontrollen med dokumentasjonen som inngår i sakene.

Et digitaliseringstiltak utviklet på EU-nivå er IMI, som ble lansert i EU i 2008 og innført i Norge i 2019.⁴⁹⁹ Helsedirektoratet har nå fått utvidet tilgang til IMIs varslingsmodul, slik at også Helsedirektoratet kan gjøre søk direkte i IMI.⁵⁰⁰ Dette er et klart positivt tiltak, ettersom det gir Helsedirektoratet et bedre og mer effektivt informasjonsgrunnlag for sin saksbehandling og for sine vedtak etter helsepersonelloven § 53.

Vi forstår det slik at Helsetilsynet har utviklet og implementert en «robot» som automatiserer søk i IMI, herunder gjør bredere søk for å også fange opp tilfeller med feil i navn og fødselsdato, som er en av utfordringene med IMI.⁵⁰¹ Vi er ikke kjent med om Helsedirektoratet har implementert denne «roboten» som ledd i sin saksbehandling. En slik implementering, med eventuelle tilpasninger til Helsedirektoratets saksbehandling, vil være et klart positivt tiltak, som vil kunne bidra til mer effektiv saksbehandling og et bedre informasjonsgrunnlag, ved at «roboten» kan fange opp varsler som ikke ville blitt fanget opp ved manuelle søk. «Roboten» vil imidlertid ikke være i stand til å kompensere varierende og mangelfull rapporteringspraksis i EØS-statene.

Bruk av kunstig intelligens («KI») vil også kunne være et verktøy som både kan bidra til å effektivisere Helsedirektoratets saksbehandling, bedre informasjonsgrunnlaget og kontrollere informasjonens riktighet. KI-løsninger kan samle inn, sammenfatte og analysere store mengder informasjon og dokumentasjon på en svært effektiv måte. En slik bruk av KI vil kunne fungere som et supplement til den alminnelige informasjonsinnhenting og søk i åpne kilder. KI kan også bidra til å kontrollere informasjonens riktighet, ved å analysere informasjonen som er tilgjengelig om søkeren, holde den opp mot andre opplysninger og fremheve eventuelle motsetninger og åpenbare feil.

Bruk av KI har samtidig flere utfordringer ved seg – også av rettslig art. Når det gjelder opplysningenes riktighet, kan generative KI-modeller produsere faktisk uriktige svar, presentert på en overbevisende måte. Ved rettslige vurderinger knyttet til søknader vil modellen kunne «finne opp» rettskilder. Ved

⁴⁹⁹ IMI er redegjort for og vurdert nærmere under pkt. 8.3.1.3, 11.2 og 12.3.

⁵⁰⁰ Tiltaket om utvidet tilgang til IMIs varslingsmodul er vurdert nærmere under pkt. 11.2.

⁵⁰¹ Se nærmere omtale av utfordringene med IMI særlig under pkt. 11.2.

analyse av informasjon og dokumentasjon vil modellen kunne feiltolke informasjon og dokumentasjon, og sammenstille denne på en måte som gir mangelfulle, ufullstendige, misvisende eller uriktige svar. Disse utfordringene er problematiske opp mot blant annet det forvaltningsrettslige kravet til forsvarlig saksbehandling og utredningsplikten i forvaltningsloven § 17. Det er derfor viktig at KI bare brukes som et verktøy i saksbehandlingen, og ikke som en selvstendig beslutningstager,⁵⁰² og at alle resultater verifiseres av saksbehandler. Et tiltak vil her være å etablere klare rutiner og retningslinjer for bruk av KI i saksbehandlingen, samt sørge for at bruken av KI er sporbar. For å sikre at KI-modellen utelukkende baserer seg på relevante rettslige og faktiske kilder, vil det også være en mulighet å skreddersy en KI-løsning som er koblet opp mot en lukket og definert kunnskapsbase med gjeldende regelverk, saksbehandlingsdokumenter og rutiner og retningslinjer.

Bruk av KI-løsninger har videre en særlig side til personvernregelverket. Der KI brukes til å samle inn opplysninger fra åpne kilder, aktualiseres personvernregelverket på samme måte som for bruk av åpne kilder. Dersom Helsedirektoratet bruker en åpen KI-løsning (public cloud/multi-tenant), vil innsendte data, dvs. de dataene Helsedirektoratet legger inn i KI-modellen, kunne brukes til å forbedre modellen for alle modellens brukere, opplysningene kunne lagres i et offentlig skymiljø og blandes med andres data, og Helsedirektoratet vil kunne ha lite kontroll på hvor data sendes og hvor de behandles. Det presiseres her at de «åpne» elementene i den åpne KI-løsningen vil variere avhengig av KI-leverandøren og hvordan leverandørens konkrete løsning er utformet. Bruk av en åpen KI-løsning vil uansett innebære en betydelig risiko for brudd på både personvernregelverket⁵⁰³ og Helsedirektoratets taushetsplikt.⁵⁰⁴ Helsedirektoratet bør av denne grunn være svært forsiktig med å ta i bruk en åpen KI-løsning som verktøy i sin saksbehandling, og bør i tilfelle heller vurdere å en lukket KI-løsning (privat/on-premise/closed loop).

Ved bruk av en lukket KI-løsning vil dataene forbli i Helsedirektoratets egne, isolerte miljø, slik at Helsedirektoratets data aldri blandes med andres data, og leverandøren ikke bruker innsendt data til å trene eller forbedre sine generelle modeller. Med en slik løsning vil det være enklere for Helsedirektoratet å ivareta personvernregelverket og taushetsplikten. Dersom Helsedirektoratet skal ta i bruk KI i sin saksbehandling, vil det være naturlig å utrede nærmere blant annet hvordan løsningen skal skreddersys for å ivareta Helsedirektoratets plikter og behov.⁵⁰⁵

12.7 Ytterligere mulige tiltak

12.7.1 Innledning

Basert på tidligere diskusjoner/tema, finner vi det også naturlig å knytte noen avsluttende merknader til enkelte mulig tiltak som kan være hensiktsmessige å være bevisst på og som potensielt kan være gjenstand for videre arbeid og utredninger.

12.7.2 Felles internasjonalt, europeisk eller nordisk register over helsepersonell

12.7.2.1 Innledning

Det finnes i dag ikke noe felles register over helsepersonell, verken i Norden, i EU/EØS eller globalt.

I Norge finnes det imidlertid et nasjonalt register: Helsepersonellregisteret («HPR»). Registeret eies av Helsedirektoratet og viser alle godkjenninger gitt til helsepersonell. Etter helsetilsynsloven § 10 (2) skal

⁵⁰² Vi viser også her til at det etter GDPR artikkel 22 nr. 1 som utgangspunkt er oppstilt en rett for den «registrerte» til «ikke å være gjenstand for en avgjørelse som utelukkende er basert på automatisert behandling, herunder profilering, som har rettsvirkning for eller på tilsvarende måte i betydelig grad påvirker vedkommende.» GDPR artikkel 22 nr. 2 oppstiller imidlertid unntak fra denne hovedregelen.

⁵⁰³ Et overblikk over personvernregelverket kan finnes under pkt. 11.3.3.2 og 12.5.2.

⁵⁰⁴ Forvaltningens taushetsplikt er gjennomgått nærmere under pkt. 7.2.2

⁵⁰⁵ Etersom Helsedirektoratet er underlagt anskaffelsesregelverket, jf. anskaffelsesloven § 2 og anskaffelsesforskriften §§ 1-1 og 1-2, minner vi om at kjøp av en KI-løsning i tilfelle må gjøres gjennom en offentlig anbudskonkurranse i tråd med anskaffelsesregelverket.

tilsynsmyndighetene registrere administrative reaksjoner i et «nasjonalt register», herunder tilbakekall av autorisasjon etter helsepersonelloven § 57. Informasjon om administrative reaksjoner inntas i HPR. Registeret gir derimot ikke informasjon om hvorvidt helsepersonellet arbeider i Norge, har arbeidet her, eller hvem som eventuelt er arbeidsgiver.

Helsepersonellregisteret finnes i én offentlig versjon og én fullversjon:

- **Den offentlige versjonen** er tilgjengelig på Helsedirektoratets nettsider og viser gjeldende autorisasjonsstatus, men krever innlogging, for eksempel via BankID. For å kunne gjøre oppslag i registeret må man kjenne HPR-nummeret, eller personens fødselsdato og etternavn. Uten slik informasjon er det ikke mulig å gjøre oppslag.
- **Fullversjonen** inneholder mer omfattende opplysninger og er tilgjengelig for enkelte offentlige aktører.

Det er betydelige forskjeller mellom europeiske land både når det gjelder om det føres nasjonale registre, og hvor tilgjengelige disse er:

- **Danmark** har et offentlig og lett tilgjengelig register: Autorisationsregister.⁵⁰⁶ Registeret administreres av Styrelsen for Patientsikkerhed, og er offentlig tilgjengelig på nett. Oppslag krever ikke innlogging og kan gjøres uten den typen forhåndskunnskap som kreves i Norge. Registeret er dermed lettere tilgjengelig enn det norske, og inkluderer også informasjon om hvilket land helsepersonellet har sin grunnutdanning fra.
- **Sverige** har et nasjonalt register som i praksis ikke er åpent søkbart på nett: HOSP-registeret. Socialstyrelsen, som administrerer registeret, opplyser på sine nettsider at den som ønsker å gjøre oppslag i registeret må sende en e-post til Socialstyrelsen med helsepersonellens fornavn og etternavn.⁵⁰⁷ Vi forstår imidlertid at blant annet IVO har elektronisk tilgang til registerdataene.⁵⁰⁸

Også andre land har nasjonale eller profesjonsvise registre, men løsningene varierer betydelig. Felles for dem er at de i hovedsak gir informasjon om nasjonal autorisasjonsstatus, ikke en samlet autorisasjons- eller reaksjonshistorikk på tvers av landegrensene.

Det er nettopp dette informasjonshullet som danner bakteppet for spørsmålet om et felles register. Hvert land har sine egne registre, men de kommuniserer ikke med hverandre på en måte som gir myndigheter en enkel og pålitelig oversikt over helsepersonells status i andre land. I forlengelsen av dette har debatten også dreiet seg om innføringen av et felles registreringsnummer eller ID for helsepersonell, nettopp for å redusere feilkilder og uklareheter knyttet til identitet.

12.7.2.2 Historisk debatt om innføring av felles registre

Spørsmålet om et felles register over helsepersonell har vært diskutert i lang tid, særlig i Norden og på EU/EØS-nivå. Debatten har typisk blusset opp etter saker der leger eller annet helsepersonell har hatt tilsynssaker eller reaksjoner i ett land, men likevel har kunnet arbeide i et annet uten at dette ble fanget opp.

⁵⁰⁶ Se «Det offentlige autorisationsregister», Styrelsen for Patientsikkerhed: [Lenke](#) (lastet ned 30. april 2026).

⁵⁰⁷ Se «Healthcare Services – where to turn», publisert av Socialstyrelsen den 1. september 2020: [Lenke](#) (lastet ned 30. april 2026).

⁵⁰⁸ Se «The Register of Authorised Healthcare Professionals (HOSP)», publisert av Socialstyrelsen den 8. Februar 2024: [Lenke](#) (lastet ned 30. april 2026).

I 2010 skapte NRKs reportasjer om «Farlige leger» fornyet oppmerksomhet om problemstillingen.⁵⁰⁹ Sammen med tilsvarende oppslag i Danmark bidro dette til krav om bedre informasjonsutveksling og forslag om et internasjonalt, europeisk eller nordisk register over helsepersonell.⁵¹⁰

Det ble blant annet avdekket at en dansk lege som var gitt norsk autorisasjon og arbeidet i Norge, hadde fått autorisasjonen tilbakekalt grunnet alvorlig feilbehandling. Den danske legen hadde ifølge NRK «flere saker på seg enn noen annen lege», og ble omtalt som «Norges verste lege». NRK avslørte at «hun nå jobber videre i Sverige».⁵¹¹

Nordisk Råd anbefalte i 2010 at det burde opprettes et nordisk elektronisk register over helsepersonell. Nordisk Råds sesjon på Island (Reykjavik) i 2010 vedtok enstemmig å anbefale at det skulle opprettes et elektronisk register for helsepersonell i Norden (Rekommandasjon 28/2010). Registeret «skulle sikre at helsepersonell som er fratatt retten til å praktisere i et nordisk land ikke kan flytte til et annet og fortsette virksomheten.» Anbefalingen ble siden gjentatt på sesjonene i Helsingfors og Oslo.⁵¹²

Anbefalingen ble fulgt opp flere ganger i årene som fulgte, særlig av Nordisk Råds velferdsutvalg.⁵¹³ Det ble også tatt initiativ opp mot EU.⁵¹⁴ Også i øvrig nyhetsdekning var behovet for et felles helsepersonellregister et tema, hvor det ble vist til viktigheten av «å få på plass et fellesregister, som kan fungere som sikkerhetsnett for å fange opp pasientfarlig helsepersonell». I debatten ble det trukket frem utfordringer knyttet til en slik etablering, herunder med hensyn til personvern, økonomi (finansiering) og pasientsikkerhet. Det ble også pekt på utfordringer knyttet til at «de nordiske landene har ulik lovregulering, ulik åpenhet og ulike systemer.»⁵¹⁵

Nordisk Ministerråd valgte imidlertid ikke å gå videre med et slikt register. Den sentrale begrunnelsen var at løsningen ikke ble ansett å ligge i å etablere en ny database, men i å styrke samarbeidet mellom de nasjonale registrene, utvikle informasjonsutvekslingen gjennom EU/EØS-systemene, særlig IMI, og gjennom arbeidet med å endre Arjeplogavtalen slik at reglene i yrkeskvalifikasjonsdirektivet skulle bli gjeldende i hele Norden. I 2015 ble det inngått et politisk kompromiss der man aksepterte denne linjen, men under forutsetning av at IMI skulle evalueres etter to års drift, og at et nordisk register skulle vurderes på nytt dersom IMI viste seg utilstrekkelig.⁵¹⁶

Som omtalt under pkt. 8.3.2 ble Arjeplogavtalen siden endret i desember 2018, og den nye avtalen trådte i kraft 1. februar 2020. Arjeplogavtalen er nærmere omtalt under pkt. 10.2.6, og kommenteres nærmere under pkt. 12.7.5. Helsetilsynet begynte å motta meldinger i IMI i desember 2019, men ordningen ble først formelt etablert 1. januar 2020. Fra mars 2020 fikk Norge, ved Helsetilsynet og Helsedirektoratet, «tilgang til å sende meldinger til de andre landene.»⁵¹⁷

⁵⁰⁹ Se «Tabbeleger får jobb i Norge», publisert av NRK den 20. februar 2010: [Lenke](#) (lastet ned 30. april 2026). Se også «Gransker og omplasserer tabbelege etter NRK-avsløring» publisert av NRK den 25. mai 2010: [Lenke](#) (lastet ned 30. april 2026).

⁵¹⁰ Se «Vil ha internasjonalt register over tabbeleger», publisert av VG den 21. februar 2010: [Lenke](#) (lastet ned 30. april 2026). Se også «Dansk politiker vil svarteliste farlige leger i EU», publisert av NRK den 22. februar 2010: [Lenke](#) (lastet ned 30. april 2026).

⁵¹¹ Se «Gransker og omplasserer tabbelege etter NRK-avsløring», publisert av NRK den 25. mai 2010: [Lenke](#) (lastet ned 30. april 2026).

⁵¹² Forslaget er omtalt i Rek. 9/2015, tidligere nummer: B 304/velfærd, Nordisk Råd, 27. oktober og 2. november 2015: [Lenke](#) (lastet ned 30. april 2026),

⁵¹³ Se «Slik vil Norge, Sverige, Danmark og EU stanse overgrepselegene», publisert av Dagbladet den 5. oktober 2011, oppdatert 2. november 2016: [Lenke](#) (lastet ned 30. april 2026). Se også «Trygg behandling i Norden», publisert av Dagsavisen den 4. januar 2013, oppdatert 22. februar 2021: [Lenke](#) (lastet ned 30. april 2026).

⁵¹⁴ Se «Slik vil Norge, Sverige, Danmark og EU stanse overgrepselegene», publisert av Dagbladet den 5. oktober 2011, oppdatert 2. november 2016: [Lenke](#) (lastet ned 30. april 2026).

⁵¹⁵ Se «Sier nei til nordisk tabberegister», publisert av VG den 27. juni 2031: [Lenke](#) (lastet ned 30. april 2026).

⁵¹⁶ Se Rek. 9/2015, tidligere nummer: B 304/velfærd, Nordisk Råd, 27. oktober og 2. november 2015: [Lenke](#) (lastet ned 30. april 2026). Se også «Slik stanses nomadelegene – politisk kompromiss om nordisk register», publisert av Nordisk samarbeid den 27. oktober 2015: [Lenke](#) (lastet ned 30. april 2026).

⁵¹⁷ Helsetilsynet, «Gjennomgang av Helsetilsynets behandling av utenlandssaker», Rapport 31. oktober 2025, Helga Arianson og Ragnar Hermstad, pkt. 2: [Lenke](#) (lastet ned 30. april 2026).

I 2024 publiserte European Court of Auditors en rapport som tok sikte på å kartlegge hvor effektivt Kommisjonen hadde sikret en ensartet anvendelse av yrkeskvalifikasjonsdirektivet.⁵¹⁸ ECA undersøkte herunder medlemsstatenes bruk av IMI og informasjonsdeling. Basert på «survey and our audit visits», ble det avdekket en rekke «shortcomings within the Internal Market Information System». Herunder ble det vist til at (i) «[t]he tool is not user friendly», (ii) «[t]he list of competent authorities is not up to date» og (iii) «[t]here are delays by home countries in responding to requests». Det ble i forlengelsen av dette bemerket at:

«[...] competent authorities in the member states we visited said **even if they use IMI to initiate the request, they tend to use other means of communication for (the follow-up of) their requests, mainly email or telephone**. Out of all authorities who replied to our survey, 82 % use the Internal Market Information System at some point of the procedure. However, we again noted large differences between member states, [...]»⁵¹⁹ (vår utheving)

ECA fant videre at «[a]uthorities are overwhelmed by alerts and do not make them part of the recognition procedure». Videre ble det bemerket at «due to the high number of alerts, **authorities in the member states we visited did not check them when reviewing individual RPQ applications**»⁵²⁰ (vår utheving)

I perioden 2017 til 2021 ble det sendt «more than 25 000 alerts in the alert mechanism in total (substantial and administrative reasons)», hvorav 3550 omhandlet «nurses», 1978 gjaldt «doctors» og 1243 gjaldt «other health professions». Dette innebærer at hvert fjerde varsel som ble sendt i IMI i denne perioden omhandlet helsepersonell. Basert på sine funn, konkluderte ECA som følger:

«**Competent authorities did not take the alerts encoded in the Internal Market Information System by other member states into account when granting recognition of professional qualifications, even when they were for substantial reasons**, such as misconduct, ongoing disciplinary measures or criminal convictions.»⁵²¹ (vår utheving)

På denne bakgrunn anbefalte ECA «as soon as possible and at the latest by 2025» at Kommisjonen burde:

«[...] **make it obligatory for member states to use the alert mechanism under the Internal Market Information System during the recognition procedures**, ensuring that alerts received for substantial reasons are treated appropriately. This is of particular relevance for professionals who are in direct contact with patients or minors.»⁵²² (vår utheving)

ECA-funnene synes langt på vei å samsvare med Helsetilsynets egne erfaringer slik de er beskrevet i «Årsrapport 2024» til Helse- og omsorgsdepartementet, hvor følgende er fremhevet om IMI:

«Alle land i EU/EØS-området er pålagt en gjensidig varslingsplikt om endringer i autorisasjonsforhold innen tre dager. Varslingsordningen er nettbasert gjennom IMI (Internal Market Information system). **IMI-varslingen har noen begrensninger, og de nordiske landene har derfor opprettholdt rutinen med å varsle hverandre om endringer i autorisasjonsforhold m.m. via e-post, da dette oppleves som sikrere, raskere og mer effektivt enn IMI. Den største arbeidsflyten av helsepersonell til og fra**

⁵¹⁸ European Court of Auditors (ECA), «Special report 10/2024: The recognition of professional qualifications in the EU – An essential mechanism, but used sparsely and inconsistently»: [Lenke](#) (lastet ned 30. april 2026).

⁵¹⁹ European Court of Auditors (ECA), «Special report 10/2024: The recognition of professional qualifications in the EU – An essential mechanism, but used sparsely and inconsistently»: [Lenke](#) (lastet ned 30. april 2026), på side 39.

⁵²⁰ Ibid. på side 41.

⁵²¹ European Court of Auditors (ECA), «Special report 10/2024: The recognition of professional qualifications in the EU – An essential mechanism, but used sparsely and inconsistently»: [Lenke](#) (lastet ned 30. april 2026), på side 5.

⁵²² Ibid. på side 52.

**Norge skjer innenfor de nordiske landene, særlig mellom Norge, Sverige og Danmark.»⁵²³
(vår utheving)**

Som omtalt i pkt. 4.2 kunne VG gjennom «Bad Practice»-prosjektet i 2025 avsløre at «minst 23 leger fortsatt kunne jobbe i Norge, til tross for at de var fratatt sin legeautorisasjon i andre land.» Det ble videre avslørt at «i snitt åpnet kun 11 helsemyndigheter de 500 varslene de mottok i fjor. Det tilsvarer rundt en tredel av landene».⁵²⁴

Forelagt funnene, uttalte Lehmann blant annet til VG:

«Det vil være til stor hjelp for pasient- og rettssikkerhet på tvers av Europa med et felles helsepersonellregister, hvor helsepersonell får et europeisk helsepersonellnummer. Helsetilsynet stiller seg bak utredning av et slikt system. Det bør utredes nærmere hvordan et eventuelt felles autorisasjonsregister kan utvikles og driftes, sier Lehmann.»⁵²⁵

I etterkant av VGs avsløringer igangsatte Helsetilsynet en omfattende intern gjennomgang. I rapporten «Gjennomgang av Helsetilsynets behandling av utenlandssaker» av 31. oktober 2025 ble det redegjort for funnene. Der fremgår blant annet følgende om behovet for et felles register:

«Landene som bruker IMI har ulike registre for helsepersonell. Dersom landene hadde hatt et felles helsepersonellregister der helsepersonell har et felles europeisk helsepersonellnummer, ville avklaringen av om helsepersonellet hadde autorisasjon i mottakerlandet vært mer treffsikkert. Håndteringen av meldingene ville vært sikrere, enklere og raskere. I dag brukes det betydelige ressurser, ikke bare i Norge, på å finne rett identitet på helsepersonell som ikke er oppgitt med rett identitet. Et felles register ville redusert risiko for manglende treff i HPR ved endring eller upresis angivelse av navn, fødselsdato m.m.

- **Helsetilsynet støtter forslag om å etablere et felles helsepersonellregister for EU/EØS og vil komme med en henvendelse om dette.»⁵²⁶ (vår utheving)**

12.7.2.3 Våre betraktninger om det mulige tiltaket

Gjennomgangen viser etter vårt syn at problemstillingen har vært kjent i mer enn femten år, og at de tiltakene som hittil er valgt, særlig IMI og styrket nordisk informasjonsutveksling, ikke fullt ut har avhjulpet de underliggende svakhetene. Det grunnleggende problemet er det samme som tidligere: mottakerlandet har ikke nødvendigvis tilstrekkelig og treffsikker informasjon om helsepersonells autorisasjons- og reaksjonshistorikk i andre land.

Det er samtidig klart at nasjonale registre ikke gir noen fullgod løsning. De varierer betydelig i innhold, tilgjengelighet og funksjonalitet, og de gir ikke en samlet oversikt på tvers av landegrensene. Dermed blir mye av informasjonsinnhentingen avhengig av varsler, manuelle forespørsler og lokale kontrollrutiner. Dette øker risikoen for at relevante opplysninger ikke fanges opp i tide.

Et særlig argument for et felles register er bedre identifikasjon. Både Helsetilsynet og andre aktører har pekt på at forskjeller i navn, fødselsdatoer, ID-numre og registreringspraksis skaper feilkilder. Et felles helsepersonellnummer ville kunne redusere risikoen for feilidentifisering og gjøre koblingen mellom meldinger og riktig person langt mer treffsikker.

⁵²³ Se «Årsrapport 2024», Helsetilsynet: [Lenke](#) (lastet ned 30. april 2026), på side 86.

⁵²⁴ Se «Norske helsetopper bekymret etter nye avsløringer», publisert i VG den 20. desember 2025: [Lenke](#) (lastet ned 30. april 2026).

⁵²⁵ Ibid.

⁵²⁶ Helsetilsynet, «Gjennomgang av Helsetilsynets behandling av utenlandssaker», Rapport 31. oktober 2025, Helga Arianson og Ragnar Hermstad: [Lenke](#) (lastet ned 30. april 2026), under pkt. 9.4.

Det finnes likevel reelle innvendinger mot et felles register. Et slikt register vil reise spørsmål om personvern, behandlingsgrunnlag, tilgangsnivåer, innhold og drift. Det vil også kreve enighet mellom stater med ulike reaksjonssystemer og ulike registre. Videre vil et register ikke i seg selv løse problemet dersom myndighetene ikke faktisk bruker informasjonen. Dette er en svakhet også IMI har avdekket.

Etter vårt syn er disse innvendingene likevel ikke avgjørende. De samme typene opplysninger utveksles allerede i dag gjennom IMI og den nordiske meldeordningen. Spørsmålet er derfor ikke om opplysninger kan deles over landegrensene, men om de kan deles på en mer systematisk, treffsikker og brukervennlig måte.

Når det gjelder nivået for en eventuell registerløsning, fremstår et EU/EØS-register som det mest treffsikre alternativet, fordi det vil fange opp mobilitet mellom et langt større antall land enn et rent nordisk register. Samtidig vil et nordisk register kunne være mer realistisk på kortere sikt, fordi det bygger på et allerede etablert samarbeid og fordi den største arbeidsflyten av helsepersonell til og fra Norge skjer innenfor Norden. Et globalt register ville i prinsippet gitt den mest fullstendige løsningen, men fremstår per i dag som lite realistisk.

Etter vår vurdering vil det være naturlig å støtte arbeidet for å etablere et felles register over helsepersonell, fortrinnsvis på EU/EØS-nivå, subsidiært på nordisk nivå.

12.7.3 Økt bevissthet om grunnlaget for å nekte autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning etter helsepersonelloven § 53 (2): Tilbakekallsgrunnlagene i § 57

Etter helsepersonelloven § 53 (2) har Helsedirektoratet adgang til å nekte en søker autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning «hvis det foreligger omstendigheter som ville gitt grunnlag for tilbakekall etter § 57». Hvorvidt det foreligger grunnlag for tilbakekall, er også vurderingstemaet for vurderingen av om søker er «uegnet for yrket» etter helsepersonelloven § 48 a (2) bokstav b.⁵²⁷ For vurderingen av om autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning skal gis, må Helsedirektoratet dermed vurdere om det foreligger forhold som omfattes av ett av grunnlagene for tilbakekall i helsepersonelloven § 57.⁵²⁸

De ulike grunnene for at et helsepersonell kan være «uegnet til å utøve sitt yrke forsvarlig», er oppstilt i helsepersonelloven § 57 (1). Ved behandlingen av en søknad om autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning, må Helsedirektoratet gjøre en selvstendig og konkret vurdering av om det foreligger forhold som omfattes av ett av grunnlagene oppstilt i helsepersonelloven § 57. Denne vurderingen må oppfylle de alminnelige forvaltningsrettslige kravene til forsvarlig saksbehandling, herunder utredningsplikten i forvaltningsloven § 17.⁵²⁹

Helsepersonelloven § 57 (5) bestemmer at autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning «som er gitt på grunnlag av tilsvarende godkjenning i et annet land», kan kalles tilbake «dersom godkjenningen i dette landet mister sin gyldighet». I søknadskjemaet for autorisasjon og lisens, samt søknadsskjemaet for spesialistgodkjenning, må søker svare Ja/Nei på spørsmålet «Har du mistet eller fått begrenset rett til yrkesaktivitet i et annet land».⁵³⁰ For helsepersonell fra en EØS-stat, plikter nasjonale myndigheter å varsle i IMI der rett til yrkesaktivitet er mistet eller begrenset, jf. yrkeskvalifikasjonsdirektivet artikkel 56a nr. 1 og 2.⁵³¹

Etter sin ordlyd kan det fremstå som at helsepersonelloven § 57 (5) oppstiller en automatisk oppfylt tilbakekallsgrunn og at Helsedirektoratet, etter helsepersonelloven § 53 (2), da automatisk kan nekte en søknad dersom søker har mistet tilsvarende godkjenning i et annet land. Illustrerende er saken om Lund-

⁵²⁷ Se Prop.99 L (2014-2015) på side 9 og 17, omtalt nærmere under pkt. 6.2.2.2.

⁵²⁸ Tilbakekallsgrunnene i helsepersonelloven § 57 er gjennomgått nærmere under pkt. 6.3.

⁵²⁹ Se nærmere om de generelle saksbehandlingsreglene i forvaltningsloven under pkt. 7.2.

⁵³⁰ Se nærmere om søknadsskjemaet for autorisasjon og lisens under pkt. 9.2.2, og for spesialistgodkjenning under pkt. 9.2.3.

⁵³¹ Se gjennomgangen av IMI, herunder utfordringer knyttet til IMI, under pkt. 8.3.1.3, 11.2 og 12.3.

legen, omtalt nærmere under pkt. 4.2.2. I saken om Lund-legen, fattet Helsetilsynet vedtak om å tilbakekalle Lund-legens norske autorisasjon etter helsepersonelloven § 57 (5), som følge av at Lund-legens svenske autorisasjon hadde mistet sin gyldighet. Vi forstår det slik at Helsetilsynets vedtak om tilbakekall ble gjort uten en særskilt vurdering etter helsepersonelloven § 57 (1), men at tilbakekallet i stedet var knyttet direkte opp til svenske myndigheters beslutning om suspensjon.

Som gjennomgått under pkt. 6.3.4, følger det uttrykkelig av lovens forarbeider at tilbakekall etter helsepersonelloven § 57 (5) «**kan ikke skje automatisk**, men må vurderes konkret i hvert tilfelle».⁵³² (vår utheving). Lovens forarbeider, lest i sammenheng med alminnelige forvaltningsrettslige prinsipper om forsvarlig saksbehandling, anviser følgelig at selv om en søker har mistet en tilsvarende godkjenning i et annet land, skal Helsedirektoratet gjøre en konkret vurdering av forholdene bak at godkjenningen ble mistet og gjøre en selvstendig vurdering av om forholdene ville medført tilbakekall i Norge etter helsepersonelloven § 57. Det er i dansk rett oppstilt et slikt unntak, for tilfellene der forholdene etter dansk rett klart ikke ville medført tilbakekall, jf. Bekendtgørelse af lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed § 7b stk. 2.

For Lund-legen ville nok en slik konkret vurdering ført til samme resultat, dvs. tilbakekall av autorisasjon, ettersom det var tale om sedelighetsforbrytelser mot pasienter. Vi antar at der autorisasjon er mistet i et annet land på grunn av slike alvorlige forhold, som åpenbart omfattes av en av tilbakekallsgrunnene i helsepersonelloven § 57 (1), vil en konkret vurdering kunne gjøres kort. Dette er tilnærmingen tatt i den danske hjemmelen nevnt over, der autorisasjon ikke skal tilbakekalles dersom forholdene «åpenbart ikke ville have medført en fratagelse». Det kan imidlertid være tilfeller der det er forskjeller mellom Norge og landet søker mistet autorisasjonen i, særlig knyttet til *hva* som utgjør tilbakekallsgrunn og hvor strenge sanksjonene for de konkrete omstendighetene er, som vil kunne innebære at søker åpenbart ikke ville fått tilbakekalt sin autorisasjon i Norge.

Til tross for ordlyden i helsepersonelloven § 57 (5), innebærer ikke det at søker har mistet sin tilsvarende godkjenning i et annet land at Helsedirektoratet automatisk kan nekte en søknad om autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning. Helsedirektoratet er forpliktet til å gjøre en konkret vurdering av hver søknad, også der godkjenningen er mistet i et annet land. For at Helsedirektoratet skal overholde sine plikter, både etter helsepersonelloven og forvaltningsloven, bør Helsedirektoratet ha rutiner for gjennomføring av den konkrete vurderingen der søker enten svarer «Ja» på spørsmålet i søknadsskjemaet om søkeren her «mistet eller fått begrenset rett til yrkesaktivitet i et annet land», eller der Helsedirektoratet blir opplyst om dette gjennom andre kilder, slik som IMI.

12.7.4 Medlemskap i European Criminal Records Information System (ECRIS)

ECRIS er gjennomgått nærmere under pkt. 8.5.6.3.

Norge er per i dag ikke med i ECRIS. Norske myndigheter vil dermed ikke kunne gjøre søk i databasen med informasjon over straffedømte EU-borgere og tredjelandsborgere straffet i EU (ECRIS-TCN), eller forespørre EUs medlemsstater om å utlevere informasjon under ECRIS-regelverket. Tiltakene og rettsaktene knyttet til ECRIS, da særlig Rådets rammebeslutning 2009/315/JHA, direktiv 2019/884/EU og forordning (EU) 2019/816, faller ikke inn under Norges tilknytnings- og parallellavtaler med EU, herunder Schengen-samarbeidet. Det innebærer at dersom Norge skal slutte seg til ECRIS, må dette gjøres ved en egen tilknytningsavtale. Vi antar at inngåelsen av en slik tilknytningsavtale vil kreve Stortingets samtykke, jf. Grunnloven § 26 (2), samt nødvendige lov- og forskriftsendringer for å gjennomføre innholdet i ECRIS-reguleringene.

Norges mulige medlemskap i ECRIS har vært et tema tidligere. I Meld. St. 7 (2010-2011) på side 24-25 omtales at regjeringen følger «utviklingen i EU nøyte» og blant de «tiltakene i Stockholm-programmet som [regjeringen fremhevet] som svært interessante i kampen mot organisert kriminalitet» inngikk ECRIS som EU på tidspunktet var «i ferd med å implementere». Om ECRIS heter det at:

⁵³² Ot.prp.nr.13 (1998-1999) på side 179.

«Dette er et system for utveksling/direkte tilgang for de rettshåndhevende myndigheter til informasjon fra reaksjonsregistrene i EUs medlemsland.»⁵³³

Det fremgår videre av stortingsmeldingen at ECRIS og de andre EU-instrumentene ikke

«[...] faller inn under Norges tilknytnings- og parallellavtaler med EU. **Regjeringen vil derfor særlig vurdere hensiktsmessigheten og muligheten av å be om tilslutning til de ovenfor nevnte EU-instrumenter.**»⁵³⁴ (vår utheving)

Til tross for at regjeringen fant ECRIS interessant i 2010-2011, har vi ikke funnet at det er gjort noen nærmere utredning av hvorvidt Norge bør slutte seg til ECRIS, og eventuelt også ECRIS-TCN. ECRIS er riktignok nevnt i enkelte forarbeider som knytter seg til lovendringer om interoperabilitet (driftskompatibilitet) mellom felleseuropeiske informasjonssystemer i norsk rett, men omtalen er her begrenset til å konstatere at Norge ikke har tilknytningsavtale.⁵³⁵ ECRIS er blant annet nevnt i forarbeidene til utleverings- og arrestordreloven, i tilknytning til spørsmålet om det bør gjelde en plikt for norske myndigheter til å undersøke i relevante norske registre om det foreligger avgjørelser eller pågår straffeforfølgning i Norge som kan være til hinder for utlevering eller overlevering:

«Utvalget finner i forlengelsen av dette grunn til å kommentere at Norge ikke er tilsluttet det europeiske strafferegisteret ECRIS (European Criminal Records Information System). Siden det frarådes å innføre en undersøkelsesplikt, har utvalget ikke vurdert norsk tilknytning til registeret eller om tilslutning bør utredes nærmere. Behovet for å kunne sjekke registeret vil antagelig være større i den alminnelige straffesaksbehandlingen enn i utleverings- og arrestordresakene.»⁵³⁶

ECRIS har dermed vært gjenstand for oppmerksomhet både hos regjeringen og forvaltningen, uten at det synes å være gjort en uttømmende vurdering av hensiktsmessigheten av mulig norsk tilknytning.

Det har også vært noe oppmerksomhet rundt ECRIS i media. I 2017 skrev Aftenposten en artikkel om utvidelsen av ECRIS til å omfatte dommer mot tredjelandsborgere (ECRIS-TCN).⁵³⁷ Om Norges medlemskap omtales kort at Norge står utenfor ECRIS og at «[n]orske myndigheter har tidligere vist interesse for å bli med i samarbeidet, men har ikke gått videre med saken». ECRIS var også et tema i Dagbladets artikkel «Advarer: - Vil bli sårbare», der Rudolf Christoffersen og politiadvokat Knut Jostein Sætnan hos Eurojust ble intervjuet.⁵³⁸ Om ECRIS uttaler de at «[h]adde Norge hatt tilgang til ECRIS – det europeiske strafferegisteret – hadde vi også sluppet å sende rettsanmodninger for å be om straffehistorikk, som ville vært tidsbesparende».

I forlengelsen av ovennevnte bemerkes, som omtalt under pkt. 8.5.6, at vi forstår det slik at både Sverige og Danmark har valgt en løsning der nasjonale helsemyndigheter har rettslig adgang til å innhente vandelsinformasjon i forbindelse med søknad om autorisasjon til å utøve yrke som helsepersonell. Sverige og Danmark har også valgt å være tilsluttet ECRIS. Gjennom denne tilslutningen vil både svenske og danske autorisasjonsmyndigheter kunne innhente opplysninger fra andre EU-staters strafferegistre om søkere som er EU-borgere. For tredjelandsborgere har Sverige, gjennom deltakelse i ECRIS-TCN, en tilsvarende mulighet til å innhente opplysninger om tredjelandsborgere der disse er domfelt i en EU-stat. Danmark har tatt rettsforbehold for ECRIS-TCN og har derfor ikke tilgang til dette systemet.

⁵³³ Meld. St. 7 (2010-2011) på side 24-25.

⁵³⁴ Se Meld. St. 7 (2010-2011) på side 24-25.

⁵³⁵ Se Prop.70 LS (2023-2024) på side 18, Prop.37 LS (2025-2026) under pkt. 6.2.4.2 og Prop.73 LS (2025-2026) under pkt. 3.2.

⁵³⁶ NOU 2022:15 på side 132.

⁵³⁷ Se «EU vil samle informasjon om dommer mot nordmenn», publisert av Aftenposten 12. oktober 2017: [Lenke](#) (lastet ned 30. april 2026).

⁵³⁸ Se «Advarer: - Vil bli sårbare», publisert i Dagbladet den 25. november 2025: [Lenke](#) (lastet ned 30. april 2026).

Med ECRIS utveksles det en stor mengde informasjon mellom medlemslandene. Vi anser at en tilgang til ECRIS hadde vært positivt for Helsedirektoratets informasjonsinnhenting generelt. Av situasjoner der tilslutning til ECRIS vil være et relevant tiltak, er det særlig én situasjon som er verdt å trekke frem.

Etter yrkeskvalifikasjonsdirektivet artikkel 56a er EØS-statene forpliktet til å varsle de øvrige EØS-statene «om en yrkesutøver som av nasjonale myndigheter eller domstoler helt eller delvis har fått begrenset eller inndratt retten» til å utøve en av de opplistede yrkene, også dersom dette er midlertidig. Varslingen skal gjøres «via IMI senest tre dager etter at det ble truffet en avgjørelse». Varslingen i IMI er begrenset til vedtak om tilbakekall eller begrensning. Handlinger som har ført til domfellelse plukkes dermed bare opp i IMI dersom domfellelsen senere har ført til tilbakekalls- eller begrensningsvedtak fra nasjonale tilsynsmyndigheter.⁵³⁹ For ECRIS følger det av Rådets rammebeslutning 2009/315/JHA artikkel 8 at svar på forespørsler om utlevering av informasjon fra en EØS-stats strafferegister etter artikkel 6 skal gjøres innen 10 eller 20 arbeidsdager, avhengig av formålet med forespørselen, dvs. om forespørselen gjøres i medhold av artikkel 6 nr. 1 eller 6 nr. 2.

Dersom saksbehandlingen for tilbakekall/begrensning etter domfellelse trekker ut i tid hos nasjonale tilsynsmyndigheter, eksempelvis fordi den domfelte klager på vedtaket, vil det kunne bli et lenger opphold mellom domfellelse og et endelig vedtak om tilbakekall eller begrensning meldes inn i IMI. I en slik situasjon vil informasjon om forhold som vil være relevant ved vurderingen av om autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning skal nektes etter helsepersonelloven § 53 (2), jf. § 57, kunne være raskere tilgjengelig i ECRIS enn i IMI.

Det presiseres at på tidspunktet Lund-legen ble gitt norsk autorisasjon og Uppsala-legen ble gitt norsk spesialistgodkjenning, hadde ingen av dem tidligere straffehistorikk.⁵⁴⁰ Tilgang til ECRIS ville dermed ikke ha forhindret de konkrete sakene.

For ECRIS må det etableres en sentral myndighet («central authority») som blant annet skal ha ansvar for å sende forespørsel om utlevering av informasjon og å svare på forespørsler. Dette vil typisk være de samme myndighetene som har ansvar for strafferegistret i medlemsstaten. I Norge er det politiet, jf. politiregisterloven § 9. Dersom Norge skulle slutte seg til ECRIS, ville det vært naturlig at politiet ble utpekt som sentral myndighet, som da vil utlevere og etterspørre informasjon fra andre EØS-staters strafferegister gjennom ECRIS-systemet. For at Helsedirektoratet skal få tilgang til informasjonen om søker, vil dette, slik som for alminnelig utvidet politiattest, kreve lovhjemmel. Se nærmere om regler for vandelskontroll under pkt. 8.5, og om lovhjemmel for å innhente utvidet politiattest som et tiltak under pkt. 12.2.

Norges tilknytning til ECRIS er i stor grad et politisk spørsmål, som må ta opp i seg hele bredden av ECRIS-systemet, dets bruksområder og Norges forpliktelser. Tilknytning til ECRIS får vidtrekkende konsekvenser for Norge, særlig fordi slik tilknytning innebærer utlevering av informasjon fra det norske strafferegistret til alle andre EØS-stater. Selv om ECRIS vil kunne være et nyttig virkemiddel for Helsedirektoratet i forbindelse med vurderingen av søknader om autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning, må Helsedirektoratets behov balanseres mot de øvrige konsekvensene av tilknytning. Helsedirektoratet vil likevel kunne gjøre en selvstendig vurdering av sitt behov for informasjonen som kan fremskaffes gjennom ECRIS og synliggjøre dette overfor Helse- og omsorgsdepartementet og politisk ledelse.

En adgang til å innhente opplysninger fra andre EØS-staters strafferegistre fremstår etter vårt syn som en høyst relevant informasjonskilde for vurderingen av søknader om autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning fra helsepersonell i en annen EØS-stat og tredjeland. Sett hen til den store mengden opplysninger som utveksles mellom medlemsstatene, synes det å være en begrensning for Helsedirektoratets virke at Norge står utenfor ECRIS-systemet. For Helsedirektoratet og Helsetilsynet

⁵³⁹ Se Andre Rapport på side 8.

⁵⁴⁰ Se omtale av saken vedrørende Lund-legen under pkt. 4.2.2, og om Uppsala-legen under pkt. 4.2.3.

innebærer manglende tilgang til ECRIS et svekket informasjonsgrunnlag, som igjen er egnet til å svekke pasientsikkerheten.

12.7.5 Arjeplogavtalen – et uutnyttet handlingsrom

Som gjennomgått under pkt. 8.3.2 og pkt. 10.2.6, åpner Arjeplogavtalen artikkel 18 nr. 4 for at de nordiske landene, Færøyene og Grønland kan underrette hverandre om helsepersonell som er gjenstand for en *verserende* undersøkelse med sikte på et mulig vedtak om å begrense, frata, forby eller tilbakekalle vedkommendes rett til å utøve yrket, der det er grunn til å anta at helsepersonellet har reist eller vil reise til en av de andre avtalepartene for å utøve yrket. Forutsetningen er at slik underretning er «mulig etter nasjonal lovgivning».

I Norge er det i dag ikke hjemmel for informasjonsutveksling om verserende tilsynssaker. Vi forstår det også slik at de øvrige nordiske landene heller ikke har åpnet opp for slik informasjonsutveksling i «nasjonal lovgivning».

Helsepersonelloven § 66 (3) gjør unntak fra taushetsplikten for Helsetilsynets underretning til andre land ved «tilbakekall, frivillig avkall eller suspensjon av autorisasjon, lisens, spesialistgodkjenning eller rekvireringsrett, ved begrensning av autorisasjon, ved gitt faglig pålegg til helsepersonell og forbud mot å yte helsehjelp». Bestemmelsen omfatter ikke verserende saker, dvs. saker der tilsynsmyndighetene vurderer å ilegge en reaksjon, men ennå ikke har fattet vedtak. Utlevering av opplysninger om verserende saker vil dermed være i strid med Helsetilsynets taushetsplikt etter forvaltningsloven § 13.

Konsekvensen av at nasjonale myndigheter ikke tillater slik deling, er at Arjeplogavtalens mulighetsrom i artikkel 18 nr. 4 ikke utnyttes. Norge kan ikke gi informasjon om verserende tilsynssaker gjennom denne mekanismen til de nordiske landene, til tross for at avtalen eksplisitt legger til rette for det.

Sakene om Lund-legen og Uppsala-legen illustrerer likevel den praktiske betydningen av denne begrensningen. Begge legene var gjenstand for verserende tilsyns- og/eller straffesaker i Sverige på det tidspunktet Helsedirektoratet innvilget henholdsvis norsk autorisasjon og spesialistgodkjenning. Svenske myndigheter hadde imidlertid ikke fattet vedtak om å begrense eller tilbakekalle deres yrkesrett, og det var følgelig ikke sendt noe IMI-varsel. Dersom det hadde eksistert en fungerende mekanisme for utveksling av informasjon om *verserende* saker mellom de nordiske landene, er det vår vurdering at Helsedirektoratet potensielt kunne ha blitt gjort oppmerksom på de pågående undersøkelsene og dermed hatt et bedre grunnlag for sin vurdering av søknadene.

Vi viser her til at Helsedirektoratet allerede i 2020, i sitt hørings svar til forslaget om endringer i helsepersonelloven § 66, uttrykte et «klart behov» for å gi lovhjemmel for slik informasjonsutveksling:

«Vår vurdering er at det er klart behov for å gi tydelig lovhjemmel for at Statens helsetilsyn på samme måte kan underrette de aktuelle nordiske landene om at tilsynet vurderer å ilegge en nærmere bestemt tilsynsreaksjon overfor vedkommende. På den måten kan landene effektivisere samarbeidet om informasjonsutveksling og vernet om pasientsikkerheten.»⁵⁴¹

Departementet avviste forslaget med den begrunnelse at det «kan være snakk om utlevering av svært personsensitiv informasjon» og at «adgangen bør begrenses til de tilfellene det er konkludert at det foreligger grunnlag for en reaksjon etter helsepersonelloven».⁵⁴²

Etter vår vurdering er det grunn til å vurdere denne avveiningen på nytt. Arjeplogavtalen artikkel 18 nr. 4 er utformet med en rekke begrensninger som ivaretar hensynet til den enkeltes personvern og rettssikkerhet. For det første er adgangen til å underrette begrenset til tilfeller der det foreligger en

⁵⁴¹ Se Prop.65 L (2020-2021) på side 34.

⁵⁴² Se Prop.65 L (2020-2021) på side 36. Se også allerede ved gjennomføringen av yrkeskvalifikasjonsdirektivet i norsk rett på helsepersonellområdet i Ot.prp.nr.26 (2007-2008) side 33-35.

konkret undersøkelse med sikte på en mulig beslutning som begrenser eller tilbakekaller yrkesretten. For det andre er det et vilkår at det er grunn til å anta at helsepersonellet har reist eller vil reise til en av de andre avtalepartene for å utøve yrket. Bestemmelsen åpner dermed ikke for generell informasjonsutveksling om alle verserende saker, men er avgrenset til situasjoner der det foreligger en konkret risiko for pasientsikkerheten i et annet nordisk land.

Vi bemerker videre at informasjonsutveksling om verserende saker mellom de nordiske landene ikke er det samme som å konstatere skyld eller å ilegge en reaksjon. Formålet er å gi mottakerlandet en oppfordring til å gjøre egne undersøkelser og vurderinger, ikke å overføre en rettslig vurdering fra ett land til et annet. Mottakerlandet vil fortsatt måtte gjøre en selvstendig vurdering av opplysningene i lys av eget regelverk.⁵⁴³

Det er også et moment at de øvrige nordiske landene har lignende rettstradisjoner og personvernstandarder som Norge. Informasjonsutvekslingen vil skje mellom offentlige tilsynsmyndigheter som er underlagt strenge regler om taushetsplikt og personvern i sine respektive land.

Etter vår vurdering bør det utredes en lovendring som gir Helsetilsynet hjemmel til å utlevere opplysninger om verserende tilsynssaker til de øvrige nordiske landene i samsvar med Arjeplogavtalen artikkel 18 nr. 4. En slik lovendring vil kunne gjennomføres ved en utvidelse av unntaket fra taushetsplikten i helsepersonelloven § 66 (3), slik at bestemmelsen også omfatter underretning om at det pågår en undersøkelse som kan lede til en beslutning som begrenser eller tilbakekaller yrkesretten, der det er grunn til å anta at helsepersonellet har reist eller vil reise til en av de andre avtalepartene for å utøve yrket.

En slik lovendring vil ha to sider:

- For det første vil den gi norske tilsynsmyndigheter adgang til å underrette de øvrige nordiske landene om verserende saker i Norge, noe som er egnet til å styrke pasientsikkerheten i hele Norden.
- For det andre, og av størst betydning for denne utredningen, vil en slik lovendring gi Norge større grad av autoritet og troverdighet i dialogen med de andre nordiske landene om tilsvarende endringer i deres nasjonale lovgivning. Det er vanskelig å se at Norge med troverdighet skal kunne søke å påvirke regelverket i Norden og på EU/EØS-nivå i retning av økt informasjonsutveksling om verserende tilsynssaker, dersom norske myndigheter selv opprettholder dagens rettstilstand.

Vi understreker imidlertid at tiltakets effekt forutsetter nordisk samarbeid. Arjeplogavtalens mekanisme for informasjonsutveksling krever at «nasjonal lovgivning» åpner for det. Informasjonsutveksling om verserende saker under avtalen vil dermed først fungere dersom også de øvrige nordiske landene som i dag mangler slik «nasjonal lovgivning», gjennomfører tilsvarende endringer i egen lovgivning.

Selv dersom Arjeplogavtalens mekanisme for informasjonsutveksling tas i bruk mellom de nordiske landene, har avtalen ikke anvendelse på resten av EØS-statene eller tredjeland. Arjeplogavtalen vil dermed ikke kunne bøte på den samme utfordringen eller tette det samme «hullet», når det gjelder søkere fra utenfor Norden. Likevel vil implementeringen av mekanismen kunne ha en signaleffekt. På samme måte som at en lovendring i Norge signaliserer vilje til samarbeid overfor de andre nordiske landene, kan felles implementering av Arjeplogavtalens mekanisme for utveksling av informasjon om

⁵⁴³ Den samme plikten til å gjøre en konkret vurdering gjelder også der helsepersonellet har mistet sin godkjenning i et annet land. Se omtalen av helsepersonelloven § 57 (5) under pkt. 6.4.

verserende saker vise samme vilje overfor EU og dets øvrige medlemsland. Dette kan igjen utgjøre utgangspunkt for en dialog om å forbedre informasjonsutvekslingen mellom de europeiske landene.

Selv om en lovendring ligger utenfor Helsedirektoratets myndighetsområde, er det etter vår vurdering flere tiltak direktoratet kan iverksette allerede innenfor gjeldende rammer for å legge grunnlaget for en fremtidig realisering av Arjeplogavtalens mulighetsrom:

- I. **Kartlegging av rettstilstanden i de øvrige nordiske landene:** Helsedirektoratet bør kartlegge hvilke av de øvrige nordiske landene som allerede har nasjonal lovgivning som muliggjør informasjonsutveksling etter Arjeplogavtalen artikkel 18 nr. 4, og hvilke som mangler slik hjemmel. En slik kartlegging vil gi et bedre grunnlag for å vurdere hvor langt mekanismen allerede kan utnyttes, og hvor det gjenstår arbeid.
- II. **Formelt initiativ overfor departementet:** Helsedirektoratet kan vurdere å gjenta sin anbefaling av 2020 overfor Helse- og omsorgsdepartementet, med en ny begrunnet anbefaling om nødvendig tilpasning av gjeldende lovverk – både nasjonalt og i de øvrige nordiske landene, Færøyene og Grønland – med henvisning til de konkrete sakene som har reaktualisert behovet.

Så lenge norske myndigheter og myndigheter i andre land ikke legger til rette for utveksling av informasjon om verserende tilsynssaker, og heller ikke fullt ut utnytter det handlingsrommet internasjonale avtaler allerede gir for slik informasjonsutveksling, er det vanskelig å se at «smutthullet» kan lukkes helt. Om en slik løsning er ønskelig, beror imidlertid på en avveining mellom hensynet til pasientsikkerhet og tillit til helsevesenet på den ene siden, og hensynet til yrkesutøverens personvern og rettssikkerhet på den andre. Etter vårt syn kan risikoen for uforholdsmessige inngrep i personvern og rettssikkerhet langt på vei reduseres gjennom klare hjemler, betryggende saksbehandlingsrutiner, tilgangsbegrensninger og krav til forholdsmessighet. Det underliggende informasjonsgapet lar seg derimot vanskelig avhjelpe dersom kontrollen i praksis fortsatt skal bygge på yrkesutøverens egenerklæring, avgitt på søknadstidspunktet og med de svakheter og begrensninger dette innebærer.

simonsen vogt wiig

Advokatfirmaet Simonsen Vogt Wiig AS
Filipstad Brygge 1
Postboks 2043 Vika
0125 Oslo

+47 21 95 55 00
post.oslo@svw.no