



Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep

N-0030 OSLO

Vår saksbehandler Eli Sagvik	Vår ref. 18 /40942//G16// oppgis ved alle henv.	Deres ref.	Dato 29.11.2018
---------------------------------	---	------------	--------------------

Svar - Høringsnotat forslag om endringer i smittevernloven

Det vises til høringsbrev av 22.08.18 og tilhørende høringsnotat "Forslag til endringer i smittevernloven m.m."

På vegne av Trondheim kommune avgis følgende høringsuttalelse:

Lovforslaget bygger på gjeldende lov som har til hensikt å beskytte både enkeltindividet og samfunnet. Loven trådte i kraft i 1995 og har i all hovedsak fungert godt, men vi støtter at det er et behov for enkelte klargjøringer og presiseringer.

Det foreslås mindre endringer i Fylkesmannens oppgaver samt en tydeliggjøring av rollene til Helseinspektoren og Folkehelseinstituttet. Videre foreslås en styrking av det regionale leddet ved å presisere de regionale helseforetakenes oppgaver innenfor smittevern. Vi oppfatter at enkelte av forslagene vil føre til større endringer i organiseringen av smittevernarbeidet i Norge, som igjen vil kreve en grundigere utredning. Det fremstår også som en mangel ved notatet at kommunen, som har en sentral stilling i helsetjenestens smittevernarbeid, ikke er nærmere vurdert og omtalt.

Trondheim kommune støtter i all hovedsak forslagene presentert i kap. 4, 5, 6, 10, 11, 12,13 og 14 og har kun noen kommentarer til det foreslåtte:

1. Ny bestemmelse om generelle vilkår for bruk av smitteverntiltak – kap. 4

Trondheim kommune støtter forslaget med å lovfeste de fire vilkårene for bruk av smitteverntiltak. Det vil tydeliggjøre hva som skal være vurderingstemaene ved iverksettelse av smitteverntiltak etter loven. Dette er for det første frivillighet, for det andre at det skal foreligge en klar medisinskfaglig begrunnelse, for det tredje at tiltaket skal være nødvendig av hensyn til smittevernet og for det fjerde være tjenlig etter en helhetsvurdering. Bestemmelsen vil blant annet bidra til å sikre proporsjonalitet og at tiltakene i første rekke skal være basert på frivillighet.

2. Informasjon og personlig smittevernveiledning – kap. 5

Trondheim kommune støtter endringsforslagene som tydeliggjør viktigheten av smittevernveiledningen gjennom en presisering av innholdet i personlig smittevernveiledning i bestemmelsen i § 2-1 og med en tydeliggjøring av pliktene etter loven med en henvisning til tvangsreglene i lovens kapittel 5. Dette vil sikre sammenheng i regelverket og den enkelte vil være informert om tvangsreglene.

Postadresse:
TRONDHEIM KOMMUNE
Kommunaldirektør helse og velferd

Besøksadresse:

Telefon:
+47

Telefaks:
+47

Organisasjonsnummer:
NO 942 110 464

E-postadresse:

Internettadresse:

3. Tvangstiltak – kap. 6

Trondheim kommune er enig i at det av hensyn til samfunnet er nødvendig å ha adgang til å bruke tvang i de få tilfellene der samfunnet må beskyttes mot videre smittespredning. Rettssikkerhet er et grunnleggende prinsipp. Derfor er det viktig at det er klare krav til vilkår som må være oppfylt for at det skal være adgang til å bruke tvang. Reglene om overprøving av vedtak bidrar også til rettssikkerhet for den enkelte.

Vi er enige i at det er nødvendig å endre tvangsreglen i smittevernloven, slik at man får en mulighet for å fatte hastevedtak også når diagnosen er kjent, slik at vi støtter forslaget til endring av loven slik at hastevedtak om isolering etter § 5-3 kan fattes etter de samme begrensningene som gjelder for hastevedtak etter § 5-2. For å begrense adgangen til tvungen isolering gjennom hastevedtak støtter vi forslaget om et nytt andre ledd i gjeldende § 5-8 som sier at et hastevedtak etter § 5-3 bare kan gjøres i inntil sju dager og i påvente av at vedtak fattes av smittevernemnda.

Vi støtter også presiseringen av hva vilkåret om smittefrihet innebærer, slik at det fremgår tydelig at behandlingen må fullføres. Dette for å unngå fare for resistensutvikling eller at personen igjen raskt blir smitteførende.

Vi vil også påpeke at det må sikres beredskap både for kommunelege og utpekt lege i helseforetak, og at denne plikten til å organisere beredskap bør tydeliggjøres i lovteksten.

Forberedelse og tidsfrist for behandling av saker i smittevernemnda – punkt 6.2.3:

Trondheim kommune støtter forslaget om å fjerne fylkesmannen som mellomledd da det fremstår som unødig forsinkelse av saksgangen. Vi støtter også endringen i § 5-7 første ledd der det presiseres at smittevernemnda skal komme sammen så raskt som mulig og senest innen sju dager for å drøfte og fatte vedtak i saken. Denne presiseringen mener vi tydeliggjør at smittevernemnda skal komme sammen så raskt som mulig og senest innen sju dager, og det tydeliggjør også at vedtak skal gjøres umiddelbart etter drøftingene.

4. Utvidelse av hjemmelen for forhåndsundersøkelse for smittsomme sykdommer - kap. 12

Trondheim kommune støtter utvidelse og presisering i dette kapittelet med en ny bestemmelse i smittevernloven § 3-2 bokstav b som gir hjemmel til å fastsette krav om forhåndsundersøkelse for personer som skal oppholde seg i Norge som ledd i kulturutveksling eller lignende. Denne formuleringen vil dekke au parer.

Vi støtter også forslaget om endring i forskrift om tuberkulosekontroll i § 3-1 bokstav b som er en konsekvens av den foreslåtte endringen i smittevernloven § 3-2. Det foreslås videre i forskrift om tuberkulosekontroll § 3-2 siste ledd at vertsfamilie eller lærested eller lignende, på lik linje med arbeidsgiver, vil ha plikt til å påse at negativt resultat foreligger før det etableres kontakt med barn.

5. Varslingsplikt for tannleger – kap. 13

Trondheim kommune støtter de presenterte endringsforslagene, som omfatter forslag om å tilføye varslingsplikt for tannlege i § 2-3 første ledd med begrunnelsen at noen sykdommer kan oppdages ved tannlegeundersøkelse samt forslag om at § 2-3 første ledd andre punktum skal lyde: "En *lege, sykepleier, jordmor, helsesøster eller tannlege* som i sin virksomhet oppdager en smittet person har varslingsplikt etter forskrifter gitt i medhold av fjerde ledd uten hinder av lovbestemt taushetsplikt."

6. Øvrige endringer - kap. 14

Trondheim kommune støtter endringene i dette kapittelet med presisering og tydeliggjøring av hva som menes med smittsom sykdom og definisjonen "smittet person."

Videre støtter vi endringene i §§ 6-1 og 6-2. Endringene i § 6-1 tydeliggjør begrepet nødvendig smittevernhjelp, slik at reglene samsvarer med pasientrettighetsregelverket og nyere helselovgivning.

Organisatoriske forslag – kap. 7 – 9

Trondheim kommune mener det er noen uklarheter knyttet til forslagene presentert i kap. 7, 8 og 9. Vi mener også at det er en mangel ved notatet at kommunens rolle ikke er tydeligere drøftet. Vi mener det er viktig å vurdere virkemidler for å sørge for at kommunene faktisk organiserer seg slik at kommunelegene har den tilgjengeligheten som forutsettes i smittevernloven og MSIS-forskriften. Håndtering av utbrudd og andre smittevernhendelser må i de fleste tilfeller uansett håndteres lokalt i kommunen av smittevernlegen.

7. Fylkesmannen – kap. 7

Trondheim kommune støtter forslaget om en justering av ordlyden slik at fylkesmannen får et bredere perspektiv på smittevernet generelt og ikke bare allmennfarlige smittsomme sykdommer.

Departementet har videre vurdert om fylkesmannens oppgaver når det gjelder regional samordning, både løpende og i beredskapssituasjoner, bør komme tydeligere til uttrykk i bestemmelsen. Vi støtter en lovfesting av fylkesmannens ansvar for samordning på kommunalt og regionalt nivå innenfor smittevern. God kommunikasjon ved større utbrudd av smittsomme sykdommer, og samordning av beredkapsplaner i kommuner og fylkeskommuner er vesentlig for at samfunnet skal kunne være tilstrekkelig forberedt.

Forslaget om å oppheve varsel til fylkesmannen i de ulike bestemmelsene om varsling i MSIS-forskriften kapittel 3 virker motstridene til ovenstående forslag som vi mener styrker fylkesmannen rolle når det gjelder regional samordning av smittevernet. Vi savner en klarere beskrivelse av fylkesmannens rolle.

Vi støtter forslaget om å oppheve plikten til å varsle fylkesmannen hvis kommunelegen ikke er tilstede etter smittevernloven § 4-10, og endre mottaker til Folkehelseinstituttet.

8. Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet – kap. 8

Trondheim kommune støtter at det gjøres en gjennomgang av rollene til Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet, men er usikker på om forslagene gir god nok avklaring av rollene.

Nærmere om Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratets roller i smittevernberedskap punkt 8.2.1 og samordning ved utbrudd punkt 8.2.3

Det er i forslaget reist spørsmål om det er nødvendig å lovfeste at Folkehelseinstituttet skal koordinere utbruddsoppløsing. Departementet vurderer at dagens ordlyd er dekkende for Folkehelseinstituttets virksomhet, men mener likevel at ytterligere tvil kan unngås ved at det presiseres at Folkehelseinstituttet også skal samordne utbrudd i § 7-9 andre ledd. Vi mener at forslaget til presisering av bestemmelsen lovfester en allerede etablert praksis og vil ikke endre ansvaret for iverksettelsen av smitteverntiltak eller andre ansvarsforhold etter loven.

Med henvisning til lovteksten ovenfor stiller vi spørsmål om det er hensiktsmessig at det er Helsedirektoratet som skal lede arbeidet i kriser og andre beredskapssituasjoner på smittevernområdet, som etter vår vurdering i hovedsak vil omfatte håndtering av utbrudd, varsel etter IHR-forskriften og mistanke eller påvisning av varslingspliktige smittsomme sykdommer. Vi mener at i slike situasjoner vil det være spesielt viktig med en god organisering som inkluderer klare og tydelige råd fra Folkehelseinstituttet som har ansvaret for å samordne og koordinere tiltakene. Vi mener derfor at Folkehelseinstituttet vil være de som best kan ivareta oppgaven med å lede arbeidet i kriser og andre beredskapssituasjoner på smittevernområdet. Dette er særlig viktig i kriser og beredskapssituasjoner ettersom ansvarsfordelingen skal være den samme i kriser som til daglig, jf. ansvarsprinsippet.

Nærmere om "råd" punkt 8.2.2

Både Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet er tillagt en rådgivende rolle i henhold til smittevernloven, jf. §§ 7-9 og 7-10. Det overordnede målet er at det skal gis klar anvisning til helsetjenesten og befolkningen om hva som anbefales på smittevernområdet. Dette forutsetter et godt samarbeid mellom disse to institusjonene, både løpende, og ved spesielle hendelser. Det kan ifølge notatet være vanskelig å sørge for

at alle råd som gis er fullt ut avklart med den andre institusjonen, selv om det så langt det er mulig skal det gjøres.

Vi opplever at det er utfordrende å forholde oss til to organer som gir råd om samme tema og som ikke alltid er koordinert. Det er tidkrevende og kan skape usikkerhet om hvilke råd som gjelder. En tydeliggjøring av ansvarsforholdet mellom disse institusjonene er nødvendig for å gjøre kommunikasjon og kunnskapsoverføring mer hensiktsmessig. Vi er usikker om forslaget om å presisere i § 7-9 om Folkehelseinstituttet at de skal gi "faglig" bistand, råd, veiledning og informasjon og at "råd" strykes fra bestemmelsen om Helsedirektoratets oppgaver i § 7-10 første ledd, er nok til å klargjøre dette.

På smittevernområdet har Folkehelseinstituttet spisskompetanse basert på overvåking og kunnskap om den epidemiologiske situasjonen nasjonalt og internasjonalt. Folkehelseinstituttet er nasjonalt kontaktpunkt for WHO og EU. Folkehelseinstituttet har ansvar for Nasjonalt vaksinasjonsregister (SYSVAK), Meldingssystem for smittsomme sykdommer (MSIS), resistensregistrene NOIS, NORM og RAVN, Smittevernvakta. Eksempler på Folkehelseinstituttets faglige råd på smittevernfeltet er Smittevernveilederen, Utbruddsveilederen for utbrudd som skyldes mat, vann eller dyr, Vaksinasjonsveilederen og Ebolaveilederen. Slike veiledere er nødvendige for den løpende rådgivningen og veiledningen i smittesituasjoner. Vi vil fremheve viktigheten av å beholde og bevare et sterkt faglig miljø ved Folkehelseinstituttet, som kan gi faglige råd og veiledning samt bistå ved utbruddsoppløring. Dette kommer også frem i rapporten om "Smittevern i kommunene" fra 2016, hvor de fleste kommunelegene oppgir Folkehelseinstituttet som deres viktigste rådgiver i smittevernsspørsmål.

9. Regionale helseforetak – kap. 9

Trondheim kommune støtter departementets vurdering av at det er behov for å tydeliggjøre det regionale helseforetakets rolle i smittevernloven samt at det er behov for å styrke smittevernarbeidet både i spesialisthelsetjenesten og i det kommunale arbeidet.

Vi støtter også at de regionale kompetansesentrene hjemles i lov, men vi mener at forslaget innebærer en betydelig utvidelse av rollen til de regionale kompetansesentrene, som burde utredes bedre før iverksettelse. Vi mener at kapittel 9 fremstår utydelig og det er behov for oppklaringer.

Det regionale helseforetaket skal etter § 7-3 andre ledd utarbeide en plan om foretakets tiltak og tjenester for å forebygge smittsomme sykdommer eller motvirke at de blir overført. Departementet stiller spørsmål om den gjelder for hele regionen eller bare for det regionale helseforetaket. Forslaget anbefaler at det bør presiseres i bestemmelsen at planen skal gjelde for helseregionen.

Vi mener at oppgavene til det regionale helseforetaket framgår av forskrift om smittevern i helsetjenesten § 3-1, hvor det fremgår at det regionale helseforetaket har det overordnede ansvaret for smittevernarbeidet i de helseinstitusjonene det eier, og at status for regionen bør nedfelles i smittevernplanen, jf. smittevernloven § 7-3 annet ledd. Forskriftens § 3-1 beskriver det regionale helseforetakets ansvar for helseforetakene i regionen, og vi mener at det er disse to nivåene det refereres til i forskriften.

Det regionale helseforetaket har ingen styringslinje inn mot kommunehelsetjenesten, og det regionale helseforetaket kan ikke ha ansvar for å lage planer for kommunens arbeid med smittevern. Det må tydeliggjøres at kommunen har det overordnede ansvaret for etablering, tilrettelegging og oppfølging av infeksjonskontrollprogram ved kommunale helseinstitusjoner og for ivaretagelse av smittevern for kommunens innbyggere. Kommuner som ønsker bistand, kan ta kontakt med det regionale helseforetaket for å få et tilbud om smittevern bistand til sine kommunale helseinstitusjoner, som det fremgår av forskrift om smittevern i helsetjenesten § 3-1 tredje ledd. Kommunen skal betale for slike tjenester.

Ved å lovfeste og presisere det regionale kompetansesenterets rolle, som i dag fremgår av forskrift, mener Departementet at det regionale og kommunale smittevernarbeidet vil styrkes. I forslaget står følgende: *"Blant annet vil kommuneleger i utbruddssituasjoner kunne få bistand i større grad, både når det gjelder enkeltpasienter og i det generelle, løpende smittevernarbeidet og særlig ved utbrudd. En lovfesting vil kunne*

bidra til en samordning av de to nivåene i helsetjenesten, og ha en koordineringsfunksjon overfor Folkehelseinstituttet. Folkehelseinstituttet på sin side har en rolle ved å koordinere faglig disse sentrene, for å heve kompetansen i hele landet og håndtering av utbrudd lokalt. Oppgavene til kompetansesentrene framgår av forskrift om smittevern i helsetjenesten § 3-1 fjerde og femte ledd. Departementet mener at disse oppgavene kan videreføres uten endringer.”

Dette avsnittet virker for oss utydelig i forhold roller og hvem som skal koordinere utbruddshåndteringen. Det kommer ikke tydelig frem om det gjelder smittevern i helsetjenesten eller om det gjelder for hele smittevernfeltet inkludert utbruddshåndtering utenfor helseinstitusjoner. I følge smittevernloven skal oppklaring og håndtering av utbrudd av smittsom sykdom i kommunen koordineres av kommunens smittevernlege. Det regionale helseforetaket skal sørge for at befolkningen er sikret nødvendig spesialistundersøkelse, laboratorieundersøkelse, poliklinisk behandling og sykehusbehandling, forsvarlig isolering i sykehus, og annen spesialisthelsetjeneste.

Kommunene trenger gode overvåkingsdata, råd og veiledning samt koordinering ved hendelser som involverer flere kommuner eventuelt hele landet. Folkehelseinstituttet har utviklet faglige råd på smittevernfeltet gjennom faglige veiledere som Smittevernveilederen, Utbruddsveilederen for utbrudd som skyldes mat, vann eller dyr, Vaksinasjonsveilederen og Ebolaveilederen. Vi mener at den rådgivningen og bistanden kommunene får av Folkehelseinstituttet er viktig å opprettholde. Vi mener at forslaget om at de regionale kompetansesentrene skal ha en regional koordineringsfunksjon overfor kommunene i regionen ikke vil styrke det kommunale smittevernarbeidet. Det kan medføre variasjon i smittevernårene og dobbeltarbeid, i tillegg til økt ressursbruk til koordinering. Vi mener denne organiseringen ikke vil gi kommunene bedre råd og veiledning enn Folkehelseinstituttet.

I forslaget viser Departementet til spesialisthelsetjenesteloven § 6-3 som regulerer veiledningsplikten overfor den kommunale helse- og omsorgstjenesten: *“Ved å lovfeste et regionalt kompetansesenter for smittevern vil senteret kunne ivareta veiledningsplikten overfor kommunenivået”.*

Denne plikten gjelder allerede og vi mener at det ikke vil endres av de foreslåtte endringene i smittevernloven. Så det er uklart hva som konkret foreslås her.

Videre viser Departementet til at alle kommuner har plikt til å inngå samarbeidsavtale med foretak i helseregionen jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 6-1. I følge spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 e andre ledd skal de regionale helseforetakene sørge for at det inngås samarbeidsavtaler som nevnt i helse- og omsorgstjenesteloven § 6-1.

Departementet viser til muligheten for at kommunene og helseforetaket i sine samarbeidsavtaler tar inn punkter om smittevern. Også den muligheten ligger der i dag og vi mener at det ikke vil endres av de foreslåtte endringene i smittevernloven. Vi er enig i at en av målsettingene for samarbeidsavtalene er å oppnå en helhetlig og sammenhengende tjeneste ved å konkretisere oppgave- og ansvarsfordelingen mellom kommuner og helseforetak, og å etablere gode samarbeidsrutiner på sentrale samhandlingsområder.

10. Administrative og økonomiske konsekvenser – kap. 15

Vi mener at forslagene i kapittel 9 vil medføre økonomiske og administrative endringer av betydning. Vi mener dette er endringer som må utredes nærmere. Dersom man mener at det regionale helseforetaket skal ha en regional koordineringsfunksjon for en sammenhengende smittevernkjede i samarbeid med kommunelegen i den enkelte kommune, er dette nye oppgaver for det regionale helseforetaket som det vil ta tid og ressurser å bygge opp.

TRONDHEIM KOMMUNE
Kommunaldirektør helse og
velferd

Vår referanse
18/40942

Vår dato
29.11.2018

Med hilsen
TRONDHEIM KOMMUNE

Helge Garåsen
kommunaldirektør

Eli Sagvik
smittevernansvarlig lege

Dokumentet er godkjent elektronisk og har derfor ingen underskrift.