

UiO : **Det juridiske fakultet**

Helsepersonell som smitter

Arbeids- og helserettlig perspektiv



Kandidatnummer: 516

Leveringsfrist: 25.04.13

Til sammen 15 096 ord

Innholdsfortegnelse

1	INNLEDNING	1
1.1	Presentasjon av tema	1
1.2	Avgrensning.....	3
1.3	Rettskildebilde	3
2	KRAV OM FORSVARLIGHET	4
2.1	Rettslig grunnlag for forsvarlighet	4
2.2	Innholdet i forsvarlighetskravet for den enkelte helsearbeider	5
2.3	Innholdet i forsvarlighetskravet for virksomheter	7
3	RETTE TIL Å UTØVE YRKET.....	8
3.1	Tilsynsmyndighet	8
3.2	Advarsel.....	9
3.3	Begrenset autorisasjon.....	10
3.4	Tap av autorisasjon.....	12
3.5	Vurdering.....	13
4	ARBEIDSGIVERS ANSVAR FOR Å FOREBYGGE.....	15
4.1	Rettslig grunnlag for å forebygge smitte	15
4.2	Bedriftshelsetjeneste	16
4.3	Internkontroll	16
4.4	Kontroll av virksomheten	17
4.5	EU direktiv	18
5	ANSATTE SOM SMITTEKILDE.....	18
5.1	Lojalitetsplikt.....	20
5.2	Forsvarlighet ved ansettelse.....	20

5.2.1	Samtykke til å gi opplysninger som ikke kan hjemles i lov.....	23
5.2.2	Konsekvens av ikke å gjennomføre lovlige undersøkelser	23
5.3	Forsvarlighet i løpende avtaleforhold.....	24
5.3.1	Medisinske undersøkelser	24
5.3.2	Forsvarlig bekledning.....	26
5.4	Testing på eget initiativ	27
5.4.1	Obligatorisk testing etter EMK	27
5.4.2	Forsvaret tester ansatte.....	29
5.4.3	Vurdering	30
6	TILGANG TIL OG BEGRENSNINGER I OPPLYSNINGER.....	31
6.1	Hjemmel for taushet	31
6.2	Taushetsplikt som risiko for helsearbeideren	33
6.3	Når helsearbeideren også er pasient	35
6.4	Pasientenes plikt til å opplyse om smitte.....	36
6.5	Forhåndsundersøkelse av pasienten.....	38
6.6	Handleplikt	39
7	RETTIGHETER TIL SMITTET HELSEPERSONELL	40
7.1	Definisjon på smittet helsearbeider	40
7.2	Endring i arbeidssted og tilrettelegging.....	40
7.3	Tilrettelegging ved tvil om smittested	44
7.4	Smittedes vern mot oppsigelse	46
7.5	Ansatte i IA-bedrifter.....	47
8	TVANG.....	48
8.1	Hovedregelen.....	48
8.2	Tvangstiltak ved allmennfarlig smittsom sykdom.....	49
8.3	Tvang som nødrett	51
8.4	Tvang etter EMK	52

9	SMITTETESTING I UTLANDET	53
9.1	Danmark	53
9.2	Sverige	54
9.3	USA	56
10	OPPSUMMERING	57
11	LITTERATURLISTE.....	59

1 Innledning

1.1 Presentasjon av tema

I 2007 ble det kjent at en kirurg ved et av landets største sykehus hadde smittet ti av sine pasienter med hepatitt C. Selv var legen blitt smittet av en pasient uten å være klar over dette. Smitten ble oppdaget ved en tilfeldighet i forbindelse med en frivillig test.¹

Nylig ble det også kjent at en tannlege i Oklahoma har brutt sikkerhetsforskrifter, blant annet er det brukt rustne instrumenter som ikke er blitt sterilisert før bruk. Hittil er det en pasient som er bekreftet smittet med hepatitt C. Ca 7000 av tannlegens pasienter er varslet om at de kan ha blitt eksponert, og har derfor også blitt bedt om å teste seg.²

Den 29. mai 2012 trådte det i kraft en avtale mellom norske og russiske myndigheter om fri passering over landegrensen for beboerne i grenseområdet. Avtalen innebærer at innehavere av et grenseboerbevis ikke trenger visum for å passere grensen, og at man kan oppholde seg i inntil 15 dager i strekk i grenseområdet Norge/Russland. På russisk side i grenseområdet bor det rundt 45 000 personer.³ En økning i antall besøkende fra Russland innebærer trolig også en økning av russiske pasienter i det norske helsevesenet i grenseområdet. Nye tall fra UNAIDS⁴ viser at nesten en av hundre russere er HIV-positive, og at 200 nye smittes hver dag. Sannsynligheten vil være større for at også noen av de russiske pasientene som behandles i Norge er smittet. Dermed vil også norske helsearbeidere utsettes for større smitterisiko.

¹ <http://www.sykepleien.no/nyhet/119392/---flere-kan-ha-fatt-hepatitt-c-> (Lest 18.04.13)

² http://www.nytimes.com/2013/03/30/health/dental-patients-in-oklahoma-warned-of-disease-risk.html?smid=tw-nytimes&_r=2& (Lest 30.03.13)

³ <http://www.regjeringen.no/nb/dep/jd/aktuelt/nyheter/2012/grenseboerbevis.html?id=683831> (Lest 25.03.13)

⁴ <http://www.unaids.org/en/dataanalysis/datatools/aidsinfo/> (Lest 18.04.13)

Vi reiser stadig mer, mange reiser til oss og vi lever et i mangfold med mennesker fra alle verdenshjørner. Smitte som HIV, hepatitt og MRSA kjenner ingen landegrenser. I tillegg kan vi forvente at nye smittsomme sykdommer vil oppstå, og flere sykdommer vil bli vanskeligere å bekjempe da mikroorganismer (eks bakterier) utvikler resistens slik at medisiner ikke vil virke som ønsket. Det er dermed å forvente at smittevernproblematikken vil tilta i årene som kommer.

Pasientsikkerhet er særlig aktuelt etter som det er oppdaget at det oppstår mange uønskede hendelser i helsesektoren. Media har stor fokus på slike hendelser, og de er ofte oppslag om noen som har hatt uheldige møter med helsetjenesten. Hendelsene det refereres til innledningsvis er eksempler som involverer helsepersonell. Helsearbeidere jobber på en arena med risiko for uønskede hendelser som kan ramme både pasienten og de selv.

Det er de siste ti årene kommet mange nye helselover, og store deler av det gjeldende lovverk er konstruert for å bygge opp om pasientenes rettigheter. Hvis man ser på pasient og helsearbeider som parter i et kontraktsforhold, så vil økte rettigheter for en part kunne påvirke pliktene til den andre. Det vil være vanskelig å styrke begge parters rettigheter. Dette innebærer nye utfordringer for ansatte i det norske helsevesenet. De utsettes for større smitterisiko, og pasientenes rettigheter er styrket.

I tillegg lever vi i et stadig mer opplyst samfunn. Svært mange pasienter har betydelig kunnskap om sine rettigheter. Dagens digitaliserte hverdag gir folk flest en helt annen kunnskapsplattform enn for bare noen tiår siden. Folk er mye mer klar over hvilke rettigheter de har, og gjør krav på disse også i situasjoner hvor de er i kontakt med helsevesenet.

Er det slik at pasientenes rettigheter i noen tilfeller går for langt, og at sikkerheten til helsepersonellens helse av den grunn svekkes til fordel for pasientene? Det er nærliggende å tro at dette ikke var intensjonen da lovverket ble laget.

1.2 Avgrensning

Som oppgavetittelen sier er dette en arbeids- og helserettslig framstilling av helsepersonell som smitter.

Hovedmålet er å belyse rettstilstanden til helsepersonell i smittesituasjoner, og fokus vil være på allmennfarlige smittsomme sykdommer⁵.

Oppgaven er sett fra helsearbeiderens ståsted, både deres rettigheter og plikter. Bare pasienters rettigheter og plikter som har betydning for helsearbeiderens risiko for smitte er tatt med.

Foruten at smitte påvirker den enkeltes helsetilstand utgjør også smitte store økonomiske kostnader for samfunnet, og kan også føre til økonomiske tap for den smittede helsearbeideren. Dette er momenter som ikke vil bli belyst videre i denne oppgaven. Hvordan arbeidsgiver skal oppbevare informasjon de får om helsepersonell gjennom medisinske undersøkelser blir heller ikke behandlet. Det samme gjelder problemstillinger knyttet til erstatning, og eventuell straffeforfølgning ved å smitte.

1.3 Rettskildebilde

Lover er den primære rettskilden. Innenfor helseretten er det en omfattende lovgivning av nyere dato som har etablert plikter for helsepersonell og virksomheter, og rettigheter for pasientene. Selv om lovgivningen er av nyere dato finnes det derimot ingen lover som er spesifikt omhandler smitte blant helsepersonell.

Forarbeidene er tradisjonelt viktig for å tolke de ulike bestemmelsene i lovene, men heller ikke her er smitte blant helsepersonell nevnt spesifikt.

⁵ Smittel. § 1-3 nr. 2: «*allmennfarlig smittsom sykdom: en sykdom som er særlig smittsom, eller som kan opptre hyppig, eller har høy dødelighet eller kan gi alvorlige eller varige skader, og som vanligvis fører til langvarig behandling, eventuelt sykehusinnleggelse, langvarig sykefravær*»

Høyesterett har ikke behandlet saker som tar for seg smittet helsepersonell, men det finnes noen dommer fra ulike rettsinstanser som kan være retningsgivende for deler av oppgaven. Noe retningsgivende praksis er det også å finne i forvaltningen. Sakene som omhandler deler av temaet avgjøres etter vedtak fra Helsetilsynet. Det er lite av denne praksisen som er tilgjengelig, men etter forespørsel har jeg fått innsyn i noen autorisasjonssaker fra Helse-tilsynet.

Juridisk litteratur er i hovedsak kun brukt for å avklare begreper, da det ikke er litteratur som omhandler temaet i denne oppgaven grundig.

Den europeiske Menneskerettighetskonvensjonen (EMK) og Den europeiske Menneskerettighetsdomstolen (EMD) har betydning når det skal trekkes en grense for hvor stort inngrep arbeidsgiver kan gjøre i den enkelte helsearbeiders privatliv.

Gjennom EØS-avtalen er det kommet et nytt direktiv som skal forebygge stikk og kuttskader blant ansatte i helsesektoren.

2 Krav om forsvarlighet

2.1 Rettslig grunnlag for forsvarlighet

Pasientens rettigheter er styrket de senere år gjennom norsk helselovgivning. For at pasientene skal få en behandling som innehar en viss standard innebærer det også nødvendigvis at behandlingen er forsvarlig. Forsvarlighet er selve grunnprinsippet i helseretten, og gjelder for både arbeidstakere⁶ og ledere av virksomheter. Kravet om forsvarlighet er hjemlet i flere av lovene innenfor helseretten.

⁶Arbeidstaker: «Enhver som utfører arbeid i annens tjeneste.», jf. Aml. § 1-8 (1)

Helsepersonelloven (hlspl) § 4 krever at helsehjelpen som hvert enkelt helsepersonell utfører skal være «*faglig forsvarlig*». Det er et individuelt ansvar. Gjennom § 16 kreves det at virksomheten er organisert slik at helsearbeiderne kan holde sine lovpålagte plikter, og gir arbeidsgiver et ansvar for å tilrettelegge slik at helsearbeideren kan opptre forsvarlig. Kravet om forsvarlighet er også hjemlet i spesialisthelsetjenesteloven (sphlsl.) § 2-2 og helse- og omsorgstjenestelovens § 4-1. Dette er et krav til virksomhetene, som da må tilrettelegge slik at helsepersonell kan utføre sine lovpålagte plikter.

Gjennom arbeidsmiljøloven (aml) § 4-1 første ledd har arbeidstaker også krav på et forsvarlig arbeidsmiljø, og arbeidsgiver plikter å tilrettelegge for dette. Tilrettelegging innebærer blant annet å forebygge, slik at man unngår smitte og sykdommer.

2.2 Innholdet i forsvarlighetskravet for den enkelte helsearbeider

Å opptre forsvarlig er en rettslig standard. Forsvarlighetskravet er en minstestandard som skiller mellom hva som er forsvarlig og uforsvarlig. Noen forhold kan også være kritikkverdige selv om de har et nivå som er høyere enn minstestandarden. For at en handling skal være forsvarlig stiller ikke loven krav om at man skal gjøre alt som er mulig for den enkelte pasient, det kreves for eksempel ikke at man skal ta alle tilgjengelige ressurser i bruk.⁷

Likevel har gjerne fagmiljøer i helsesektoren mål om høyere standard enn bare så vidt å være over forsvarlighetskravet – minstestandarden.

Juridisk er helsehjelp enten forsvarlig eller uforsvarlig, det finnes ingen mellomting.⁸ For arbeidene sammenligner uforsvarlighet med uaktsomhet i strafferetten, og det legges til grunn at det kreves mere for at en handling skal være forsvarlig enn at en handling er ufor-

⁷ Prop. 91 L (2010–2011) kap. 10.5.4.

⁸ Molven (2012) s. 226

svarlig. En naturlig konklusjon da blir derfor at alt som er uaktsomt også vil være uforsvarlig.⁹

Helsepersonell må vurdere konkret i hvert enkelt tilfelle hva det vil si å yte faglig forsvarlig helsehjelp. Det er flere faktorer det må tas hensyn til.

En faktor er hvilken utdanning og hvilken erfaring det enkelte helsepersonellet har. Man forventer mere av spesialister enn av turnusleger. Det medisinske faget er i stadig utvikling, og det å yte forsvarlig helsehjelp innebærer blant annet å være kontinuerlig oppdatert på faglig kunnskap.

Helsepersonell må også kjenne sine egne begrensninger, herunder ikke utfordre egne kvalifikasjoner. Dette innebærer å henvise til annet helsepersonell om man føler at egen kompetanse ikke er tilstrekkelig.¹⁰ Dette er også illustrert gjennom en dom fra Høyesterett.¹¹ En lege som ikke var godkjent som spesialist utførte en operasjon alene, og tilkalte ikke hjelp når operasjonen ble mer komplisert enn ventet. Overlegen som hadde hovedansvaret for pasienten visste om inngrepet, men hadde ikke mulighet til å være tilstede under selve operasjonen. Operasjonen hastet ikke, og man burde ventet til en bedre kvalifisert lege var tilgjengelig. Dommeren uttalte at begge hadde opptrådt uaktsomt, det vil si uforsvarlig.

Videre må man vurdere saken utfra den enkelte situasjon. Det kreves bedre planlegging og bedre overveielser av helsearbeidere som har god tid til å planlegge inngrepet enn for de som står i en akutt situasjon. Dette ble blant annet vurdert i Rt. 1980 s. 1299. Her var en pasient blitt påført en kjent, men veldig sjelden nerveskade under operasjon. Skaden kunne trolig vært unngått om det var tatt enkle forhåndsregler. Sykepleieren hadde mange oppgaver på en gang, viktigere prioriteringer måtte tas på kort tid. Sykepleierens opptreden ble ikke vurdert som uaktsom.

⁹ Ot.prp(1988-1989) s. 37

¹⁰ Befring (2007) s. 33.

¹¹ Rt. 1962 s. 994.

Det er uansett viktig å presisere at det ikke er noen automatikk i at enhver feil begått av helsepersonell kan defineres som klanderverdig. Dette understrekes også i en dom fra Høyesterett¹², hvor det uttales at *«ikke enhver menneskelig svikt... vil overstige den terskel hvor ansvar for uaktsomhet er på sin plass.»*

2.3 Innholdet i forsvarlighetskravet for virksomheter

På samme måte som for helsepersonell er det også for virksomheter i både spesialist og kommunehelsetjenesten et minstekrav som skiller mellom hva som er forsvarlig og hva som er uforsvarlig.

Det er arbeidsgiver og virksomhetsleder som har det overordnede ansvaret for å etablere et forsvarlig helsetilbud. Som arbeidsgiver må virksomheten legge til rette slik at helsepersonell kan utføre sine lovpålagte plikter.¹³

For at et helsearbeid skal være forsvarlig må arbeidsgiver sørge for at det er nok personell på jobb, og personellet skal være kompetent. Som en del av det å yte forsvarlig helsehjelp er som nevnt virksomhetene pliktig til å sørge for at de ansatte får opplæring, etter og videreutdanning slik at de kan holde seg faglig oppdatert. For å vite hva som kan utgjøre fare, må man vite hva som kan være en farlig situasjon - og vite hvordan man skal håndtere den.

Videre innebærer en forsvarlig drift at det er tilrettelagt slik at de ansatte kan samarbeide og kommunisere godt. Gode rutiner er vesentlig.

¹² Rt. 1978 s. 482.

¹³ Ot.prp.nr.13 (1998-1999) s. 37

3 Retten til å utøve yrket

3.1 Tilsynsmyndighet

I helsetjenesten er det mange ansatte, og daglig utføres det utallige handlinger som innebærer pasientkontakt. Det er menneskelig å feile, og det vil alltid være en risiko for at noe kan gå galt. For en pasient er det vanskelig å avgjøre om den behandlingen de har fått er riktig og forsvarlig. Derfor er det opprettet tilsynsmyndigheter som skal kontrollere både helsepersonell og virksomheter. Virksomhetene har også en plikt til å kontrollere seg selv gjennom internkontroll, dette vil bli belyst senere i oppgaven.

Etter § 1 i lov om statlig tilsyn med helse og omsorgstjenesten er det Statens helsetilsyn som har det overordnede ansvaret for å holde det faglige tilsynet med helse og omsorgstjenesten.

Formål til Helsetilsynet er å beskytte helsen til befolkningens, sørge for at kvaliteten på helsetjenestene som gis er tilfredsstillende samt og forebygge at smittsomme sykdommer sprer seg blant innbyggerne. Videre skal Helsetilsynet sørge for at de som har krav på helsetjenester faktisk får det, at tjenestene som blir gitt er faglig forsvarlig og ellers sørge for at helsevesenet følger oppsatte regler.¹⁴

I fylkene er Fylkesmannen Statens helsetilsyns representant. Oppgaven er å «føre tilsyn med helse- og omsorgstjenesten i fylket og med alt helsepersonell og annet personell i fylket som yter helse- og omsorgstjenester.»¹⁵ Videre skal Fylkesmannen skal medvirke til at befolkningens behov for helse og omsorgstjenester blir oppfylt gjennom «råd, veiledning og opplysninger», og har ansvaret for at Statens helsetilsyn er oppdatert på forholdene i fylkene.

¹⁴ Ot.prp.nr.33 (1983-1984) s. 2

¹⁵ Jfr. § 2 i samme lov.

Fylkesmannen utfører tilsyn etter et todelt system: Tilsyn basert på enkelthendelser og tilsyn som er planlagt.

For helsepersonell vil det hendelsesbaserte tilsynet være det mest aktuelle. Fylkesmannen kan føre tilsyn med helsepersonell etter henvendelser fra pasienter, pårørende, annet helsepersonell eller etter eget initiativ. Ved hendelsesbaserte tilsyn undersøkes de faktiske forhold, og det tas en avgjørelse på om helsepersonellet har handlet forsvarlig eller ikke. Fylkesmannen skal orientere Statens Helsetilsyn om tilfeller som gjør at det er nødvendig med advarsel til helsepersonell, eller i verste fall tilfeller med begrensning i eller inndragelse av autorisasjon. Formålet med reaksjonen er å bevare pasientenes sikkerhet, heve kvaliteten i helsevesenet og sørge for at tilliten til helsevesenet opprettholdes.¹⁶

De planlagte tilsynene tar som regel for seg virksomhetene, og skal undersøke om virksomhetene oppfyller sine lovpålagte krav gjennom internkontrollen. Ved denne typen tilsyn tar de for seg bestemte temaer som avtales på forhånd, blant annet kan det undersøkes om virksomhetene tilrettelegger for smitteforebygging.

3.2 Advarsel

Den mildeste form for reaksjon er advarsel. Formålet er å reagere på overtredelser av hlspl, og forhindre at helsearbeideren gjør samme type lovbrudd ved en senere anledning. Advarselen kan etter hlspl. § 56 gis til de som «*forsettlig eller uaktsomt*» misligholder plikter som er gitt i samme lov, hvis misligholdet innebærer fare for sikkerheten, utsetter pasienter for store byrder, eller er «*egnet til*» å svekke tiltroen til helsepersonell eller helsetjenesten. Dette er de samme formålene som loven skal sikres etter § 1 hlspl..

¹⁶ Molven (2012) s. 375-381

Forarbeidene¹⁷ sier at fare for sikkerhet har oppstått når handlingen er egnet til å påføre pasienter store belastninger. Det er ikke utslagsgivende om pasienten faktisk ble påført skader eller store belastninger. Hvis hendelsen sannsynligvis ville ført til skade på pasienten, vil adgangen til å gi advarsel være oppfylt. Videre må det blant annet vurderes om helsepersonellet kunne handlet på andre måter. Hvis det ikke fantes andre alternativer, kan heller ikke helsepersonellet klandres.

Det er viktig å få med seg at advarsel *kan* gis, det er ikke noe krav at det skal gis i alle situasjoner. Dette åpner for bruk av skjønn. Advarsel skal bare gis når det er egnet til å skape sikkerhet, kvalitet og tillit i helsetjenesten. Som en del av vurderingen skal det tas hensyn til hvor alvorlig hendelsen var, og om det var et enkeltstående tilfelle eller noe som har gjentatt seg flere ganger. Videre er det avgjørende om hendelsen har skjedd langt tilbake i tid, om arbeidsgiver hadde tilrettelagt godt nok og om helsearbeideren fulgte instruksjoner fra overordnede. Tilslutt er det av betydning om helsearbeideren har erkjent pliktbruddet, og om de har endret handlemåte.¹⁸

Advarsel kan få betydning ved senere anledninger ved at det blir vektlagt i eventuelle nye tilsynssaker. At helsepersonell har misforstått reglene som gjelder ,rettsvillfarelse, er ingen formildende omstendighet.

3.3 Begrenset autorisasjon

Begrensning i autorisasjonen kan innebære at yrkesutøvelsen til helsepersonell begrenses til bestemte arbeidsoppgaver, for eksempel at det er noen former for behandling eller behandlingsprosedyrer de ikke kan utføre.

¹⁷ Ot.prp.nr.13 (1998-1999) s. 246

¹⁸ Rundskriv IS-8/2012 s. 130-132

Begrensning kan fastsettes i saker der autorisasjon kan tilbakekalles etter hlspl. § 57, men likevel «anses skikket til å utøve virksomhet på et begrenset felt under tilsyn og veiledning», etter § 59 annet ledd i samme lov. For å begrense autorisasjonen til en smittet helsearbeider etter § 59 vil det derfor være av samme årsaker som man eventuelt kunne tilbakekalt autorisasjonen etter § 57, nemlig at de er uskikket til å utøve sitt yrke forsvarlig ved at de kan utsette pasienter for smitte.

MRSA veilederen sier at helsepersonell som selv har MRSA smitte ikke skal ha pasientkontakt. De skal tilbys sanering (behandling), og før dette er gjennomført skal de omplasseres eller eventuelt sykemeldes.¹⁹ Veilederen gir anbefalinger om hva som må til for å utøve forsvarlig helsehjelp med tanke på MRSA smitte.²⁰ Brudd på veilederen, for eksempel at helsepersonell med MRSA har pasientkontakt, vil si at de ikke har ytt forsvarlig helsehjelp. Dermed har helsepersonellet drevet uforsvarlig virksomhet, som etter hlspl. § 57 kan føre til tilbakekall av autorisasjon, eller til begrensning etter hlspl. § 59.

Smittemåten er forskjellig for MRSA enn for HIV og hepatitt, det er lettere å bli smittet og å smitte videre. Helsepersonell som er smittet med HIV eller hepatitt opptrår derfor ikke automatisk uforsvarlig hvis de har pasientkontakt. I situasjoner hvor helsepersonell utfører prosedyrer som tilsier økt smitterisiko «risikofylte invasive prosedyrer»²¹ stiller situasjonen seg noe annerledes, og med tanke på den økte risikoen dette innebærer kan nok også slike situasjoner betegnes som uforsvarlig.

For å inndra autorisasjonen etter hlspl. §§ 57 og 59 på grunnlag av smitte må helsearbeideren ha utøvd uforsvarlig virksomhet ved å utsette pasienter for smitterisiko.

¹⁹ MRSA-veileder s. 21

²⁰ MRSA-veileder s. 7

²¹ «Risikofylte invasive prosedyrer»; Prosedyrer med stor risiko for at helsepersonell kan stikke eller skjære seg, og hvor blod fra helsepersonell kan komme inn i pasientens blodbane.

Hlspl. § 59a tillater derimot begrensning av autorisasjon uten at vilkårene for tilbakekall er oppfylt. Forarbeidene sier at «*vilkåret er i så fall at det foreligger så vidt alvorlige forhold at advarsel etter helsepersonelloven § 56 ikke fremstår som tilstrekkelig for å oppnå lovens formål.*» Situasjoner som kan føre til inndragning etter hlspl. § 59 a må derfor være mere alvorlig enn de som fører til advarsel i hlspl. § 56.

Også dette krever at helsepersonellet allerede har utsatt noen for fare, og smittet helsepersonell som har hatt pasientkontakt slik som nevnt tidligere kan falle under dette. Smittet helsepersonell som på eget initiativ eller som i samråd med arbeidsgiver er omplassert i bedriften før de har utsatt andre for fare kan ikke få begrensninger eller inndratt sin autorisasjon etter dagens lovverk.

I forarbeidene til den gamle legeloven ble det uttalt at de fleste leger selv skulle ta ansvar i tilfeller der yrkesmulighetene ble redusert på grunn av sykdom. Eksempelvis at kirurgen som har redusert førlighet i armen eller er svaksynt på eget initiativ vil søke en annen stilling. I tilfeller hvor det ikke skjer vil det være nødvendig å gripe inn.²² Slik vil situasjonen være i dag også.

3.4 Tap av autorisasjon

Etter hlspl. §57 første ledd kan man miste autorisasjonen hvis man er «uegnet til å utøve sitt yrke forsvarlig». Samme paragraf inneholder ulike tilbakekallelsegrunner. Dette kan være alvorlig sinnslidelse, psykisk eller fysisk svekkelse, rusmiddelmisbruk, oppførsel som er uforenelig med legeyrket og uforsvarlig virksomhet. Forarbeidene sier at grunnvilkåret for tilbakekall er om helsepersonellet er uskikket til å utøve sitt yrke.²³ Den vanligste års-

²² Ot.prp.nr.1 (1979-1980) s. 44.

²³ Ot.prp.nr.13 (1998-1999)s. 247.

ken til at helsepersonell anses som uskikket, og dermed tap av autorisasjon, er rusmiddel-
misbruk.²⁴

Autorisasjonen kan etter andre ledd « *kalles tilbake dersom innehaveren til tross for advarsel unnlater å innrette seg etter lovbestemte krav.* » Forarbeidene utdyper dette, og uttaler at andre ledd gir hjemmel for tilbakekall når helsepersonell « *til tross for advarsel unnlater å innrette seg etter lovbestemte krav, for eksempel ved fortsatt å unndra seg tilsyn og kontroll, fortsatt unnlate å registrere seg.* »

For å bli fratatt autorisasjonen når man har en allmennfarlig smittsom sykdom, er det eneste aktuelle punktet at helsepersonellet eventuelt har utøvd uforsvarlig virksomhet, og dermed blitt vurdert som uskikket til å utøve sitt yrke forsvarlig. Dette ved at de da kan ha utsatt pasienter for smitte. Det finnes ingen rettsavgjørelser på dette punktet.

Etter å ha vært i kontakt med Helsetilsynet kunne de ikke finne saker som omhandlet helsepersonell som har vært smittet med en allmennfarlig smittsom sykdom.

3.5 Vurdering

Forarbeidene²⁵ sier at på grunn av helsearbeidernes rettssikkerhet er reaksjonsformer noe som skal brukes med varsomhet. At det kreves handlinger som er utført « *forsettlig eller uaktsomt* », understreker dette. Det skal derfor mye til før helsepersonell kan få reaksjoner.

Gjennom søk i sine arkiver kunne Helsetilsynet finne to saker som omhandlet helsepersonell som har utsatt sine pasienter for smitte eller smitterisiko.

²⁴ Statens helsetilsyn – årsrapport 2012.

²⁵ Ot.prp.nr.13 (1998-1999).

I den første saken spredte en lege hepatitt B mellom pasienter. I stedet for å bytte sprøyte mellom hver pasient, ble samme sprøyte brukt flere ganger. Fire pasienter fikk påvist smitte. Helsetilsynet uttalte at ved å gjenbruke sprøyter som kunne være forurenset med blod, ble elementære regler for smitteforebyggende tiltak brutt. Dette var uforsvarlig praksis i henhold til hlspl. § 4. Det ble også uttalt at kunnskap om å forebygge smitte burde være en selvfølge for en lege. Handlingen ble sett på som uaktsom. Legen fikk advarsel. Det ble også vurdert om legen skulle få begrensninger i autorisasjonen. Fordi legen hadde erkjent forholdet, og endret sin praksis, ble det vurdert at advarsel var nok for å sikre lovens formål.²⁶

Den andre saken gjaldt en tannlege som ikke hadde tilfredsstillende hygienerutiner i sin praksis. I stedet for å sterilisere håndinstrumenter ble disse kun vasket i vanlig oppvaskmaskin. Tannlegen hadde tidligere fått advarsel for samme forhold. Fordi tannlegen tross tidligere advarsel ikke innrettet seg etter de lovpålagte kravene, ble autorisasjonen inndratt.²⁷

Disse to sakene kan brukes for å illustrere grensen mellom advarsel og begrensning eller inndragelse av autorisasjon. Det avgjørende ser ut til å være i hvilken grad man innretter seg etter og forbedrer de klanderverdige forholdene.

Smitte i seg selv ikke grunn til å miste autorisasjonen. Eventuelle situasjoner hvor smittet helsepersonell kan få begrenset eller tape autorisasjon vil være hvis de vet om sin smitte, har fått advarsel, men likevel fortsetter å utføre prosedyrer hvor smitterisiko er stor. I slike situasjoner vil også arbeidsgiver ha et ansvar.

Etter hlspl. § 66 har tilsynsmyndigheten plikt til å varsle arbeidsgiver hvis arbeidstakere får advarsel, begrenset eller inndratt autorisasjon. Grunnen er at arbeidsgiver trenger denne informasjonen for å kunne drive forsvarlig virksomhet. Arbeidsgiver ville derfor i dette

²⁶ Tilsynssak 2008/1241.

²⁷ Tilsynssak 2004/1741

tilfellet fått informasjon om advarselen, og burde ikke akseptere at den smittede helsearbeideren fortsatte å utføre «risikofylte invasive prosedyrer».

For helsepersonell som er smittet med en allmennfarlig smittsom sykdom vil ikke smitten i seg selv være grunnlag for å begrense eller inndra autorisasjonen etter dagens lovverk.

4 Arbeidsgivers ansvar for å forebygge

4.1 Rettslig grunnlag for å forebygge smitte

Gjennom lover og forskrifter pålegges helseforetak og virksomheter å ha planer for å forebygge smittsomme sykdommer. Forskrift om smittevern i helse og omsorgstjenesten²⁸ har som formål å «forebygge og begrense forekomsten av infeksjoner i helse- og omsorgstjenesten.»

Denne forskriften gjelder for helseforetak og virksomheter som utfører tjenester etter sphsl. § 1-2 og for institusjoner som omfattes av forskrift om kommunal helse- og omsorgsinstitusjon § 1. Den gjelder ikke for medisinske laboratorier, ambulansetjeneste, og kliniske legespesialisttjenester med unntak av dagkirurgiske klinikker, jfr. § 1-2. Forskriften pålegger ledelsen ved alle institusjoner å ha et infeksjonskontrollprogram som er tilpasset virksomheten, og skriftlige rutiner for generelle smittevernstiltak, blant annet håndhygiene, bruk av arbeidstøy og bruk av beskyttelsesutstyr.²⁹

Forskriften om smittevern i helse og omsorgstjenesten sier også at Folkehelseinstituttet «skal samordne utarbeiding av faglige veiledere og retningslinjer for smittevernarbeidet.»³⁰

²⁸ FOR 2005-06-17 nr. 610.

²⁹ §§ 2-1 og 2-2

³⁰ §3-3

Disse er samlet i «Basale smittevernsrutiner.»³¹ Rutinene skal være med på å beskytte helsepersonell mot smitte, og forebygge slik at ikke helsepersonell smitter pasienter. Standarden er at man alltid skal ta høyde for at alle kroppsvæsker, slimhinner og åpne sår kan være smittefarlige.

4.2 Bedriftshelsetjeneste

Etter aml.§ 3-3 er organisering av bedriftshelsetjeneste arbeidsgivers ansvar. Bestemmelsen sier at forskrifter skal regulere hvilke bedrifter som er pålagt å ha dette, herunder alle virksomheter som driver med helsetjenester.³²

I forarbeidene står det at bedriftshelsetjenesten skal være fagkyndige og rådgivende, hjelpe virksomheten med å lage et godt arbeidsmiljø, og å forhindre at arbeidstakere skader seg på jobb. For å forhindre smitte innebærer dette blant annet å sørge for god vaksinasjonsdekning, å klarlegge hvilke situasjoner som kan utgjøre en smittefare samt iverksetting av smitteforebyggende tiltak.³³

Helsepersonell som jobber i bedriftshelsetjenesten har samme regler for taushetsplikt som alt annet helsepersonell.

4.3 Internkontroll

Formålet med internkontroll er å sikre at juridiske plikter og faglige normer holdes. Internkontroll vil kunne plassere ansvar for manglende rutiner. Ved skade som har oppstått som følge av brudd på rutiner, vil en internkontroll hjelpe slik at nødvendige tiltak blir utført og at man unngår lignende feil i framtiden.

³¹ Basale smittevernsrutiner fhi.no

³² FOR 2011-12-06 nr 1355: Forskrift om organisering, ledelse og medvirkning

³³ NOU 2001: 4 kap. 7.2.

Gjennom lov om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten (helsetilsynsloven) § 3 pålegges virksomheten å ha et etablert internkontrollsystem som sikrer kvaliteten, og at tjenestene som tilbys ved virksomheten «planlegges, utføres og vedlikeholdes i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av lover og forskrifter».

Gjennom forskrift³⁴ som er hjemlet i aml. er virksomheten pålagt å ha internkontroll som sikrer arbeidsmiljøet.

4.4 Kontroll av virksomheten

For å forebygge svikt i helsetjenesten er Fylkesmannen gjennom helsetilsynslovens § 3 andre ledd pålagt å se til at alle virksomheter som driver helsetjenester har etablert systemer for interkontroll. Formålet er å luke ut dårlige rutiner som kan utsette pasienter for fare, ikke å fokusere på enkelthendelser som har gått galt. Fylkesmannen skal også sørge for at virksomheten drives etter gjeldende lover og forskrifter. Tilsyn gjennomføres ved hjelp av dokumentinnsyn, samtaler, stikkprøver og befaringer.

Virksomheter kan også komme under tilsyn etter henvendelser fra enkeltpersoner. Ved henvendelser fra pasienter og pårørende kan det ofte være usikkert om det er det utøvende helsepersonell eller systemet til virksomheten som er årsaken til den påklagede hendelsen, og begge parter vil derfor være sentrale i gjennomgangen av hendelsen.

Typiske årsaker som vil være virksomhetens ansvar er om en hendelse med skadelig omfang oppstår som følge av for lav bemanning eller dårlige rutiner for samarbeid mellom helsearbeidere. I slike saker kan det gis kritikk til ledelsen ved virksomheten.³⁵ Helsetilsynsloven § 5 gir også Statens helsetilsyn adgang til å pålegge virksomheter å endre sin praksis hvis nåværende praksis kan føre til skade på pasienter og helsepersonell.

³⁴ FOR 1996-12-06 nr. 1127.

³⁵ Molven (2012) s. 382-383.

4.5 EU direktiv

11. mai 2013 innføres det et nytt EU direktiv.³⁶ Formålet med direktivet er å forebygge skjære og stikkskader på helsepersonell forårsaket av skarpe instrumenter. Man vil eliminere bort unødvendig bruk av skarpe instrumenter. Direktivet stiller krav til at arbeidsgiverne aktivt må arbeide med å redusere risikoen for slike skader, og arbeidsgiverne må innføre kontrolltiltak som gjør at arbeidstakerne kan oppfylle sine lovpålagte plikter.

Dette innebærer opplæring av ansatte og krav til risikovurderinger. Videre er det krav til hvordan man skal håndtere avfall, krav til arbeids og personlig verneutstyr og forbud mot å sette transporthylse tilbake på kanylen etter blodprøvetaking.

I Norge krever direktivet ingen lovendringer. De fleste kravene i direktivet er allerede regulert i forskrifter hjemlet i aml. Noen av kravene er derimot mer detaljert enn det regelverket er i dag, og det er nødvendig med endringer i forskrifter for å tilfredsstille kravene. Forslag til endringer er på høring nå, og fristen for å komme med innspill på endringer er etter innlevering av denne oppgaven.³⁷

5 Ansatte som smittekilde

I et arbeidsforhold blir arbeidstaker som oftest sett på som den svake part. Derfor er reglene i aml. ufravikelige. Det vil si at det ikke kan gjøres avtaler som setter arbeidstaker i en dårligere stilling enn hva loven ville gjort.³⁸

³⁶ 2010/32/EU

³⁷ <http://www.arbeidstilsynet.no/binfil/download2.php?tid=237733> (Lest 20.04.13)

³⁸ Jakhelln (2010) s. 131

Arbeidsgivers³⁹ styringsrett defineres som rett til å lede, fordele og kontrollere arbeidet. Herunder retten til å ansette og si opp arbeidstakere. Arbeidsavtale og lovgivning begrenser styringsretten.⁴⁰

Kommunale, statlige og private virksomheter som yter helsetjenester er arbeidsgivere for de ansatte. De skal passe på at riktig person utfører de riktige oppgavene, og har derfor ansvaret for å ta riktige valg under ansettelsen.⁴¹ For å kunne ta disse avgjørelsene trenger de en del opplysninger av arbeidssøkere og ansatte. Blant annet vil informasjon om smittetatus ha betydning. Den kan imidlertid ikke være avgjørende for ansettelsen. Dom fra Oslo byrett⁴² viser at smitte hos en sykepleier ikke var gyldig grunn til å forbigå smittede i ansettelsesprosessen. Som senere beskrevet i kapittel 7 kan smitte derimot ha innvirkning til type arbeidsoppgaver eller hvilken tilrettelegging arbeidstaker krever.

For å kunne hente inn helseopplysninger⁴³ må begge betingelsene i Aml § 9-1 være oppfylt; Den første betingelsen i første ledd innebærer at kontrolltiltak bare kan foretas når tiltaket har «*saklig grunn i virksomhetens forhold*», og at tiltaket ikke innebærer en urimeelig belastning for den aktuelle arbeidstaker. Saklighetskravet i første ledd er utdypet i forarbeidene til aml. Disse uttaler blant annet at tiltak som er saklige for den enkelte eller gruppe arbeidstakere, ikke trenger å være det for andre. Det må også tas hensyn til hvor mange kontrolltiltak arbeidstaker er underlagt. Selv om et enkelt kontrolltiltak ville vært lovlig kan det bli ulovlig fordi totalen av antall kontrolltiltak vil overskride grensen for hva en arbeidstaker skal tåle.⁴⁴

³⁹ Arbeidsgiver: «Enhver som har ansatt arbeidstaker for å utføre arbeid i sin tjeneste.», jf. Aml. § 1-8 (2)

⁴⁰ Jakhelln (2010) s. 48.

⁴¹ Ohnstad (2013) s. 47

⁴² Oslo Byrett 2.juli 1997

⁴³ Helseopplysning blir i forarbeidene definert slik: «Informasjon som kan bidra til å kartleggepersoners nåværende og mulige framtidige helsetilstand» Ot. Prp. Nr. 49 (2004-2005) s. 314.

⁴⁴ Ot.prp.nr.49 (2004-2005) s. 314.

Den andre betingelsen er i andre ledd, og sier at opplysninger som arbeidsgiver får om arbeidstaker i forbindelse med kontrolltiltak skal behandles i samsvar med personopplysningsloven.

Dette var tidligere ulovfestet rett, men ble tatt med i en egen bestemmelse ved opprettelsen av ny arbeidsmiljølov. Ulovfestet rett har en tendens til bare å være tilgjengelig for jurister eller andre med spesiell juridisk kompetanse. Ved å ta bestemmelsen inn i lov ble den mer tilgjengelig for «vanlige» arbeidstakere, som igjen kan bidra med å øke deres personvern.⁴⁵

5.1 Lojalitetsplikt

Et ansettelsesforhold er et kontraktsforhold. For at et arbeidsforhold skal fungere er både arbeidsgiver og arbeidstaker avhengig av tillit. Som et resultat av dette forpliktes arbeidstaker til å opptre lojalt overfor arbeidsgiver. Dette er helt vanlig i kontraktsforhold og gjelder selv om partene ikke har avtalt dette spesielt. Høyesterett har også uttalt at det *«legges til grunn at det foreligger en alminnelig og ulovfestet lojalitets- og troskapsplikt i ansettelsesforhold»*.⁴⁶

Lojalitetsplikt vil da også si at arbeidstaker skal opplyse om forhold arbeidsgiver bør vite.⁴⁷ Det kan derfor tenkes at arbeidstaker gjennom sin lojalitetsplikt likevel plikter å opplyse om at man har en sykdom som kan smitte ved å utførelse av sine faste arbeidsoppgaver.⁴⁸

5.2 Forsvarlighet ved ansettelse

Har arbeidssøker plikt til å opplyse om eller være oppdatert på egen smittestatus?

⁴⁵ Ot.prp.nr.49 (2004-2005) s. 143.

⁴⁶ Rt.1990 s.607

⁴⁷ NOU 2004:5 s. 445.

⁴⁸ Eidsvaag (2008) s. 305.

I noen tilfeller kan det også være at arbeidssøker på ansettelsestidspunktet ikke selv vet at de er smittet.

Det er tidligere påpekt at arbeidsgiver skal drive forsvarlig virksomhet. Hovedansvaret for å beskytte både pasienter og ansatte fra smitte ligger på arbeidsgiver. Arbeidsgiver har derfor stor interesse av å vite smittestatus, både på sine nyansatte, og på de som allerede er i virksomheten. Det er derimot ikke fritt fram for arbeidsgiver å spørre om hva som helst.

Arbeidstaker har en rekke rettigheter gjennom aml. I denne samme lovens § 9-3 (1) blir arbeidsgivers rett til å innhente helseopplysninger ved ansettelse regulert. Bestemmelsen sier at arbeidsgiver ikke kan be arbeidssøkere om å gi fra seg andre opplysninger enn det som på sees på som nødvendig for å kunne ivareta arbeidsoppgavene som hører med til stillingen det søkes på. Arbeidsgiver kan heller ikke sette i gang undersøkelser for å få disse opplysningene på andre måter.

For å kunne utføre kontroller etter denne bestemmelsen må som tidligere nevnt begge vilkårene i aml. § 9-1 være oppfylt.

I forarbeidene finner man formålet med aml. §9-3 (1). Det er å forhindre at arbeidstakere blir holdt utenfor arbeidslivet på et urimelig grunnlag. Samtidig blir det lagt vekt på arbeidsgivers behov for noe kunnskap om arbeidstakers helse. Dette for å unngå ansettelse av personer som ikke er skikket til arbeidet.⁴⁹

Vilkåret i aml. § 9-3 (1) om hva som er nødvendig er derfor viktig å avklare. Hvilket hensyn skal veie tyngst, hensynet til arbeidssøkers personvern⁵⁰ eller arbeidsgivers behov for helseopplysninger. Lovgiver har lagt vekt på at arbeidsmiljøet skal være trygt og forsvarlig. Derfor tillates det at arbeidsgiver kan spørre om arbeidssøker er i stand til å utføre fysiske

⁴⁹ Ot.prp.nr.49 (2004-2005) s. 148.

⁵⁰ Personvern: «form for beskyttelse av individet, den enkeltes rett til å verne om sin egen integritet, autonomi, suverenitet og privatliv», jf. Kjølås (2010) s. 21.

oppgaver som hører til stillingen, samt om de har en sykdom som er uforenelig med stillingen som det søkes på.⁵¹

Den eneste saken om arbeidstaker med smitte som har gått helt til topps i rettssystemet er Henki-saken.⁵² Her ble en bartender fratatt jobben fordi han var HIV-positiv. Arbeidsgiver mente han burde fortalt at han mistenkte smitte da han ble ansatt. Høyesterett uttalte at arbeidstaker ikke hadde plikt til å opplyse at han hadde vært hos lege for å ta HIV-test. Dette begrunnes med at denne opplysningen «*ikke hadde betydning for hans kvalifikasjoner for og evne til å utføre det arbeidet han skal på en tilfredsstillende måte.*»

Utgangspunktet må derfor være at personer med en allmennfarlig smittsom sykdom ikke trenger å informere sin arbeidsgiver om dette så lenge man er i form til å klare de fysiske kravene til stillingen.

Dette gjaldt som sagt en bartender. Selv om ny kunnskap tilsier at man er mindre utsatt for smitte enn tidligere antatt, vil en helsearbeider alltid være mere utsatt fordi de gjennom sitt arbeid jevnlig vil komme i situasjoner hvor det kan være risiko for smitte.

Det blir derfor en avveining av interesser. Arbeidstakers ønske om arbeid vurdert opp mot risikoen for at pasienter skal smittes. Arbeidsgivers viktigste mål er å sørge for forsvarlig helsehjelp, ved motstrid må dette veie tyngst.

Når en arbeidsgiver ansetter en ny person, så er det en selvfølge at de forventer at denne personen kan utføre de oppgaver som ligger i stillingsinstruksen til den aktuelle stillingen. En smittet person bør derfor opplyse om dette før ansettelse, når dette har betydning for om de kan utføre sine oppgaver forsvarlig.

⁵¹ Ot.prp.nr.49 (2004-2005) s. 148.

⁵² Rt. 1988 s. 959.

Er det bare opp til arbeidstaker å avgjøre hva som er forsvarlig? Arbeidsgiver har også plikter etter forsvarlighetskravet, og hvis alle ansatte skal ta slike beslutninger på egenhånd kan det skape utfordringer for arbeidsgiver som står med det øverste ansvaret.

5.2.1 Samtykke til å gi opplysninger som ikke kan hjemles i lov

Selv om arbeidssøker samtykker, kan ikke arbeidsgiver spørre om andre opplysninger enn det de har rett til etter loven. Ved å stille spørsmål de ikke har lov til setter de arbeidssøker i en vanskelig situasjon. På den ene siden har de behov for arbeid, og på den andre ønsker de å bevare sin personlige integritet. Hvis de lar være å gi opplysninger kan de bli sett på som lite samarbeidsvillig, og dermed føler at de må gi opplysninger som de i utgangspunktet ikke ønsket å gi. Lovgiver ønsker ikke at arbeidsgiver skal utnytte sin makt. Selv om arbeidssøker gir sin tillatelse, er det derfor heller ikke lov å hente inn ekstra opplysninger.⁵³ Opplysninger som arbeidsgiver ikke kan kreve direkte fra arbeidssøker kan heller ikke hentes inn på annen måte.⁵⁴

5.2.2 Konsekvens av ikke å gjennomføre lovlige undersøkelser

Grupper av ansatte som skal jobbe i helsevesenet plikter å la seg forhåndsundersøke. Dette reguleres i egne forskrifter,⁵⁵ og arbeidsgiver plikter å påse at dette blir gjort. Helsepersonell kan ikke begynne i jobben før resultat av prøvene foreligger.⁵⁶

Hvis arbeidssøker nekter å utføre medisinsk undersøkelse som det finnes lovhjemmel for, kan dette likevel ikke gjennomføres med tvang. Arbeidssøker har plikt til å medvirke til at lovlige medisinske undersøkelser kan gjennomføres, og et brudd på dette kan føre til at arbeidsgiver har en gyldig grunn til å forbigå søkeren.⁵⁷

⁵³ Ot.prp.nr.49 (2004-2005) s. 148.

⁵⁴ Kjølås (2010) s 17.

⁵⁵ FOR-1996-07-05 nr. 700 og FOR 2009-02-13 nr 205

⁵⁶ MRSA Veileder s. 48.

⁵⁷ Jakelln (2010) s. 415.

5.3 Forsvarlighet i løpende avtaleforhold

5.3.1 Medisinske undersøkelser

Som nevnt tidligere har arbeidsgiver plikt til å tilrettelegge slik at medisinske undersøkelser kan gjennomføres lovlig. Arbeidstakere plikter også å samarbeide. Hvis arbeidstaker nekter å utføre undersøkelser som er hjemlet i lov, vil det innebære et pliktbrudd som kan gi grunnlag for advarsel eller oppsigelse.

Medisinske undersøkelser kan være både testing av urin og blodprøver, syn og hørselstest, testing av hjertet, røntgenundersøkelser eller samtaler om sykdom.⁵⁸

Aml. § 9-4 tar for seg medisinske undersøkelser av arbeidssøkere og arbeidstakere, og stiller krav til i hvilke situasjoner arbeidsgiver kan kreve medisinske undersøkelser av arbeidstaker. Medisinske undersøkelser kan bare utføres hvis det er hjemlet i lov eller forskrift, hvis det er snakk om stillinger som innebærer en spesiell risiko eller hvis arbeidsgiver mener at undersøkelser er nødvendig for å beskytte liv eller helse. Videre står det at det er Helsedepartementet som kan gi forskrifter som kan hjemle medisinske undersøkelser.

For å kunne utføre de medisinske undersøkelsene må i tillegg vilkårene i aml.§ 9-1 være oppfylt.

I forarbeidene sies det at med særlig risiko menes stillinger der arbeidstakeren ofte har arbeidsoppgaver hvor konsekvensene av feil i utførelsen er særlig store, enten for arbeidstakeren selv, for tredjeperson eller har store samfunnsmessige konsekvenser, og hvor det derfor må stilles særlige krav til aktsomhet og oppmerksomhet.⁵⁹

⁵⁸ Jakhelln (2010) s. 415.

⁵⁹ Ot.prp.nr.49 (2004-2005) s.314.

Risikoen må ha sammenheng med selve utførelsen av arbeidsoppgaven, for eksempel vil en røykdykker som er i dårlig fysisk form og ikke klarer gitt krav kunne ha problemer med å redde personer ut av brennende bygninger.⁶⁰

Hva hvis arbeidsgiver finner det nødvendig med medisinsk testing for å verne liv eller helse? Forarbeidene sier at begrepet «liv eller helse» gjelder både arbeidstakeren selv, andre arbeidstakere og tredjeperson. Videre uttales det at hva som er nødvendig skal tolkes strengt. Trusselen «*må være alvorlig og fremstå som konkret, nærliggende og sannsynlig.*»⁶¹

Heller ikke dette gjør at arbeidsgiver kan be om medisinsk undersøkelse på grunn av smitterisiko, da det å være smittet ikke har innvirkning på hvor aktsomt man utfører arbeidet. Da gjenstår bare et alternativ igjen etter Aml § 9-4. Det er hvis medisinske undersøkelser er hjemlet i lov eller forskrift.

Og slike lover og forskrifter finnes. Smittevernloven § 3-1 åpner for smittetesting av befolkningen, og § 3-2 åpner for smittetesting av både søkere til arbeid, de som allerede er i arbeid og for personer som søker seg til eller er i utdanning – hvis departementet fastsetter dette i forskrift. Vilkåret er at personene som eventuelt er smittet, gjennom sitt arbeid eller virksomhet, kan utgjøre alvorlig smittefare. Helsearbeidere kan i aller høyeste grad representere en slik fare, og det innebærer dermed at ansatte og søkere til stillinger i helsesektoren kommer under denne bestemmelsen. Bestemmelsen gjelder for alle smittsomme sykdommer, ikke bare allmennfarlige smittsomme.

Med hjemmel i denne lov er det utarbeidet forskrifter om kontroll av tuberkulose⁶² og for forhåndsundersøkelse av arbeidstakere innen helsevesenet med tanke på antibiotikaresis-

⁶⁰ Eidsvaag (2008) s.318.

⁶¹ Ot.prp.nr.49 (2004-2005) s. 315.

⁶² FOR-2009-02-13 nr. 205 § 3-1

tente bakterier – MRSA⁶³. Per dags dato finnes det ikke slike forskrifter for testing av Hepatitt eller HIV. Arbeidsgiver har derfor ikke hjemmel til å kreve slik testing ved ansettelse.

5.3.2 Forsvarlig bekledning

Det forutsettes at alle helsearbeidere har kjennskap til basale smittevernsrutiner. Riktig gjennomføring av disse er nødvendig for å beskytte både seg selv og pasienter for smitte. Likevel viser undersøkelser at det slurves i utførelsen.

Et av punktene i smittevernsrutinene er korrekt bruk av arbeidsbekledning. For å øke fokus på dette ble det blant annet i 2011 gjennomført en arbeidstøykampanje i Helse Nord. Observasjoner gjort i forbindelse med denne kampanjen viste at bare 45 % av de observerte hadde korrekt arbeidsantrekk. Etter kampanjen hadde antallet økt til 67 %.⁶⁴

En annen smittekilde kan være bruk av ringer. Mange tenker kanskje ikke på at det kan være forbindelse mellom bruk av ring og overføring av bakterier. Det har blitt forsket på denne sammenhengen. Det er påvist at ringer øker mengden av sykdomsfremkallende bakterier på hendene. Derfor utsetter sannsynligvis helsearbeiderne som bruker ringer på jobb pasientene for en økt infeksjonsrisiko.⁶⁵

Undersøkelsene viser at selv om man med enkle grep kan redusere mulige smitekilder, så er dette områder det slurves med. Her har arbeidsgiver og arbeidstaker sammen et ansvar for å endre praksis. Arbeidsgiver med bedre opplæring og tilrettelegging. Arbeidstaker ved å følge prosedyrer som finnes.

⁶³ FOR-1996-07-05 nr. 700 § 4

⁶⁴ <http://www.unn.no/getfile.php/UNN-Internett/Fagfolk/KORSN/PosterPresentasjon1ML.pdf> Lest 07.03.13

⁶⁵ <http://www.sykepleien.no/nyhet/173952/%C3%A9n-av-tre-bruker-helsefarlig-pynt> Lest 14.03.13

5.4 Testing på eget initiativ

De færreste ønsker nok å utgjøre en fare for pasienter og kollegaer. Å vite sin egen smittestatus kan være med på å forebygge dette. I veilederen til smittevernloven⁶⁶ forutsettes det ut fra yrkesetiske normer at helsearbeidere som utfører «risikofylte invasive prosedyrer», «som kan tenkes å medføre smittefare for pasienter og som har grunn til å tro at de kan ha vært utsatt for smitterisiko» kjenner sin smittestatus. Videre er regelmessig testing frivillig. Man kan muligens si at en del av det å utføre forsvarlig helsetjeneste er å vite sin smittestatus. Dermed overlates mye av ansvaret for smittevernet til den enkelte arbeidstaker.

Så lenge det ikke finnes lovhjemmel for testing kan arbeidsgiver tilrettelegge ved å ha et lavterskeltilbud for smittetesting. En slik testing kan utføres av bedriftshelsetjenesten ved prøvesvarene går direkte til den enkelte ansatte. Denne har da igjen har et valg om de vil orientere arbeidsgiver eller ikke..

5.4.1 Obligatorisk testing etter EMK

Artikkel 8

Rett til respekt for privat og familielivet er sentralt i menneskerettighetene. EMK art. 8 første ledd tar først for seg rettigheten, disse ert «*Enhver har rett til respekt for sitt privatliv og familieliv, sitt hjem og sin korrespondanse.*»

Hjemmel for å gripe inn i denne rettigheten er i andre ledd, som sier at man ikke kan gripe inn i rettighetene etter første ledd uten at dette følger av lov, og er nødvendig i et samfunn med demokrati, hvis dette vil være av hensyn til den nasjonale sikkerhet, trygghet eller landets økonomi, for å forebygge kriminalitet, for å beskytte helse, eller for å beskytte frihet og rettigheter til andre.

⁶⁶ IK-2552, kap. 5.15

At EMK art. 8 første ledd også kan gjelde ved medisinske undersøkelser som blir utført mot en persons vilje er avgjort gjennom praksis fra EMD⁶⁷. En annen dom åpner for bruk av artikkelen også i jobbsammenheng.⁶⁸

Testing av helsepersonell vil være inngripende for de det gjelder, og man kan si at den enkeltes rett til privatliv utfordres. Samtidig vil testing være en faktor blant flere som kan føre til at helsen beskyttes. Det kan også føre til at pasientenes rettigheter om å motta forsvarlig helsehjelp beskyttes. For å kunne gripe inn i den enkeltes privatliv kreves det i tillegg at inngrepet er nødvendig i et demokratisk samfunn. Spørsmålet blir dermed om obligatorisk testing av helsepersonell er en del av dette.

For at et inngrep skal være nødvendig i vårt demokratiske samfunn må det være et «*tvingende samfunnsmessig behov*». Med det menes at inngrepet må være relevant, og bidra til å fremme de legitime formålene.⁶⁹ Testing av helsepersonell vil fremme det legitime formålet som i denne situasjonen vil være å forhindre smitte, noe som igjen er med på å gi pasientene en forsvarlig helsehjelp.

Da gjenstår det å avgjøre om inngrepet er relevant. Hva som er relevant vil være avhengig av hvilke arbeidsoppgaver den som testes utfører, og hvilke tester som utføres.

Risiko for blodsmitte er størst ved «risikofylte invasive prosedyrer», og ansatte som utfører disse prosedyrene bør kunne testes for sykdommer som smitter med blodkontakt (HIV og hepatitt) uten at det bryter med artikkel 8. Testing av ansatte som ikke utfører disse prosedyrene vil bryte med artikkel 8.

Hepatitt og HIV smitter på en annen måte enn for eksempel MRSA og tuberkulose. Helsepersonell med HIV/hepatitt kan derfor utføre mange oppgaver uten å utgjøre en smitterisi-

⁶⁷ Peters v/Nederland; Innsatt i fengsel var juridisk pliktet til å avgi urinprøve.

⁶⁸ Niemietz v/ Tyskland; Ikke grunnlag for å tolke «privatliv» så strengt at det utelukket aktiviteter på arbeidsplassen.

⁶⁹ NOU 2003: 21 kap. 5.2.

ko. MRSA smitter lettere, og MRSA smittede ansatte med pasientkontakt kan utgjøre en stor risiko. Helsearbeidere er gjennom sitt arbeid i kontakt med syke mennesker med et redusert immunforsvar, og det er viktig at de ikke er smittebærere. Å teste alt helsepersonell for MRSA vil derfor ikke bryte med artikkel 8.

5.4.2 Forsvaret tester ansatte

Forsvaret har en konsekvent testing av sine ansatte. Forsvarspersonellovens § 17 b) sier at Kongen gir forskrifter om *«hvordan utvelgelse til internasjonale operasjoner skal skje, herunder om kvalifikasjoner og øvrige vilkår for tjenestegjøring.»* Forskriften⁷⁰ stiller en del helsemessige krav, og krever blant annet at personell som skal tjenestegjøre i internasjonale fredsoperasjoner skal teste seg for HIV og hepatitt før avreise. Personellet plikter også å vaksinere seg, og å ta forhåndsregler for å unngå smittsomme sykdommer.

I forbindelse med kravet om HIV-test ble lovavdelingen i Justisdepartementet bedt om å vurdere om betingelsen for å måtte la seg teste før tjenestegjøring er i strid med internasjonale menneskerettigheter.⁷¹

Lovavdelingen uttaler at søkere er kjent med kravet om HIV-testing allerede i ansettelsesprosessen, og opprettholdelse av søknaden må sees på som et samtykke til å la seg HIV-teste, også i løpende ansettelsesforhold. Det pekes videre på at selv om testing i utgangspunktet er frivillig, så vil konsekvensene ved og ikke la seg teste bli at de ikke kan tjenestegjøre i utlandet - og kan sammenlignes med undersøkelser som blir *«sanksjonert med virkemidler som har karakter av straff»*. Lovavdelingen sier at de er i tvil, men at de *«heller i retning av at HIV-testingen må anses som et inngrep i privatlivet etter EMK artikkel 8.»*

⁷⁰ FOR 1998-09-11 nr 870: Forskrift om tjenestegjøring i internasjonale fredsoperasjoner § 5 3. og 4. ledd.

⁷¹ Tolkningssuttalelse; 2001/9253 EO TME/CSV

Lovavdelingen uttaler at et generelt påbud om at alt personell skal testes mot HIV kan stride mot artikkel 8 i EMK. De anbefaler at det vurderes om bare personell som *er «særlig utsatt»* for å smitte andre i tjenesten skal pålegges å teste seg for HIV, og at man må vurdere om det finnes andre måter man kan forhindre at eventuelle smittede ansatte smitter videre.

Soldater eller andre ansatte i utenlandstjeneste kan i forbindelse med militære operasjoner komme i akutte behov for blodoverføring. Ved akutt behov kan det være vanskelig å skaffe blod, og alle som er i utenlandstjeneste må derfor være forberedt på å være potensielle blodgivere.⁷² I dag testes alle blodgivere i Norge for HIV og hepatitt⁷³ for å beskytte mottakere av blodet for smitte. Å vite smittestatus på alle som skal tjenestegjøre i utlandet vil tjene det samme formålet, beskytte eventuelle mottakere.

5.4.3 Vurdering

Som vist til tidligere vil det ikke være begrenset adgang til å teste alt helsepersonell. Med rett hjemmel vil man derimot kunne teste spesielt utsatt personell, da i forhåndsbestemte intervaller. Dette kan være veldig inngripende for de det gjelder.

Testing av helsearbeidere kan i midlertid også innebære en falsk trygghet da de kan smittes mellom hver enkelt testing. Dette må også sees på i sammenheng med testing av pasienter. For å få best utbytte av eventuell testing av helsepersonell burde muligens også alle pasienter som skal utføre spesielt utsatte inngrep testes.

En regelmessig testing av helsepersonell kan også ha betydelige kostnader for samfunnet. I tilfeller hvor helsepersonell smitter pasienter kan pasientene også ha krav på erstatning fra

⁷² Hansen (2008)

⁷³ FOR-2005-02-04 nr. 80 Forskrift om tapping, testing, prosessering, oppbevaring, distribusjon og utlevering av humant blod og blodkomponenter og behandling av helseopplysninger i blodgiverregistre § 3-9. Forskriften har hjemmel i flere lover, blant annet smittel, hlspl og sphlsl.

Norsk pasientskadeerstatning⁷⁴, noe som kan utgjøre enda større kostnader.⁷⁵ Å spore opp og undersøke alle som kan ha vært utsatt for smitte innebærer også store utgifter.

6 Tilgang til og begrensninger i opplysninger

6.1 Hjemmel for taushet

Hovedregelen for taushetsplikten finnes i hlspl. § 21, og går ut på at man skal forhindre at opplysninger om pasienters helse og sykdom eller annen personlig informasjon blir kjent for uvedkommende.

Taushetsplikt innebærer en stengsel for kommunikasjon.⁷⁶ Den gjelder all informasjon man får i kraft av sin stilling⁷⁷, og er viktig for å skape et tillitsforhold mellom pasient og helsearbeider. Å ha taushetsplikt innebærer ikke bare at man selv ikke kan fortelle opplysninger videre, man skal også «forhindre» at andre får tilgang på opplysningene. Ved å ikke gripe inn når man mistenker at opplysninger kan komme på avveie bryter man dermed taushetsplikten. Opplysninger vil også være på avveie hvis man selv leser, leter etter eller på annet vis skaffer seg informasjon man ikke trenger for å gi pasienten helsehjelp.⁷⁸

Formålet med taushetsplikten er å beskytte pasientens integritet samt sikre at innbyggerne har tillit til helsetjenesten og ansatte i den. Pasientene skal være trygge på at informasjonen de gir til helsearbeidere ikke brukes i andre forbindelser. Det er ikke ønskelig at pasienter

⁷⁴ Norsk pasientskadeerstatning er på vegne av staten ansvarlig for erstatning for pasientskader. Syse (2011) s.193

⁷⁵ For eksempel utbetalte NPE rundt 3 millioner i erstatning i sak som er nevnt tidligere, hvor kirurg smittet pasienter med hepatitt C. Thomsen (2013)

⁷⁶ Kjønstad (2007) s. 273.

⁷⁷ Rt. 1989 s. 1363. Sensitive opplysninger som sosialarbeider fikk på privat fest ble ansett som taushetsbelagte.

⁷⁸ Se Helsepersonelloven § 21a.

ikke søker helsehjelp ved behov fordi de er redde for at sensitive opplysninger kommer på avveie.⁷⁹

Helsepersonell har ansvar for at de selv overholder taushetsplikten, men virksomheten har et ansvar for å tilrettelegge gjennom opplæring og rutiner slik at helsearbeideren kan overholde denne plikten.

Spesielt bør nevnes to viktige unntak fra taushetsplikten til helsepersonell.

Det viktigste er samtykke fra pasienten etter hlspl. § 22. Denne bekrefter at pasienten selv er med å bestemme over sine egne opplysninger. Pasienten velger selv hvor langt dette samtykket skal gå, og hvilke opplysninger samtykket gjelder. For at samtykket skal gjelde må det være gyldig. Det vil si at pasienten skal ha skjønt hva dette innebærer. Her har helsearbeiderne et ansvar for å informere om hvilke konsekvenser et samtykke kan få. Samtykke er ikke gyldig hvis det har vært gitt under press eller tvang.

Med hjemmel i lov kan også taushetsplikten fravikes. §§ 23-29 regulerer en del unntak. Som nevnt tidligere er taushetsplikten viktig for tillitsforholdet mellom helsearbeider og pasient, så før man opphever taushetsplikten etter lovhjemler bør man forsøke å få samtykke fra pasienten.⁸⁰

Informasjon som helsearbeideren får i kraft av sin stilling varer livet ut. Taushetsplikten opphører ikke selv om pasientforholdet avsluttes, eller hvis helsearbeideren selv bytter jobb eller blir pensjonist.⁸¹

⁷⁹ Ot.prp.nr.13(1998-1999)s. 227

⁸⁰ Kjønstad (2007) s. 291-293

⁸¹ Kjønstad (2007)s. 290

6.2 Taushetsplikt som risiko for helsearbeideren

Taushetsplikten innebærer også i utgangspunktet at helsepersonell ikke kan dele opplysninger seg i mellom. For at helsepersonell skal kunne yte forsvarlig helsehjelp finnes det unntak i hlspl. §§ 25 og 45.

Hlspl. § 25 regulerer taushetsplikten mellom helsepersonell. Bestemmelsen innebærer at man kan gi opplysninger til personell man samarbeider med, hvis det er nødvendig for å kunne yte pasienten helsehjelp som er forsvarlig. Det er et vilkår at pasienten ikke motsetter seg dette. I noen tilfeller kan det likevel tenkes at opplysningene bør gis selv om pasienten nekter. Faren ved å gi opplysninger selv om pasienten nekter er at man kan bryte taushetsplikten, og dermed redusere tilliten til helsetjenesten. Dette kan igjen føre til at pasienten unnlater å oppsøke helsehjelp i frykt for at opplysningene vil bli delt med andre. Alternativet, at pasienten ikke får forsvarlig helsehjelp i aktuelle tilfeller, kan derimot få større konsekvenser.

Kan opplysninger om smitte distribueres?

Et lovutvalg som skulle utrede en del spørsmål forbundet med straffelov og smittsomme sykdommer har uttalt at opplysninger om smittestatus er noe som både kan og bør gis etter hlspl. § 25, så lenge pasienten samtykker.⁸²

I tilfeller hvor pasienten nekter at informasjon utleveres må man da avgjøre hva som veier tyngst, pasientens krav på taushetsplikt eller helsepersonellens eventuelle behov for å kunne foreta ekstra forhåndsregler mot smitte. Som en del av å forebygge skal helsepersonell behandle alle som potensielle smittere, og vanlige forhåndsregler bør derfor være gode nok ved vanlig behandling av smittede.

⁸² NOU 2012:17 s. 273

I et brev fra Helsedepartementet til Legeforeningen vises det til at det kun er informasjon som er nødvendig for den foreliggende behandling som kan gis til helsepersonell man samarbeider med. Hvis informasjonen ikke har noe hensikt – bortsett fra vanlig smittefare – vil de ikke være nødvendig for å kunne yte forsvarlig helsehjelp.⁸³

Hlspl. § 45 regulerer utveksling av helseopplysninger på tvers av virksomheter. Bestemmelsen sier at helsepersonell som skal eller allerede yter helsehjelp skal gi helseopplysninger som er nødvendig for at de kan yte forsvarlig helsehjelp til pasienten. Den gjelder for helsepersonell som ikke er i en samarbeidssituasjon. Det kan være i situasjoner hvor helsepersonell trenger informasjon om tidligere sykdom eller behandling for å kunne yte forsvarlig hjelp. Bestemmelsen gjelder både innenfor samme eller på tvers av virksomheter.⁸⁴

Etter hlspl. § 23 nr. 4 kan taushetsbelagte opplysninger gis videre «*når tungtveiende private eller offentlige interesser gjør det rettmessig å gi opplysningene videre*». Ved at det kreves «*tungtveiende*» grunner, tyder det på at det er mye som skal til for å tilfredsstille dette kravet. Forarbeidene⁸⁵ sier at hensynet for brudd på taushetsplikten må være vesentlig tyngre enn hensynet for å bevare taushet. Bestemmelsen er tenkt brukt i situasjoner som krever nødrett, og forarbeidene sier at taushetsplikten bare kan vike «*hvis det dreide seg om grov legemsbeskadigelse etter straffeloven*». Hensikten med dette er å forhindre alvorlig skade på andre mennesker, og at denne interessen veier tyngre enn taushetsplikten.

Dette er derfor en bestemmelse som bare kan brukes for å utlevere informasjon mellom helsepersonell i situasjoner hvor pasienten ikke vil at opplysninger skal utleveres, men hvor det likevel er viktig at dette gjøres. Både av hensyn til andre pasienter eller legen selv.

⁸³ NOU 2012:17 s. 64

⁸⁴ Rundskriv IS-6/2010.

⁸⁵ Ot.prp.nr.13 (1998-1999) s. 228

Avhengig av hvilken kontakt pasienten har med helsevesenet sies det videre at taushetsbelagte opplysninger muligens kan gis etter smittevernlovens § 2-2 andre ledd b). Hvis pasienten skal utføre «risikofylte invasive prosedyrer» uttales det i forarbeidene at det finnes gode grunner for å gi opplysningene.⁸⁶

6.3 Når helsearbeideren også er pasient

Når helsepersonell er smittet vil de også ha status som pasient i kontakt med helsevesenet. De vil da som pasienter i utgangspunktet ha samme krav på taushet rundt sin helsetilstand som vanlige pasienter.

Etter hlspl. § 17 skal helsepersonell varsle tilsynsmyndighetene på eget initiativ hvis de har informasjon om forhold som kan skape en fare for pasientenes sikkerhet. Dette er en varslingsplikt, ikke varslingsrett.

Dette kan skape en utfordring for lege som skal behandle. Det kan oppstå en situasjon hvor legen behandler en smittet lege. Sistnevnte utfører spesielt risikoutsatte prosedyrer selv om han vet at det er anbefalt at han ikke utfører slike prosedyrer. I forholdet mellom disse vil den som er smittet være pasient, og den behandlede lege har taushetsplikt etter hlspl § 21.

Dette kan bli et dilemma for legen som behandler. Kan smittet helsepersonell «gjemme» seg bak taushetsplikten, eller er varslingsplikten til legen sterkere?

Som kjent skal det mye til for å bryte taushetsplikten, og gjennom lov er det inntatt unntaksbestemmelser fra dette. Hlspl. § 17 gir ikke hjemmel for å bryte taushetsplikten, og heller ikke i forarbeidene⁸⁷ er dette nevnt. Hvis lovgiver hadde ment at denne bestemmelsen skulle stå over en så viktig rettighet som taushetsplikten er burde dette vært nevnt.

⁸⁶ NOU 2012:17 s. 273

⁸⁷Ot.prp.nr.13 (1998-1999)

Som vist til tidligere vil taushetsplikten være brutt når opplysninger er på avveie. En begrunnelse om at skadevirkningene likevel er minimale er ikke god nok grunn for å bryte taushetsplikten.

6.4 Pasientenes plikt til å opplyse om smitte

Ved stikkskader i helsetjenesten er det bestemte prosedyrer som skal følges. Prosedyrene er forskjellig alt ettersom om man vet at pasienten er smittefri, eller hvis man mistenker eller vet at pasienten er smittebærer. Posteksposisjonsprofylakse er behandling mot HIV og må gis innen 72 timer etter uhellet. Dette er en behandling med mange bivirkninger, den bør derfor ikke gis til alle som er utsatt for stikkuhell.⁸⁸ For helsepersonell som blir utsatt for stikkuhell vil det derfor være av stor betydning at de vet om pasienten er smittet eller ikke. De fleste som er smittet vil nok gjøre det de kan for å forhindre at de utsetter andre for smitterisiko, noe som også innebærer å opplyse om dette i kontakt med helsevesenet

Alle pliktene til en smittet er samlet i smittel. § 5-1. Disse pliktene gjelder også for helsepersonell som er smittet. Pliktene er som følger:

De som «*har grunn til å anta*» at de er smittet skal etter første ledd oppsøke lege for å teste seg. Forarbeidene til smittel. sier at det er «*grunn til å anta*» at man er smittet hvis man har typiske symptomer og hvis man har vært i en klar smittesituasjon. Eksempel som nevnes er en stoffmisbruker som bruker samme sprøyte som en man vet eller senere får vite at er smittet.⁸⁹ Helsepersonell har grunn til å tro hvis de for eksempel har hatt stikkuhell, og vet eller får vite senere at pasienten var smittet.

Hvis man tester positivt har man etter annet ledd plikt til å opplyse hvem man tror er smittekilde, og også hvem man selv kan ha smittet. Disse opplysningene skal gis til legen,

⁸⁸ Smittevernaboka kap. 17.

⁸⁹ NOU-1990-2 s. 241.

som etter § 3-6 i samme lov har plikt til å drive smitteoppsporing hvis de er usikker på om smittekilde eller de som eventuelt er smittet allerede får hjelp av helsevesenet.

Etter tredje ledd har man plikt til å ta i mot veiledning fra lege, for å forhindre at sykdommen overføres til andre. Legen har også plikt til å gi denne veiledningen etter § 2-1.

Smittede har derimot ikke plikt til å få behandling eller til å følge den smitteveiledningen de har plikt til å ta i mot.⁹⁰ Brudd på pliktene kan derfor ikke automatisk føre til tvang⁹¹.

«Syse-utvalget» uttaler at den smittede ikke har lovfestet opplysningsplikt om sin smittestatus, selv om det dreier seg om allmennfarlig smittsomme sykdommer. Utvalget understreker at en smittet person bør fortelle om sin smittestatus ved helsehjelp. Ikke bare for å sikre helsepersonellet, men også for å sørge for at de selv får riktig behandling.⁹²

Også i MRSA-veilederen anbefales pasientene å opplyse om sin smittestatus når de er i kontakt med helsevesenet, men også der legges det til grunn at det ikke er noe plikt for pasienten å gi denne informasjonen.⁹³

At det i dag ikke finnes en slik plikt for pasienter bør være en tankevekker for helsepersonell, og en ekstra påminnelse om hvor viktig det er å forebygge. Allmennfarlige smittsomme sykdommer vises ikke på yttersiden. Enhver pasient kan utgjøre smittefare, uavhengig hvilket samfunnslag pasienten tilhører.

⁹⁰ NOU 2012:17. s 71.

⁹¹ Ot. prp.nr.91 (1992-1993) s. 76.

⁹² NOU 2012:17 s. 272

⁹³ MRSA veileder s. 47

6.5 Forhåndsundersøkelse av pasienten

For at helseinstitusjonen skal kunne drive forsvarlig er det viktig å unngå smitte mellom pasient og helsearbeider og mellom pasienter. Dette både for å ta vare på den enkelte ansatte, men også for å forhindre at helsearbeidere bli smittespredere - gjerne uten å vite det selv. Som vist til ovenfor har ikke pasienten plikt til å fortelle om sin smittestatus.

I forbindelse med spesielle risikofylte prosedyrer vil det være behov for å ta ekstra sikkerhetstiltak. § 3-3 i smittel. tillater en slik forhåndsundersøkelse av pasienter før behandling og pleie når det gjelder en allmennfarlig smittsom sykdom.

Hvis sykdommen man undersøker for innebærer at man må ta «*ekstraordinære forebyggende tiltak*», kan man kreve at pasienter lar seg undersøke før et inngrep. Dette for å minimalisere risikoen for at helsepersonell eller andre pasienter blir smittet. Tiltakene må innebære at risikoen for smitte blir «*vesentlig*» mindre, eller at det fører til «*vesentlig lettelse eller besparelse for helse- og omsorgstjenesten*» Forarbeidene påpeker at ekstraordinære forebyggende tiltak ikke er bruk av smittefrakk, vernehansker og lignende enkelt utstyr.

Forhåndsundersøkelse kan etter § 3-3 første ledd ikke innføres som rutine for alle pasienter, og skal ikke omfatte endoskopi, spinalfunksjon eller biopsi. I praksis vil blodprøvetaking være det mest aktuelle⁹⁴ og undersøkelsen vil utføres blant annet i forbindelse med organtransplantasjoner, under åpen hjertekirurgi og store lungeoperasjoner.⁹⁵

Pasienten skal informeres om at det er krav til forhåndsundersøkelse. Hvis de ikke vil la seg undersøke kan pasienten tilbys en behandling som innebærer en mindre risiko for smitte, men som igjen kan bety en dårligere behandling. Hvis det er behov for øyeblikkelig hjelp, og det ikke finnes andre behandlingsalternativer vil ikke pasienten ha noe valg.⁹⁶

⁹⁴ Ot.prp.nr.91 (1992-1993) s. 133

⁹⁵ Smittevernloven, veileder s. 89.

⁹⁶ Ot.prp.nr.91 (1992-1993) s. 132.

Test av pasienter før operasjon vil utgjøre en trygghet for både helsepersonell og pasienter.

6.6 Handleplikt

Utgangspunktet er at man skal utføre oppgaver som følger av arbeidsavtaler og stillingsinstruks, og dermed at man skal yte pasienter helsehjelp. Alle pasienter har krav på forsvarlig helsehjelp, og øyeblikkelig hjelp ved akutt sykdom.

Er det forenelig med det å være helsearbeider, å ikke ha pasientkontakt på grunn av smittefrykt?

Om helsepersonell kan reservere seg fra enkelte typer arbeidsoppgaver er omdiskutert, og i disse dager pågår det en stor debatt om helsepersonells rett til å reservere seg mot å henvise til eller utføre/assistere ved abort.

Det å ikke behandle pasienter på grunn av smittefrykt har ikke noe med samvittighet å gjøre, men vil være et spørsmål om helsepersonell har en handleplikt til å hjelpe smittede personer.

Etter hlspl. § 7 første ledd plikter helsepersonell å gi den helsehjelpen de evner, hvis dette er «*påtrengende nødvendig*». Forarbeidene sier at det skal mye til før en slik plikt vil inn- tre, og er i hovedsak ment å gjelde når det oppstår situasjoner med behov for øyeblikkelig hjelp.⁹⁷ Andre ledd sier videre at helsepersonell har undersøkelsesplikt hvis det er tvil om det er påtrengende nødvendig med helsehjelp. Helsearbeidere som kommer først til et ulykkessted, og hvor de skadde også har en allmennfarlig smittsom sykdom, plikter dermed å gi disse hjelp.

⁹⁷ Ot.prp.nr.13 (1998-1999) s. 219.

Øyeblikkelig hjelp vil det ikke være snakk om når behandlingen er planlagt i forveien. Etter legeforeningens etiske regler⁹⁸ skal legen hjelpe syke til å gjenvinne sin helse. Hvis man nekter å behandle smittede personer vil det være et brudd på disse. Pasienter har også krav på helsehjelp, og ved å nekte å behandle personer med en allmennfarlig smittsom sykdom vil pasienten istedenfor oppsøke annen helsehjelp. Dette vil også være illojalt ovenfor egne kollegaer, indirekte sier man da at det er mere greit at de utsetter seg for smittefare.

7 Rettigheter til smittet helsepersonell

7.1 Definisjon på smittet helsearbeider

Etter smittel. § 1-3 regnes man som smittet også hvis man mistenker at man er smittet med en allmennfarlig sykdom. Mistanke bør man ha hvis man har vært utsatt for situasjoner hvor det er risiko for at man kan ha blitt smittet.⁹⁹ Helsepersonell som for eksempel har vært utsatt for stikkskader bør derfor anse seg selv som smittet fram til de får avklart om pasienten var smittet, eller om de selv er blitt dette.

7.2 Endring i arbeidssted og tilrettelegging

Hvis helsepersonell er smittet med en allmennfarlig smittsom sykdom, vil det i noen tilfeller være behov for at arbeidstakeren utfører andre arbeidsoppgaver enn vanlig for at pasientene skal kunne tilbys en forsvarlig behandling. Som en del av arbeidsgivers styringsrett kan arbeidsgiver fordele og kontrollere arbeidet, men styringsretten begrenses av blant annet arbeidsavtalen, tariffavtalen og lovgivning.¹⁰⁰

⁹⁸ <http://legeforeningen.no/Om-Legeforeningen/Organisasjonen/Rad-og-utvalg/Organisasjonspolitiske-utvalg/etikk/etiske-regler-for-leger/> (Lest 19.04.13)

⁹⁹ NOU-1990-2 s. 215.

¹⁰⁰ Jakhelln (2010) s. 49.0

Det beste vil alltid være at arbeidsgiver og arbeidstaker blir enige om at smittet arbeidstaker får andre arbeidsoppgaver, da slipper man konflikter. Uten annen hjemmel kan ikke arbeidsgiver endre stillingen til arbeidstaker slik at arbeidsoppgavene blir vesentlig annerledes enn det de var i den opprinnelige stillingen.¹⁰¹ Styringsretten er også begrenset av saklighetsnormer, slik at arbeidsgiver ikke kan sette arbeidstaker til nye oppgaver av usaklige grunner.¹⁰²

Arbeidsgiver har ikke bare en rett til å finne annet arbeid til helsearbeideren som er smittet, i noen tilfeller har de også en plikt til å tilrettelegge. Dette er en individuell tilretteleggingsplikt, og må vurderes i hvert enkelt tilfelle.

Aml. § 4-6 første ledd stiller krav om at man må ha «*reduisert arbeidsevne som følge av ulykke, sykdom, slitasje e.l.*» før arbeidsgiver er pliktig til å tilrettelegge. Hva som menes med tilrettelegging kan man lese videre i samme paragraf, «*iverksette nødvendige tiltak for at arbeidstaker skal kunne beholde eller få et passende arbeid*». Hva som menes med begrepet redusert arbeidsevne er ikke knyttet til hva samfunnets krav til funksjon er, men hvilke krav det er til den bestemte stillingen. At helsearbeideren ikke fungerer i hverdagslivet utløser derfor ikke noe krav om tilrettelegging. Tine Eidsvaag beskriver i sin doktoravhandling begrepet redusert arbeidsevne som «*reduerte muligheter for å utføre arbeidet på en forsvarlig og tilfredsstillende måte, hvor dette har en viss sammenheng med individuell sykdom, skade, el.*»¹⁰³ Bestemmelsen gjelder bare i tilfeller hvor den reduserte tilstanden allerede har inntruffet, eller i tilfeller hvor helsearbeideren er i ferd med å utvikle sykdom eller skade. Bestemmelsen gjelder ikke for redusert arbeidsevne som kan tenkes å komme med tiden.¹⁰⁴

¹⁰¹ Skarning (2011) s. 70

¹⁰² Rt. 2001 s.418; Bruk av styringsretten stiller krav til at det må være et forsvarlig grunnlag for saksbehandlingen, og det skal ikke tas utenforliggende hensyn.

¹⁰³ Eidsvaag (2008) s. 158.

¹⁰⁴ Eidsvaag (2008) s. 181-182

Forarbeidene sier at «Redusert arbeidsevne» ikke trenger å bety en funksjonshemming, men kan også innebære at arbeidstaker trenger tilrettelegging i forbindelse med forbigående sykdom.¹⁰⁵

Etter diskriminerings- og tilgjengelighetslovens § 12 første ledd har arbeidstakere med «*nedsatt funksjonsevne*» krav på at arbeidsgiver tilrettelegger arbeidsplass og oppgaver individuelt innenfor rimelighetens grenser. Dette er for å sikre at både arbeidssøkere og arbeidstakere skal beholde arbeidet, men også for å sørge for at de kan videreutvikle seg i jobben på samme måte som andre arbeidstakere

Hva som inngår i begrepet «nedsatt funksjonsevne» er definert slik i forarbeidene: *”tap av eller skade på en kroppsdel eller i en av kroppens funksjoner. Dette kan for eksempel dreie seg om nedsatt bevegelses, syns- eller hørselsfunksjon, nedsatt kognitiv funksjon, eller ulike funksjonsnedsettelse pga. allergi, hjerte- eller lungesykdommer*».¹⁰⁶ Omfatter dette også smittet helsepersonell?

Likestilling og diskrimineringsnemda behandlet en sak i 2011¹⁰⁷, hvor spørsmålet om begrepet «nedsatt funksjonsevne» gjelder for personer som er smittet med HIV. Nemda uttaler at så lenge lovgiver ikke har fattet en endelig avklaring, legger de til grunn at HIV-positive er omfattet av begrepet «nedsatt funksjonsevne».

Hva er forskjellen mellom det å ha «*reduert arbeidsevne*» etter aml. § 4-6 og det å ha «*nedsatt funksjonsevne*» etter diskriminerings og tilgjengelighetslovens § 12? Formålene til disse er ulike. Den ene vil hindre sykefravær, den andre vil forhindre diskriminering. Forholdet drøftes også i forarbeidene til aml.¹⁰⁸ og det uttales at tilrettelegging etter «*funk-*

¹⁰⁵ Ot.Prp. nr.49 (2004-2005) s. 104

¹⁰⁶ Ot.prp.nr. 44 (2007-2008) kap. 9.4.8.

¹⁰⁷ LDN-2011-40

¹⁰⁸ Ot.prp.nr.49 (2004-2005) s.328.

sjonshemming» skal benyttes når det er en varig funksjonsnedsettelse, og «reduert arbeidsevne» ved forbigående sykdomstilstander eller skader.

For en smittet helsearbeider kan derfor kravet om tilrettelegging hjemles i forskjellige lover, alt etter hvilke prognoser man har for å bli helt frisk.

En del av tiltakene arbeidsgiver kan gjøre for å tilrettelegge er listet opp i aml. § 4-6 og gjelder endring i arbeidstiden og arbeidsutstyr.

Arbeidsgiver har også plikt til å endre arbeidsoppgavene hvis helsearbeideren på grunn av sykdom ikke er i stand til å utføre alle oppgavene som hører med til arbeidsstillingen.

Dersom det ikke er mulighet til å tilrettelegge kan man omplassere helsearbeideren. Om-plassering er avhengig av flere forhold.

Blant annet spiller virksomhetens størrelse en viktig rolle. Dette da store virksomheter vil ha større mulighet til å finne annet arbeid enn små. Dette er også nevnt i dommen fra Oslo Byrett som omhandlet en sykepleier som var smittet med HIV. Der ble det uttalt at offentlig sykehus har mange sykepleiere, og har dermed større muligheter for fleksible løsninger enn ved mindre private arbeidsplasser. På offentlige store arbeidsplasser vil det derfor stilles strengere krav med tanke på tilrettelegging for ansatte med en allmennfarlig smittsom sykdom.

Virksomhetens økonomi vil også ha innvirkning på tilretteleggingsplikten. Det er ikke ønskelig at virksomheter som har økonomiske problemer skal gå konkurs på grunn av tilretteleggingsplikten til de ansatte.

Eventuelle ulemper for arbeidsgiver eller kollegaer vil også ha noe å si. Andre kollegaer skal ikke få svekket sine rettigheter på grunn av tilrettelegging for den smittede helsearbei-

deren. Dom fra Høyesterett¹⁰⁹ bekrefter dette. Her var det ingen andre ansatte i firmaet som etter sin arbeidskontrakt kunne pålegges å overta oppgavene til den som var syk, og arbeidsgiver kunne ikke bruke styringsretten. Arbeidsgiveren pliktet ikke å gjøre tilpasninger som gikk utover andre ansatte. Derimot vil en omplassering være i orden hvis arbeidsgiver i kraft av sin styringsrett kan omplassere en annen, så lenge den andre arbeidstakeren ikke får svekkede rettigheter i forhold til den yrkeshemmede.

Hvis det finnes en eller flere stillinger som arbeidsgiveren trenger å besette, og den smittede helsearbeideren oppfyller det som er satt som minimumskrav til stillingen, har helsearbeideren rett på denne stillingen. Det gjelder også selv om helsearbeideren ikke er så effektiv som ønsket i den nye stillingen, eller om arbeidsgiver kunne ansatt noen med bedre kvalifikasjoner til å gjøre samme jobb. Pliktene til arbeidsgiver går likevel ikke så langt at de må opprette en ny stilling for helsearbeideren.¹¹⁰

Etter § 4-2 fjerde ledd kan departementet beslutte gjennom forskrift at smittede personer ikke skal utføre visse typer arbeid hvor de kan utgjøre en alvorlig fare for overføring av smitte til andre. Forarbeidene¹¹¹ sier at en eventuell forskrift bør begrenses til å bare omhandle personer med allmennfarlig smittsom sykdom. En slik forskrift finnes ikke i dag. Å skulle avgjøre i en forskrift hvilke typer arbeid som kan utgjøre fare vil være vanskelig. Det kan variere i hvert enkelt tilfelle.

7.3 Tilrettelegging ved tvil om smittested

Plikten til å tilrettelegge etter aml. § 4-6 gjelder alle arbeidstakere som har fått en «reduert arbeidsevne». Har arbeidsgiver større plikt til å tilrettelegge for en som er smittet i jobbsammenheng enn en som er smittet utenom jobb? Det har vært tradisjon for at arbeidsgivers plikter til tilrettelegging går lengre ved yrkesskade enn ved skade på fritiden. Begrun-

¹⁰⁹ Rt.1995 s.227

¹¹⁰ Eidsvaag (2008) s. 394-395.

¹¹¹ NOU 1990:2 s. 251

nelsen for dette er «likevektsrettferdighet.»¹¹² En som har «ofret» sin helse i tjeneste bør «godtgjøres» for sin innsats. Forarbeidene til den gamle aml.¹¹³ uttaler at selv om det i utgangspunktet er lik tilretteleggingsplikt uavhengig av hva årsaken til yrkeshemmingen er, så er denne plikten «særlig vidtgående» dersom yrkeshemmingen kommer av forhold på arbeidsplassen.

MSIS er det nasjonale overvåkingssystemet for smittsomme sykdommer. Tall derfra viser at de fleste nysmittede hvert år er smittet i fritiden, og ikke i yrkessammenheng. Samtidig viser undersøkelser at det er store mørketall ved rapportering av smitte.¹¹⁴ Som en følge av dette kan det være vanskelig for helsearbeiderne å bevise at de er smittet på jobb. Å kunne dokumentere at smitte har skjedd i jobbsammenheng vil utløse større rettigheter for helsearbeideren, ikke bare i forbindelse med tilrettelegging av arbeidsplassen, men også økonomiske etter offentlige støtteordninger og yrkesskadeforsikringer.

I erstatningsretten er det slik at den som mener de har et krav også har må bevise at vilkårene til erstatning er tilstede. I lov om yrkesskadeforsikring er det omvendt bevisbyrde, det vil si at det er forsikringsgiveren som har bevisbyrden. Forarbeidene til lov om yrkesskadeforsikring sier at det er mest rettferdig at arbeidstakeren slipper belastningen det vil være med å bruke tid og ressurser på å skaffe bevis. Dette begrunnes med at arbeidstakeren allerede er i en vanskelig stilling, og at situasjonen ikke bør gjøres verre ved at den må bevise at sykdommen gir rett på erstatning.¹¹⁵

Gjennom sitt yrke er arbeidstakere i helsesektoren utsatt for en konstant smittefare. Risikoen for å bli smittet på jobb er større for denne gruppen av arbeidstakere enn for andre. Dette bør tas med i vurderingen når smittested skal bevises. På samme måte som at yrkesskadeforsikringen ønsker å frata arbeidstaker bevisbyrden, burde dette også gjøres når

¹¹² Eckhoff (2001) s. 383.

¹¹³ Ot.prp. nr 3 (1975-76) s. 7

¹¹⁴ Husøy (2010)

¹¹⁵ Ot.prp. nr. 44 (1988–89) s. 59

spørsmålet om tilrettelegging kommer opp. Så lenge det ikke er åpenbart at helsearbeideren er smittet andre steder enn på jobb, så bør arbeidsgiver tilrettelegge som om smitten har skjedd i en arbeidssituasjon.

7.4 Smittedes vern mot oppsigelse

Som alle andre arbeidstakere er smittede helsearbeidere gjennom aml. vernet mot usaklig oppsigelse. Den generelle bestemmelsen om usaklig oppsigelse er hjemlet i § 15-7. Bestemmelsen sier blant annet at oppsigelse av arbeidstaker må være «*saklig begrunnet*» i forhold som kan skyldes både virksomheten, arbeidsgiver eller arbeidstaker.

Hva som er saklig blir en skjønnsmessig vurdering. Det kreves heller ikke at helsearbeideren kan bebreides for forholdene som har ført til oppsigelsen, men helsearbeiderens individuelle forhold må ha årsakssammenheng med arbeidsforholdet for at det skal kunne brukes som grunn for oppsigelse. Hvis smitte ikke har noe betydning for hvordan helsearbeideren kan utføre arbeidet sitt vil en oppsigelse med begrunnelse i smitten være usaklig. En arbeidsgiver kan for eksempel ikke si opp en HIV smittet fordi de mener smitten har sin årsak i noe de mener er en umoralsk livsstil.¹¹⁶

At arbeidskollegaer eller andre har fordommer eller har en ubegrunnet smittefrykt er heller ikke en saklig oppsigelsesgrunn. Høyesterett sier i Heiki saken at «*Det er store betenkeligheter ved å anerkjenne en ubegrunnet smittefrykt som grunnlag for oppsigelse.*»¹¹⁷

Smittede helsearbeidere har plikt til å samarbeide ved tilrettelegging, dette følger av aml. § 2-3 annet ledd bokstav f) og g). Hvis ikke helsearbeideren samarbeider faller også arbeidsgivers plikt til å tilrettelegge bort.

¹¹⁶ Eidsvaag (2008) s. 478

¹¹⁷ Rt. 1988 s. 959

Syke arbeidstakere har et ekstra vern i aml. § 15-8. Denne sier at arbeidstakere som ikke er i full jobb som følge av sykdom eller ulykke, ikke kan sies opp de første 12 månedene med grunnlag i sykdom eller skade.

Denne bestemmelsen må sees på som et supplement til § 15-7. Formålet er at syke skal slippe å oppleve den ekstra påkjenningen det vil være å bli oppsagt når de allerede befinner seg i en vanskelig situasjon. Særlig siden det er arbeidstaker som har beviskravet for at de er syke.¹¹⁸ I praksis vil bestemmelsen i § 15-8 gjelde de som er syke, men regner med å bli helt eller delvis arbeidsfør igjen – etter at fristen på 12 måneder er løpt ut. Hvis helsearbeideren ikke regner med å bli frisk går de over på støtteordninger fra det offentlige.

Selv om arbeidstaker skal beskyttes, er det grenser for hvor mye tilrettelegging man kan kreve av arbeidsgiver. I en dom fra Borgarting lagmannsrett sies det at arbeidsgiver plikter ikke å la en yrkeshemmet prøve seg i flere forskjellige situasjoner for å finne ut om det går an å tilrettelegge de ulike arbeidssituasjonene.¹¹⁹

Ved eventuelt tap av autorisasjon som følge vil stort sett grunnlaget for hele ansettelsen falle bort, slik at arbeidsgiver har rettslig adgang til å si opp personen, hvis tapet er for alltid eller lang varighet.¹²⁰ Dette vil være veldig inngripende for den enkelte helsearbeider, det er derfor viktig at tap av autorisasjon ikke brukes i slike tilfeller.

7.5 Ansatte i IA-bedrifter

Regjeringen og partene i arbeidslivet har inngått en intensjonsavtale kalt inkluderende arbeidsliv.¹²¹ Hovedformålet er å gi plass til alle som kan og vil arbeide. NAV og den enkel-

¹¹⁸ Jfr. § 15-8 (3) «Arbeidstaker som påberoper seg oppsigelsesvern etter denne paragraf, må ved legeattest eller på annen måte innen rimelig tid gi varsel om grunnen til fraværet. Om arbeidsgiver krever det, må det samlede sykefravær godtgjøres ved legeattest.»

¹¹⁹ LB-2000-3513

¹²⁰ Ohnstad (1995) s. 43.

¹²¹ Intensjonsavtale om et mer inkluderende arbeidsliv, 1. mars 2010 – 31. desember 2013

te virksomhet kan med bakgrunn i intensjonsavtalen, inngå en samarbeidsavtale. Virksomheten blir da å betrakte som IA-bedrift. De aller fleste helseinstitusjoner har inngått en slik samarbeidsavtale.

Å være IA-bedrift gir tilgang til spesielle tjenester og virkemidler. Blant annet egen kontaktperson i NAV, muligheter for tilretteleggingstilskudd, og muligheter til å dekke utgifter til bedriftshelsetjeneste. Med andre utvidede muligheter for å gjøre veien kortes mulig tilbake til arbeidslivet ved sykdom eller redusert arbeidsevne. Arbeidstakeren på sin side forplikter seg til aktiv deltagelse i systematisk arbeid, og også plikt til å medvirke aktivt i forbindelse med tilrettelegging.

Intensjonsavtale er i utgangspunktet ikke rettslig bindende, og det var trolig ikke meningen at IA-avtalen heller skulle være det. Likevel tyder en del underrettsspraksis på at IA-avtalen innebærer et skjerp krav til arbeidsgiver, både ved tilrettelegging og ved eventuell oppsigelse. Gulating lagmannsrett¹²² brukte IA-avtalen som et moment i en totalvurdering som trakk i retning av skjerp krav til arbeidsgiver som hadde inngått avtalen.

Ergo vil dette si at arbeidsgivere som er IA-bedrift, og har ansatte med allmennfarlig smittsom sykdom, har større ansvar enn andre arbeidsgivere for å tilrettelegge driften.

8 Tvang

8.1 Hovedregelen

Etter lov om pasient- og brukerrettigheter (pasrl.) § 4-1 skal helsehjelp bare gis hvis pasienten samtykker. Samtykket er bare gyldig hvis pasienten har fått nødvendig informasjon om sin helsetilstand, og informasjon om hva helsehjelpen vil innebære. Samtykke kan være

¹²² LG-2006-100708

både skriftlig og muntlig¹²³ Pasientene har rett til å bestemme hvilken helsehjelp de skal ha, selv om valgene framstår som ulogiske for andre.

Pasientens rett til å bestemme selv har noen begrensninger. Ikke alle er i stand til å ta egne avgjørelser, og da er kompetansen til å samtykke lagt til noen andre. Blant annet har foreldre kompetanse til å samtykke for sine barn, eller verge for umyndiggjorte.¹²⁴

All helsehjelp som blir gitt i strid med pasientens ønsker vil bli sett på som tvang. Her spiller legalitetsprinsippet¹²⁵ en viktig rolle. Hvis pasienten motsetter seg helsehjelp, og den likevel gjennomføres med tvang uten at det finnes lovhjemmel for dette, så er det en straffbar handling.¹²⁶

For å opprettholde tillitsforholdet mellom pasient og helsearbeider bør man få til et godt samarbeid, og tvang bør unngås. Mangel på tid til å forklare pasienten eventuelle konsekvenser av å nekte helsehjelp gir ikke grunnlag for tvang.

Bruk av tvang kan utgjøre en fare for helsearbeideren. For eksempel vil tvungen blodprøvetaking kunne innebære at pasienter gjør motstand. Det skapes en uoversiktlig situasjon som kan føre til økt risiko for at helsepersonell stikker seg.

8.2 Tvangstiltak ved allmennfarlig smittsom sykdom

Smittel. har egne bestemmelser som regulerer tvang, §§ 5-2 og 5-3.

¹²³ Pasrl § 4-2.

¹²⁴ Pasrl §§ 4-4 og 4-7.

¹²⁵ Legalitetsprinsippet innebærer at det kreves hjemmel i lov ved inngrep ovenfor borgerne. Kjønstad (2012) s. 389.

¹²⁶ Jfr. straffeloven §228.

Etter § 5-2 første ledd kan man be en smittet person la seg undersøke av lege, når det er nødvendig for å forebygge en allmennfarlig smittsom sykdom, eller motvirke at den blir overført.

Dersom en smittet person nekter å la seg undersøke av lege kan det etter § 5-2 annet ledd tas avgjørelse om at den smittede skal legges inn på sykehus for å undersøkes av lege, og eventuelt isoleres for en kort periode. Denne undersøkelsen kan bare utføres for å klargjøre om pasienten virkelig har en allmennfarlig smittsom sykdom, hvis dette er nødvendig for å hindre overføring av sykdommen til andre. Undersøkelsen skal skje uten fare. Hvis det er forsvarlig å gjøre undersøkelsen uten innleggelse på sykehus, kan undersøkelsen gjøres på annet egnet sted.

Forarbeidene utdyper bestemmelsen, og understreker at tvungen undersøkelse bare kan utføres hvis resultatet av denne vil være med på å forebygge eller motvirke overføring av smitte. Det uttales at prøveresultater fra enkeltpersoner vanligvis ikke vil oppfylle dette kravet, fordi resultatet i seg selv ikke vil være utslagsgivende for å kunne motvirke smitte. Forebygging ved hjelp av anbefalte forhåndsregler er det mest effektive. Videre står det at bruk av undersøkelse med tvang og kortvarig isolering bare skal brukes unntaksvis, og i situasjoner hvor det er helt klart at den smittede ikke samarbeider frivillig.

I forarbeidene blir det presisert at det kun er leger som kan utføre undersøkelsen, en bioingeniør eller sykepleier vil dermed ikke kunne ta blodprøver på eget initiativ.¹²⁷

Hvis det er nødvendig for å forebygge eller forhindre smitte av en allmennfarlig smittsom sykdom, åpner smittel. § 5-3 for tvungen isolering i sykehus. Andre, mindre inngripende, tiltak må ha vært forsøkt først.

¹²⁷ NOU 1990-2 s. 247.

Tvungen isolering i sykehus skal bare brukes som siste utvei, og der hvor faren for at pasienten vil overføre smitte må være begrunnet i spesifikke konkrete situasjoner, eller at pasienten kommer med trusler som tas alvorlig. Den konstante smittefaren som en smittet utgjør, kan også åpne for tvungen isolering, uansett hvordan den smittede opptrer. Kravet for at andre skal kunne smittes må være «overveiende sannsynlig». Det er ikke nok at den smittedes oppførsel skaper frykt i omgivelsene sine.

Behovet for isolering vil også komme an på hvilken smittemåte sykdommen har. Terskelen for tvangsinnleggelse for pasienter med HIV eller hepatitt vil være høyere enn for pasienter som er smittet med sykdommer hvor smitte overføres med «vanlig sosial omgang»¹²⁸

8.3 Tvang som nødrett

Som tidligere nevnt er tvang som gjennomføres uten lovhjemmel straffbart, men i Straffelovens § 47 finnes et unntak.

Bestemmelsen sier at man i noen tilfeller kan man gripe straffefritt inn for å forhindre at personer skader seg selv eller materielle ting. For at inngrep kan gjøres må det avgjøres om inngrepet står i samsvar med det man verner. Inngrepet kan heller ikke gjøres i situasjoner som er kjente og som repeteres. For at nødrett kan brukes må det derfor skje noe plutselig og uventet.¹²⁹

Et tenkt tilfelle kan være at en person som er kjent smittebærer trur med infiserte sprøyter. Dette vil være en uventet og truet situasjon, og mulig kan man bruke nødrettsbestemmelsen i slike tilfeller.

¹²⁸ Ot.prp.nr.91 (1992-1993) s. 159.

¹²⁹ Molven (2012) s. 171.

Kan ikke se at en pasient som antas smittet, men som bare ikke vil samarbeide utgjør noe plutselig trussel, så nødrett kan ikke brukes i slike tilfeller.

8.4 Tvang etter EMK

Artikkel 5

EMK art. 5 tar for seg retten enhver har til personlig frihet og sikkerhet, og sier at ingen må frarøves sin frihet hvis dette ikke samsvarer med lov. I tillegg må en av grunnene som listes opp være oppfylt. Med tanke på smitte og tvangsbruk er det bestemmelsen i punkt e) som er aktuell. Denne sier at frihetsberøvelse blant annet er lovlig «for å hindre spredning av smittsomme sykdommer». Lovmessig er bestemmelsen forankret i § 5-3 i smittel.

I en sak fra EMD smittet en med HIV en annen person gjennom seksuell omgang, og det var fare for gjentakelse. Det ble vedtatt at han skulle isoleres med tvang. EMD uttalte at for at man skal kunne tvangsisolere, må dette være absolutt siste mulighet for å forhindre smitte. Andre, mindre inngripende, tiltak må ha vært prøvd først. Sykdommen den smittede har må også være farlig for folkehelsen, noe EMD i denne saken uttalte at HIV var. Likevel kom EMD fram til at tvangsinnleggelse ikke kunne brukes i dette tilfelle, men da fordi det ikke kunne bevises at andre, mindre inngripende, tiltak var prøvd først.¹³⁰

Tvang etter EMK er ikke et selvstendig tvangsgrunnlag. Bruk av tvang krever hjemmel i norsk lov.

¹³⁰ Enhorn v/ Sweden

9 Smittetesting i utlandet

9.1 Danmark

Danmark har også arbeidsmiljølov¹³¹. I motsetning til den norske arbeidsmiljøloven, som blant annet etter § 1 har som formål å «sikre trygge ansettelsesforhold og likebehandling i arbeidslivet», er ikke dette nevnt som hovedformålet med den danske loven. Arbeidsrettslige problemstillinger er i stor grad regulert gjennom avtaler med partene i arbeidslivet.¹³²

Helseopplysninger i arbeidslivet er regulert i helbredsloven. Denne gir ingen spesielle retningslinjer for helsepersonell. I all hovedsak omhandler den arbeidstakere generelt.

Arbeidsgiver kan i forbindelse med ansettelse etter § 2 *”anmode om helbredsopplysninger med det formål at få belyst, om lønmodtageren lider eller har lidt af en sygdom eller har eller har haft symptomer på en sygdom, når sygdommen vil have væsentlig betydning for lønmodtagerens arbejdsdygtighed ved det pågældende arbejde.”* Videre står det at arbeidsgiver må spesifisere hvilke sykdommer de er ute etter.

§ 4 i samme lov åpner for innhenting av helseopplysninger når det har betydning for forbrukere eller andres sikkerhet eller helse, miljøet eller samfunnsinteresser. Betingelse for å innhente helseopplysningene er at disse hensynene overstiger hensynet til arbeidstakeren, og at det er umulig å ivareta hensynet på andre måter.

Videre tillates det at arbeidsgiver kan skaffe opplysninger om hvorvidt arbeidstaker utgjør smittefare. Dette bare hvis det vil være nødvendig for driften av virksomheten etter helbredsloven § 5. Loven stiller også krav til arbeidstakers opplysningsplikt i § 6, hvor det kreves at arbeidstaker på eget initiativ eller etter spørsmål fra arbeidsgiver opplyser om de har symptomer eller har en sykdom som vil ha betydning for deres arbeidsdyktighet.

¹³¹ Arbejdsmiljøloven, som trådte i kraft 2. november 2010.

¹³² NOU 2004:5 kap. 11.1.3.6.

I ”Sundhedsstyrelsens veiledere for forebygging av HIV og hepatitt”¹³³ sies det at uansett smittestatus på både pasient og helsearbeider, så er de generelle prosedyrene for å forebygge smitte nok. Det understrekes at testing mot HIV og hepatitt er frivillig, men at det anbefales at pasienter med stor risiko for smitte tilbys og oppmuntres til testing når de er i kontakt med helsevesenet. Det sies videre at «*Der er således intet job, en hiv-smittet ikke kan passe*”. Det er derfor ingenting i veien for at en HIV smittet ikke skal kunne jobbe i helsevesenet.

Helsepersonell som har fått påvist MRSA skal opplyse arbeidsgiver om dette. Hvis man ikke har symptomer på akutt sykdom, og man har startet behandling, er hovedregelen at helsepersonell skal møte på jobb. Ved arbeid på ekstra utsatte avdelinger, for eksempel intensiv, kan det bli snakk om å omplassere helsepersonellet. Det samme hvis man gjennomgår behandling og ikke blir frisk.¹³⁴

9.2 Sverige

”Arbetsmiljöverkets” forskrift¹³⁵ stiller krav til arbeidsgiver om å vurdere smitterisiko, og sørge for at de ansatte er beskyttet mot smitte. Arbeidsgiver skal sørge for at alle ansatte har tilstrekkelig kunnskap om eventuelle risikofaktorer på arbeidsplassen, og at det finnes prosedyrer for håndtering av smitte.

I ” Smittskyddslagen” kapittel 1 står det at smitteverntiltak ikke skal gå lengre enn det som er forsvarlig for menneskers helse, og det skal skje med respekt for hver enkeltes likeverd personlige integritet.

¹³³ http://www.sst.dk/Sundhed%20og%20forebyggelse/Smitsomme%20sygdomme/Hiv_og_aids.aspx (Lest 30.03.13)

¹³⁴ Vejledning om forebyggelse af spredning af MRSA, 2. udgave, 2012, Sundhedsstyrelsen.

¹³⁵ AFS 2005:1

I kapittel 2 reguleres forebyggende tiltak og varsling av sykdomstilfeller. Der står det at hver og en er pliktig til å ta forhåndsregler for å forebygge sykdom.

Personer som vet eller mistenker at de har en smittsom sykdom må utføre nødvendige tiltak for å beskytte andre fra smitterisiko. Dette innebærer også å fortelle om smitte til sine nærmeste som kan være utsatt for smitterisiko. Hvis lege mistenker at dette ikke blir gjort skal de videreformidle dette. Helsepersonell plikter å være oppmerksomme på eventuell smitte, og lege skal varsle fra ved mistanke eller bekreftet smitte.

Etter kapittel 4 i samme lov plikter personer som vet eller har grunn til å mistenke at de har en smittsom sykdom til umiddelbart kontakte lege, og la legen gjøre de undersøkelsene som behøves for å avklare om personen er smittet. Hvis noen som mistenkes for å være smittet kan utgjøre en offentlig smitterisiko motsetter å la seg undersøke kan det tas beslutninger om tvungen undersøkelse, men bare dersom det er en reel fare for at andre mennesker kan bli smittet.

Ved mistanke eller konstatert smitte skal lege eller annet kompetent helsepersonell drive smitteoppsporing. Pasienten plikter å gi de opplysningene de eventuelt har for å hjelpe med dette. Hvis det er fare for offentlig helse kan personer som har eller mistenkes for å ha smitte isoleres.

Det er den behandlende lege som tar individuelle avgjørelser med tanke på restriksjoner i arbeidsforholdet til smittede helsearbeidere, men dette er ikke spesielt for helsearbeidere. Legen tar slike avgjørelser for arbeidstakere med andre yrker også.

I forbindelse med at helsepersonell kan være smittebærer, og overføre smitte fra en pasient til en annen, kan ikke personell med sår på hender pleie pasienter med MRSA. Som i Nor-

ge, anbefales det også at både pasienter og helsearbeidere som har hatt kontakt med medisinsk behandling i utlandet tester seg.¹³⁶

9.3 USA

I juli 2012 kom helsemyndighetene med oppdaterte retningslinjer¹³⁷ for hvordan helsepersonell smittet med Hepatitt B og HIV skulle håndteres. Retningslinjene var ikke oppdatert siden 1991. Det blir uttalt at siden den gang har det kommet mye ny kunnskap om smittemåter, som også har medført at fokuset på forebygging er blitt mye større.

Det blir anbefalt at alt helsepersonell, både av etiske og profesjonelle grunner, kjenner sin smittestatus med tanke på sykdommer som smitter via blodbanen.

Kronisk smitte bør i seg selv ikke være til hinder for å studere eller ha praksis i helsesektoren. Smittet helsepersonell kan derimot ikke utføre spesielt risikoutsatte prosedyrer uten å ha blitt vurdert av en «ekspertgruppe», som skal ta stilling til hvilke prosedyrer den enkelte kan utføre.

I den gamle veilederen sto det at pasienten skulle informeres hvis helsearbeideren var smittet. Denne anbefalingen går helsemyndighetene bort fra i den nye utgaven, det uttales at denne opplysningsplikten var diskriminerende og uberettiget.

¹³⁶ http://www.socialstyrelsen.se/lists/artikelkatalog/attachments/9190/2007-123-18_200712318.pdf (Lest 12.04.13)

¹³⁷ http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr6103a1.htm?s_cid=rr6103a1_e (Lest 07.03.13)

10 Oppsummering

Det er svært mange arbeidstakere i helsesektoren. Gruppen helsepersonell utgjør flere yrkeskategorier. Som beskrevet tilhører helsepersonell en utsatt yrkesgruppe ved at de på arbeidsplassen i større grad enn andre yrkesgrupper vil kunne bli eksponert for smittsomme sykdommer. I noen tilfeller medfører slik eksponering at de selv kan bli smittet og syke. Andre ganger kan helsepersonell selv være smitekilden når pasienter blir smittet og da påført sykdom og lidelse.

Å forhindre at helsepersonell skal bli smittekilde er både et individuelt ansvar, men også et viktig ansvar for arbeidsgiver. Om forholdene på arbeidsplassen ikke er tilrettelagt slik at helsearbeider kan utføre sitt arbeid forsvarlig er det ikke bare et alvorlig problem, men også brudd på arbeidsgivers lovpålagte tilretteleggingsplikt. På samme måte er det hvis arbeidstaker ikke følger gitte retningslinjer gitt av arbeidsgiver.

Den mest grunnleggende måten for forebygging av smittesaker blant helsepersonell er bruk av hansker og annet verneutstyr. I midlertidig, det kan for eksempel gå hull på hansker uten at man oppdager det. I slike tilfeller ville det være av stor betydning å kjenne smittestatus til pasienten man har vært i befatning med, men pasienter plikter ikke å gi denne opplysningen.

Arbeidsgiver plikter å tilrettelegge slik at helsepersonell kan teste seg frivillig. Dette utføres i varierende grad. I så måte kan det være tilfeldigheter som avgjør om eventuell smitte avdekkes. Dette var dette som var tilfelle når den smittede kirurgen i Tromsø ble avslørt.

Enkelte grupper med helsepersonell er i dag pålagt å teste seg for tuberkulose og MRSA. Dette er nedfelt i egen forskrift hjemlet i lov. Ved å innføre tilsvarende forskrift vil utvidet testing av allmennfarlige smittsomme sykdommer sannsynligvis føre til økt sikkerhet for både helsepersonell og pasienter. Videre vil hovedansvaret bli plassert på arbeidsgiver i et strukturert system, og ikke basert på individuelle avgjørelser blant helsearbeidere. Med tanke på fremtidige smittsomme sykdommer vil det også være viktig at testing skal være i

regi av arbeidsgiver Dette er et ansvar som hører hjemme hos arbeidsgiver. Samtidig vil det være naivt å overlate avgjørelser om slik testing til den enkelte helsearbeider basert på individuell varierende kompetanse, erfaring og interesser.

11 Litteraturliste

Lover

Straffeloven	Almindelig borgerlig Straffelov av 22. mai 1902 nr. 10
Helsetilsynsloven:	Lov om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten m.m av 30. mars 1984 Nr. 15
Smittevernloven:	Lov om vern mot smittsomme sykdommer av 8.mai 1994 Nr.55
Spesialisthelsetjenesteloven:	Lov om spesialisthelsetjenesten m.m av 2. juli 1999 Nr.61
Pasient- og brukerrettighetsloven:	Lov om pasient- og brukerrettigheter av 2. juli 1999 Nr. 63
Helsepersonelloven	Lov om helsepersonell m.v. av 2. juli 1999 Nr. 64
Forsvarspersonelloven	Lov om personell i Forsvaret av 02. juli 2004 nr. 59
Arbeidsmiljøloven:	Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv. av 17. juni 2005 Nr. 62
Helse- og omsorgstjenesteloven:	Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. av 24. juni 2011 Nr. 30

Utenlandske lover

Arbeidsmiljøloven	Bekendtgørelse af lov om arbejdsmiljø. Nr 1072 af 07/09/2010
Helbredslov	Lov om brug af helbredsoplysninger m.v på arbeids- markedet. Nr. 286 af 24/04/1996
Smittskyddslag	SFS E2004:168, 2004-07-01

Forarbeider

Ot.prp.nr.3 (1975-1976)	Arbeidervern og arbeidsmiljø m.v
Ot.prp.nr.1 (1979-1980)	Leger og om lov om tannleger
Ot.prp.nr.33(1983-1984)	Statlig tilsyn med helsetjenesten
Ot.prp.nr.44 (1988-1989)	Yrkesskadeforsikring
Ot.prp.nr.91 (1992-1993)	Vern mot smittsomme sykdommer (smittevernloven)
Ot.prp.nr.13 (1998-1999)	Helsepersonell m v (helsepersonelloven)
Ot.prp.nr.49 (2004-2005)	Om lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv. (arbeidsmiljøloven)
Ot.prp. nr. 65 (2005-2006)	Om lov om endringer i psykisk helsevernloven og pasientrettighetsloven m.v.
Ot.prp.nr.44 (2007-2008)	Forbud mot diskriminering på grunn av nedsatt funksjonsevne (diskriminerings- og tilgjengelighetsloven)
NOU 1990:2	Lov om vern mot smittsomme sykdommer (Smitteloven)
NOU 1992:2	Bedriftshelsetjenesten i fremtiden
NOU 2001: 4	Helseopplysninger i arbeidslivet. Om innhenting bruk og oppbevaring av helseopplysninger i arbeidslivet
NOU 2003: 21	Kriminalitetsbekjempelse og personvern - politiets og påtalemyndighetens behandling av opplysninger
NOU 2004:5	Arbeidslivslovutvalget Et arbeidsliv for trygghet, inkludering og vekst
NOU 2012:17	Om kjærlighet og kjøletårn

Forskrifter

FOR 1996-07-05 nr. 700	Forskrift om forhåndsundersøkelse av arbeidstakere innen helsevesenet – antibiotikaresistente bakterier.
FOR 1996-12-06 nr 1127	Forskrift om systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid i virksomheter
FOR 1998-09-11 nr. 870	Forskrift om tjenestegjøring i internasjonale fredsoperasjoner.
FOR-2005-02-04 nr.80	Forskrift om tapping, testing, prosessering, oppbevaring, distribusjon og utlevering av humant blod og blodkomponenter og behandling av helseopplysninger i blodgiverregistre
FOR 2005-06-17 nr. 610	Forskrift om smittevern i helse- og omsorgstjenesten
FOR 2009-02-13 nr. 205	Forskrift om tuberkulosekontroll
FOR 2011-12-06 nr. 1355	Forskrift om organisering, ledelse og medvirkning

Utenlandske forskrifter:

AFS 2005:1	Arbetsmiljöverkets föreskrifter om mikrobiologiska arbetsmiljörisker
------------	--

Rundskriv:

IS-11/2009	Retningslinjer til §§ 4, 5 og 7 i forskrift om forhåndsundersøkelse av arbeidstakere innen helsevesenet – antibiotikaresistente bakterie
IS-6/2010	Helsepersonells taushetsplikt. Vern av pasientens integritet i helsepersonells samtaler med pasienten.
IS-8/2012	Helsepersonelloven med kommentarer

Konvensjoner/direktiver

C161(1985)	Occupational Health Services Convention
2010/32/EU	Prevention from sharp injuries in the hospital and healthcare sector

Rettspraksis

Rt. 1962 s. 994	(Svulstoperasjondommen)
Rt. 1978 s. 482	(Strålebehandlingsdommen)
Rt. 1980 s. 1299	(Ulnarisnervedommen)
Rt. 1988 s. 959	(Henki-saken)
Rt. 1989 s. 1363	(Sosialarbeiderdommen)
Rt. 1990 s. 607	
Rt.1995 s.227	(Renovatørdommen)
Rt. 2001 s. 418	(Kårstø-dommen)

LB-2000-3513

LG-2006-100708

Oslo Byrett 2.juli 1997 (Sak nr.: 96-6336A/13)

EMD (1988)	Niemietz v/ Tyskland
EMD (1993)	Peters v/ Nederland
EMD (2000)	Enhorn v/ Sweden.

Tilsynssaker

Tilsynssak 2008/1241.

Tilsynssak 2004/1741

Faglitteratur

- Befring, Anne Kjersti C. *Jus i helse- og sosialtjenesten*. 2007
- Eckhoff, Torstein. *Rettskildelære*. 5. utg ved Jan E. Helgensen. Oslo, 2001.
- Eidsvaag, Tine. *Handlaus gjæte: vern mot utstøting og diskriminering av arbeidstakere med helseproblemer eller funksjonsnedsettelse*. Bergen, 2008
- Høstmælingen, Njål. *Internasjonale menneskerettigheter*. Oslo, 2006
- Jakhelln, Henning. *Oversikt over arbeidsretten*. 2010
- Kjølaas, Christian. *Personvern i arbeidsforhold*. Oslo, 2010
- Kjønstad, Asbjørn. *Helserett: pasienters og helsearbeideres rettsstilling*. 2. utg. Oslo, 2007
- Kjønstad, Asbjørn og Aslak Syse. *Velferdsrett 1*, 5. utg. Oslo, 2012
- Molven, Olav. *Helse og jus*, 7. utg. Oslo, 2012
- Ohnstad, Bente. *Juss for helse- og sosialarbeidere*, 5. utg. Bergen, 2013
- Ohnstad, Bente. *Helsepersonells juridiske ansvar*. Oslo, 1995
- Skarning, Nicolay. *Sykefravær*. 2011
- Syse, Aslak, Morten Kjelland og Rolf Gunnar Jørstad. *Pasientskaderett*. Oslo, 2011

Artikler

- Hansen, Grete, *Forsvarets hvite frakker*. Bioingeniøren nr.3 2008
- Husøy, Astrid-Mette, *Stikkskader og melderutiner*, Tidsskr Nor Legeforen nr. 7, 2010

Uttalelser

- Uttalelse 2001/9253 EO
- Uttalelse LDN-2011-40

Nettsteder

www.arbeidstilsynet.no

www.cdc.gov

www.legeforeningen.no

www.nytimes.com

www.regjeringen.no

www.socialstyrelsen.se

www.sst.dk

www.sykepleien.no

www.unaids.com

www.unn.no

Annet

Statens helsetilsyn årsrapport 2012

MRSA veileder

Veileder til smittevernloven IK-2552

Intensjonsavtale om mer inkluderende arbeidsliv

Vejledning om forebygging af spredning

Meldingssystem for smittsomme sykdommer, Nasjonalt folkehelseinstitutt.

Personlig meddelelse

Thomsen, Mette Willumstad (NPE) E-post. 23.04.13