

temenn til ansatte, og at dette ikke innebærer noen realitetsendringer. Utformingen av bestemmelsen har liten betydning for varslingsplikten, men direktoratet mente at det er uheldig at det i særlovgivningen nyttes regulering som etter sin ordlyd direkte ansvarliggjør den enkelte ansatte i politiet for ansvar og oppgaver som reelt påhviler politiet som etat. Direktoratet foreslo endringer til etatsnavn i første og andre ledd slik at reglene blir i samsvar med tredje og fjerde ledd i bestemmelsen. Dette forslaget er ikke fulgt opp av hensyn til de likelydende bestemmelsene i folkehelseloven

og Forskrift om varsling av og tiltak ved alvorlige hendelser av betydning for internasjonal folkehelse mv. (IHR-forskriften).

Bavarian Nordic skrev at bioterror bør dekkes av loven, siden det i slike hendelser kan oppstå smitte mange steder samtidig og være mer utfordrende å håndtere. En lang rekke myndighetsaktører må involveres.

I høringsnotatet ble det også foreslått forskriftsendringer som konsekvens av de foreslåtte lovendringene. Nødvendige endringer i forskrifter vil bli fastsatt etter behandlingen av lovforslagene.

4 Ny bestemmelse om grunnleggende krav ved bruk av smitteverntiltak

4.1 Gjeldende rett

Smittevernloven gir det nødvendige hjemmelsgrunnlaget for å kunne håndtere både krisepregete situasjoner og mer langsiktige forebyggende tiltak, som for eksempel vaksinasjon. Flere bestemmelser tar sikte på å sikre gjennomføringen av det løpende smittevernarbeidet. Andre deler av loven er i hovedsak å betrakte som beredskapsbestemmelser, med fullmaktshjemler til å fastsette forskrifter om gjennomføringen av tiltak. I flere av bestemmelsene er det satt som vilkår for bruk av tiltak at hensynet til smittevernet krever det eller at faren for smitteoverføring er avgjørende for å sette inn tiltak. Dette omfatter både forskriftshjemler for departementet, for eksempel § 3-1 om undersøkelser av befolkningen og § 3-2 om forhåndsundersøkelser av arbeidstakere mv., og tiltak der myndigheten til å fatte vedtak ligger hos kommunestyret, jf. § 4-1 om møteforbud, stenging av virksomhet mv.

Det er utarbeidet en veileder til smittevernloven (IK-8/95) og i veilederens pkt. 1.4.2 om lovens rettssikkerhetsgarantier presiseres fire generelle hovedvilkår som må oppfylles ved bruk av tiltak 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 at tiltaket skal være tjenlig etter en helhetsvurdering. Det fremgår videre at dette er hovedvilkårene som går igjen i loven med ulike formuleringer og som må oppfylles for alle viktige tiltaks vedkommende. Dette omtales som sperremekanismer for å sikre den enkelte borger mot vilkårlighet fra forvaltningen.

4.2 Forslag i høringsnotatet

I høringsnotatet foreslo departementet en ny bestemmelse i § 1-5 for å tydeliggjøre og lovfeste

de fire vilkårene som skal vurderes ved iverksettelse av smitteverntiltakene etter loven.

Departementet mente for det første at særlig vilkåret om at det i utgangspunktet skal vurderes frivillighet ved bruk av smitteverntiltak er av vesentlig betydning og en lovfesting ville tydeliggjøre at det er et hovedprinsipp ved alle tiltak. I flere bestemmelser i loven er dette bare forutsatt, mens andre steder fremgår det uttrykkelig.

For det andre ble det foreslått et vilkår om at det må foreligge en klar medisinskfaglig begrunnelse ved iverksettelse av et tiltak. Dette vilkåret innebærer at smitteverntiltaket må være relevant for den sykdommen det gjelder og at tiltaket alene eller sammen med andre tiltak har vist effekt i lignende situasjoner.

Det tredje vilkåret som ble foreslått i høringsnotatet er at smitteverntiltaket må være nødvendig av hensyn til smittevernet. Eksempelvis kan det dreie seg om situasjoner der det kan være en åpenbar fare for smitteoverføring, men der omstendighetene likevel tilsier at tiltaket ikke har noen hensikt.

Det fjerde vilkåret innebærer at tiltaket må fremstå som tjenlig etter en helhetsvurdering. Nyten må veies mot eventuell ulempe, skade eller integritetskrenkelse som tiltaket kan medføre. Dersom nytten er liten eller tvilsom og belastningene ved tiltaket er store, bør tiltaket ikke gjennomføres. I dette vilkåret ligger det med andre ord en proporsjonalitetsvurdering.

Departementet foreslo i høringsnotatet at vilkårene i den nye bestemmelsen ikke skulle være absolutte, men at det måtte foretas en vurdering før iverksettelse av et tiltak etter loven.

Formålet med bestemmelsen er blant annet å bidra til å sikre proporsjonalitet og at tiltakene i første rekke skal være basert på frivillighet. Departementet presiserte i høringsnotatet at det likevel vil være adgang til å bruke tvangsbestemmelsene i smittevernloven, etter en vurdering av vilkårene i de aktuelle bestemmelsene.

4.3 Høringsinstansenes syn

Regionalt kompetansesenter for smittevern Helse vest, Gjøvikregionen Helse og miljøtilsyn IKS, Trondheim kommune og Norsk forening for infeksjonsmedisin støttet forslaget.

Legeforeningen støttet forslaget, særlig at det presiseres at frivillighet skal ligge til grunn og at det stilles krav til evidens om proporsjonalitetsvurdering for alle tiltak som vurderes. *Norsk sykepleierforbund* støttet forslaget og at frivillighet trekkes frem som et gjennomgående hovedprinsipp. *Statens helsetilsyn* støttet forslaget og pekte på at endringene vil kunne bidra til å redusere faren for utbrudd av allmennfarlige smittsomme sykdommer i en tid hvor blant annet befolkningens reisevaner stadig øker.

Holmestrand kommune mente at forslagene til presiseringer er tydelige og gode, spesielt proporsjonalitetsvurderingene, og støttet forslaget.

Justis- og beredskapsdepartementet skrev at det er uklart hvilken rettslig funksjon bestemmelsen skal ha, og hvordan den er ment å forholde seg til de enkelte inngrepsbestemmelsene i kapittel 5. Bruk av tvang etter smittevernloven vil utgjøre et inngrep i individets menneskeretter etter Grunnloven og den europeiske menneskerettighetskonvensjonen (EMK). Spørsmålet om inngrepet må anses nødvendig og forholdsmessig står sentralt. For å synliggjøre at det alltid må foretas en forholdsmessighetsvurdering når det treffes vedtak om tvang vil det etter Justis- og beredskapsdepartementets syn være en fordel om dette fremgår direkte av loven. Forslaget i høringsnotatet bidrar etter deres vurdering ikke i tilstrekkelig grad til klargjøring av regelverket på disse punktene.

Smittevernlegene skrev at loven har fungert siden ikrafttredelsen uten denne regelen og mente at begrunnelsen for forslaget er tynt. De pekte videre på at det kan bli misforståelser når noen andre bestemmelser nevner enkelte av vilkårene og stiller spørsmål ved om vilkårene bør fjernes fra disse andre bestemmelsene dersom § 1-5 vedtas.

Smittevernlegene skrev videre at vilkåret om «klar medisinskfaglig begrunnelse» er opplagt, men samtidig vanskelig å tolke. Det er viktig at man ikke forutsetter et for høyt nivå av vitenskapelig bevis for et tiltak. En del smitteverntiltak bygger på teoretiske overlegninger eller modelleringer; tiltakene er ikke prøvd ut i vitenskapelige studier. De viste til at forslagens krav om at tiltaket «har vist effekt i lignende situasjoner» kan være for strengt. Videre bør nivået for bevis ses i for-

hold til trusselens størrelse og hvor inngripende og dyrt tiltaket er, altså en forholdsmessighetsvurdering. Et konkret eksempel er at ved en alvorlig ny epidemi kan det være at kommuneoverlegen vil iverksette et billig og lite inngripende tiltak som har bare et svakt smittevernfaglig grunnlag. Den nye bestemmelsen bør ikke være en for høy skranke for slike tiltak.

Folkehelseinstituttet minnet om at loven har fungert meget bra uten en slik bestemmelse. Vilkåret om medisinskfaglig begrunnelse må ikke tolkes for strengt, det må ikke være krav om vitenskapelig bevist effekt, og må sees i forhold til både grad av smittetrussel og hvor inngripende tiltaket er.

Helsedirektoratet støttet forslaget, men mente at formuleringen «fremstår som» tjenlig etter en helhetsvurdering understreker skjønnsmonnet bedre.

4.4 Departementets vurderinger og forslag

I lys av høringsinstansenes merknader opprettholder departementet forslaget i høringsnotatet, men vil også forslå at det skal fremgå uttrykkelig av lovens ordlyd at det skal foretas en forholdsmessighetsvurdering. Departementet mener at formuleringen *grunnleggende krav* bedre reflekterer bestemmelsens innhold sammenlignet med forslaget som ble sendt på høring, der formuleringen *vilkår* er brukt. Forslaget til ny bestemmelse i § 1-5 supplerer vilkårene i bestemmelsene om smitteverntiltak, med unntak av §§ 5-2 og 5-3 som har flere og strengere vilkår.

Utgangspunktet er at smitteverntiltak skal baseres på frivillighet, men det er likevel adgang til å gjøre unntak fra frivillighet dersom det foreligger hjemmel. Departementet vil understreke at det er vesentlig at frivillighet er forsøkt i første omgang ved bruk av smitteverntiltak og at dette har en selvstendig betydning som rettssikkerhetsgaranti.

Smittevernlegene og *Folkehelseinstituttet* pekte i høringen på at loven har fungert meget bra uten en slik bestemmelse. Departementet er enig i dette, men viser til at disse vilkårene fremgår av smittevernlovens veileder. Vilkårene har dermed i praksis vært oppfattet og praktisert som en del av smittevernregelverket. Departementet mener at rettssikkerhetsmessige hensyn tilsier lovfesting av vilkårene. Presiseringen i loven av disse kriteriene innebærer etter departementets syn dermed ikke endring av praksis.

Smittevernlegene og Folkehelseinstituttet mente videre at vilkåret om medisinskfaglig begrunnelse ikke må tolkes for strengt, det må ikke være krav om vitenskapelig bevist effekt, og det må sees i forhold til både grad av smittetrussel og hvor inngripende tiltaket er. Departementet viser til at det ikke stilles krav om vitenskapelig dokumentert effekt, men at kravet til en medisinskfaglig begrunnelse innebærer at tiltaket som et minimum må være relevant for den aktuelle sykdommen etter en medisinskfaglig vurdering. Smittevernlegene ga som eksempel at ved en alvorlig ny epidemi kan det være tilfelle at kommuneoverlegen vil ønske å iverksette et billig og lite inngripende tiltak som har bare et svakt smittevernfaglig grunnlag. Den nye bestemmelsen bør derfor ikke oppstille en for høy skranke for slike tiltak. Departementet understreker at det vil bero på konkret skjønn i den aktuelle situasjonen om det er tilstrekkelig medisinskfaglig begrunnelse for tiltaket.

Departementet slutter seg til *Helsedirektoratets* forslag om at formuleringen «*fremstår som*» tjenlig etter en helhetsvurdering understreker skjønnsmonnet i det siste vilkåret bedre. En slik ordlyd reflekterer at det ikke i alle situasjoner vil være mulig å fastslå med sikkerhet om tiltaket er tjenlig

og at det er tilstrekkelig at tiltaket fremstår som tjenlig.

Justis- og beredskapsdepartementet mente at det vil være en fordel om det fremgår direkte av loven at det alltid skal foretas en forholdsmessighetsvurdering ved bruk av tvang, og det ble vist til individets menneskeretter etter Grunnloven og EMK.

Departementet viser til at kravet om at tiltaket må fremstå som tjenlig ut fra en helhetsvurdering innebærer at tiltaket må kunne gjennomføres uten å påføre dem som tiltaket gjelder unødig stor ulempe eller skade og uten urimelig krenkelse av enkeltpersoners integritet. Kravet inneholder etter departementets syn at det skal gjøres en vurdering av forholdsmessigheten. Departementet vurderer likevel at en lovfesting av forholdsmessighetsvurdering er nødvendig, slik *Justis- og beredskapsdepartementet* skrev i sitt høringssvar. Departementet viser videre til at denne nye bestemmelsen i § 1-5 er en lovfesting av praksis, og vil i realiteten ikke innebære endringer utover å tydeliggjøre hvilke kriterier som skal vurderes ved enhver bruk av smitteverntiltak, utenom §§ 5-2 og 5-3. Hva som vil regnes som et uforholdsmessig inngrep, vil måtte avgjøres konkret i den enkelte sak.

5 Informasjon og personlig smittevernveiledning

5.1 Gjeldende rett og praksis

Ved mistenkte eller påviste tilfeller av allmennfarlige smittsomme sykdommer skal legen informere og veilede pasienten etter § 2-1, mens pasienten på sin side har plikt til å ta imot den personlige smittevernveiledningen, jf. § 5-1 siste ledd.

For det første skal legen gi informasjon om sykdommen og relevant regelverk, og for det andre skal legen gi personlig smittevernveiledning. Den personlige smittevernveiledningen skal være spesielt tilpasset den enkelte og gjelde hva den smittede kan gjøre for å motvirke at sykdommen blir overført til andre, jf. § 2-1 første ledd bokstav b. Hovedinnholdet av informasjonen og den personlige smittevernveiledningen som legen gir til den smittede, skal føres inn i pasientens journal, jf. bestemmelsens siste ledd.

Dersom det er grunn til å anta at en smittet person ikke følger den personlige smittevernveiledningen, skal legen underrette kommunelegen uten hinder av taushetsplikt. Dersom legen ikke har tilstrekkelig ressurser til å følge opp pasienten, skal kommunelegen overta den videre oppfølgingen, jf. § 3-6 tredje og fjerde ledd. Dersom kommunelegen får opplysninger om en smittet person som bor eller oppholder seg utenfor kommunen, skal kommunelegen uten hinder av lovbestemt taushetsplikt gi opplysningene til kommunelegen i den kommunen der den smittede bor eller oppholder seg, hvis hensynet til smittevernet krever det, jf. bestemmelsens femte ledd.

Hvis kommunelegen får beskjed om en pasient som ikke følger smittevernveiledningen, følger det av Folkehelseinstituttets smittevernveileder kapittel 3 at kommunelegen skal innkalle den smittede til en samtale hvor det på ny gis personlig smittevernveiledning tilpasset den smittedes sykdom og forhold for øvrig. Kommunelegen bør understreke viktigheten av at den smittede overholder rådene med hensyn til tiltak for å unngå å smitte andre. Videre anbefales kommunelegen å orientere om straffansvaret etter straffelovens bestemmelser om smitteoverføring og smittefare, og muligheten for å fravike taushetsplikten for å varsle personer som utsettes for smittefare. I tillegg bør kommune-

legen søke å identifisere eventuelle bakenforliggende problemer som rusmiddelbruk eller psykiske lidelser som kan forårsake eller medvirke til smittefarlig atferd, og sørge for at den smittede blir henvist til et egnet behandlingstilbud om nødvendig. Det anbefales å benytte skriftlig materiell om smittefare og smitteverntiltak, og vurdere bruk av tolk for å sikre at den smittede forstår veiledningen fullt ut, dersom det kan oppstå språklige hindringer. Kommunelegen bør innkalle en smittet person til slik forsterket smittevernveiledning flere ganger om det er nødvendig.

5.2 Forslag i høringsnotatet

Departementet foreslo i høringsnotatet at legens plikt til å gi informasjon og personlig smittevernveiledning ble presisert i § 2-1 første ledd.

Departementet foreslo også å flytte legens plikt til å underrette kommunelegen dersom det er grunn til å anta at en smittet person ikke følger den personlige smittevernveiledningen, fra § 3-6 tredje ledd tredje punktum til § 2-1 som et nytt fjerde ledd. Denne endringen innebærer ingen materielle endringer.

Plikten for en smittet person til å ta imot personlig smittevernveiledning fremgår av § 5-1. Departementet foreslo av pedagogiske hensyn å ta inn en henvisning til tvangsreglene i denne bestemmelsen for å sikre sammenheng i regelverket og informere om tvangsreglene.

5.3 Høringsinstansenes syn

Legeforeningen støttet forslagene, men er i tvil om kommunelegene er i stand til å ivareta oppgavene slik de er beskrevet. Det er en utfordring med marginaliserte fagmiljø og små ressurser.

Norsk sykepleierforbund skrev at det ikke bør avgrensnes til kun å omhandle legenes oppgaver. Råd og veiledning gis i praksis ofte av helsesøstre og sykepleiere. Det faktiske tverrfaglige arbeidet i smittevernet bør avspeiles i loven, og viser til forskrift for smittevern i helse- og omsorgstjenesten

som et viktig verktøy i dette arbeidet. Det bør tydeliggjøres i § 2-1 at veiledningen skal tilpasses den enkeltes behov, herunder krav på tolkning, bruk av digitale plattformer og at relevante brukergrupper og fagmiljø bør trekkes inn i utarbeidelsen av informasjonsmaterieil.

HivNorge skrev at det bør gjøres unntak for hiv i § 2-1 nytt fjerde ledd på grunn av at etter den nye finansieringsordningen kun er spesialist i infeksjonsmedisin ved et helseforetak som kan foreskrive hivlegemidler og behandle hivpasienter. Det er ikke praktisk at en lege vil varsle kommunelegen om en hivpositiv person som ikke følger smittevernveiledningen fordi de ikke kjenner til slike tilfeller de siste årene. Videre er det i dag ikke vanlig at det er kommunelegen som gir smittevernveiledning, men at denne gis av helsepersonell som arbeider med testing og oppfølging av hivpositive. *HivNorge* ga ros til departementet for poengteringen rundt anvendelse av smittevernloven § 237 angående hiv og at vellykket hivbehandling nevnes som eksempel på et forsvarlig smitteverntiltak.

Norsk forening for infeksjonsmedisin skrev at det bør vurderes om også annet kvalifisert helsepersonell i samarbeid med legen kan gi smittevernveiledning, noe som vil samsvare med dagens praksis. Dette gjelder spesielt for personlig smittevernveiledning og når det er tale om multiresistente bakterier. Videre påpeker de at varsling av tilfeller mellom ulike helseinstitusjoner ikke er unntatt taushetsplikt og er til stort hinder for adekvate smitteverntiltak. Det foreslås derfor varslingsplikt, særlig ved utbrudd, ved overføring av pasienter mellom institusjoner.

Bergen kommune skrev at forslaget om endringer om informasjon og personlig veiledning vil mest sannsynlig føre til oppgaveoverføring fra fastlege til kommunelege og en merbelastning for kommuneleger.

Holmestrand kommune støttet forslaget, men er usikre på om kommunelegene er i stand til å ivareta disse oppgavene.

Smittevernlegene støttet forslaget om et nytt fjerde ledd i § 2-1. Som kommuneoverleger med smittevernansvar opplever de av og til slike situasjoner. De benytter da Folkehelseinstituttets veiledning om «forsterket smittevernveiledning» for samtaler med disse pasientene. De mente samtidig at kravet til pasientene bør skjerpes. De bør etter § 5-1 ikke bare ha plikt til å ta imot den personlige smittevernveiledningen, men også plikt til å følge den.

Smittevernlegene ba departementet vurdere om § 7-2 om kommunelegens oppgaver bør

endres slik at smittevernlegen skal ha en stedfortreder eller annen beredskapsordning.

Folkehelseinstituttet støttet forslaget til nytt fjerde ledd i § 2-1, men mente at det som en logisk konsekvens bør presiseres i § 5-1 tredje ledd at pasienten har plikt til å motta og følge smittevernveiledningen. Begrunnelsen er at pasientene får et tydeligere signal om at samfunnet forventer at de følger den personlige smittevernveiledningen slik at smittefaren for andre reduseres.

Gjøvikregionen Helse og miljøtilsyn IKS var uenige i forslaget om at kommunelegen blir pålagt å overta den videre oppfølgingen. Fastlegen bør fremdeles ha hovedansvaret for sin pasient. Det vil være mer hensiktsmessig at kommunelegen pålegges å sørge for veiledning av fastlegen.

Trondheim kommune støttet forslagene knyttet til informasjon og personlig smittevernveiledning.

Statens helsetilsyn støttet forslaget om å presisere kommunelegens oppgaver og ber departementet vurdere om det kan være hensiktsmessig å tydeliggjøre kommunens overordnede plikt og ansvar for å tilrettelegge slik at kommunelegen er i stand til å overholde sine lovpålagte plikter.

5.4 Departementets vurdering og forslag

Departementet legger til grunn at de fleste smittede personer ønsker å opptre ansvarlig slik at de ikke smitter andre og at de retter seg etter veiledningen de får. Siden loven trådte i kraft i 1995 til i dag viser erfaringer fra Folkehelseinstituttet gjennom Meldingssystemet for smittsomme sykdommer (MSIS) og kontakt med kommuneleger og klinikere likevel at enkelte pasienter tar imot, men ikke følger den personlige smittevernveiledningen. Dette gjelder i hovedsak et lite mindretall personer med seksuelt overførbare sykdommer som HIV-infeksjon, hepatitt B, gonoré og syfilis.

Problemstillingen kan også gjelde personer som har andre infeksjoner, eksempelvis mage-tarm sykdommer som kan overføres via matvarer, slik som EHEC-infeksjoner der en smittet person kan tenkes å neglisjere veiledningen om å avstå fra visse typer arbeid i en periode.

Grunnene til at pasientene ikke følger smittevernveiledningen kan være flere. Det kan være at de ikke forstår veiledningen, at de ikke evner å følge veiledningen eller at de ikke ønsker å følge den. Departementet mener derfor at pliktene til legen som skal gi informasjon og veiledning og til

den smittede personen som skal motta informasjonen bør klargjøres.

Smittevernet består av en balanse mellom individenes frihet og samfunnets behov for beskyttelse mot smittsomme sykdommer. Personer som er smittet med allmennfarlige, smittsomme sykdommer, har av hensyn til samfunnet noen begrensninger de må forholde seg til inntil de er smittefrie. For å oppnå godt smittevern og forebygge smitte som er formålet med reglene om informasjon og smittevernveiledning, er det etter departementets syn sentralt at både legen og den smittede personen er klar over sine plikter. Det er dessuten avgjørende at en person med allmennfarlig smittsom sykdom følger smittevernveiledning og at det unngås så langt det er mulig å bruke tvangsinngrep. Det vises også til omtale i Prop. 120 L (2016–2017) om straffeloven § 237 som regulerer i hvilke tilfeller smitteoverføring er straffbart.

Å gi informasjon og smittevernveiledning er plikter som påligger enhver lege, men oppgavene kan delegeres til sykepleier eller andre dersom det vurderes som hensiktsmessig. Hvis en smittet person ikke ønsker personlig smittevernveiledning og heller ikke retter seg etter den, skal legen varsle kommunelegen. Kommunelegen vil i slike tilfeller overta smittevernveiledningen, men ikke behandlingsansvaret for pasienten. Dette er ikke en ny plikt etter loven, men en regelteknisk flytting fra § 3-6 til § 2-1 og innebærer ikke nye oppgaver for kommunelegen. Kommunens ansvar etter smittevernloven fremgår i § 7-1 og det gjøres ingen endringer i denne bestemmelsen.

Flere høringsinstanser, blant annet *Folkehelseinstituttet* og *Smittevernlegene*, mente at det bør presiseres i loven at en smittet person har plikt til å følge den personlige smittevernveiledningen

som gis. Dette vil komme i tillegg til pliktene som allerede følger av § 5-1. Bestemmelsen i § 5-1 retter seg mot «*Den som har grunn til å anta at han selv eller noen han har omsorgen for, er smittet med en allmennfarlig smittsom sykdom*» og pålegger plikt til å oppsøke lege, opplyse hvem eller hvor smitten kommer fra og hvem som kan ha blitt smittet, og om nødvendig la seg isolere. Departementet er enig i at plikten for en smittet person ikke bare bør gjelde å ta imot personlig smittevernveiledning slik som i dag, men også at det uttrykkelig bør fremkomme at det er en plikt å følge smittevernveiledningen. Departementet foreslår på denne bakgrunn en presisering i § 5-1 tredje ledd.

Departementet viser til innspillet fra *Norsk forening for infeksjonsmedisin* om at varsling av tilfeller mellom ulike helseinstitusjoner ikke er unnatt taushetsplikt og at dette legger hindringer i veien for adekvate smitteverntiltak. Varsling er regulert i MSIS-forskriften kapittel 3. Behandlingsansvarlig lege i helseinstitusjon som avdekker at en pasient som er overført fra en helseinstitusjon har en smittsom sykdom, skal varsle lege ved den institusjonen pasienten er overført fra dersom varsling er nødvendig av hensyn til smittevernet. Departementet ser at det er nødvendig med varslingsplikt også i tilfeller der smittsom sykdom er kjent eller mistenkt før overføring slik at mottaket av pasienten kan forberedes godt. Departementet viser til at forekomsten av resistente mikrober øker i norske helseinstitusjoner. Samtidig flyttes pasienter hyppig mellom ulike sykehus, fra sykehus til sykehjem og fra sykehjem til omsorgstjenesten og tilsvarende motsatt vei. Departementet vil følge opp behovet for en slik varslingsplikt med nødvendige endringer i MSIS-forskriften.

6 Endringer i tvangsreglene

6.1 Generelt

Tvangstiltak gjelder for smittede personer med allmennfarlig smittsom sykdommer. En smittet person defineres i smittevernloven som en person som har eller etter en faglig vurdering antas å ha en smittsom sykdom. Dette omfatter både friske og syke smittebærere og personer som ikke er smitteførende. Det vil si at selv om en allmennfarlig smittsom sykdom ikke er påvist med sikkerhet, vil reglene komme til anvendelse. Forutsetningen er at det etter medisinskfaglig vurdering antas å være et tilfelle av allmennfarlig smittsom sykdom.

En gjennomgang av praksis for perioden 1995–2013 viser at smittevernemnda har behandlet 15 saker, fordelt på 12 personer. Ni av sakene gjaldt smittsom lungetuberkulose, en primær tuberkulose, en mistenkt tuberkulose og en hiv. Tre av tuberkulosepasientene hadde multiresistent tuberkulose. Smittevernemnda fattet to vedtak om tvangsundersøkelse/kortvarig isolering og ni vedtak om tvungen isolering, i tillegg til to vedtak om forlenget isolering. Det ble ikke truffet vedtak om tvungen medikamentell behandling i perioden. Bare fire av de ni pasientene med smittsom lungetuberkulose fullførte behandlingen. Det ble bare truffet ett hastevedtak etter 2006.

Reglene om bruk av tvang må utformes og praktiseres slik at de ikke kommer i konflikt med menneskerettslige regler om blant annet rett til vern om personlig frihet og integritet. Rettssikkerhet er et grunnleggende prinsipp. Det medfører regler med klare krav til vilkår som må være oppfylt for at det skal være adgang til å bruke tvang. Hensynene til rettssikkerhet og integritetsvern gjør at det er svært snevert adgang til å benytte tvang. Adgangen til å benytte tvang vil bare foreligge i helt spesielle tilfeller hvor andre mulige tiltak ikke vil føre til et forsvarlig resultat. Reglene om overprøving av vedtak bidrar også til rettssikkerhet for den enkelte.

Erfaringene med tvangsbruk etter smittevernloven viser at det sjeldent benyttes, men at det er nødvendig med effektive tiltak i de tilfellene det er behov for isolering eller legemiddelbehandling.

Adgangen til hastevedtak for tvangsundersøkelse eller kortvarig isolasjon er benyttet sjelden. Videre tyder erfaringene på at bestemmelsene tolkes restriktivt.

Blant de allmennfarlige smittsomme sykdommene står lungetuberkulose i en særstilling fordi den smitter ved luftsmitte. Sykdommen har et langvarig forløp og høy dødelighet hvis den ikke behandles. De fleste smittsomme sykdommer er akutte og går raskt over av seg selv eller med behandling, og ytterst få personer vil motsette seg behandling som er kort og effektiv dersom det er tale om en alvorlig sykdom. Smittefaren er i relativt stor grad uavhengig av den smittedes atferd ved lungetuberkulose, mens det ved seksuelt overførbart smitte krever aktiv handling fra den smittedes side for at sykdommen skal overføres.

Erfaringene med bruk av tvang etter smittevernloven viser etter departementets syn at det er nødvendig med mindre justeringer. Praksis har vist at det er mindre områder som ikke er dekket av gjeldende lov. Eksempelvis er tidsmomentet som regel avgjørende for å forhindre smittespredning. Departementet vil derfor i det følgende foreslå enkelte endringer for effektivt å kunne gjennomføre påkrevde tiltak. Det vises her til forslaget til ny bestemmelse i § 1-5 der kravene som alltid skal vurderes ved bruk av smitteverntiltak foreslås lovfestet.

Flere høringsinstanser er generelt positive til disse endringene i smittevernloven om plikter og tvangstiltak.

6.2 Gjeldende rett og praksis

For en person som har grunn til å anta at han eller hun eller noen han eller hun har omsorgen for er smittet med en allmennfarlig smittsom sykdom fremgår det en plikt til å gi beskjed til lege og oppsøke legen for nødvendig undersøkelse, jf. smittevernloven § 5-1 første ledd. Det følger videre en plikt til å opplyse legen eller kommunelegen om hvem smitten kan være overført fra og hvem som kan ha blitt smittet. Videre er det oppstilt en plikt for den smittede personen at han eller hun skal ta

imot personlig smittevernveiledning og om nødvendig la seg isolere.

Dersom en smittet person motsetter seg undersøkelse, kan det fattes vedtak av smittevernnemnda etter reglene i §§ 5-5 til 5-7 om tvungen legeundersøkelse ved innleggelse på sykehus og eventuelt kortvarig isolering, jf. § 5-2 andre ledd. Dersom det er forsvarlig, kan undersøkelsen gjøres uten innleggelse ved sykehus. Dette kan bare gjøres dersom det er tale om å klarlegge om det foreligger en allmennfarlig smittsom sykdom og det er nødvendig for å motvirke overføring av smitte til andre og undersøkelsen kan skje uten fare. Tvungen kortvarig isolering kan vedtas for inntil sju dager. Det kan ikke fattes vedtak etter denne bestemmelsen dersom sykdommen er påvist. Det kan fattes hastevedtak jf. § 5-8 om tvungen undersøkelse dersom de interessene som vedtaket skal ivareta kan bli vesentlig skadelidende om vedtaket ikke blir gjort eller gjennomført straks. Hastevedtak fattes av kommunelegen og legen som det regionale helseforetaket har utpekt etter smittevernloven § 7-3 tredje ledd.

Dersom det er nødvendig med isolering for å hindre smitteoverføring, kan det gjennomføres med hjemmel i § 5-3. Forutsetningen er at andre tiltak som kan forebygge eller motvirke overføring av sykdommen, har vært forsøkt eller det er overveiende sannsynlig at slike tiltak ikke vil føre frem, jf. bestemmelsens andre ledd. Det stilles vilkår om at det etter en helhetsvurdering må være den klart mest forsvarlige løsningen i forhold til faren for smitteoverføring og den belastningen som tvangsinngrepet må antas å medføre, og det er overveiende sannsynlig at andre ellers vil bli smittet. Det kan ikke fattes hastevedtak om tvungen isolering.

Vedtak fra smittevernnemnda kan gjøres for opptil tre uker. Ved nytt vedtak kan isoleringstiden forlenges med opptil seks uker om gangen i inntil ett år fra første vedtak. I sammenheng med forlengelse av isoleringstiden kan det vedtas tvungen legemiddelbehandling når dette kan redusere isoleringstiden vesentlig, når behandlingen kan gjøre en smittet person smittefri og er uten fare eller større ubehag.

Vedtak om tvungen isolering i sykehus og legemiddelbehandling gjøres av smittevernnemnda. Tvangsvedtaket skal oppheves av avdelingens overlege så snart vilkårene for innleggelsen ikke lenger foreligger. Smittevernnemnda skal varsles så tidlig som mulig, og senest tre døgn før den smittede blir utskrevet.

Forberedelsen av vedtak for smittevernnemnda gjøres ved at kommunelegen utarbeider begjæring om tiltak der det redegjøres for

omstendighetene som ligger til grunn for saken og foreslåtte tiltak, jf. § 5-5. Begjæringen skal forelegges fylkesmannen som omgående skal sende saken til smittevernnemnda. Helsedirektoratet kan også reise sak for nemnda.

I § 5-6 pålegges smittevernnemnda å sørge for at det blir oppnevnt advokat for de private parter. Advokaten skal gjøres kjent med begjæringen om tiltak og gis frist for tilsvarende etter barnevernloven § 7-11, der det fremgår at fristen skal være kort og normalt ikke lenger enn ti dager.

I § 5-7 fremgår nærmere regler om vedtak og begrunnelse. Smittevernnemnda skal komme sammen så raskt som mulig for å drøfte saken. Til møtet i nemnda kan en representant for den som har begjært tvangsvedtaket og den smittedes fullmektig møte. Dersom noen av partene ønsker det, skal de under møtet gis anledning til vitneførsel og til å legge frem materiale det ikke har vært mulig å presentere under saksforberedelsen. Vedtaket skal gjøres umiddelbart etter at drøftingene i smittevernnemnda er slutt.

Overprøvingsadgang følger av § 5-9 der det fremgår at vedtaket kan bringes inn for tingretten etter reglene i tvisteloven kapittel 36. Det samme gjelder hastevedtak som fattes etter § 5-8. Det vil ikke ha utsettende virkning å bringe saken inn for tingretten.

6.3 Behov for hastevedtak om tvungen isolering

6.3.1 Forslaget i høringsnotatet

Departementet foreslo i høringsnotatet at det gis adgang til å fatte hastevedtak om tvungen isolering etter § 5-3, og dette lovfestet i § 5-8 første og andre ledd. De samme reglene som gjelder for hastevedtak etter § 5-2 vil også komme til anvendelse for hastevedtak etter § 5-3, slik det følger av § 5-8 andre ledd.

Departementet foreslo at adgangen til å fatte vedtak om tvungen isolering gjennom hastevedtak begrenses ved at slike vedtak bare kan gjelde i inntil sju dager og i påvente av at vedtak fattes av smittevernnemnda. Dette ville i praksis innebære at begjæring om vedtak må oversendes til smittevernnemnda straks etter at hastevedtaket om tvungen isolering fattes. Det skal ikke være adgang til å fatte hastevedtak om tvungen medikamentell behandling. Dersom det ikke fattes nytt vedtak av smittevernnemnda i løpet av de sju dagene vedtaket gjelder, vil hastevedtaket om tvungen isolering utløpe. Det kan ikke fattes nytt hastevedtak om tvungen isolering.

6.3.2 Høringsinstansenes syn

Høringsinstansene har gjennomgående støttet forslaget om hastevedtak om tvungen isolering, men flere peker på at gjeldende regler om hvem som skal ha kompetanse til å fatte hastevedtak bør endres.

Legeforeningen støttet forslagene og påpekte at det må fremgå i loven krav til organisering av beredskap både når det gjelder kommunelege og lege i helseforetak. *Holmestrand kommune* skrev at beredskap for kommunelege og utpekt lege i helseforetak må sikres, og det må tydeliggjøres i lovteksten.

Tuberkulosekoordinatorene i Helse Sør-Øst påpekte at det er viktig at et vedtak om tvangsisolering foreligger på raskest mulig måte ved mistanke om smittsom sykdom, også i tilfeller der diagnosen allerede er kjent. Vedtaket må opprettholdes så lenge vedkommende er å anse som smitteførende og må fattes i tilfeller der pasienten ikke er i stand til å gjennomføre behandling og fare for utvikling av resistens kan bli et resultat av ufullstendig behandling.

Akershus universitetssykehus støttet forslaget om hastevedtak etter § 5-3.

Smittevernlegene ba departementet vurdere å forenkle bestemmelsen for hastevedtak i § 5-8. De skrev videre at «Det er vanskelig for oss å vite hvilken lege det regionale helseforetaket har utpekt til å kunne gjøre vedtak, og de erfarer at man ikke alltid vet det på sykehusene heller. De foreslår at legen ved Smittevernvakta kan være en mulighet.»

Trondheim kommune støttet forslagene, men påpekte 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.

Bergen kommune mente at det bør være mulig å tvangsisolere personer der smitte ikke er påvist.

Folkehelseinstituttet støttet forslaget om at det åpnes for at det kan gjøres hastevedtak etter § 5-3. De mente imidlertid at det kan forsinke prosessen at det bare er en spesielt utpekt lege i det regionale helseforetaket som kan være med å gjøre vedtaket. Slike hastevedtak kan gjelde allerede innlagte pasienter i sykehus for annen tilstand. Instituttet regner med at bestemmelsene er dekkende også for disse situasjonene, og mente at kommunelegen må involveres også i disse situasjonene.

6.3.3 Departementets vurdering og forslag

Departementet mener at endringen er nødvendig på grunn av at det ved noen tilfeller har oppstått betydelige problemer og smittefare ved at en sak må behandles i smittevernnemnda. Se også omtale nedenfor i kapittel 6.5 om behov for endringer i frister for saksbehandling i smittevernnemnda. Etter gjeldende rett må sak om tvungen isolering behandles i smittevernnemnda dersom en person med kjent allmennfarlig smittsom sykdom representerer smittefare og ikke ønsker behandling eller isolering. Hastevedtak etter § 5-3 vil gi adgang til å kunne isolere personer med allmennfarlig smittsom sykdom raskt når det er nødvendig.

I de fleste tilfeller har en person med en smittsom sykdom og samfunnet sammenfallende interesser i at den smittsomme sykdommen blir behandlet. Når det gjelder smittsomme sykdommer, er det av hensyn til samfunnet, likevel nødvendig å ha adgang til å bruke tvang i de få tilfellene der samfunnet må beskyttes mot videre smittespredning. Utgangspunktet er at frivillige smitteverntiltak skal forsøkes og at hastevedtak skal være unntaket og ikke regelen. Erfaringen med hastevedtak viser at det er en nødvendig sikkerhetsventil i de få sakene som er behandlet.

Det er avgjørende for tilliten til legene og samfunnet generelt at bruk av tvang foregår innenfor fastsatte strenge og trygge rammer. Hva som ligger til grunn for hastevedtaket må dokumenteres. Det er spesielt viktig med god beskrivelse av symptomer, funn og observasjoner som underbygger vedtaket og som vil inngå i saken som skal behandles i smittevernnemnda.

Det har kommet merknader i høringen om hvem skal fatte vedtak i det regionale helseforetaket. Departementet viser til at det fremgår av § 5-8 første ledd at kommunelegen i fellesskap med lege som er utpekt av det regionale helseforetaket, skal fatte hastevedtak. *Folkehelseinstituttet* foreslår at det henvises til lege i vaktordning, for eksempel vakthavende infeksjonsmedisinske overlege, eller smittevernvakta på Folkehelseinstituttet. Departementet vurderer at ansvarlig lege i vaktordning er aktuell til å fatte hastevedtak. Gjeldende lov pålegger det regionale helseforetaket å avgjøre hvem som skal ha vedtakskompetanse. Erfaring med loven viser at det har vært problematisk å holde oversikt over hvem som er utpekt etter denne bestemmelsen fordi tvangsreglene sjeldent er i bruk. Det er vesentlig at legen med kompetanse til å fatte vedtak er tilgjengelig i de få situasjonene det er nød-

vendig å fatte hastevedtak. Av rettssikkerhetsmessige hensyn vurderer departementet det som nødvendig at det angis mer spesifikt i loven hvilken lege ved det regionale helseforetaket som har vedtakskompetanse. Departementet vurderer at dette er i tråd med Folkehelseinstituttets forslag og departementet foreslår at det presiseres i § 5-8 første ledd at dette er vakt-havende infeksjonsmedisinske overlege. Det gjøres også nødvendige endringer i § 4-2 og 7-3 siste ledd oppheves som følge av dette.

6.4 Tvungen legemiddelbehandling ved isolering og isolering utover ett år

6.4.1 Forslaget i høringsnotatet

Departementet foreslo endringer i § 5-3 tredje og fjerde ledd at det skal være adgang til å fatte vedtak om forlengelse av vedtak om tvungen isolering i over ett år dersom det er nødvendig for å fullføre påkrevet behandling ved tilfeller av særlig alvorlig allmennfarlig smittsom sykdom. Det stilles vilkår om at nytt vedtak må være som en følge av manglende etterlevelse av behandlingen.

Videre foreslo departementet en klargjøring av i hvilke tilfeller tvungen legemiddelbehandling kan gjennomføres. Departementet foreslo å oppheve vilkåret i bestemmelsen om at tvungen legemiddelbehandling bare kan gjennomføres uten fare eller større ubehag, og i stedet presisere at det gjelder et forsvarlighetskrav for helsehjelp etter bestemmelsen.

Departementet foreslo videre at påbegynt behandling må fullføres dersom det er fare for tilbakefall, resistensutvikling eller andre tungtveiende smittevernhensyn tilsier det.

6.4.2 Høringsinstansenes syn

Justis- og beredskapsdepartementet mente det må gis en begrunnelse for hvorfor det er nødvendig å utvide adgang til å holde personer i isolasjon uten deres samtykke. Det samme gjelder for forslaget om at kravet om at legemiddelbehandling kan redusere isolasjonstiden vesentlig.

Norsk sykepleierforbund mente at det må stilles krav til regelmessig og hyppig vurdering av behovet for fortsatt tvungen isolasjon, der tiltak for å avdempe belastningen av slik isolasjon tillegges stadig større vekt. Vilkalet om at tvungen medisinerbare kan gjennomføres uten fare eller større ubehag bør beholdes, men det må tydelig-

gjøres at forbigående plager eller ulemper må påregnes som en vanlig følge av medikamentell behandling.

Kirkens bymisjon kunne ikke se dokumentasjon på at regelverket slik det fungerer i dag ikke er godt nok til å forhindre smitte i en normalsituasjon. En innskjerping av tvangsbestemmelsene må veies opp mot signalet det gir. Trusler om tvang og kunnskap om at du kan møtes med tvangstiltak kan forhindre at smittebærere henvender seg til helsevesenet med påfølgende fare for smittespredning. De er videre mot å oppheve vilkåret om at tvungen legemiddelbehandling bare kan gjennomføres uten fare for pasienten. Isolering over lang tid og over et år er en betydelig påkjenning. Det foreslås derfor en lovfestet rett til tiltak mot isoleringsskader. Pasienter må sikres sosial kontakt og en verdig død.

Folkehelseinstituttet støttet forslaget om å utvide muligheten for tvungen isolering frem til pasienten forventes å ikke bli smitteførende igjen etter avsluttet behandling. Instituttet støttet også forslaget om at tvungen behandling skal kunne gis selv om den ikke er garantert fri for fare eller ubehag. Videre foreslo Folkehelseinstituttet at det åpnes for alternative måter å gjennomføre tvungen behandling, eksempelvis uten at pasienten er innlagt ved institusjon. Det vil normalt være betydelig mindre inngripende i pasientens frihet å holde vedkommende smittefri gjennom tvungen behandling enn tvunget isolert i en institusjon. Dersom pasienten ikke gjennomfører behandlingen utenfor institusjon, kan tvungen isolasjon igjen bli aktuelt.

Helsedirektoratet var kritisk til å innføre begrepet «særlig alvorlig allmennfarlig smittsom sykdom». Vurderingen av hvilke tilfeller som skal omfattes bør ha sitt grunnlag i en konkret vurdering av om de grunnleggende vilkårene for forlenget isolering og behandling er tilstede i hvert enkelt tilfelle.

6.4.3 Departementets vurdering og forslag

Adgangen til å fatte vedtak om tvungen legemiddelbehandling følger av § 5-3 fjerde ledd og forutsetter at det allerede er fattet vedtak og gjennomført en periode med isolering. Videre stilles det krav om at tvungen legemiddelbehandling bare kan utføres når det kan redusere isoleringstiden vesentlig, gjøre en person smittefri og er uten fare eller større ubehag. Vilkalet om å redusere behandlingstiden vesentlig anses oppfylt dersom spontan smittefrihet innen rimelig tid regnes for å være liten. I tillegg er det en grense på ett år fra

første vedtak for hvor lenge en smittet person kan isoleres med tvungen legemiddelbehandling.

Høringsinstansene uttrykker bekymring for utvidet adgang til bruk av tvang, og viser til at det er nødvendig å unngå unødige bruk av tvang. *Folkehelseinstituttet* pekte på at det bør åpnes for alternative måter å gjennomføre tvungen legemiddelbehandling, eksempelvis uten at pasienten er innlagt ved institusjon. Departementet mener, i likhet med høringsinstansene, at tvangsbruk må begrenses til nødvendige tilfeller, at tvangsbruken skal stå i forhold til behovet og at rettssikkerheten til smittede personer ikke må svekkes gjennom en slik utvidelse.

Departementet viser til forholdsmessighetskravet i § 5-3 andre ledd der det stilles krav om at det må foretas en helhetsvurdering av situasjonen. Dette innebærer at dersom det er gjennomførbart, skal tvungen behandling gjennomføres på mildest mulig måte. Blant annet skal det kontinuerlig vurderes om det er nødvendig om en person fortsatt må isoleres. Videre må tvungen isolering være den klart mest forsvarlige løsningen sett i forhold til faren for smitteoverføring og den belastningen som tvangsinngrepet må antas å medføre. Det må også være overveiende sannsynlig at andre vil bli smittet dersom tvungen isolering ikke gjennomføres. Disse vurderingene skal dokumenteres og danne grunnlaget for saken som skal behandles i smittevernemnda. Samtidig mener departementet at det ikke er hensiktsmessig at reglene er innrettet på en slik måte at de bygger opp under en økt resistensutvikling. Det er nødvendig med en balansering av disse hensynene, noe som forutsetter at det ved særlig alvorlige tilfeller må kunne benyttes tvang så lenge det er nødvendig.

Det er derfor foreslått å utvide adgangen til bruk av tvang etter bestemmelsen i § 5-3 tredje ledd utover ett år, men med strenge vilkår for adgangen til å forlenge vedtaket utover ett år. For det første stilles vilkår om at forlengelse bare kan skje dersom det er nødvendig for å fullføre behandling. I de tilfellene det er nødvendig med tvungen isolering og medisinsk behandling av for eksempel smittsom lungetuberkulose eller lignende, må det etter departementets vurdering tas hensyn til hele behandlingsforløpet, ikke bare til smittesituasjonen i øyeblikket. Både av hensyn til at det kan gi økt resistensutvikling dersom behandlingen avsluttes for tidlig, men også av hensyn til å begrense smittefaren. Det er derfor nødvendig med adgang til å forlenge isola-

sjonen så lenge det er nødvendig. Departementet legger til grunn at det kun vil være aktuelt å anvende isolering og legemiddelbehandling i over ett år i et fåtall saker, men at det vil være desto viktigere at disse sykdomstilfellene ferdigbehandles. Departementet er ikke kjent med at det har vært behov for å behandle pasienter med tvang i over ett år, men det kan ikke utelukkes at dette vil bli aktuelt gitt den økte resistensutviklingen og smitte som overføres fra andre land. Departementet vil understreke betydningen av den vesentlig rettssikkerhetsmessig betydningen smittevernemnda har ved behandling av disse sakene.

For det andre er det oppstilt vilkår om at forlengelse bare kan skje dersom det er tale om allmennfarlig smittsom sykdom av særlig alvorlig karakter. Dette vilkåret er en vesentlig skjerpelse av alvorlighetsgraden av allmennfarlig smittsom sykdom, og det er særlig resistensutvikling som vil være aktuell for å oppfylle vilkåret. Denne skjerpelsen av vilkåret viser at det er en svært snever adgang til å benytte isolering i over ett år.

I høringsnotatet foreslo departementet at ytterligere isolering skulle ha som formål å forhindre smitteoverføring. Det ble stilt som vilkår at smitterisikoen var *oppstått som følge av manglende etterlevelse av behandlingen*. Departementet har kommet til at fare for smitteoverføring i praksis kan skyldes andre forhold enn manglende etterlevelse av behandlingen, eksempelvis resistens, og at en slik regel dermed er vesentlig mer begrensende enn intensjonen med forslaget er.

Videre har smittevernloven særlige regler om minimumskrav som må oppfylles ved tvungen isolering i § 5-4. Blant annet skal avdelingen eller sengeposten være spesielt lagt til rette for å motta smittede slik at de kan få det medisinske og pleiemessige behandlingstilbud som vil føre til så kortvarig og skånsom isolering som mulig. Under isoleringen kan det iverksettes pleiemessige og sikkerhetsmessige tiltak for å gjennomføre en effektiv isolering. Tiltakene skal være begrenset til det som er helt påkrevd i forhold til faren for smitteoverføring. Oppholdet skal så langt råd er gi muligheter for normal livsutfoldelse og kontakt med nære pårørende.

I gjeldende lov benyttes begrepet medikamentell behandling. Departementet mener at det er mer tidsmessig å endre dette begrepet til legemiddelbehandling, uten at denne endringen vil medføre noen realitetsendring.

Det oppstilles krav etter gjeldende rett, jf. smittevernloven § 5-3 fjerde ledd, at det kun er adgang til å fatte vedtak om tvungen medikamentell behandling etter at en person har vært underlagt tvungen isolering for en periode på minimum tre uker. Bakgrunnen for denne ordningen er at det i hovedsak er hensynet for å beskytte samfunnet som gjør seg gjeldende ved tvungen legemiddelbehandling, det vil si av hensyn til samfunnsinteressene eller folkehelsen, og ikke i første rekke av hensyn til pasienten selv.

Det stilles videre krav om at tvungen legemiddelbehandling bare kan gjennomføres når den kan gjøre en smittet person smittefri. Av hensyn til den enkelte og for å forhindre smittespredning mener departementet det er nødvendig å lovfeste at påbegynt behandling må fullføres dersom det er fare for tilbakefall, resistensutvikling eller andre tungtveiende smittevernshensyn tilsier det i § 5-3 fjerde ledd. Dersom en person anses smittefri når han eller hun ikke lenger kan smitte andre, men fortsatt har smittestoff i kroppen og dermed ikke er ferdigbehandlet, vil det kunne medføre fare for resistensutvikling eller at personen igjen raskt blir smitteførende. Eksempelvis har pasienter med lunge- og tuberkulose som avslutter behandlingen for tidlig, økt risiko for tilbakefall. Risikoen øker jo tidligere man avslutter behandlingen og ved et eventuelt tilbakefall er det også økt risiko for resistens. Dersom det dreier seg om multiresistent tuberkulose, vil for tidlig avslutning av behandlingen kunne føre til behandlingssvikt og/eller ytterligere resistensutvikling. Dette er en særlig problemstilling som gjelder for smittsomme sykdommer og et særhensyn som taler for at det i enkelte spesielle tilfeller bør være adgang til å ferdigbehandle pasienter og dermed ha en utvidet adgang til å forlenge tvungen isolering.

Alle former for legemiddelbehandling har både virkninger og bivirkninger. Departementet mener at et krav om at legemiddelbehandlingen må være medisinsk faglig forsvarlig i større grad reflekterer hvilke vurderinger som må foretas enn gjeldende rett der vilkåret er fare eller større ubehag. Kravet om medisinsk faglig vurdering oppstiller en nedre grense for hva som er akseptabel risiko for behandlingen. Det foreslås derfor endring i § 5-3 fjerde ledd. Endringen innebærer også en harmonisering med øvrig relevant lovverk.

En smittsom person vil ikke medføre smittefare når personen er isolert og behovet for å beskytte samfunnet er derfor ivaretatt. På denne

bakgrunn mener departementet at et vedtak om tvungen legemiddelbehandling bør kunne overprøves av domstolen, med oppsettende virkning som en rettssikkerhetsmessig garanti. Dette presiseres med et tillegg i bestemmelsen i § 5-9.

6.5 Forberedelse og tidsfrist for behandling av saker om tvangsvedtak i smittevernemnda

6.5.1 Forslag i høringsnotatet

Departementet foreslo i høringsnotatet en frist på sju dager for at smittevernemnda skal komme sammen og drøfte saken om tvangstiltak og fatte vedtak. Fristen ble foreslått å fremgå i § 5-7 første ledd som et presiserende tillegg til gjeldende ordlyd som slår fast at smittevernemnda skal komme sammen så raskt som mulig.

Videre ble det foreslått å oppheve bestemmelsen om at saken skal forelegges fylkesmannen som så skal videresende saken til smittevernemnda, jf. § 5-5. Departementet foreslo at fylkesmannen fortsatt skal holdes orientert ved kopi av saken.

6.5.2 Høringsinstansenes syn

Legeforeningen foreslo at fristen endres fra syv dager til fire dager med følgende forslag til ordlyd: «Smittevernemnda skal komme sammen så raskt som mulig og senest innen fire virkedager. Vedtak skal fattes så raskt som mulig og senest fem dager etter begjæringen er fremmet.»

Holmestrand kommune foreslo at også fristen for smittevernemnda settes fra sju til fire dager.

Folkehelseinstituttet støttet at sak om tvangstiltak skal sendes direkte til smittevernemnda og ikke via fylkesmannen. Det dreier seg om svært få tilfeller per år og forsendelse via fylkesmannen bidrar etter instituttets forståelse ikke til betydningsfulle endringer, men til forsinkelser.

Helsedirektoratet mente at formuleringen i § 5-7 bør være «Smittevernemnda skal komme sammen for å drøfte saken så raskt som mulig og senest innen syv dager ha fattet vedtak i saken».

6.5.3 Departementets vurdering og forslag

Departementet mener at det er vesentlig at vedtaket fattes raskt og fastholder forslaget om sju dager som en frist for å fatte vedtak i § 5-7 første ledd. Dette vil være en absolutt frist. Dersom fristen angis i virkedager vil det også kunne omfatte

perioder med flere helligdager og kunne medføre at saksbehandlingen trekker i langdrag. Når det er behov for tvangstiltak for å forebygge spredning av allmennfarlig smittsom sykdom, er det helt nødvendig med effektiv saksbehandling.

Departementet vurderer at det både av hensyn til rettssikkerhet og oversikt er grunn til å holde fylkesmannen orientert ved kopi av begjæringen og at dette går frem av § 5-5 andre ledd.

7 Endringer i fylkesmannens oppgaver

7.1 Gjeldende rett

Fylkesmannen skal ha særlig oppmerksomhet rettet mot allmennfarlige smittsomme sykdommer, og skal holde Statens helsetilsyn og Helsedirektoratet orientert om forholdene i fylket, jf. helsetilsynsloven. Dette følger av § 7-4.

Andre oppgaver fylkesmannen har etter smittevernloven er vurdering av taushetsplikt etter § 2-2 fjerde ledd. Videre kan fylkesmannen når det er nødvendig for iverksetting av tiltak eller for oversikt og kontroll i forbindelse med smittsomme sykdommer, kreve opplysninger fra offentlige kilder eller privat helse- og omsorgstjeneste, etter samme bestemmelse åttende ledd.

Fylkesmannen er klageinstans etter § 4-2 tredje ledd ved vedtak om forbud mot utførelse av arbeid eller deltakelse i undervisning og etter § 6-1 tredje ledd om smittevernhjelp. I tillegg avgjør fylkesmannen klage over kommunalt eller interkommunalt vedtak såfremt ikke noe annet er bestemt i loven, ifølge § 8-3.

Fylkesmannen skal etter § 4-10 andre ledd underrettes av ansatte ved andre myndigheter som har informasjonsplikt og bistandsplikt ved blant annet sterk mistanke om allmennfarlig smittsom sykdom dersom kommunelegen ikke er til stede. Ved mistanke eller tilfelle av smittsom dyresykdom eller matbåren sykdom, skal Mattilsynet underrette enten kommunelegen eller fylkesmannen. Av hensyn til oversikt over fylkesmannens rolle nevnes det her at etter forskrift om Meldingssystemet for smittsomme sykdommer skal fylkesmannen i en rekke tilfeller varsles.

Ved forberedelse av sak til smittevernnemnda skal begjæring om sak forelegges fylkesmannen, som omgående skal sende begjæringen til smittevernnemnda, jf. § 5-5 andre ledd. Fylkesmannen har også adgang til å bringe en sak inn for tingretten for å overprøve et tvangsvedtak, jf. § 5-9 andre ledd. Før det oppnevnes fagkyndig utvalg til smittevernnemnda, skal det innhentes forslag fra fylkesmannen, jf. § 7-6.

7.2 Forslag i høringsnotatet

Departementet foreslo i høringsnotatet en lovfesting av fylkesmannens ansvar for samordning på kommunalt og regionalt nivå innenfor smittevernet. Videre ble det foreslått å oppheve fylkesmannens forpliktelse til å holde Statens helsetilsyn og Helsedirektoratet orientert om forholdene i fylket, jf. helsetilsynsloven.

I bestemmelsen i § 5-5 andre ledd ble det foreslått endring slik at fylkesmannen kun skal orienteres om saker som oversendes til smittevernnemnda.

Departementet foreslo at plikten til å underrette fylkesmannen etter § 4-10 andre ledd ble opphevet og at Folkehelseinstituttet bør være mottaker av slike meldinger, i tråd med instituttets operative rolle på smittevernområdet. Av samme grunn ble det foreslått å oppheve varsel til fylkesmannen i bestemmelsene om varslings i MSIS-forskriften kapittel 3.

7.3 Høringsinstansenes syn

Fylkesmannen i Oslo og Akershus støttet forslaget, men foreslo en alternativ formulering om at fylkesmannen skal «ha oversikt over og kunnskap om lokale og regionale planer om smittevern, samt yte bistand med råd og veiledning ved behov». Fylkesmannen var enig i at Folkehelseinstituttet er rette instans for varslene og støtter forslaget om at meldinger ikke skal motta slike meldinger. *Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap* mente at foreslått lovendring ikke reflekterer intensjonen tilstrekkelig og støtter forslaget til alternativ formulering fra Fylkesmannen i Oslo og Akershus.

Finnmarkssykehuset HF, Statens helsetilsyn, Norsk sykepleierforbund og Legeforeningen støttet forslaget, men er noe usikre på hvordan samordningen av planene skal ivaretas i praksis, hva som ligger i å holde seg orientert og mener at det behov for en presisering av dette. De pekte videre på at ansvarsforholdet mellom fylkesmann og kommunelege må være tydelig.

Regionalt kompetansesenter for smittevern i Helse Midt-Norge og Norsk forening for infeksjonsmedisin ønsket også en presisering av fylkesmannens rolle. *Akershus universitetssykehus* støttet forslaget, men stilte spørsmål om hvordan samordning av de lokale planene skal ivaretas og pekte på at det kan bli noen vanskelige grenseoppganger mot de regionale helseforetakenes utvidede oppgaver.

Smittevernlegene pekte på at det bør presiseres hva som menes med lokale og regionale planer om smittevern og antar at man tenker på de kommunale smittevernplanene og RHFenes smittevernplaner. Smittevernlegene mente det er feil å omtale de sistnevnte som regionale planer. Det er planer for RHFenes interne smittevern, ikke for smittevernet utenfor sykehusene.

Kompetansesenteret for smittevern Helse Nord mente at forslaget om fylkesmannens bredere perspektiv samsvarer dårlig med den samtidige opphevelsen av utbruddsvarsling til fylkesmannen. De stilte blant annet spørsmål om hva fylkesmannen konkret skal gjøre, og hva det innebar at fylkesmannen skal samordne kommunale og regionale planer om smittevern. Videre påpekte de at det bør fremgå av forskrift eller lov om fylkesmannen for eksempel skal føre tilsyn med at kommunene har faglige kontaktpersoner i smittevern.

Statens helsetilsyn ba departementet vurdere om foreslåtte endringer i tilstrekkelig grad sikrer at tilsynsmyndigheten blir informert tidlig nok når det oppdages smitte eller utbrudd av smittsomme sykdommer. Etter tilsynets vurdering er det en sentral forutsetning for tilsynsvirksomheten at tilsynsmyndigheten får informasjon om slike forhold så tidlig som mulig og gjerne parallelt. *Holmestrand kommune* mente at løsningen ikke er å oppheve fylkesmannen som mottaker av varsel, men å forplikte kommunene til å sørge for den forutsatte tilgjengeligheten. Bakgrunnen er at de fleste utbrudd må løses lokalt.

Norsk forening for infeksjonsmedisin skrev at opphevelse av meldeplikten til fylkesmannen virker fornuftig. *Smittevernlegene* skrev at slik de kjenner fylkesmennene, driver de tilsyn og arrangerer årlige smittevernsamlinger for kommunene i samarbeid med Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet. Videre formidler fylkesmennene informasjon fra statlige etater og sammenstiller rapporter fra kommunene under kriser. Smittevernlegene ønsket ikke fylkesmennene som noe forsinkende ledd mellom kommunelegene og Folkehelseinstituttet. Dersom instituttet kan ha nytte av å benytte fylkesmennene i samordningen av kommunene under en krise, ser de positivt på det.

Folkehelseinstituttet støttet forslaget om at fylkesmannen skal ha særlig oppmerksomhet mot smittevernet i fylket, men etterlyste en presisering av at fylkesmannen må innhente råd eller involvere Folkehelseinstituttet for at smittevernarbeidet skal være samordnet nasjonalt. Folkehelseinstituttet mente at det er uklart hva som menes med at fylkesmannen skal samordne lokale og regionale planer om smittevern og peker på utfordringene med at helseregionene strekker seg over flere fylker. De pekte videre på at i folkehelseloven er det fylkeskommunen som har en samordningsfunksjon for kommunene. Folkehelseinstituttet ønsker tettere samarbeid med fylkesmennene og viste til at det vil være hensiktsmessig om lister over kommuneleger holdes oppdatert av fylkesmannen og deles med Folkehelseinstituttet. Det er en beredskapsmessig utfordring at det ikke finnes oppdaterte lister over smittevernansvarlig lege i kommunene. Folkehelseinstituttet støttet forslaget om at fylkesmannen ved større hendelser kan videreformidle informasjon mellom kommunene og Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet, men er oppatt av at fylkesmannen ikke blir et forsinkende ledd.

Oslo kommune støttet forslaget om å oppheve forpliktelsen til å holde Helsetilsynet og Helsedirektoratet orientert, ettersom det ivaretas av Folkehelseinstituttet, og anser dette som et forenklingstiltak.

Helsedirektoratet var bekymret for at de foreslåtte endringene vil kunne svekke fylkesmannens rolle i smittevernet, både på daglig basis og i beredskapssituasjoner på bakgrunn av at de ikke lenger skal motta meldinger fra kommunene. Helsedirektoratet viste videre til at varslingsveien via fylkesmannen også fremgår av IHR-forskriften § 4, og at smittevernloven § 4-10 har nær sammenheng med denne bestemmelsen. Direktoratet understreket at det er viktig at disse reglene er harmonisert.

Helsedirektoratet mente at Mattilsynet bør få myndighet til å iverksette tiltak direkte uten at de må gå gjennom kommunelegen. Helsedirektoratet vurderte at det er viktig at fylkesmannen fortsatt plikter å holde Helsedirektoratet og Helsetilsynet orientert om smittevernsituasjonen i sitt fylke for at disse skal kunne ivareta sitt ansvar som smittevernmyndighet og tilsynsmyndighet. Rapporter fra Folkehelseinstituttet er sammensatt av informasjon fra flere kilder og kan ikke erstatte den rapporteringen fylkesmannen gjør i dag. Helsedirektoratet mente at det er behov for å styrke fylkesmannens rolle i smittevernlovgivningen. Fylkesmannen har

alminnelige tilsynsoppgaver og en viktig rolle i å følge med på den epidemiologiske utviklingen for å kunne holde kommuner og sentrale helsemyndigheter orientert. Forslaget ivaretar ikke dette, men svekker fylkesmannens rolle.

Oslo kommune og *Trondheim kommune* støttet forslaget om at fylkesmannen får et bredere perspektiv på smittevern, særlig i forbindelse med ivaretagelse og veiledning om smittevern i helseinstitusjoner. *Trondheim kommune* mente at forslaget om å oppheve varsling til fylkesmannen fremstår i strid med forslaget om fylkesmannens rolle i regional samordning og det bredere perspektivet som er foreslått.

7.4 Departementets vurderinger og forslag

Etter gjeldende bestemmelse har fylkesmannen to roller innenfor smittevern. Fylkesmannen skal for det første ha særlig oppmerksomhet rettet mot allmennfarlige smittsomme sykdommer og for det andre holde Statens helsetilsyn og Helsedirektoratet orientert om forholdene i fylket, jf. helsetilsynsloven. Departementet mener at det er hensiktsmessig med en videreføring av fylkesmannens ansvar, men med noen justeringer i § 7-4.

Departementet mener at endringene samlet sett medfører at fylkesmannen vil ha en mindre operativ rolle og at det legges opp til at fylkesmannen i større grad tar del i oppgaver som legger til rette for systematisk arbeid i kommunene. Ved å ha kunnskap og oversikt over lokale smittevernplaner vil fylkesmannen kunne yte bistand og veiledning om planverk for forebygging av smittsomme sykdommer både i og utenfor helseinstitusjoner. Dette sammenfaller med forslaget om at fylkesmannen skal ha bredere perspektiv på smittevern generelt, slik at ressursene kan brukes der det er hensiktsmessig etter regional vurdering. Eksempelvis vil det kunne gjelde dersom det er særlig behov for infeksjonskontrollprogrammer i helseinstitusjoner.

Noen høringsinstanser, blant annet *Helsedirektoratet* og *Trondheim kommune*, mener at fylkesmannens rolle ble svekket gjennom å oppheve bestemmelsen om varsel om smittsomme sykdommer. Forslaget om å oppheve varsel til fylkesmannen ble støttet av *Fylkesmannen i Oslo og Akershus* og *i Buskerud*, som var de eneste fylkesmannsembetene som uttalte seg i høringen. Departementet viser til at fylkesmannen vil få nødvendig informasjon fra Folkehelseinstituttet dersom situasjonens alvorlighetsgrad tilsier det, eller

på et aggregert nivå for mer langsiktig arbeid. I følge smittevernloven er det kommunelegen med bistand fra Folkehelseinstituttet, som håndterer tilfeller av smittsomme sykdommer. Departementet vurderer at det dermed ikke er hensiktsmessig å holde fylkesmannen orientert med disse varslene av hensyn til effektiv håndtering av sykdomstilfellene som er varslingspliktige.

Mange av høringsinstansene støttet forslaget om at fylkesmannens skal ha særlig oppmerksomhet rettet mot smittevernet generelt i istedenfor allmennfarlige smittsomme sykdommer spesielt. Et flertall av høringsinstansene som hadde kommentert forslaget om fylkesmannens ansvar etterlyste en ytterligere presisering av fylkesmannens rolle, særlig ved samordning av lokale og regionale planer.

Fylkesmannen i Oslo og Akershus, med støtte fra *Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap*, foreslo en alternativ formulering i forslaget til ordlyd. Departementet vurderer at forslaget til ordlyd fra Fylkesmannen i hovedsak gjenspeiler intensjonen, men mener at det er nødvendig med en mindre justering. Departementet mener at bestemmelsen bør fastsette at fylkesmannen er pliktig til å ha oversikt over og kunnskap om lokale planer, og å yte bistand ved behov. Lokale planer vil som regel dreie seg om kommunale planer, men det vil også kunne gjelde andre enheter som eksempelvis i bydeler eller administrative enheter.

Forslaget innebærer ingen materiell endring når det gjelder fylkesmannens lovpålagte oppgaver, selv om ordlyden endres, ettersom samme plikt fremgår av helsetilsynsloven § 2. Kunnskap om smittevern i fylket, både innenfor og utenfor helseinstitusjon vil være en naturlig del av dette. Ny helsetilsynsloven er vedtatt og skal erstatte den någjeldende helsetilsynsloven fra 1984, men loven er foreløpig ikke trådt i kraft. Det følger av Prop. 30 L (2018–2019) at det er tatt sikte på å sette ny helsetilsynslov i kraft 1. juli 2019. I den nye loven videreføres § 2 tredje ledd i § 4 tredje ledd.

Departementet vurderer at fylkesmannen gjennom sin rolle har en viktig funksjon i smittevernet, både som klageinstans og som statens representant i fylket på smittevernområdet. Blant annet arrangeres jevnlig smittevernkonferanser på fylkesnivå. Departementet foreslo en justering av ordlyden slik at fylkesmannen får et bredere perspektiv på smittevernet generelt og ikke bare allmennfarlige smittsomme sykdommer. Det er en viktig oppgave for fylkesmannen å følge med på utviklingen i helse- og omsorgstjenesten i fylket, særlig når det gjelder ivaretagelse og veiledning om smittevern i helseinstitusjoner. Mange smitt-

somme sykdommer og andre forhold innenfor smittevern er av stor samfunnsmessig betydning selv om disse ikke er definert som allmennfarlige smittsomme sykdommer. Departementet mener derfor at det er hensiktsmessig å utvide bestemmelsen til å gjelde smittevern på et mer generelt nivå.

Departementet har videre vurdert om fylkesmannens oppgaver når det gjelder regional samordning, både løpende og i beredskapssituasjoner, bør komme tydeligere til uttrykk i bestemmelsen. God kommunikasjon ved større utbrudd av smittsomme sykdommer, og samordning av bered-

skapsplaner i kommuner og fylkeskommuner er vesentlig for at samfunnet skal kunne være tilstrekkelig forberedt. I alvorlige situasjoner vil fylkesmannens rolle som Helsedirektoratets forlengede arm kunne gi et avgjørende bidrag til organisering av helse- og omsorgstjenesten. Fylkesmannens rolle er utfyllende beskrevet i Nasjonal helseberedskapsplan. Departementet viser for øvrig til Samordningsinstruksen for fylkesmannen, samt adgangen til å opprette beredskapsregister etter smittevernloven § 2-2 som utgjør sentrale deler av fylkesmannens oppgaver i kriser.

8 Presisering av Helsedirektoratets og Folkehelseinstituttets ansvar og oppgaver

8.1 Gjeldende rett

Smittevernloven beskriver Folkehelseinstituttets og Helsedirektoratets ansvar i §§ 7-9 og 7-10. Ansvarsdelingen følger i hovedsak inndelingen mellom Helsedirektoratet som myndighetsorgan og Folkehelseinstituttet som fagorgan. Forholdet mellom Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet har vært gjenstand for flere gjennomganger. Hensikten med bestemmelsene er ikke å gi en uttømmende oppregning av etatenes ansvar og oppgaver, men angir i hovedtrekk ansvarsfordelingen innenfor smittevernet.

8.2 Forslag i høringsnotatet

Departementet vurderte i høringsnotatet at dagens ordlyd er dekkende for Folkehelseinstituttets virksomhet, men mente likevel at ytterligere tvil kan unngås ved at det presiseres at Folkehelseinstituttet også skal samordne tiltak ved utbrudd i § 7-9 andre ledd. Departementet påpekte 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.

Departementet foreslo å lovfeste en generell plikt for Helsedirektoratet til å innhente råd fra Folkehelseinstituttet. Det ble presisert at det fortsatt vil være anledning for Helsedirektoratet til å innhente kunnskap også fra andre, men at kunnskap fra Folkehelseinstituttet skal inngå som et minimum.

Departementet uttalte at ett av problemene med gjeldende lov at begge institusjoner er pålagt å gi «råd». Etter departementets vurdering burde det fremgå tydeligere i lovens ordlyd at informasjon og veiledning er knyttet til oppgavene de respektive institusjonene har. For å klargjøre rollene foreslo departementet at det presiseres i § 7-9 om Folkehelseinstituttet at det skal gis faglig bistand, råd, veiledning og informasjon og at «råd» strykes fra bestemmelsen om Helsedirektoratets oppgaver i § 7-10 første ledd.

Folkehelseinstituttet behandler en rekke sensitive personopplysninger i forbindelse med smittevernarbeidet. Bestemmelsen i § 7-9 oppfylder vilkårene til å være et såkalt supplerende rettsgrunnlag for behandling av helseopplysninger til smittevernformål i samsvar med EUs personvernforordning artikkel 6 nr. 1 bokstav e (oppgave i allmennhetens interesse) og unntak etter artikkel 9 nr. 2 bokstav i (folkehelse). Departementet foreslo en presisering av bestemmelsen som gir hjemmel til å behandle opplysninger i forbindelse med oppgavene som følger med funksjonen som smitteverninstitutt.

Videre foreslo departementet mindre endringer i § 7-9 av lovteknisk karakter. Blant annet ble det foreslått en forenklet spesifiseringsgrad av laboratorieundersøkelsene slik de går frem i gjeldende lov. Presiseringene i bestemmelsen lovfester en allerede etablert praksis og endrer ikke på ansvaret for iverksettelsen av smitteverntiltak eller andre ansvarsforhold etter loven her.

8.3 Høringsinstansenes syn

Finnmarkssykehuset HF skrev at det har vært en stadig nedbygging av generell veiledning fra Folkehelseinstituttet med blant annet gamle veiledere, sene og upresise råd og nedleggelse av en rekke funksjoner i mikrobiologi ved Folkehelseinstituttet. *Legeforeningen* fremhevet viktigheten av å beholde og bevare et sterkt faglig miljø ved Folkehelseinstituttet, som kan gi råd og veiledning, samt bistå ved større utbrudd. De viser til rapporten om Smittevern i kommunene, hvor det står at de fleste kommunelegene oppgir Folkehelseinstituttet som deres foretrukne rådgiver i faglige smittevernsprosjekt. *Regionalt kompetansesenter for smittevern i Helse Midt-Norge* skrev at det er vanskelig å harmonisere smittevernet i Norge med mangelen på oppdaterte veiledere fra Folkehelseinstituttet og en generell nedbygging av kompetansen der.

Legeforeningen skrev at det er velkomment med en gjennomgang og avklaring ettersom det er utfordrende å forholde seg til to organer som rådgir parallelt og ofte ikke koordinert. *Mattilsynet* skrev at grenseoppgangen mellom Helsedirektoratets og Folkehelseinstituttets roller fortsatt er noe uklart. Noe har blitt litt klarere, men det er fortsatt ikke helt tydelig når det gjelder hvem som skal gjøre hva.

Legeforeningen stilte spørsmål ved om det er hensiktsmessig at det er Helsedirektoratet som får fullmakt fra departementet til å lede arbeidet i kriser og andre beredskapssituasjoner på smittevernområdet. I krisesituasjoner vil det være spesielt viktig med en forutsigbar og god organisering, og klar og effektiv kommunikasjon. Legeforeningen mente fagkompetansen ligger i Folkehelseinstituttet, og at oppgaven bør ligge der.

Norsk sykepleierforbund pekte på uklare og overlappende roller, og at Helsedirektoratet må basere seg på faglige råd fra Folkehelseinstituttet i kriser og beredskapssituasjoner.

Statens helsetilsyn ba departementet vurdere om det bør tydeliggjøres hva som ligger i og menes med de ulike aktørers rolle og ansvar for samordning av smitteverntiltak.

Veterinærinstituttet skrev at et tverrsektorielt samarbeid er en forutsetning for smittevern, og at Folkehelseinstituttet og Veterinærinstituttet bør samarbeide tett.

Norsk forening for infeksjonsmedisin var usikre på hvor godt det aktuelle reviderte lovforslaget bidrar til bedre arbeidsavklaring mellom Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet.

Bergen kommune mente at endringen om Helsedirektoratets rolle vil gi bedre smittevernberedskap og sikre koordinert tverrsektoriell håndtering og samhandling siden smittevernberedskap handler om mer enn smitteverntiltak.

Akershus universitetssykehus mente at endringsforslaget innebærer en velkommen rolleavklaring. De støttet presiseringen om at Folkehelseinstituttet kan oppbevare personopplysninger for å ivareta sine oppgaver, men pekte på at smittevernavdelingene ved sykehusene og kommunelegene har samme behov i smitteoppklaringsarbeid. Et sterkt fagmiljø ved Folkehelseinstituttet som kan bistå kommunelegene med råd og veiledning, og som også kan bistå spesialisthelsetjenesten ved større utbrudd og ved utbrudd med matvarer og vann som sannsynlig smittekilde, er svært viktig at beholdes.

Smittevernlegene mente forslaget langt fra er noen løsning på de utfordringene som kommuneoverleger har pekt på i oppfølgingen av influensa-

pandemien i 2009 og i prosjektet «Smittevern i kommunene». De var absolutt for at det ryddes i ansvar og roller mellom Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet, men ikke slik at Helsedirektoratet, som normalt er lite involvert i smittevernet, skal overta ansvaret når en smittevernkriser blir større. Under influensapandemien i 2009, men også i senere nasjonale kriser eller pseudokriser (ebolaepidemien i Vest-Afrika i 2014–15, asylsøkerkrisen i 2015–16 og zika-epidemien i Sør-Amerika i 2016), har det vært en utfordring for kommunene at råd har kommet seint og til dels tilsynelatende ukoordinert fra de to etatene. Smittevernlegene er vant til å få slik informasjon fra Folkehelseinstituttet, men må forholde seg også til Helsedirektoratets brev og hjemmesider. Smittevernlegene stiller spørsmål om hvorfor staten gjør det så forvirrende for kommunene.

Smittevernlegene skrev at de trenger denne støtten, gode overvåkingsdata, gode og praktiske faglige råd til daglig og ved hendelser, vaksiner til programmet og tydelige beskjeder og koordinering ved hendelser som involverer flere eller alle kommuner. De pekte videre på at det hadde vært enklest om all støtten kom fra samme statlige etat. Skillet mellom «myndighetsorgan» og «fagkompetanseorgan» er verken tydelig eller viktig; det bare forvirrer. Smittevernlegene legger til grunn at Folkehelseinstituttet benytter rundt 300 årsverk på smittevern mens Helsedirektoratet benytter tre årsverk. Det burde være greit å flytte de sistnevnte og deres arbeidsoppgaver til Folkehelseinstituttet for å lage et heldekkende smitteverninstitutt som kan utvikle og sammenstille kunnskap, gi råd, veiledning og lovfortolkninger og om nødvendig instruksjoner, legge planer og utvikle strategier, og effektivt koordinere håndteringen av små og store hendelser på smittevernområdet, organiseringen vil da likne den man har på strålevernområdet.

Folkehelseinstituttet støttet forslaget og ser på forslaget som et skritt i riktig retning, men mener det ikke er tilstrekkelig for å løse utfordringene. Et eksempel på hvor rollene kan oppleves som uklare er ved håndtering av utbrudd eller truende utbrudd av smittsomme sykdommer. Folkehelseinstituttet mente at deres oppgave med å samordne arbeidet med utbrudd når flere kommuner er involvert bør komme til uttrykk i loven. Folkehelseinstituttet mente at Mattilsynet bør sikres relevant informasjon for deres smittevernarbeid, og at dagens avtalefestede informasjonsplikt bør tas inn i loven.

Folkehelseinstituttet pekte på at ansvarsprinsippet skal ligge til grunn ved kriser, og at det vil

være hensiktsmessig om Helsedirektoratet kan koordinere tiltak i sektoren i stedet for å lede arbeidet. Dette vil kreve tett samvirke under kriser, i tråd med samvirkeprinsippet.

Folkehelseinstituttet støttet presiseringen som klargjør at bestemmelsen er et supplerende rettsgrunnlag ved behandling av helseopplysninger.

Gjøvikregionen Helse og Miljøtilsyn IKS støttet at «råd» strykes fra § 7-10 som gjelder Helsedirektoratet og mener at det bør tas inn i lovteksten at Helsedirektoratet ikke skal gi faglige råd for å unngå uklarheter slik det gjorde under influensaepidemien i 2009. De viste videre til at det nesten uten unntak finnes gode løsninger i drøftingene med Smittevernvakta ved FHI og pragmatiske tilpasninger på kommunenivå.

Oslo kommune støttet forslagene og legger til grunn at endringsforslagene er en presisering av dagens praksis. I tråd med presiseringene vedrørende råd forventer kommunen at situasjonen med overlappende brev og hjemmesider om eksempelvis influensavaksinasjon vil opphøre. Dette bidrar til å skape klarhet om hvor kommunene skal hente råd. Normalt får kommunene informasjon fra Folkehelseinstituttet, men det blir raskt forvirring når både Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet er involvert i krisehåndtering. For kommunenes del ville det vært enklere om all bistand kom fra samme statlige etat.

Moss kommune skrev at brorparten av smittevernet utføres i kommunen og at kommunelegen trenger støtten fra FHI. Det er forvirrende at det skal skilles mellom myndighetsorgan og fagkompetanseorgan.

Helsedirektoratet mente at forslaget om å lovfeste Folkehelseinstituttets plikt til å samordne arbeidet ved utbrudd bryter med lovens systematikk. Begrunnelsen er at det er et kommunalt ansvar å håndtere utbrudd. Videre pekte Helsedirektoratet på at dette forslaget er i strid med oppgavene Helsedirektoratet har ved kriser, jf. smittevernloven § 4-1. Forslaget bryter med ansvarsprinsippet og LEON-prinsippet.

Helsedirektoratet mente at de må kunne fatte beslutninger basert på de rådene direktoratet til enhver tid mener er best egnet og at forslaget om at råd fra Folkehelseinstituttet skal inngå i beslutningsgrunnlaget synes ikke å ta opp i seg realiteten ved at Helsedirektoratet har et bredere ansvarsområde enn Folkehelseinstituttet. Helsedirektoratet viste likevel til at høringsnotatet omtaler direktoratets mulighet til å innhente kunnskap også fra andre aktører.

Helsedirektoratet fremhevet at det rettslige utgangspunktet er at smitteverntiltak skal gjen-

nomføres av kommuner og helseforetak. Helsedirektoratet kan vanskelig støtte opp om formuleringer som har preg av at en annen instans (FHI) skal gå inn og ta over ansvaret og oppgavene fra kommunene og helseforetakene. Helsedirektoratet foreslo at «samordne» erstattes med «tilby bistand».

Helsedirektoratet påpekte at rådgivning er en vesentlig del av arbeidet i direktoratet og at pliktene etter loven ikke kan utføres dersom de ikke kan gi råd til befolkningen, andre sektorer og helse- og omsorgstjenesten.

Helsedirektoratet pekte på at kommunikasjon i liten grad er berørt i høringsnotatet. Ved kriser der delegasjon fra HOD til Helsedirektoratet er gjennomført må også Helsedirektoratet stå for kommunikasjon til befolkningen.

Trondheim kommune støttet at det gjøres en gjennomgang av rollene, men er usikker på om forslagene gir god nok avklaring.

Trondheim kommune mente at lovfesting av Folkehelseinstituttets oppgave ved samordning av tiltak ved utbrudd er en presisering av gjeldende praksis og ikke vil endre ansvaret for iverksettelsen av smitteverntiltak eller andre ansvarsforhold etter loven. Trondheim kommune mener at Folkehelseinstituttet er best egnet til å lede arbeidet i kriser. Arbeidet består i hovedsak av håndtering av utbrudd, varsel etter IHR-forskriften og mistanke eller påvisning av varslingspliktige smittsomme sykdommer. De mente at i slike situasjoner er det spesielt viktig med en god organisering som inkluderer klare og tydelige råd fra Folkehelseinstituttet for å samordne og koordinere tiltakene.

Trondheim kommune uttrykte usikkerhet om opphevelse av råd fra Helsedirektoratets bestemmelse er klargjørende.

8.4 Departementets vurderinger og forslag

Departementet merker seg at et flertall av høringsinstansene støtter forslagene, men at flere innvender at forslagene ikke er tilstrekkelig. Departementet viser til at ansvarsdelingen er presisert i forslagene, og at arbeidet vil forutsette et nært samarbeid mellom etatene ettersom noen av oppgavene vil tilhøre begge etatenes ansvarsområde i større eller mindre grad. Etter departementets vurdering er ikke lovregulering egnet virkemiddel for ytterligere klargjøring av ansvarsområdene. Departementet forutsetter at oppgavene løses i tett samarbeid mellom etatene.

Departementet viser til at ansvarsdelingen på smittevernområdet skiller seg fra andre områder ved at Folkehelseinstituttet er statens smitteverninstitutt og Helsedirektoratet er smittevernmyndighet. Denne ansvarsdelingen ligger til grunn for forslaget. Etter departementets vurdering kan grensesnittet mellom Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet i enkelte situasjoner være uklart og det vil være vanskelig fullt ut å klargjøre dette i lov. For å løse oppgavene forutsettes godt samarbeid i arbeidsprosessene. Særlig ved bruk av myndighet etter loven er det nødvendig at Helsedirektoratet baserer sin vurdering på råd fra Folkehelseinstituttet. Departementet vurderer at dette derfor bør fremgå klart av loven og foreslår en endring av § 7-10 første ledd. *Helsedirektoratet* påpekte at de også må kunne innhente kunnskap fra andre enn Folkehelseinstituttet. Departementet viser til at det er adgang til det, men at råd fra Folkehelseinstituttet alltid skal innhentes og legges til grunn for Helsedirektoratets arbeid. Helsedirektoratet må i alle tilfeller foreta en selvstendig vurdering og kan fravike Folkehelseinstituttets anbefaling.

Flere høringsinstanser, blant annet *Folkehelseinstituttet* og *Oslo kommune*, pekte på at organiseringen av smittevernet fordelt på Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet avviker fra ansvarsprinsippet i beredskapsarbeidet. Ifølge ansvarsprinsippet har virksomheter med ansvar for en oppgave i normalsituasjon ansvar for den samme oppgaven under kriser. Departementet viser til at Helsedirektoratet skal, etter delegasjon fra departementet, forestå nasjonal koordinering av helse- og omsorgssektorens innsats og iverksette nødvendige tiltak når en krisesituasjon truer eller har inntruffet. Når det er tale om en krisesituasjon forårsaket av smittsomme sykdommer viser departementet til høringsforslaget kapittel 8.2 der det fremgår at utbruddsetterforskning og oppklaringen av utbrudd fortsatt vil foregå ved Folkehelseinstituttet. I krisesituasjoner er det av desto større betydning at Helsedirektoratet involverer Folkehelseinstituttet og følger de faglige rådene. Departementet forutsetter at kommunikasjon til offentligheten og kommunene foregår på en koordinert slik at det ikke fremkommer motstridende budskap.

Helsedirektoratet påpekte at rådgivning er en vesentlig del av arbeidet i direktoratet og at pliktene etter loven ikke kan utføres dersom de ikke kan gi råd til befolkningen, andre sektorer og helse- og omsorgstjenesten. Departementet viser til omtalen i høringsnotatet der det fremgår at direktoratet skal gi råd knyttet til sin virksomhet

som myndighetsorgan, mens Folkehelseinstituttet på sin side skal gi faglige råd. Videre fremgikk det at etter departementets syn er ett av problemene med gjeldende lov at begge etatene er pålagt å gi «råd». Departementet har imidlertid kommet til at rådgivning er grunnleggende innenfor smittevern og at dette derfor fortsatt bør være pålagt begge etater. Imidlertid vil det være avgjørende at også innenfor dette området skjer en løpende koordinering mellom etatene.

Når det gjelder samordning av tiltak ved utbrudd, fremhevet *Helsedirektoratet* at det rettslige utgangspunktet etter loven er at smitteverntiltak skal gjennomføres av kommuner og helseforetak. Etter departementets vurdering endrer ikke forslaget den grunnleggende ansvarsfordelingen som følger av smittevernloven. Folkehelseinstituttet har ikke myndighet til å beslutte smitteverntiltak, men fungerer som en rådgiver i situasjoner der det er nødvendig. Samordning av tiltak ved utbrudd skjer ofte som en del av utbruddsoppklaring og vurderes etter departementets syn som en lovfesting av gjeldende praksis.

Folkehelseinstituttet behandler en rekke sensitive personopplysninger i forbindelse med smittevernarbeidet. Det er etter departementets vurdering klart at Folkehelseinstituttets behandling av helseopplysninger til smittevernformål i samsvar med § 7-9 første ledd, har behandlingsgrunnlag etter EUs personvernforordning artikkel 6 nr. 1 bokstav e (oppgave i allmennhetens interesse) og unntak etter artikkel 9 nr. 2 bokstav i (folkehelse). I Prop. 56 LS (2017–2018) om ny lov om behandling av personopplysninger punkt 6.3.2 fremgår hva som kreves for at bestemmelsen skal gi tilstrekkelig supplerende rettsgrunnlag. Det er ikke nødvendig at det supplerende rettsgrunnlaget uttrykkelig regulerer behandling av personopplysninger, noe bestemmelsen ikke gjør i dette tilfellet. Ifølge proposisjonen er det tilstrekkelig at et supplerende rettsgrunnlag gir grunnlag for å utføre en oppgave i allmennhetens interesse, og at det er nødvendig for den dataansvarlige å behandle personopplysninger for å utføre oppgaven som følger av det supplerende rettsgrunnlaget.

Å utføre helseanalyser, drive forskning på smittevern eller å overvåke den epidemiologiske situasjonen forutsetter at det behandles personopplysninger. Bestemmelsen oppfylder derfor vilkårene for å være et såkalt supplerende rettsgrunnlag. Departementet mener likevel at det bør presiseres i bestemmelsen at det er hjemmel for behandling av opplysninger i forbindelse med oppgavene som følger med funksjonen som smitteverninstitutt.

Videre foreslår departementet mindre endringer i § 7-9 av lovteknisk karakter. Blant annet foreslås en forenkling av spesifiseringsgraden av laboratorieundersøkelsene. Presiseringene

i bestemmelsen lovfester en allerede etablert praksis og endrer ikke på ansvaret for iverksettelsen av smitteverntiltak eller andre ansvarsforhold etter smittevernloven.

9 Lovfesting av regionale helseforetaks ansvar

9.1 Gjeldende rett

Ifølge smittevernloven § 7-3 skal det regionale helseforetaket sørge for at befolkningen i helse-regionen med hensyn til smittsom sykdom er sikret nødvendig spesialistundersøkelse, laboratorieundersøkelse, poliklinisk behandling og sykehusbehandling, forsvarlig isolering i sykehus, og annen spesialisthelsetjeneste. De regionale helseforetakene skal etter annet ledd utarbeide en plan for tiltak og tjenester innenfor smittevernet. Etter tredje ledd er det regionale helseforetakene tillagt kompetansen til å utpeke en lege som skal fatte vedtak sammen med kommunelegen etter § 4-2 (forbud mot utførelse av arbeid mv.) og § 5-8 (hastevedtak om tvang etter § 5-2 mv).

I forskrift om smittevern i helse- og omsorgstjenesten § 3-1 er de regionale helseforetakenes rolle utdypet. Blant annet skal det utarbeides tilbud om nødvendig smittevernbistand til kommunale institusjoner som omfattes av forskriften innen helseregionen, dersom kommunene ønsker det. Det skal også ifølge forskriften være et senter for sykehushygiene ved hvert regionale helseforetak. Senteret skal fungere som kompetansesenter for helseregionen.

Kompetansesenteret skal samordne smittevernarbeidet, stimulere til aktivitet og fremme fagutvikling i det regionale helseforetakets helseinstitusjoner og yte sakkyndig hjelp til andre helseinstitusjoner i det regionale helseforetaket, herunder smittevernrådgivning, overvåking, kompetansehevede tiltak for personell, forskning og oppklaring av utbrudd i samarbeid med Folkehelseinstituttet.

Ifølge helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 6 påhviler det en plikt for kommunene til å inngå samarbeidsavtaler med de regionale helseforetakene. Det er i § 6-2 oppstilt minimumskrav til avtalens innhold. Etter punkt 6 skal avtalen inneholde retningslinjer for gjensidig kunnskapsoverføring og informasjonsutveksling og for faglige nettverk og hospitering. Etter punkt 10 følger det at avtalen skal omfatte samarbeid om forebygging. Det fremgår en tilsvarende plikt for det regi-

onale helseforetaket til å inngå avtale etter spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 e.

Videre fremgår det av spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a at det regionale helseforetaket skal sørge for at helseinstitusjoner som de eier, eller som mottar tilskudd fra de regionale helseforetakene til sin virksomhet, bidrar til å fremme folkehelsen og forebygge sykdom og skade.

Det er også fastsatt en gjensidig veiledningsplikt mellom den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 6-3 og helse- og omsorgstjenesteloven § 5-11.

9.2 Forslag i høringsnotatet

Departementet foreslo i høringsnotatet å presisere at det regionale helseforetakets plan for tiltak og tjenester for å forebygge smittsomme sykdommer skal gjelde for hele helseregionen. Intensjonen var ikke at de regionale helseforetakene skulle overta kommunens ansvar.

Videre foreslo departementet å lovfeste det regionale kompetansesenteret for smittevern, som i dag fremgår av forskrift om smittevern i helsetjenesten § 3-1. Dette innebærer ingen realitetsendring.

9.3 Høringsinstansenes syn

Norsk sykepleierforbund skrev at det er uklart i høringsnotatet om de regionale helseforetakene skal ha ansvar for smittevernet utenfor helse-tjenesten. Videre at det viktigste er å samordne kunnskap, råd og prosedyrer. Det er unødvendig å innføre et mellomledd mellom Folkehelseinstituttet og kommunene. De støttet en styrking av de regionale smittevernkontorene, som et supplement i dagens smittevern. Videre mente forbundet at det bør gjenspeiles et krav om samarbeid om smittevern i avtalene mellom kommunene og regionale helseforetak.

Mattilsynet var i tvil om hva som menes med forslaget og at det kan nesten leses som om man

ønsker å innføre et tredje nivå. Det vil gjøre avstanden mellom kommunene og Folkehelseinstituttet lengre enn den er i dag og det tror tilsynet vil svekke oppklaringssevnen sammenliknet med i dag. Mattilsynet var usikre på om det er dette som er intensjonen med endringen.

Legeforeningen skrev at det er uklart hva som er fordelene med sentralisering, og at det fremstår lite hensiktsmessig ut fra beskrivelsen.

Kompetansesenteret for smittevern Helse Nord skrev at det er uhenktsmessig at en generell veiledningsplikt i smittevern til kommunen ligger i det regionale kompetansesenteret for smittevern. Samhandling om smittevern skjer primært mellom helseforetak og deres lokalsykehuskommuner, og kommunen må derfor i første omgang henvende seg til sitt helseforetak/sykehus. I Helse Nord er de fire sykepleierne som bistår kommunen i smittevern ansatt i de fire helseforetakene og ikke i det regionale kompetansesenteret for smittevern.

Sørlandet sykehus uttrykte bekymring for at regionale kompetansesenter skal ha ansvar for veiledning for eksempelvis 30 kommuner på Agder. Spesialisthelsetjenesten har veiledningsplikt, men kommunene har ikke plikt til å søke råd/veiledning. Kommunenes plikt til samarbeid etterlyses. Selv om det står i helse- og omsorgstjenesteloven bør det også fremgå av smittevernloven. Det kan stilles spørsmål ved om kommunene bør forpliktes til å inngå avtale om kjøp av infeksjonskontrollprogram, kurs og undervisning fra spesialisthelsetjenesten.

Regionalt kompetansesenter for smittevern i Helse Midt-Norge etterlyste tydeliggjøring av hva det regionale helseforetakets rolle skal innebære. Det er grunn til å understreke at det regionale kompetansesenteret for smittevern har sin spisskompetanse innen smittevern i sykehus (sykehushygiene). Videre savnes en konkretisering av hva som menes med at det regionale helseforetaket må samordne seg med kommunalt nivå når det gjelder den regionale smittevernplanen. Det er også spørsmål om «helseregionen» er en god formulering, ettersom ansvaret begrenses til ikke å gjelde kontaktflaten mot øvrige regioner. En generell veiledningsplikt i smittevern til kommunene vil være uhenktsmessig siden samhandlingen primært skjer mellom lokalt helseforetak og kommune, mens det regionale kompetansesenteret utgjør neste nivå.

Norsk forening for infeksjonsmedisin mente at det foreslås omfattende endringer og manglende begrunnelse for dette forslaget. Det fremstår som feilslått og de skriver at et sammenhengende

smittevern må følge pasientflyten i helsetjenesten og basere seg på selvstendige nivåer med godt definerte og lovpålagte ansvarsområder.

Bergen kommune mente at forslaget om at det regionale helseforetaket skal ha plikt til økt samarbeid med kommunene vil styrke hygienearbeidet i helsetjenestene og redusere forekomst av helsetjenesteassosierte infeksjoner, noe som er særlig viktig mellom sykehjem, hjemmebaserte tjenester og sykehus.

Verdal kommune mente at det er positivt å styrke det regionale leddet gjennom en lovfesting. Det er imidlertid viktig at det ikke blir et nytt mellomledd mellom kommunene og Folkehelseinstituttet.

Oslo universitetssykehus støttet en lovfesting av kompetansesenterets rolle, men er kritiske til de betydelige utvidelsene av oppgavespekteret og overføring av oppgaver fra Folkehelseinstituttet til de regionale helseforetakene.

Regionalt kompetansesenter for smittevern Helse vest skrev at det er uklart hva presiseringen innebærer og en styrking av denne siden vil ikke styrke det kommunale leddet tilsvarende.

Akershus universitetssykehus etterlyste oppklaringer når det gjelder hva som menes med at det regionale helseforetaket skal lage smittevernplan for «hele regionen». Det bør presiseres at det gjelder på regionalt nivå og lokalt nivå (helseforetak), men ikke på kommunalt nivå. Det regionale helseforetaket har ingen styringslinje mot primærhelsetjenesten og ansvaret for kommunale smittevernplaner i kommunene må følge de vanlige styringslinjene. Det må ikke herske tvil om at det er kommunene som er ansvarlig for infeksjonskontroll ved kommunale institusjoner og ivaretagelse av smittevern for kommunens innbyggere. Gjennom avtaler om nødvendig bistand til smittevern tilbys kommunene tjenester som går langt utover den generelle veiledningsplikten. Dersom finansieringen av disse avtalene faller bort, vil ikke lokalsykehusene kunne opprettholde tilbudet, men kun tilby tjenester som er pålagt utfra veiledningsplikten og eventuelle avtaler etter helse- og omsorgstjenesteloven § 6-2. Regionale kompetansesentre for smittevern (RKS) vil ikke kunne gi tilsvarende oppfølging på det enkelte sykehjem, med mindre RKS sprer sine ansatte ut på lokalsykehusene.

Smittevernlegene viste til at departementet peker på behovet for «en regional koordineringsfunksjon for å sørge for en sammenhengende smittevernkjede» og viser til ECDCs gjennomgang av arbeidet mot antibiotikaresistens i Norge. De skriver at de ikke kan gjenfinne et slikt reson-

nement i ECDCs rapportutkast. Smittevernlegene var usikre på hva departementet la i det nye begrepet «smittevernkjede». Smittevernlegene pekte på at det foreslås at det regionale helseforetaket skal lage en plan for sine smitteverntiltak «i helseregionen» og ikke bare i egne virksomheter og mener at forslaget er utydelig. En slik uklarehet er særlig uheldig i kriser ettersom ansvarsfordelingen skal være den samme i kriser som til daglig, jf. ansvarsprinsippet. Smittevernlegene skrev at de har blandete erfaringer med råd, veiledning og bistand om smittevern fra helseforetakene.

Folkehelseinstituttet støttet at kompetansesentrene hjemles i lov og tror det er rom for enda bedre samhandling mellom kommuner og helseforetak samtidig som dagens oppgaver og ansvar mellom dem bevares. De pekte på at forslaget er uklart når det gjelder reelle endringer for de regionale helseforetakene og kompetansesentrenes roller og ansvar. Det er videre problematisk at begrepet smittevern brukes dels om alt smittevernarbeid og dels om smittevern i helseinstitusjoner. *Folkehelseinstituttet* skrev at forslaget er uklart når det gjelder gjensidig plikt til å inngå samarbeidsavtaler og i hvilken grad dette vil omfatte avtaler med alle kommunene i regionen. Videre er det uklart hvordan ansvarsfordelingen skal være når sentrene skal ta del i utbruddshåndtering og når det gjelder nærmere samarbeid med kommunelegen, slik det er foreslått. *Folkehelseinstituttet* ser fordeler i at kommunene fortsatt kan velge å avtale (kjøpe) bistand fra sentrene til smittevern i de kommunale helseinstitusjonene. Utover det bør smittevernfaglig bistand til kommunene skje fra *Folkehelseinstituttet* som i dag. De regionale kompetansesentrene har per i dag ikke samme spisskompetanse og det er spørsmål om det er hensiktsmessig å bygge opp dette.

Gjøvikregionen Helse og Miljøtilsyn IKS anså samhandlingen mellom kommunene og helseforetaket tilstrekkelig ivaretatt ved at kommuner som ønsker det kan inngå avtale om nødvendig smittevernbistand i kommunale institusjoner. Videre har smittevernsprosjekt også en plass i tjenesteavtalene mellom kommuner og helseforetak og de fora som er opprettet med hjemmel i disse avtalene.

Helsedirektoratet mente at det må være tydelighet omkring hvem som har ansvar for hva. Sørge for ansvaret må ligge i bunnen og kompetansesentrenes oppgave er å tilby bistand. Det bør klart fremgå at det regionale helseforetaket og kompetansesentrene skal samarbeide med kommunene. *Folkehelseinstituttet* bør i likhet med kompetansesentrene tilby sin bistand og ikke gå inn i en

koordineringsrolle som vil kunne komme i konflikt med gjeldende ansvar og oppgavefordeling. Generell veiledning bør etter bestemmelsen i utgangspunktet være gratis, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 5-11 og spesialisthelsetjenesteloven § 6-3. Det bør henvises i forarbeidene til de to korresponderende lovbestemmelsene som bygger på gratisprinsippet.

Trondheim kommune støttet vurderingen av at det er behov for å tydeliggjøre det regionale helseforetakets rolle i smittevernloven, og at det er behov for å styrke smittevernarbeidet både i spesialisthelsetjenesten og i det kommunale arbeidet.

9.4 Departementets vurderinger og forslag

Et klart flertall av høringsinstansene var negative til forslaget om å gi det regionale helseforetaket større ansvar i helseregionen. Disse høringsinstansene oppga at forslaget ikke var hensiktsmessig, uklart og kunne oppfattes som et nytt nivå innenfor smittevernorganiseringen. Høringsinstansenes innspill tilsier at forslaget ikke ble oppfattet etter departementets intensjon. Departementet har etter høringen kommet til at samarbeidet med kommunalt nivå i helsetjenesten bør løses på en annen måte enn gjennom dette forslaget.

Forslaget om lovfesting av de regionale kompetansesentrene for smittevern i smittevernloven § 7-3 fikk bred støtte i høringen. Departementet mener at lovfesting av det regionale kompetansesenteret i seg selv vil bidra til en tydeliggjøring av oppgavene til de regionale helseforetakene og vil kunne danne grunnlag for en fremtidsrettet helse-tjeneste der smittevern er sentralt. Oppgavene til kompetansesentrene framgår nærmere av forskrift om smittevern i helsetjenesten § 3-1 fjerde og femte ledd. Endringen medfører ikke nye oppgaver for de regionale helseforetakene.

Imidlertid pekte noen høringsinstanser på at bortfall av adgang til å ta betaling fra kommunene for bistand fra de regionale helseforetakene kan medføre at samarbeidet opphører. Departementet vil peke på at lovpålagt samarbeid og veiledning etter spesialisthelsetjenesteloven og helse- og omsorgstjenesteloven er å anse som et minimum i kontakten mellom regionale helseforetak og kommuner. Generell veiledning skal ikke medføre kostnader. Dette følger også av bestemmelsene om veiledningsplikt mellom spesialisthelsetjeneste og den kommunale helse- og omsorgstjenesten, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 6-3 og helse- og omsorgstjenesteloven § 5-11.

Det kreves samarbeid mellom kommuner og regionale helseforetak, eventuelt helseforetak dersom organiseringen tilsier det, om smittevern i helsetjenesten slik at nødvendige smitteverntiltak kan ivaretas ved pasientbehandling. Dette er særlig aktuelt når pasienter skal flyttes mellom kommunale helseinstitusjoner og spesialisthelsetjenesten. Departementet forutsetter at det regionale helseforetaket skal sørge for at det tilbys smittevernbistand til kommunale institusjoner innenfor regionen, dersom kommunene ønsker det.

Departementet viser til helse- og omsorgstjenesteloven § 6-1 der det fremgår at alle kommuner har plikt til å inngå samarbeidsavtale med foretak i helseregionen. Tilsvarende plikt er pålagt de regionale helseforetakene, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 e andre ledd. En av mål-

settingene 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. Helse- og omsorgstjenesteloven § 6-2 nr. 10 slår fast at samarbeidsavtalen skal omhandle forebygging. Avtalen kan for eksempel beskrive råd og bistand vedrørende miljø- og grupperettede tiltak, herunder bistand ved miljøhendelser med helsemessige konsekvenser. Ved slike hendelser vil samhandling i smittevern og beredskapsarbeid mellom kommunesektoren og den statlige spesialisthelsetjenesten være viktig. Generell veiledning fra spesialisthelsetjenesten innenfor smittevern og retningslinjer for veiledning knyttet til oppfølging av bestemte pasientgrupper kan også være en del av samarbeidsavtalen.

10 Endringer i Statens helsetilsyns oppgaver

10.1 Gjeldende rett

Etter § 7-10 a første ledd følger det at Statens helsetilsyn skal ha det overordnede tilsynet med den kommunale, fylkeskommunale og statlige virksomheten og at den er i samsvar med loven og med forskrift eller enkeltvedtak med hjemmel i loven. Videre følger det av andre ledd at dersom virksomheten ikke er i samsvar med lov, forskrift eller enkeltvedtak med hjemmel i loven og kan ha skadelige følger for pasienter eller andre, eller på andre måter er uheldige eller uforsvarlige, kan Statens helsetilsyn gi pålegg om å rette forholdene.

10.2 Forslag i høringsnotatet

Departementet foreslo i høringsnotatet å oppheve gjeldende § 7-10 a andre ledd og ta inn en henvisning til ny helsetilsynslov.

10.3 Høringsinstansenes syn

Det kom ingen innspill som kommenterte dette forslaget spesielt.

10.4 Departementets vurderinger og forslag

Etter gjeldende smittevernlov kan Statens helsetilsyn på visse vilkår gi pålegg om å rette forholdene, mens etter ny helsetilsynslov er det adgang til både retting av forholdene og stenging av virksomheten. Forslaget innebærer ikke endring utover henvisning til ny lov for å oppnå harmonisering og sammenheng i lovverket.

Henvisningen til helsetilsynsloven, som foreslås inntatt av pedagogiske grunner i bestemmelsen, gjelder lov av 15. desember 2017 nr. 107 om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten mv. Det følger av Prop. 30 L (2018–2019) at det er tatt sikte på å sette ny lov i kraft 1. juli 2019.

11 Endringer i forskriftshjemmel om undersøkelse av befolkningen

11.1 Gjeldende rett

I § 3-1 er det forskriftshjemmel for undersøkelse av befolkningen når det er avgjørende for å kunne bedømme hvilke forebyggende tiltak eller undersøkelses-, behandlings- eller pleietiltak som er nødvendige for å forebygge en smittsom sykdom eller motvirke at den blir overført. Departementet kan i forskrift fastsette plikt for befolkningen eller grupper av den til å gjennomgå bildeundersøkelse, tuberkulinprøving, blodprøvetaking, eller andre tilsvarende undersøkelser. Undersøkelsene må kunne gjøres uten fare for den det gjelder. En slik plikt om undersøkelse kan heller ikke omfatte endoskopi, biopsi, spinalpunksjon eller andre lignende undersøkelser eller inngrep.

11.2 Forslag i høringsnotatet

Departementet foreslo i høringsnotatet at § 3-1 andre ledd oppheves. Det samme gjelder henvisningen til bildeundersøkelser og tuberkulinprøving i bestemmelsens første ledd. Videre foreslo departementet å innføre krav til at det skal være medisinskfaglig forsvarlig å gjennomføre undersøkelser etter bestemmelsen.

11.3 Høringsinstansenes syn

Kirkens bymisjon påpekte at det er vesentlig at det ikke skal være forbundet med fare å gjennomføre en undersøkelse av befolkningen. Historien viser at sterke samfunnsmessige argumenter for å undersøke befolkningen vil legge press på de som vurderer risikoen for den enkelte undersøkte.

11.4 Departementets vurderinger og forslag

Bestemmelsen i § 3-1 gir departementet hjemmel til å fastsette plikt for befolkningen til å gjennomgå ulike medisinske undersøkelser. Bestemmelsen er blant annet en videreføring av eldre regler i skjermbildeloven og tuberkulinprøveloven. Bestemmelsen er generell og ikke begrenset til å gjelde spesifikke sykdommer. Angivelsen av undersøkelsene i bestemmelsen er særlig knyttet til tuberkuloseundersøkelser og fremstår i dag i utakt med den medisinske utviklingen. Etter departementets vurdering er det på denne bakgrunn ikke hensiktsmessig å ha angivelser av enkelte typer undersøkelser i bestemmelsen.

Etter departementets vurdering er det en medisinskfaglig vurdering av hva som er forsvarlig som skal danne grunnlag for hvilke undersøkelser som kan pålegges, sammen med vilkåret om at undersøkelsene skal kunne gjøres uten fare. Det er grunnleggende at kravet til forsvarlighet skal være oppfylt ved alle typer medisinske undersøkelser og behandling og kravet til forsvarlighet bør fremgå uttrykkelig i lovbestemmelsen.

Det foreslås på denne bakgrunn en endring i opplistingen i første ledd andre punktum om hvilke undersøkelser som er relevante og opphevelse av bestemmelsens andre ledd der det gis en begrensning i hvilke undersøkelser som kan foretas. Vilkåret om at undersøkelser skal kunne gjennomføres uten fare videreføres. Merknaden fra *Kirkens bymisjon* imøtekommes gjennom videreføring av dette vilkåret.

Det vises for øvrig til forslaget om ny bestemmelse i § 1-5 med krav som må vurderes ved iverksettelse av alle smitteverntiltak. Blant annet skal det foretas en forholdsmessighetsvurdering.

12 Utvidelse av reglene om undersøkelser av arbeidstakere og studenter ved smittefare

12.1 Gjeldende rett

Det er hjemmel i gjeldende smittevernlov til å fastsette krav i forskrift om forhåndsundersøkelse av arbeids- og utdanningssøkere, samt å foreta undersøkelse av arbeidstakere og personer under utdanning jf. § 3-2. Hjemmelen omfatter etter ordlyden «arbeids- og utdanningssøkere» og «arbeidstakere eller skoleelever/studenter». Vilkåret for å kunne kreve forhåndsundersøkelse er at smittede personer kan utgjøre en alvorlig fare for overføring av smittsom sykdom i sitt arbeid eller i sin virksomhet og hensynet til smittevernet krever forhåndsundersøkelse. Det er særlig aktuelt for helsepersonell og lærere eller andre som har nær kontakt med barn.

I forskrift om tuberkulosekontroll er det fastsatt plikt for bestemte grupper til å gjennomgå tuberkuloseundersøkelse på nærmere angitte vilkår. Dette gjelder personer fra land med høy forekomst av tuberkulose som skal oppholde seg mer enn tre måneder i landet og personer som har oppholdt seg mer enn tre måneder i slike land og som skal tiltre eller gjeninntre i stillinger blant annet i helse- og omsorgstjenesten og i stillinger knyttet til barneomsorg. Plikten påhviler også personer som det er medisinsk mistanke om er smittet med tuberkulose, jf. tuberkulosekontrollforskriften § 3-1 bokstav c. Folkehelseinstituttet vurderer til enhver tid hvilke land som har høy forekomst av tuberkulose og som skal være omfattet av kravet til undersøkelse, jf. forskriften § 4-5 bokstav c. Oppdatert oversikt over landene fremgår på Folkehelseinstituttets nettsider.

12.2 Forslag i høringsnotatet

Departementet foreslo i høringsnotatet en ny bestemmelse i smittevernloven § 3-2, som gir hjemmel til å fastsette krav om forhåndsundersøkelse også for personer som skal oppholde seg i Norge som ledd i kulturutveksling eller lignende. Formuleringen vil blant annet dekke au

Departementet foreslo samtidig endring i forskrift om tuberkulosekontroll i § 3-1 bokstav b og i § 3-2 siste ledd om at vertsfamilie, lærested eller lignende, på lik linje med arbeidsgiver, vil ha plikt til å påse at negativt resultat foreligger før det etableres kontakt med barn.

Departementet ba om høringsinstansenes eventuelle innspill på om det var nødvendig å presisere i lovens ordlyd at forhåndsundersøkelse også skal gjelde for selvstendig næringsdrivende og tjenesteytere. Etter departementets syn ville disse gruppene dekkes av begrepet arbeidstakere. Som nevnt er det særlig i yrker som helsepersonell eller andre yrker der det er nærkontakt med barn som er aktuelle for forhåndsundersøkelse.

12.3 Høringsinstansenes syn

Finnmarkssykehuset HF skrev at forslaget støttes, men at vikarer i helsevesenet også er selvstendig næringsdrivende, derfor bør tjenesteytere også omfattes.

Legeforeningen mente at personer som skal jobbe med barn i frivillig arbeid også skal nevnes eksplisitt i bestemmelsen.

Kompetansesenteret i smittevern i Helse Nord skrev at det må vurderes hvem som har ansvar for og skal dekke utgifter knyttet til screening av studenter som skal ut i klinisk praksis.

Norsk sykepleierforbund støttet forslaget og at det presiseres at det skal gjelde for selvstendig næringsdrivende og tjenesteytere. Hvem som har ansvar bør også tydeliggjøres, dette må også gjelde for finansiering. Særlig gjelder dette for studenter som har tatt studier i utlandet.

Norsk forening for infeksjonsmedisin støttet forslaget med den begrunnelse at au pairer ved gjentatte anledninger har utsatt små barn for risiko.

Direktoratet for arbeidstilsynet påpekte at arbeidstakerbegrepet må vurderes i lys av begrepsbruken i arbeidsmiljøloven. Det er arbeidsgiver som har en rolle og ansvar for smittevern overfor sine ansatte.

Tuberkulosekoordinatorene i Helse Sør-Øst ønsket presisering av arbeidsgiverbegrepet for alle arbeidsinnvandrere og at det må oppstilles en frist for at tuberkulosekontrollen gjennomføres.

Folkehelseinstituttet støtter at forhåndsundersøkelse utvides til også å inkludere personer som er selvstendig næringsdrivende eller skal oppholde seg i Norge som ledd i kulturutveksling og at vertsfamilie eller lærested eller lignende får tilsvarende plikt som arbeidsgiver til å tilse at negativt resultat foreligger før kontakt med barn eller pasienter.

Helsedirektoratet mente at overskriften må være dekkende for personene det gjelder. Videre mente direktoratet at selvstendig næringsdrivende og tjenesteytere skal inkluderes i bestemmelsen.

Advokatforeningen påpekte at selvstendig næringsdrivende ikke anses som arbeidstakere i juridisk forstand. Både selvstendig næringsdrivende og innleide utfører arbeid i helse- og omsorgstjenesten. Advokatforeningen foreslår at man bruker begrepene arbeidstakere, innleide og oppdragstakere i bestemmelsen.

Trondheim kommune støttet forslagene.

12.4 Departementets vurderinger og forslag

Hvem som i forskrift kan pålegges forhåndsundersøkelse etter § 3-2 utvides etter dette forslaget. Gjennomgående støttet høringsinstansene forslaget.

Legeforeningen mente at frivillig arbeid også bør omfattes i bestemmelsen. Departementet er enig i dette og foreslår at det tas inn i bokstav b. Det er vesentlig at personer som kan representere en smittefare gjennomgår undersøkelse, og at hjemmelen er tilstrekkelig til å omfatte aktuelle grupper.

Departementet stilte spørsmål i høringen om hvilke grupper som bør omfattes. Blant annet

Advokatforeningen påpekte at selvstendig næringsdrivende ikke anses som arbeidstakere i juridisk forstand. Både selvstendig næringsdrivende og innleide arbeidstakere utfører arbeid i helse- og omsorgstjenesten og Advokatforeningen foreslo at begrepene arbeidstakere, innleide og oppdragstakere benyttes i bestemmelsen. Selv om ikke bestemmelsen utelukkende gjelder for helse- og omsorgstjenesten, er departementet enig i dette og foreslår at disse gruppene tas inn i bestemmelsens bokstav b.

Det er særlig au pairer som har vist seg å representere smittefare overfor barn og forslagets formuleringen «kulturutveksling» var ment å dekke blant annet au pairer.

Tuberkulosekontrollforskriften fastsetter nærmere regler om hvem som skal pålegges forhåndsundersøkelse. I perioden 2008–2017 har det vært meldt til sammen 77 tilfeller av au pairer som har hatt tuberkulose. Av disse hadde 64 lunge-tuberkulose, altså smittsom tuberkulose. De resterende 13 hadde ikke smittsom tuberkulose. Dette utgjør en høy forekomst sammenlignet med andre grupper og viser behov for å kunne pålegge undersøkelse for denne gruppen. Virkningen av et positivt funn vil ikke automatisk føre til et forbud mot ansettelse, utelukkelse eller være et hinder for ansettelse, men resultere i krav om at vedkommende får medisinsk oppfølging.

Departementet er i likhet med flere høringsinstanser av den oppfatning at vertsfamilie og lærested bør ha tilsvarende plikt som arbeidsgiver til å påse at resultat av undersøkelse foreligger før til tredelse eller oppstart. Departementet viser også til at tuberkulose er definert som en allmennfarlig smittsom sykdom og at dette medfører at reglene for disse sykdommene kommer til anvendelse. Dette gjelder blant annet forskriftsreglene om dekning av utgifter til legeundersøkelse.

Nødvendige forskriftsendringer vil foretas etter lovens ikrafttredelse.

13 Varlingsplikt for tannleger

13.1 Gjeldende rett

Dagens hjemmel for å fastsette varlingsplikt gjelder for sykepleiere og jordmødre, jf. § 2-3 første ledd. I bestemmelsen er sykepleiere og jordmødre pålagt plikt til å gi varsel til legen når de oppdager en person de har en faglig grunn til å anta kan være smitteførende. For å skille mellom pliktene brukes begrepet varlingsplikt om den plikt som jordmødre og sykepleiere er pålagt og meldingsplikt om den plikt som leger er pålagt og som inngår som en del av et meldingssystem

Varlingsplikten er nærmere regulert i forskrift om Meldingssystem for smittsomme sykdommer (MSIS-forskriften) kapittel 3. Av MSIS-forskriften § 3-2 fremgår at lege, jordmor, sykepleier og helsesøster har varlingsplikt. Varsling av smittsomme sykdommer kommer i tillegg til melding som skal sendes av lege til Meldesystemet for smittsomme sykdommer, jf. MSIS-forskriften kapittel 1 og 2. Varsling er nødvendig for at smitteverntiltak umiddelbart kan iverksettes for å forebygge flere tilfeller ved å motvirke overføring av smitte.

13.2 Forslag i høringsnotatet

Departementet foreslo å tilføye varlingsplikt for tannlege i § 2-3 første ledd. Bakgrunnen for forslaget er at enkelte smittsomme sykdommer kan oppdages ved tannlegeundersøkelse.

13.3 Høringsinstansenes syn

Den norske tannlegeforening var positive til at tannleger tilføyes da enkelte av de aktuelle sykdommene kan oppdages ved tannlegeundersøkelse. Videre var de positive til den foreslåtte forskriftsendringen. De påpekte at det må påberegnes god informasjon om de aktuelle endringene til tannlegene og at de gjerne bidrar til dette arbeidet.

Legeforeningen støttet forslagene. *Folkehelseinstituttet* støttet også forslagene, men mener at kommunelegen bør varsles ved utbrudd i syke-

hus, og at varlingsveiene for de varlingspliktige sykdommene bør harmoniseres. Videre mente Folkehelseinstituttet at reglene i § 2-3 og MSIS-forskriften bør utredes for å undersøke om de ivaretar behovet for informasjon tilstrekkelig når det gjelder informasjon mellom helseinstitusjoner ved overflytting av pasienter som er bærere av visse resistente bakterier.

Oslo kommune og *Trondheim kommune* støttet forslaget. *Oslo kommune* savnet imidlertid en informasjonsplikt til tannlegen for pasienter med smittsomme sykdommer og et system for melding om smittsomme sykdommer mellom ulike behandlere, inkludert lovhjemmel.

Helsedirektoratet støttet forslaget, men peker på at endringen også bør vurderes for forskrift om varsling av og tiltak ved alvorlige hendelser av betydning for internasjonal folkehelse mv. (IHR-forskriften) § 4 første ledd.

13.4 Departementets vurderinger og forslag

Høringsinstansene støttet forslaget, men understreket også behovet for tilstrekkelig informasjon blant annet mellom sykehus ved overflytting av pasienter. Departementet vil følge opp behovet for ytterligere endringer og harmonisering ved å vurdere endringer i blant annet MSIS-forskriften og forskrift om varsling av og tiltak ved alvorlige hendelser av betydning for internasjonal folkehelse mv. (IHR-forskriften).

Varsling er nødvendig for at smitteverntiltak umiddelbart kan iverksettes for å forebygge flere tilfeller av smitte. Bakgrunnen for forslaget om å omfatte tannleger er at noen smittsomme sykdommer kan oppdages ved tannlegeundersøkelser og at det i slike tilfeller er hensiktsmessig at tannleger varsler etter MSIS-forskriften § 3.

Varsel kommer i tillegg til legers meldingsplikt til MSIS etter MSIS-forskriften § 2-1. Leger har meldingsplikt til MSIS, mens lege, sykepleier, jordmor, helsesykepleier og tannlege, etter forslaget, har varlingsplikt til kommunelegen. Kommunelegen skal videre varsle Folke-

helseinstituttet og vurdere nødvendige smitteverntiltak. Departementet ser at det bør fastsettes i loven at leger og helsesykepleier også har varslingsplikt, for at ikke ordlyden i § 2-3 skal fremstå inkonsekvent.

Departementet mener at av hensyn til en persons integritet bør det inntas i § 2-3 tredje ledd at det skal gis informasjon til den varselet angår på samme måte som det skal gis informasjon når det gis melding om en smittet person.

14 Øvrige endringer

14.1 Innledning

Departementet foreslo også flere endringer i smittevernloven for å få bedre lovtekniske bestemmelser. Disse endringene har ikke betydning for det materielle innholdet og departementet går ikke nærmere inn på alle disse endringene. Departementet ser imidlertid behov for å omtale noen av disse endringene i dette kapitlet.

14.2 Definisjon av smittsom sykdom og smittet person

Formålet til smittevernloven er å verne befolkningen mot smittsomme sykdommer ved å forebygge dem og motvirke at de overføres i befolkningen, samt motvirke at slike sykdommer føres inn i Norge eller føres ut av Norge til andre land. Dette inkluderer også beskyttelse mot smittebæretilstander som ikke nødvendigvis resulterer i sykdom for den som er smittet eller medfører smittefare for andre personer.

Definisjonene i loven er av avgjørende betydning for anvendelse av loven. Departementet foreslo i høringsnotatet en mindre endring i § 1-3 nr. 1, for å tydeliggjøre hva som menes med smittsom sykdom etter loven. Videre har erfaringene med loven vist at det ikke har vært klart nok at en frisk smittebærer også er omfattet av definisjonen «smittet person». Det ble derfor foreslått å presisere § 1-3 nr. 2 slik at det tydelig går fram at den omfatter både friske og syke smittebærere, i tillegg til at personer med sykdommer som ikke medfører smitteførende tilstander omfattes. Den særlige henvisningen til kroniske sykdommer ble foreslått tatt bort, ettersom den ikke er avgjørende for innholdet i definisjonen.

I høringen stilte *Veterinærinstituttet* spørsmål ved om definisjonen for smittsom sykdom også omfatter smittestoff fra dyr til mennesker, fra mennesker til dyr og vektorbårne sykdommer.

Helsedirektoratet mente at det bør vurderes å ta med «Som smittebærer omfattes både de som er smitteførende og de som ikke er det» i definisjonen av smittet person. Dette er etter departe-

mentets syn tydelig etter klargjøringen av definisjonen av at en smittet person er en som har eller etter en faglig vurdering antas å ha en smittsom sykdom, og at det vises til definisjonen av smittsom sykdom.

Det er i dagens smittevernloven § 4-7 hjemmel til å fastsette forskrift om sykehusinfeksjoner. Det fremgår av forarbeidene, se Ot.prp. nr. 91 (1992–93) særmerknad til § 4-7 og NOU 1990: 2 s. 175–176, at sykehusinfeksjoner ikke omfattes av smittevernloven. Departementet mener at begrunnelsen i forarbeidene er uklar. Videre har det vært praksis etter smittevernloven at denne typen infeksjoner er omfattet av begrepet smittsomme sykdommer. På denne bakgrunn legger departementet til grunn at også smittsomme sykdommer som i hovedsak regnes som sykehusinfeksjoner inngår i smittevernlovens anvendelsesområde. Se også merknaden nedenfor til § 4-7 der det foreslås at sykehusinfeksjon endres til helsetjenesteassosierte infeksjoner.

Departementet foreslår ytterligere forenkling av definisjonene i § 1-3 nr. 1 og 2. Departementet understreker at presiseringene som foreslås er av pedagogisk og språklig karakter og ikke innebærer noen endring i rettstilstanden.

14.3 Smittevern hjelp

Departementet foreslo ny struktur i bestemmelsene i §§ 6-1 og 6-2 for å tydeliggjøre innholdet, i tillegg til en oppdatering slik at reglene samsvarer med pasientrettighetsregelverket. Endringsforslagene innebar ingen endring i rettstilstanden.

HivNorge skrev i sitt høringssvar blant annet at endringene vil innebære en svekkelse av pasienters rettigheter og at hivpositive har blitt tvunget over på dårligere medikamenter med økt behov for oppfølging, bivirkninger og derav dårligere livskvalitet. *Norsk forening for infeksjonsmedisin* er bekymret for at endringen kan gjøre det betydelig vanskeligere å håndtere utgiftene til lungetuberkulosepasienter med multiresistente mikrober som krever dyre medisiner for å kunne bli friske. *Oslo universitetssykehus* mente at rent

praktisk fra en utøvende klinisk avdeling får de mindre ryggdekning til utgifter for dyrere, men nødvendige medisiner. De viste til behandling av pasienter med smitteførende multiresistent tuberkulose hvor kostnadene er om lag tre hundre tusen kroner per pasient. Forslaget vil medføre at budsjettoverskridelsene ikke lenger har en lovpålagt begrunnelse. *Kirkens bymisjon* er mot forslaget og viser til at det er viktig at økonomisk ubemidlede har lik tilgang til smittevernhjelp som de med økonomiske midler.

Helsedirektoratet mente at formuleringen «grunn til å anta» ikke bør strykes på grunn av at det vil gjøre bestemmelsens omfang vanskeligere tilgjengelig, mer upresist praktisert og endog over tid begrense omfanget. Videre mente Helsedirektoratet at særmerknaene til gjeldende bestemmelse gir en omfattende redegjørelse over hvilke rettskrav på smittevernhjelp personer som er smittet og personer som ikke er smittet skal ha overfor allmennfarlige smittsomme sykdommer. Helsedirektoratet støttet ikke endringen om at smittevernhjelp ikke kan nektes med den begrunnelse at det ikke er dekning for utgiftene på vedtatte budsjetter.

Departementet mener at gjeldende ordlyd kan gi uriktig inntrykk når det gjelder omfanget av retten til smittevernhjelp, og at dette kommer til uttrykk i høringssvarene. Forslaget til endring som ble sendt på høring endrer som beskrevet i høringsnotatet ikke rettstilstanden, men er en tydeliggjøring av gjeldende tolkning av bestemmelsen. Videre påpekes det at bestemmelsen også må tolkes i lys av annet regelverk, som for eksempel retten til helsehjelp.

Departementet viser til at det nettopp er hensynet til smittevernet, herunder samfunnshensyn og forebygging av smittsomme sykdommer, og adgangen til å bruke tvangsmidler, som begrunner en særregulering av retten til smittevernhjelp. Rett til forsvarlig helsehjelp er en av flere relevante rettigheter for den enkelte. Den foreslåtte endringen i § 6-1 innebærer ingen endringer i pasientenes rett til helsehjelp innenfor det totale behandlingstilbudet som finnes i helsetjenesten. Hvilke tiltak som tilbys innenfor denne rammen kan imidlertid være begrenset av tilhørende regelverk for prioritering mv.

Hva som inngår i smittevernhjelp kan imidlertid vurderes annerledes sammenlignet med det som inngår i helsehjelp ettersom også hensynet til smittevern skal vektlegges, med andre ord hensynet til å begrense smitteoverføring i samfunnet og

ikke bare hensynet til den enkelte. Hensynet til å begrense smitteoverføring vil dermed kunne tilsi at andre tiltak inngår i begrepet etter en konkret vurdering. Retten til smittevernhjelp vil kunne omfatte andre typer tiltak som ikke faller under begrepet helsehjelp. Dette kan for eksempel dreie seg om tilfeller der den medisinske behandlingen i seg selv ikke fører til at smittefaren faller bort eller det er nødvendig med tilrettelegging som alternativ til bruk av tvang.

Kravet til forsvarlighet og vurderingen av behov på for eksempel øyeblikkelig hjelp setter i tillegg rammer for hva som er den nødvendige smittevernhjelpen i et konkret tilfelle. Nødvendighetskriteriet innebærer at det skal foreligge en faglig vurdering av hva som skal inngå i nødvendig smittevernhjelp i det enkelte tilfelle.

Et viktig moment i vurderingen av hva som inngår i smittevernhjelp er i hvilken grad potensielt kostbare komplikasjoner av sykdommen kan unngås. EØS-borgere har rett til å oppholde seg i Norge i inntil tre måneder forutsatt at den enkelte ikke utgjør en urimelig byrde for oppholdslandets velferdsordninger. Denne begrensningen må sees i sammenheng med hva som vil inngå i nødvendig smittevernhjelp og setter dermed rammer for smittevernhjelpen. Samfunnsmessige hensyn må vektlegges slik at videre smittespredning unngås, og vil i mange tilfeller regnes som øyeblikkelig hjelp.

Departementet opprettholder derfor forslaget til presisering av § 6-1.

14.4 Opphevelse av bestemmelse om erstatning

Det ble foreslått i høringsnotatet at bestemmelsen om erstatning i § 8-2 oppheves. *Helsedirektoratet* stilte spørsmålsteget ved den lovtekniske konsekvensen av dette. *Norsk pasientskadeerstatning* foreslo at § 8-2 i smittevernloven ikke oppheves, men fortsatt kan stå slik den har gjort etter ikrafttredelsen av pasientskadeloven.

Departementet viser til overgangsbestemmelsene i pasientskadeloven § 21 bokstav d der det slås fast at eldre skader avgjøres etter smittevernloven § 8-2 «slik den lød før den ble opphevet av loven her». Det synes som en inkurie at smittevernloven § 8-2 ikke er opphevet allerede ved ikrafttredelsen av pasientskadeloven. Departementet foreslår derfor at bestemmelsen oppheves.

15 Økonomiske og administrative konsekvenser

Det er foreslått presiseringer og tydeliggjøring av flere bestemmelser i smittevernloven. Departementet vurderer at endringene ikke har vesent-

lige administrative eller økonomiske konsekvenser.

16 Merknader til de enkelte bestemmelsene

Til § 1-3 nr. 1

Se kapittel 14.2.

Endringen innebærer kun en språklig justering av bestemmelsen og innebærer ingen realitetsendringer.

Definisjonen gjelder både sykdom og smittebærertilstand. Smitte som involverer mennesker gjelder overføring mellom mennesker, til mennesker fra dyr eller andre kilder eller fra mennesker til dyr. Smitten kan være forårsaket av en mikroorganisme (bakterie, virus, sopp eller parasitt) eller av gift (toksin) fra mikroorganismer.

Til § 1-3 nr. 2

Se kapittel 14.2.

Endringen innebærer kun en språklig justering av bestemmelsen og innebærer ingen realitetsendringer.

En smittebærer har en smittsom sykdom jf. bestemmelsen nr. 1, men behøver ikke å være smitteførende. For eksempel ved beintuberkulose vil en person være smittebærer, men ikke smitteførende, mens ved lungetuberkulose vil en person være smitteførende inntil det er gitt tilstrekkelig behandling, men det vil da være nødvendig med ytterligere behandling for at personen skal bli smittefri. I tillegg vil personer som ikke er klinisk syke eller ikke har tegn til sykdom også omfattes av definisjonen av smittet person, jf. nr. 1.

Til § 1-4

Bestemmelsen er flyttet fra § 1-3 siste ledd. Dette medfører ingen realitetsendring. Bestemmelsen er flyttet for å gi bedre struktur og tilgjengelighet ettersom den ikke inngår som en logisk del av definisjonsbestemmelsene.

Forskrift 1. januar 1995 nr. 100 om allmennfarlige smittsomme sykdommer er fastsatt med hjemmel i denne bestemmelsen.

Til § 1-5

Se kapittel 4.

Første ledd lovfester de grunnleggende kravene som skal vurderes ved iverksettelse av smitteverntiltak. Bestemmelsen oppstiller krav som skal vurderes i tillegg til de vilkår som følger av lovens ulike bestemmelser.

Utgangspunktet er at smitteverntiltak skal baseres på frivillighet, men det vil likevel være adgang til å gjøre unntak dersom det er hjemmel til det.

Kravet til medisinskfaglig begrunnelse skal ikke tolkes for strengt, og det er ikke krav om vitenskapelig bevist effekt. Det må også sees i forhold til både grad av smittetrussel og hvor inngripende tiltaket er. Smitteverntiltaket må som et minimum være relevant for den aktuelle sykdommen etter en medisinskfaglig vurdering.

Kravet om at tiltaket skal fremstå tjenlig etter en helhetsvurdering innebærer at tiltaket ikke skal medføre unødvendig ulempe eller skade for den eller de tiltaket retter seg mot. Nyten må veies opp mot den belastning tiltaket medfører.

Videre må tiltaket være nødvendig av hensyn til smittevernet. Dette innebærer at tiltaket må være egnet til å forebygge eller hindre smittespredning av den aktuelle sykdommen. Kravene til helhetsvurdering og vurdering av nødvendighet vil i de fleste praktiske tilfeller utgjøre en forholdsmissighetsvurdering.

Bestemmelsen supplerer vilkårene i bestemmelsene om smitteverntiltak, med unntak av §§ 5-2 og 5-3 som har flere og strengere vilkår enn hva som fremgår av denne bestemmelsen.

Bestemmelsens andre ledd presiserer at det skal foretas en forholdsmissighetsvurdering ved bruk av tvangsmessige smitteverntiltak.

Til § 2-1 første ledd

Bestemmelsen presiserer legens plikt til å gi informasjon og konkret veiledning om den aktuelle sykdommen til en person som antas å ha en allmennfarlig smittsom sykdom. Bestemmelsen angir hva informasjonen og smittevernveilednin-

gen skal inneholde som et minimum. Spesielt skal det informeres om pliktene etter § 5-1 og om adgangen til bruk av tvang. Oppgavene kan delegeres til sykepleier eller andre dersom det vurderes som hensiktsmessig og forsvarlig. Formålet med reglene om informasjon og smittevernveiledning er å forebygge smitte og det er derfor vesentlig at legen og den smittede er klar over sine rettigheter og plikter.

Til § 2-1 nytt fjerde ledd

Dette er ikke en ny plikt for kommunelegen etter loven, men en regelteknisk flytting fra § 3-6 tredje ledd tredje punktum til § 2-1 nytt fjerde ledd.

Dersom en smittet person ikke ønsker personlig smittevernveiledning og det er grunn til å anta at vedkommende heller ikke retter seg etter den, skal legen varsle kommunelegen uten hinder av taushetsplikt. Kommunelegen skal i slike tilfeller overta smittevernveiledningen, men kommunelegen overtar ikke behandlingsansvaret for pasienten.

Til § 2-2 første ledd

Endringen innebærer kun en språklig justering av bestemmelsen og innebærer ingen realitetsendringer.

Til § 2-2 andre ledd

Endringen innebærer kun en språklig justering av bestemmelsen og innebærer ingen realitetsendringer.

Bestemmelsen gir adgang til å dele opplysninger uten hinder av taushetsplikt dersom samtykke ikke oppnås. Forutsetningen er at det har vært forsøkt å innhente samtykke i samsvar med pasient- og brukerrettighetsloven.

Regelen som tidligere var i bokstav c om deling av opplysninger i sammenheng med smitteoppsporing er flyttet til § 3-6.

Til § 2-2 tredje ledd

Endringen innebærer kun en språklig justering av bestemmelsen og innebærer ingen realitetsendringer.

I Ot.prp. nr. 91 (1992–93) Om lov om vern mot smittsomme sykdommer (smittevernloven) vises det i merknaden til bestemmelsen til ordlyden i straffeloven 1902 § 387. Her brukes ordlyden «øiensynlig og overhængende Livsfare». I straffeloven 2005 § 287 er kriteriet «åpenbar fare» ment å

videreføre kriteriet «øyensynlig og overhængende» fare, ifølge merknaden til bestemmelsen i Ot. prp. nr. 22 (2008–2009). Det sentrale er at det er klart at det er fare for liv mv.

Til § 2-3 første ledd andre punktum

Bestemmelsen gir hjemmel til å pålegge lege og tannlege varslingsplikt i forskrift. Disse to yrkesgruppene kommer i tillegg til sykepleier og jordmor, som allerede var nevnt i bestemmelsen. Nærmere regler om varslingsplikt er fastsatt i forskrift 20. juni 2003 nr. 740 om Meldingssystem for smittsomme sykdommer (MSIS-forskriften) kapittel 3.

Til § 2-3 tredje ledd

Når det gis melding etter første ledd skal den opplysningene gjelder informeres. Endringen gjelder at informasjonsplikten gjelder tilsvarende når det gis varsel.

Til § 3-1 første ledd

Det er en medisinskfaglig vurdering av hva som er forsvarlig som skal danne grunnlag for hvilke undersøkelser som kan pålegges, sammen med vilkåret om at undersøkelsene kan gjennomføres uten fare. Det vises i denne sammenheng til kravene i § 1-5 som skal vurderes ved igangsetting av alle smitteverntiltak.

Til § 3-2

Bestemmelsen er justert språklig. I tillegg er bestemmelsen utvidet, særlig med henblikk på å omfatte au pairer, for at flere grupper kan inkluderes i undersøkelser fastsatt i forskrift. Personer som tilhører gruppene og som i sitt arbeid eller sin virksomhet kan utgjøre alvorlig smittefare kan pålegges å gjennomgå undersøkelse. Det vises til kravene i § 1-5 som skal vurderes ved igangsetting av alle smitteverntiltak.

Til § 3-6 første ledd ny siste setning

Bestemmelsen er flyttet fra § 2-2 og det medfører ingen materiell endring.

Til § 3-9 første ledd bokstav e

Endringen innebærer kun en språklig justering av bestemmelsen og innebærer ingen realitetsendringer.

Til § 4-2 andre ledd

Det er presisert at vedtakskompetansen er gitt til kommunelegen og vakthavende infeksjonsmedisinske overlege.

Til § 4-7 første ledd første punktum

Endringen innebærer kun en språklig justering av bestemmelsen og oppdatering til gjeldende begrep, og innebærer ingen realitetsendringer.

Til § 4-10 første ledd første punktum

Havnevesenet er endret til havner for å tydeliggjøre at bestemmelser gjelder alle ansatte i havner.

Samme endring gjennomføres i samsvarende bestemmelser i folkehelseloven § 29 og IHR-forskriften § 4.

Til § 4-10 andre ledd første punktum

Endringen innebærer kun en språklig justering av bestemmelsen og innebærer ingen realitetsendringer.

Til § 4-10 andre ledd siste punktum

Endringen medfører at det er Folkehelseinstituttet som skal underrettes dersom kommunelegen ikke er tilstede.

Til § 4-10 tredje ledd

Endringen klargjør at Mattilsynet straks skal underrette både kommunelegen og Folkehelseinstituttet ved mistanke om eller tilfelle av smittsom dyresykdom som kan utgjøre en fare for mennesker eller ved mistanke om smittsom sykdom som formidles til mennesker via næringsmidler.

Til § 5-1 tredje ledd

Bestemmelsen pålegger plikter for en person som antas smittet eller er smittet, jf. § 1-3, med en allmennfarlig smittsom sykdom, jf. forskrift etter § 1-4, til blant annet å ta imot og følge den personlige smittevernveiledningen.

Det er inntatt en rettspedagogisk henvisning til reglene om personlig smittevernveiledning.

Til § 5-3 tredje ledd

Bestemmelsen angir vilkårene for adgangen til å forlenge vedtak. Smittevernnemnda skal avgjøre om vilkårene er oppfylt. For å forlenge vedtak utover ett år må det dreie seg om en allmennfarlig smittsom sykdom av særlig alvorlig karakter. Dette innebærer at det er en vesentlig mer alvorlig sykdom enn hva som følger av kriteriene i definisjonen i § 1-3 nr. 3. Det er særlig med tanke på utvikling av multiresistente bakterier denne adgangen er gitt.

Til § 5-3 fjerde ledd

Det kan vedtas tvungen legemiddelbehandling bare dersom isoleringstiden kan reduseres vesentlig. Tvungen legemiddelbehandling kan gjennomføres bare når en person kan bli smittefri og det er medisinskfaglig forsvarlig. Dersom det er fare for at pasienten ikke blir smittefri i løpet av perioden vedtaket gjelder, må det påses at det fattes nytt vedtak etter tredje ledd. Dette innebærer at dersom det er førstegangsvedtak må det fattes nytt vedtak etter tre uker, ellers etter seks uker i opptil ett år fra første vedtak. Videre må legemiddelbehandling fullføres dersom det er fare for tilbakefall, resistensutvikling eller andre tungtveiende smittevernhensyn tilsier det. Dette vil for eksempel kunne være særlig viktig når det gjelder antibiotikabehandling fordi smittefrihet ikke alltid er tilfredsstillende dersom den smittsomme sykdommen ikke er ferdigbehandlet.

En smittsom person vil ikke medføre smittefare når personen er isolert og behovet for å beskytte samfunnet er derfor ivaretatt. Vedtak om tvungen legemiddelbehandling kan overprøves av domstolen, med oppsettende virkning som en rettssikkerhetsmessig garanti, se § 5-9.

Til § 5-3 femte ledd

Endringen innebærer kun en justering av bestemmelsen og innebærer ingen realitetsendringer. Regelen om overprøving av vedtak er flyttet til § 5-9.

Til § 5-5 andre ledd

Begjæring om sak skal sendes så raskt som mulig til smittevernnemnda. Av hensyn til rettssikkerhet og oversikt skal fylkesmannen holdes orientert ved kopi.

Til § 5-6 andre ledd

Riktig henvisning til forvaltningsloven er tatt inn i bestemmelsen.

Til § 5-7 første ledd første punktum

Bestemmelsen fastsetter tidsfrist på sju dager for smittevernnemnda til å drøfte og fatte vedtak i saker om tvangstiltak.

*Til § 5-8**Se kapittel 6.3*

Det er gitt adgang til å fatte hastevedtak også om tvungen isolering også etter § 5-3 om tvungen isolering dersom smittevernet tilsier det. Det presiseres at vedtakskompetansen er gitt til kommunelagen og vakthavende infeksjonsmedisinske overlege. Se også reglene om gjennomføring av isolering i § 5-4. Kopi av hastevedtaket skal sendes til smittevernnemnda så raskt som mulig både for å holde nemnda orientert og for å gi et forhåndsvarsel.

Til § 5-9 nytt andre ledd

Det gis ikke utsettende virkning dersom vedtak om tvungen isolering i sykehus bringes inn for tingretten. Dersom vedtak om tvungen legemiddelbehandling bringes inn for tingretten gis det derimot utsettende virkning av hensyn til den enkelte, med bakgrunn i at hensynet til samfunnet ivaretas gjennom isolasjon.

*Til § 6-1**Se kapittel 14.3*

Endringen innebærer kun en språklig justering av bestemmelsen og innebærer ingen realitetsendringer. Det er hensynet til smittevernet, herunder samfunnshensyn, forebygging av smittsomme sykdommer, og adgangen til å bruke tvangsmidler, som begrunner en særregulering av retten til smittevernhjelp. Rett til forsvarlig helsehjelp er en av flere relevante rettigheter for den enkelte. Hvilke tiltak som tilbys innenfor denne rammen kan være begrenset av tilhørende regelverk for prioritering mv. Hva som inngår i smittevernhjelp kan imidlertid vurderes annerledes sammenlignet med det som inngår i helsehjelp ettersom også hensynet til smittevern skal vektlegges. Dette kan være for eksempel dreie seg om tilfeller der den medisinske behandlingen i seg selv ikke fører til at smittefaren faller bort eller

det er nødvendig med tilrettelegging som alternativ til bruk av tvang. Videre må det konkret vurderes hva som inngår i smittevernhjelp i det enkelte tilfellet. Dersom det er fattet enkeltvedtak vil reglene i forvaltningsloven om enkeltvedtak gjelde. Departementet viser også til pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 7 om klage mv.

Kravet til forsvarlighet og vurderingen av behov på for eksempel øyeblikkelig hjelp setter i tillegg rammer for hva som er den nødvendige smittevernhjelpen i et konkret tilfelle.

Et viktig moment i vurderingen om smittevernhjelp er i hvilken grad potensielt kostbare komplikasjoner av sykdommen kan unngås. Begrensningene som gjelder etter EØS-avtalen om at EØS-borgere har rett til å oppholde seg i Norge inntil tre måneder forutsatt at den enkelte ikke utgjør en urimelig byrde for oppholdslandets velferdsordninger, må sees i sammenheng med hva som vil inngå i nødvendig smittevernhjelp og setter rammer for smittevernhjelpen.

Til § 6-2

Endringen innebærer kun en språklig justering av bestemmelsen og innebærer ingen realitetsendringer.

Til § 7-3 nytt tredje ledd

Bestemmelsen lovfester at det regionale helseforetaket skal sørge for at det finnes et regionalt kompetansesenter i smittevern i helsetjenesten. Departementet kan i forskrift gi bestemmelser om senterets oppgaver. Se forskrift 17. juni 2005 nr. 610 om smittevern i helse- og omsorgstjenesten § 3-1 fjerde og femte ledd.

Til § 7-4

Fylkesmannen skal ha et bredere og mer generelt arbeid når det gjelder smittevern ved å holde seg orientert om smittevernet i fylket. Dette innebærer at fylkesmannen skal ha oversikt og kunnskap om lokale planer. Lokale planer vil som regel dreie seg om kommunale planer, men det vil også kunne gjelde andre enheter som eksempelvis i bydeler eller administrative enheter. Ved å ha kunnskap og oversikt over lokale smittevernplaner vil fylkesmannen kunne gi bistand og veiledning om planverk for forebygging av smittsomme sykdommer både i og utenfor helseinstitusjoner. Fylkesmannens ansvar innebærer videre å fremskaffe nødvendig informasjon fra Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet dersom en aktuell

