



Folkehelseinstituttet

## Svar på supplerende tildelingsbrev nr. 19 – Revisjon av regelverk om helseberedskap og smittevern, Del II Smittevernloven, med svarfrist 15.06.2023, herunder

Tema 4. Smittevernlovens virkemidler for å håndtere ulike typer krise – fastsettelse av smitteverntiltak

Tema 5. Smittevernloven og tiltak mot at smittsomme sykdommer føres over grensen

Tema 6. Statsforvalterens rolle etter smittevernloven

### Unntatt offentlighet, iht. § 15.1

## Innledning

### Overordnet om oppdraget

Folkehelseinstituttet (FHI) viser til supplerende tildelingsbrev nr. 19 av 20. desember 2022, hvor det varsles at FHI i 2023 skal bistå Helse- og omsorgsdepartementet i arbeidet med revisjon av regelverk om helseberedskap og smittevern. Oppdraget ble konkretisert av departementet i brev av 26. januar 2023. Del I av oppdraget er en helhetlig gjennomgang av regelverk knyttet til smittevern og helseberedskap og har frist for leveranse 25. september 2023.

Som ledd i gjennomgangen av regelverket har departementet påpekt enkelte temaer som det særlig er behov for å vurdere (Del II av oppdraget), og angitt ulike frister for levering av delbidrag. Første leveranse ble oversendt 31. mars 2023, med forslag til endringer i smittevernloven og helseberedskapsloven.

I dette notatet følger FHIs svar på Del II, delbidragene om smittevernloven, temaer 4, 5 og 6, med frist 15. juni 2023. FHIs leveranse er strukturert i henhold til vedlegget (tabell) til brev fra departementet av 26. januar 2023. Del II, tema 11 Erfaring med beredskapsregistre blir besvart i en egen leveranse og i samarbeid med Helsedirektoratet.

### Proessen

FHI har etablert en arbeidsgruppe for besvarelse av oppdraget. Arbeidsgruppen har hatt ukentlige møter og medlemmer har gitt både skriftlige og muntlige innspill. Arbeidsgruppen har gjennomgått og tatt hensyn til relevante dokumenter, rapporter og besvarelser. FHI har hatt løpende dialog med Helsedirektoratet. Helsedirektoratet og FHI hadde i vinter et oppstartsmøte og informert andre sentrale aktører, som Direktoratet for e-helse, Statens legemiddelverk, statsforvaltere, helseforetak og andre om prosessen. FHI har også hatt to uformelle innspillseminarer om smittevernloven med

landets kommuneleger og fylkesleger og ett møte med de regionale kompetansesentrene for smittevern i helsetjenesten. Vi har også mottatt innspill fra Norsk samfunnsmedisinsk forening. Det videre arbeidet med Del I av oppdraget og helhetlig revisjon av smittevernloven og helseberedskapsloven må sees i sammenheng med revidert nasjonalbudsjett (RNB) og gjennomføringsprosjektet i departementet. Planlegging av det videre revisjonsarbeidet vil fortsette etter møte i departementet 22. juni.

## Oppsummering

- FHI foreslår en spesifisering i smittevernloven § 4-1 bokstav d for å klargjøre at bokstaven hjemler tiltak om sanitærbarriere.
- FHI foreslår videre at § 4-1 gir hjemmel til å påby nærmere spesifiserte personlige hygienetiltak og differensiering mellom grupper som er mer/mindre utsatt for smitte.
- Ved utbrudd av allmennfarlig smittsom sykdom i én kommune bør beslutningsmyndigheten ligge hos kommunestyret (med hastekompetanse hos kommuneoverlegen).
- Ved utbrudd av allmennfarlig smittsom sykdom som rammer flere enn noen få kommuner, bør beslutningsmyndigheten ligge hos Kongen (med hastekompetanse hos departementet).
- FHI foreslår et nytt ledd i smittevernloven § 4-3 som gir Kongen forskriftshjemmel til å innføre innreiserestriksjoner for utlendinger, karanteneplikt ved innreise til Norge, samt betaling for karanteneopphold.
- FHI mener at omtalen av karantene i smittevernloven § 4-3 bør erstattes med “tiltak mot smitte over grensen”.
- Statsforvaltnernes kontrollmyndighet over lovligheten av kommunale vedtak etter smittevernloven kapittel 4 bør lovfestes i smittevernloven § 7-4.
- Smittevernloven § 7-4 bør spesifisere at statsforvalteren skal tilrettelegge for samvirke mellom kommunene og helseforetakene i smittevernarbeidet.

## Smittevernlovens virkemidler for å håndtere ulike typer kriser – fastsettelse av smitteverntiltak (tema 4)

### Oppdragstekst

*“Etatene bes vurdere om lovens virkemidler/smitteverntiltak er nyanserte nok mht. å håndtere ulike typer kriser/smittesituasjoner. Dette kan være kriser/smittesituasjoner av kortvarig eller langvarig art, kriser/smittesituasjoner som gjør seg gjeldende lokalt, regionalt eller nasjonalt, kriser/smittesituasjoner av internasjonal art eller som skyldes internasjonale hendelser, eller en kombinasjon av disse.*

*I forlengelsen av dette bes etatene også vurdere hvem som bør ha myndighet til å fastsette ulike smitteverntiltak i henholdsvis lokale, regionale og nasjonale kriser, og i så fall foreta en vurdering av forholdet mellom de ulike beslutningsnivåene. Det bes blant annet vurdert om en kommune bør kunne fastsette strengere eller mildere smitteverntiltak enn fastsatte smitteverntiltak som gjelder regionalt eller nasjonalt.*

*Etatene bes også vurdere om, og i så fall hvordan, en kommune ved fastsettelse av lokale smitteverntiltak bør kunne vektlegge regionale eller nasjonale behov for innføring av smitteverntiltak lokalt. Som eksempel vises til situasjonen hvor smittetrykket kan være lavt i flere enkeltstående*

*kommuner, men hvor det samlede smittetrykket i regionen er så stort at det påvirker spesialisthelsetjenestens kapasitet til å yte nødvendige og forsvarlige tjenester.”*

## Tolkning av oppdraget og avgrensning

FHIs tolkning av oppdraget er at det stilles to hovedspørsmål og to underspørsmål:

1. **Tiltakenes innhold:** Er lovens virkemidler/smitteverntiltak nyanserte nok til å kunne håndtere ulike typer kriser/smittesituasjoner (varighet, utbredelse)?
2. **Myndighet til tiltak:** Hvem bør ha myndighet til å fastsette ulike smitteverntiltak i lokale, regionale og nasjonale kriser, og hva bør forholdet være mellom disse beslutningsnivåene?
  - a. Skal en kommune kunne fastsette strengere eller mildere smitteverntiltak enn tiltak som gjelder regionalt eller nasjonalt?
  - b. Hvordan kan en kommune ved fastsettelse av lokale smitteverntiltak vektlegge regionale eller nasjonale behov for innføring av smitteverntiltak lokalt?

Vi vil avgrense vår besvarelse til smittevernloven § 4-1 som omtaler en rekke befolkningsrettede smitteverntiltak. Andre smitteverntiltak vil vi drøfte i neste besvarelse av dette oppdraget.

Vi drøfter heller ikke her isolering av smittede og karantene av mistenkt smittede. Vi har gitt vårt syn på ytterligere regulering av disse smitteverntiltakene i vårt svar på høringen av en mulig ny § 4-3a. Isolering er hjemlet i § 5-1. Isolering og karantene bør ikke reguleres i § 4-1, da dette er tiltak rettet mot enkeltindivider med påvist eller mistenkt smitte, mens § 4-1 i hovedsak dreier seg om grupperettede tiltak mot personer med uavklart smittestatus.

## Gjeldende rett

Smittevernloven § 4-1 regulerer iverksetting av en rekke befolkningsrettede smitteverntiltak:

### **§ 4-1. Møteforbud, stenging av virksomhet, begrensning i kommunikasjon, isolering og smittesanering**

*[1] Når det er nødvendig for å forebygge en allmennfarlig smittsom sykdom eller for å motvirke at den blir overført, kan kommunestyret vedta*

- a. *forbud mot møter og sammenkomster eller påbud om andre begrensninger i den sosiale omgangen overalt der mennesker er samlet,*
- b. *stenging av virksomheter som samler flere mennesker, f.eks. barnehager, skoler, svømmehaller, flyplasser, butikker, hoteller eller andre bedrifter og arbeidsplasser – eller begrensninger i aktiviteter der,*
- c. *stans eller begrensninger i kommunikasjoner,*
- d. *isolering av personer i geografisk avgrensede områder eller andre begrensninger i deres bevegelsesfrihet i opptil sju dager om gangen,*
- e. *pålegg til private eller offentlige om rengjøring, desinfeksjon eller destruksjon av gjenstander eller lokaler. Pålegget kan også gå ut på avliving av selskapsdyr, utrydding av rotter og andre skadedyr, avlusing eller annen smittesanering.*

[2] Ved et alvorlig utbrudd av en allmennfarlig smittsom sykdom og når det er avgjørende å få satt tiltak i verk raskt for å motvirke overføring av sykdommen, kan Helsedirektoratet treffe vedtak som nevnt i første ledd for hele landet eller for deler av landet.

[3] Har kommunestyret eller Helsedirektoratet truffet vedtak om tiltak etter første eller andre ledd som den ansvarlige ikke retter seg etter, kan kommunestyret sørge for at tiltakene blir satt i verk. Kommunestyret kan sørge for iverksetting av tiltakene også dersom den ansvarliges holdning eller atferd kan medføre at iverksettingen blir forsinket, eller dersom det er uvisst hvem som er den ansvarlige. Tiltakene gjennomføres for den ansvarliges regning, kommunen hefter for kravet om vederlag.

[4] Ved iverksetting av tiltak som nevnt i bokstav e, kan kommunestyret bruke og om nødvendig skade den ansvarliges eiendom. Ved iverksetting av tiltak som nevnt i første ledd bokstav d og e, kan kommunestyret mot vederlag også bruke eller skade andres eiendom. Det er et vilkår at vinningen er vesentlig større enn skaden eller ulempen ved inngrepet.

[5] Den som har satt i verk tiltaket, skal straks oppheve vedtaket eller begrense omfanget av det når det ikke lenger er nødvendig. I hastesaker kan kommunelegen utøve den myndighet kommunestyret har etter denne paragrafen.

[6] Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om de forskjellige tiltak, herunder fastsette krav til metoder og midler som skal brukes og til kvalifikasjoner hos de personer som skal sette i verk tiltak. I forskrift kan det også fastsettes bestemmelser om plikt til løpende gjennomføring av tiltak som nevnt i første ledd bokstav e.

Første ledd beskriver tiltakene. De er i bokstav a–d typiske kontaktreduserende tiltak, altså befolkningsrettede eller grupperettede tiltak som tar sikte på å redusere potensielt smittefarlig kontakt mellom personer. Videre er det i bokstav e miljørettede tiltak som tar sikte på å verne mot smitte via dyr eller gjenstander.

Andre, femte og sjette ledd gir vilkår for bruk av bruk av bestemmelsene og beskriver hvem som har myndighet. Beslutningsmyndigheten er fordelt slik:

Smittesituasjonens utbredelse	Smittesituasjonens natur	Normal kompetanse	Hastekompetanse
Kommune	Allmennfarlig smittsom sykdom eller alvorlig utbrudd av slik sykdom, jf. § 1-3	Kommunestyret (første ledd)	Kommuneoverlegen (femte ledd)
Deler av landet (evt. også bare én kommune)	Alvorlig utbrudd av allmennfarlig smittsom sykdom, jf. § 1-3	Departementet i forskrift (sjette ledd)	Helsedirektoratet (andre ledd)
Hele landet			
Internasjonal (ennå ikke i Norge)			

Tredje og fjerde ledd gir nærmere regler for gjennomføringen.

Det er kun tiltak med hjemmel i smittevernloven kapittel 5 som kan gjennomføres med tvang. Tiltakene etter § 4-1 kan følgelig ikke gjennomføres med tvang, men det kan være straffbart å bryte vedtak med hjemmel i denne paragrafen, jf. smittevernloven § 8-1.

Før pandemien har det ved enkelte hendelser i kommunene vært benyttet stenging av barnehager, skoler eller serveringssteder. Dette har som oftest skjedd ved at den ansvarlige har stengt frivillig eller ved pålegg hjemlet i folkehelsesloven § 16 eller matloven.

Etter vår kjennskap ble § 4-1 aldri benyttet før 12. mars 2020 for å iverksette tiltak. Det er derfor bare covid-19-pandemien som utgjør erfaringsgrunnlaget for bruk av bestemmelsen. Neste gang bestemmelsen benyttes kan det være en epidemi med helt andre egenskaper. FHI mener departementet bør være oppmerksom på dette, slik at denne erfaringen ikke får for stor vekt i vurderingene om endringer i smittevernloven.

## Vurderinger

### Tiltakenes innhold

Departementet ber om en vurdering av om smitteverntiltakene hjemlet i § 4-1 er nyanserte nok til å kunne håndtere ulike typer smittesituasjoner. Vi kommenterer derfor først potensielle smittesituasjoner og deretter tiltakene.

**Smittesituasjoner** kan karakteriseres etter flere dimensjoner. De viktigste er:

- Varighet og utbredelse, som illustrert i denne matrisen:

Smittesituasjonens utbredelse	Smittesituasjonens varighet	
	Kortvarig (uker)	Langvarig (måneder og år)
Kommune		
Deler av landet		
Hele landet		
Internasjonal (ennå ikke i Norge)		

- Sykdomsalvorlighet og spredningsevne, som illustrert i denne matrisen der noen sykdommer er satt inn for illustrasjon:

Sykdomsalvorlighet ↑	ebola		
	tuberkulose		
		influenza	meslinger
	Spredningsevne →		

Smittemåten har betydning for spredningsevnen. Smittemåten kan være innåndingssmitte (luftsmitte), deponeringssmitte (dråpesmitte), direkte kontaktsmitte, vertikal smitte, indirekte kontaktsmitte via gjenstander, vektorbåren smitte og fellesvehikkelsmitte via mat, vann, legemidler, organer og andre produkter.

- Sykdomspyramiden, altså hvor stor andel av pasientene som får alvorlig forløp, som illustrert med en pyramide med nokså bred basis. Den viser en sykdom der en liten andel blir alvorlig syke eller dør. Ved andre sykdommer kan basis være mye større. Ved en sykdom som ebola, derimot, er pyramiden snudd på hodet: de fleste pasientene får alvorlig sykdom eller dør.



- Risikofaktorer for alvorlig forløp etter smitte kan være viktig for å karakterisere situasjonen. Viktige faktorer kan være alder (barn eller eldre), kjønn, graviditet, underliggende kronisk sykdom, svekket immunforsvar (som følge av sykdom eller behandling).

**Smitteverntiltak** tar sikte på å stoppe eller bremse spredningen av smittsomme sykdommer. For sykdommer som smitter mellom mennesker er det særlig fire faktorer som bestemmer sykdommens spredningsevne. Smitteverntiltakene klassifiseres gjerne etter hvilken av disse faktorene som påvirkes og etter hvilken gruppe av befolkningen som tiltakene rettes mot, jf. for eksempel Nasjonal beredskapsplan mot utbrudd av alvorlige smittsomme sykdommer. De viktigste tiltakene er vist i denne tabellen:

	Gruppe	Redusere smittsomhet	Redusere kontakthypighet	Redusere smittevarighet	Redusere mottakelighet
Testing og smitteoppsporing	Kjente smittede	Personlig hygiene	Isolering	Antimikrobiell behandling	
	Mistenkt smittede	Personlig hygiene	Karantene	Post-eksponeringsbehandling	Post-eksponeringsvaksinasjon
	Andre	Personlig hygiene og miljøhygiene, som i § 4-1, bokstav e	Tiltak som i § 4-1, bokstav a–d		Vaksinasjon

## Personlige hygienetiltak

Under pandemien ble det gitt pålegg om bruk av munnbind i visse situasjoner med hjemmel i covid-19-forskriften. Det er ikke klart om slike pålegg kan gis med hjemmel i § 4-1. Det kan tenkes at det i en framtidig smittesituasjon kan være hensiktsmessig å påby nærmere spesifiserte personlige hygienetiltak, slik som for eksempel munnbindpåbud. FHI mener smittevernloven § 4-1 bør ha en tydelig hjemmel for dette.

## Differensiering mellom grupper

Under pandemien ble det også ved noen anledninger foreslått mindre strenge tiltak for dem som hadde vært smittet. I en gitt smittesituasjon kan det tenkes å være hensiktsmessig å gi unntak fra aktivitetsbegrensninger til immune personer, personer som praktiserer visse hygienetiltak eller personer som av andre grunner er lite i fare for å bli smitekilder. I noen tilfeller kan dette være personer som har fersk negativ test for den aktuelle sykdommen. Ved å åpne for en differensiering vil man unngå unødvendige inngrep mot folks frihet. FHI mener loven bør gi tydelig hjemmel for slik differensiering.

## Sanitærbarriere

Tolkningen av smittevernloven § 4-1 bokstav d har vært omdiskutert i løpet av pandemien. FHI mener det er behov for å klargjøre hvilke tiltak bokstaven er ment å omfatte.

Ot. prp. nr. 91 (1992-93) s. 144 sier følgende:

«Etter alternativ d vil det være adgang til å vedta isolering av smittede eller mistenkt smittede innenfor et mindre, geografisk avgrenset område. Etter bestemmelsen er det et vilkår at det i vedtaket nærmere må fremgå en angivelse av det geografiske området det ikke er adgang til å bevege seg utenfor eller bevege seg inn i. I denne forbindelse må det tas nødvendige hensyn til «sikkerhetssoner». Som alternativ til total isolering kan det etter bestemmelsen f.eks. legges begrensninger på antall personer eller nærmere regulering av hvem som kan komme inn eller ut av det smitteutsatte området.»

Vi mener dette tilsier at det her dreier seg om det gamle smitteverntiltaket sanitærbarriere (*cordon sanitaire*), altså en avsondring av et geografisk område med personene som befinner seg der, for å hindre at personer skal ta seg ut av området og spre epidemien videre – og for å hindre at andre tar seg inn i området der de er i større smittefare. Det er altså ikke et krav at alle personene skal være smittet eller mistenkt smittet. Det holder at de befinner seg i et område der en smittsom sykdom har brutt ut og man ønsker å hindre at sykdommen brer seg utenfor dette området.

Sanitærbarrierer ble i tidligere tider benyttet mot blant annet pest, kolera, gulfeber og kopper.

Ordlyden i bokstav d bør tydeliggjøres på dette punktet.

I tråd med drøftingene over foreslår vi følgende endringer i smittevernloven § 4-1:

*[1] Når det er nødvendig for å forebygge en allmennfarlig smittsom sykdom eller for å motvirke at den blir overført, kan kommunestyret vedta [...]*

*d. isolering av personer i geografisk avgrensede områder eller andre begrensninger i deres bevegelsesfrihet i opptil sju dager om gangen, forbud mot eller begrensninger i bevegelse inn til eller ut fra et geografisk område (sanitærbarriere),*

*[e. bis]: pålegg til personer om å praktisere nærmere spesifiserte personlige hygienetiltak,*

*e. pålegg til private eller offentlige om rengjøring, økt ventilasjon, desinfeksjon eller destruksjon av gjenstander eller lokaler. Pålegget kan også gå ut på avlving av selskapsdyr, utrydding av rotter og andre skadedyr, avlusing eller annen smittesanerung.*

Begrunnelsen for endringen i bokstav d er å gjøre det klarere at dette dreier som om smitteverntiltaket sanitærbarriere (*cordon sanitaire*) og ikke ordinær isolering av smittede personer.

Begrunnelsen for den nye bokstaven e bis er å gi en klar hjemmel for å kunne pålegge personer visse personlige hygienetiltak, som bruk av munnbind, der det er et effektivt og nødvendig tiltak.

Begrunnelsen for å legge til ventilasjon i bokstav e er at ved sykdommer som smitter ved innåndingssmitte («luftsmitte»), vil forsterket ventilasjon antakelig i noen lokaler kunne redusere smittefaren.

[2 bis] Ved tiltak som nevnt i første ledd bokstav a – d kan det gis unntak eller mindre strenge begrensninger for personer som er helt eller delvis immune, som praktiserer nærmere spesifiserte personlige hygienetiltak eller som av andre grunner har redusert risiko for å bli smittet eller for å smitte videre.

Begrunnelsen for dette nye leddet er å gjøre det klarere at tiltakene i bokstav a–d kan differensieres etter egenskaper hos personene som omfattes.

#### Beslutningsmyndighet

Smitteverntiltak er i sin natur inngripende. De kan gripe inn i folks friheter, herunder friheter som er beskyttet av menneskerettighetene. Tiltakene kan også være kostbare for det offentlige, for næringslivet og for foreningslivet. Det er derfor avgjørende at det gjøres grundige vurderinger av vilkårene i § 1-5, herunder forholdet til menneskerettighetene.

Koronakommisjonen slo fast at Helsedirektoratets vedtak 12. og 15. mars 2020 om inngripende tiltak hjemlet i § 4-1 skulle vært truffet av Kongen i statsråd fordi dette var en «viktig sak» etter Grunnloven § 28. Formålet med slik behandling er å sikre at regjeringen står bak vedtaket og at Stortinget kan føre kontroll med regjeringen. Kontrollen foregår ved at Stortinget kan lese statsrådsprotokollen med de konkrete vurderingene som ligger bak vedtaket, herunder hvordan kravene i § 1-5 er oppfylt. Kontrollen tvinger altså regjeringen til å gjøre vurderingene eksplisitte.

Samtidig kan det komme situasjoner der det haster å få vedtatt og iverksatt tiltak. Det bør derfor fortsatt være en mulighet for hastevedtak, men det må sikres en forsvarlig prosess og gode vurderinger etter § 1-5. Under pandemien overtok departementet 15. mars 2020 myndigheten etter § 4-1 fra Helsedirektoratet og fattet selv alle senere vedtak etter § 4-1. I kommunene gjorde kommunelegene hastevedtak, men det var ikke alle disse som ble bekreftet av kommunestyret kort tid etterpå.

En lokal smittehendelse eller epidemi bør håndteres lokalt, i tråd med ansvarsprinsippet og nærhetsprinsippet. FHI kan på vanlig måte gi råd til kommunelegen om håndteringen. Dette vil minske sjansene for at det blir nødvendig med et statlig vedtak etter § 4-1 andre ledd.

Dersom smittehendelsen eller epidemien rammer, eller ligger an til snart å ramme, flere enn noen få kommuner, kanskje et helt fylke, landsdel eller hele landet, er det sannsynligvis mest effektivt at den håndteres samordnet med nasjonale vedtak. Da slipper man krevende prosesser for å sikre at flere kommuner vedtar tiltak hver for seg, med fare for ubegrunnet variasjon i tiltakene. Erfaringen fra pandemien var at det var lite hensiktsmessig å styre en nasjonal epidemi med kommunalt vedtatte tiltak.

Prinsippet bør være at håndteringen av alvorlige utbrudd som rammer flere enn noen få kommuner, styres fra sentrale myndigheter gjennom vedtak av Kongen i statsråd. Det kan likevel bestemmes ulike nivåer eller typer av tiltak for ulike deler av landet. Som en følge av dette prinsippet vil kommunen ved et slikt utbrudd miste sin kompetanse til å fatte vedtak om tiltak mot samme utbrudd, så lenge de statlige vedtakene gjelder. Kommunen kan altså ikke fastsette strengere eller mildere smitteverntiltak enn tiltak som gjelder regionalt eller nasjonalt.

Statsforvalterens rolle i en slik situasjon kan være å samle rapporter fra kommunene om deres situasjon og kommunenes forslag til tiltak.

Det vil være Kongen eller departementet som bestemmer når en slik statlig styring inntreffer, basert på en beskrivelse av situasjonen og råd fra FHI og Helsedirektoratet, eventuelt også relevante statsforvaltere. Det er altså aktuelt der sykdommens spredningsevne er så stor at den neppe lar seg begrense til én kommune eller en mindre klynge av nabokommuner. Unntaksvis kan en slik statlig styring skje også ved sykdommer med mindre spredningsevne, men der de(n) aktuelle kommunen(e) ikke evner å iverksette nødvendige tiltak for å stoppe spredningen.

Med denne bakgrunnen foreslår vi følgende nye kompetansefordeling:

Smittesituasjonens utbredelse	Smittesituasjonens natur	Normal kompetanse	Hastekompetanse
Kommune	Allmennfarlig smittsom sykdom eller alvorlig utbrudd av slik sykdom, jf. § 1-3	Kommunestyret	Kommuneoverlegen
Deler av landet (evt. også bare én kommune)	Alvorlig utbrudd av allmennfarlig smittsom sykdom, jf. § 1-3	Kongen	Departementet
Hele landet			
Internasjonal (ennå ikke i Norge)			

Vi vil her peke på en utfordring som har vært løftet i vår dialog med de regionale kompetansesentrene for smittevern i helsetjenesten. Under pandemien hendte det at sykehusene praktiserte mer eller mindre strenge tiltak for personer inne på sykehuset enn det var utenfor. For eksempel skjedde det i perioder at et sykehus ikke hadde noen krav om munnbind for besøkende mens kommunen sykehuset var lokalisert i, hadde krav om munnbind innendørs der folk møttes.

Lovverket tilsier at sykehuset skal følge reglene i kommunen. Vi ser imidlertid argumenter for at tiltakene noen ganger må være annerledes, kanskje som regel strengere for sykehusene. Vi har ikke foreslått at helseforetakene skal få en liknende myndighet for sin eiendom som den kommunene har for hele kommunen. Vi vil likevel peke på at det kan være behov for utredning av spørsmålet om hvilken hjemmel et sykehus har for å innføre tiltak som ikke er vedtatt ellers i den kommunen sykehuset ligger i, for eksempel krav om munnbind, krav om testing før inngang i sykehuset eller begrensninger i besøk.

I tråd med drøftingen over foreslår vi følgende endringer i § 4-1:

*[2] Ved et alvorlig utbrudd av en allmennfarlig smittsom sykdom og når det er avgjørende å få satt tiltak i verk raskt for å motvirke overføring av sykdommen, kan departementet Helsedirektoratet treffe vedtak som nevnt i første ledd for hele landet eller for deler av landet.*

Begrunnelsen for dette forslaget er å sikre faglig og politisk styring av disse inngripende tiltakene. Vi mener det må sikres at omfattende vedtak som kan omfattes av betegnelsen «viktig sak» i Grunnloven § 28, gjøres av Kongen i statsråd. Dette bør understrekes i forarbeidene.

*[3] Er det Har kommunestyret eller Helsedirektoratet truffet vedtak om tiltak etter første eller andre ledd som den ansvarlige ikke retter seg etter, kan kommunestyret sørge for at tiltakene blir satt i verk. Kommunestyret kan sørge for iverksetting av tiltakene også dersom den ansvarliges holdning eller atferd kan medføre at iverksettingen blir forsinket, eller dersom det er uvisst hvem som er den ansvarlige. Tiltakene gjennomføres for den ansvarliges regning, kommunen hefter for kravet om vederlag.*

Dette er bare en redaksjonell endring.

*[5 bis] I hastesaker kan kommunelegen utøve den myndighet kommunestyret har etter denne paragrafen. Kommunelegens vedtak som nevnt i første ledd skal snarest og senest innen tre dager bekreftes av kommunestyret.*

Første setning er flyttet fra femte ledd til et nytt ledd. Begrunnelsen for dette forslaget er å sikre at kommunelegens hastevedtak blir bekreftet av kommunestyret innen kort tid. Dette gir politisk kontroll og muliggjør diskusjon av vurderingene av kravene i § 1-5.

*[6] Departementet Kongen kan i forskrift innføre tiltak som nevnt i første ledd og gi nærmere bestemmelser om de forskjellige tiltak, herunder fastsette krav til metoder og midler som skal brukes og til kvalifikasjoner hos de personer som skal sette i verk tiltak. I forskrift kan det også fastsettes bestemmelser om plikt til løpende gjennomføring av tiltak som nevnt i første ledd bokstav e.*

Denne endringen skal presisere at Kongen kan fastsette forskrifter om tiltak og ikke bare fastsette metodekrav. FHI mener hovedregelen bør være at slike tiltak besluttes i Kongen i statsråd. For å muliggjøre at kompetansen kan delegeres til departementet i hastesaker, foreslås likevel ordlyden «Kongen» i lovteksten.<sup>1</sup>

*[7 bis] Er det truffet statlige vedtak om tiltak etter andre eller sjette ledd, kan kommuneleger eller kommunestyret ikke fatte vedtak etter denne paragraf om tiltak mot samme utbrudd som de statlige vedtakene retter seg mot.*

Dette nye leddet innfører prinsippet om statlig styring av håndteringen av et alvorlig utbrudd av allmennfarlig smittsom sykdom når utbruddet omfatter flere enn noen få kommuner. Da mister kommunen sin kompetanse så lenge den statlige styringen pågår.

## Forslag til endringer

Vi gjentar her samlet de endringene vi foreslår:

### **§ 4-1. Møteforbud, stenging av virksomhet, begrensning i kommunikasjon, isolering og smittesanering**

---

<sup>1</sup> Uttrykket «Kongen i statsråd» betyr at kompetansen som hovedregel ikke kan delegeres, se blant annet Justisdepartementets lovavdeling, Lovteknikk og lovforberedelse, veiledning om lov- og forskriftsarbeid, 2000 s. 126.

[1] Når det er nødvendig for å forebygge en allmennfarlig smittsom sykdom eller for å motvirke at den blir overført, kan kommunestyret vedta

- a. forbud mot møter og sammenkomster eller påbud om andre begrensninger i den sosiale omgangen overalt der mennesker er samlet,
- b. stenging av virksomheter som samler flere mennesker, f.eks. barnehager, skoler, svømmehaller, flyplasser, butikker, hoteller eller andre bedrifter og arbeidsplasser – eller begrensninger i aktiviteter der,
- c. stans eller begrensninger i kommunikasjoner,
- d. isolering av personer i geografisk avgrensede områder eller andre begrensninger i deres bevegelsesfrihet i opptil sju dager om gangen, forbud mot eller begrensninger i bevegelse inn til eller ut fra et geografisk område (sanitærbarriere),

[e. bis]: pålegg til personer om å praktisere nærmere spesifiserte personlige hygienetiltak,

- e. pålegg til private eller offentlige om rengjøring, økt ventilasjon, desinfeksjon eller destruksjon av gjenstander eller lokaler. Pålegget kan også gå ut på avlusing av selskapsdyr, utrydding av rotter og andre skadedyr, avlusing eller annen smittesanering.

[2 bis] Ved tiltak som nevnt i første ledd bokstav a–d kan det gis unntak eller mindre strenge begrensninger for personer som er helt eller delvis immune, som praktiserer nærmere spesifiserte personlige hygienetiltak eller som av andre grunner har redusert risiko for å bli smittet eller for å smitte videre.

[2] Ved et alvorlig utbrudd av en allmennfarlig smittsom sykdom og når det er avgjørende å få satt tiltak i verk raskt for å motvirke overføring av sykdommen, kan departementet Helsedirektoratet treffe vedtak som nevnt i første ledd for hele landet eller for deler av landet.

[3] ~~Er det kommunestyret eller Helsedirektoratet~~ truffet vedtak om tiltak etter første eller andre ledd som den ansvarlige ikke retter seg etter, kan kommunestyret sørge for at tiltakene blir satt i verk. Kommunestyret kan sørge for iverksetting av tiltakene også dersom den ansvarliges holdning eller atferd kan medføre at iverksettingen blir forsinket, eller dersom det er uvisst hvem som er den ansvarlige. Tiltakene gjennomføres for den ansvarliges regning, kommunen hefter for kravet om vederlag.

[4] Ved iverksetting av tiltak som nevnt i bokstav e, kan kommunestyret bruke og om nødvendig skade den ansvarliges eiendom. Ved iverksetting av tiltak som nevnt i første ledd bokstav d og e, kan kommunestyret mot vederlag også bruke eller skade andres eiendom. Det er et vilkår at vinningen er vesentlig større enn skaden eller ulempen ved inngrepet.

[5] Den som har satt i verk tiltaket, skal straks oppheve vedtaket eller begrense omfanget av det når det ikke lenger er nødvendig.

[5 bis] I hastesaker kan kommunelegen utøve den myndighet kommunestyret har etter denne paragrafen. Kommunelegens vedtak som nevnt i første ledd skal snarest og senest innen tre dager bekreftes av kommunestyret.

[6] ~~Departementet~~ Kongen kan i forskrift innføre tiltak som nevnt i første ledd og gi nærmere bestemmelser om de forskjellige tiltak, herunder fastsette krav til metoder og midler som skal brukes og til kvalifikasjoner hos de personer som skal sette i verk tiltak. I forskrift kan det også fastsettes bestemmelser om plikt til løpende gjennomføring av tiltak som nevnt i første ledd bokstav e.

[7 bis] Er det truffet statlige vedtak om tiltak etter andre eller sjette ledd, kan kommuneleger eller kommunestyrer ikke fatte vedtak etter denne paragraf om tiltak mot samme utbrudd som de statlige vedtakene retter seg mot.

## Smittevernloven og tiltak mot at smittsomme sykdommer føres over grensen (tema 5)

### Oppdragstekst

*“Forebygging av at covid-19 spredte seg over landegrenser hadde en viktig rolle i perioder under håndtering av covid-19 pandemien. Blant annet ble tiltak som innreisekarantene, testing, karantenested (karantenehotell) og dokumentasjon for gjennomgått sykdom/vaksinasjon benyttet. Med unntak for smittevernloven § 4-3 og § 4-3 a (midlertidig til 1. juli 2023), og forskriftsbestemmelser fastsatt med hjemmel i disse lovbestemmelsene, inneholder smittevernloven i liten grad permanent lovregulering vedrørende dette.*

*Etatene bes vurdere om smittevernloven i større grad bør regulere ulike tiltak mot at smittsomme sykdommer spres til eller fra Norge, og hvordan slik lovregulering i så fall bør utformes.*

*Etatene bes i arbeidet å vurdere i hvilken grad EUs regelverk om grensekryssende helsetrusler er relevant.*

*Vi viser for øvrig til etatenes besvarelse av oppdrag 656 om den midlertidige bestemmelsen i smittevernloven § 4-3 a. Vi ber også om en vurdering av om tvungen isolering kan skje i andre helseinstitusjoner enn sykehus, jf. smittevernloven § 5-3.”*

### Gjeldende rett

#### Nasjonal rett

Smittevernloven gir i § 4-3 Kongen myndighet til å fastsette forskrifter om tiltak for å motvirke at smittsomme sykdommer føres over de norske grensene:

#### **§ 4-3. Forskrifter om karantenebestemmelser**

*Kongen kan gi forskrifter for å motvirke at smittsomme sykdommer føres inn i landet eller spres til andre land (karanteneiltak), herunder bestemmelser om tiltak som gjelder personer, dyr, transportmidler, varer og gjenstander som kan tenkes å overføre smittsomme sykdommer. I forskriftene kan Kongen også fastsette nærmere krav til undersøkelser, smittesaning og dokumentasjon i forbindelse med innreise til og utreise fra Norge og i forbindelse med inn- og utførsel av varer.*

Paragrafen hadde under deler av pandemien et ledd to og tre. Disse lød i siste versjon (fra november 2021 til juli 2022) slik:

*Når sykdommen covid-19 utløst av SARS-CoV-2 regnes som en allmennfarlig smittsom sykdom, jf. § 1-4, kan Kongen for å forebygge eller motvirke overføring av SARS-CoV-2 gi forskrift om hvor og hvordan personer som reiser inn til Norge, skal gjennomføre karantene. Kongen kan også gi forskrift om egenandel for personer i karantene eller deres arbeids- eller oppdragsgiver til dekning av kostnader ved karanteneopphold.*

*Kongen kan gi forskrift om saksbehandlingsregler for vedtak gitt i medhold av forskrift etter andre ledd. Det kan her gjøres unntak fra forvaltningsloven kapittel IV, V og VI.*

Andre og tredje ledd ble innført for å gi en klar lovhjemmel i nasjonal rett for å kunne pålegge innreisende opphold på karantenehotell og betaling av egenandel for oppholdet<sup>2</sup>. Plikt til opphold på karantenehotell i karantenetiden hadde tidligere vært hjemlet i smittevernloven § 7-12. Departementet viste til legalitetsprinsippet i Grunnloven § 113 og karanteneplikten inngripende karakter som begrunnelse for at § 4-3 første ledd ikke ga god nok hjemmel for disse tiltakene. Videre viste departementet til at forskrifter gitt i medhold av [smittevernloven § 7-12](#) snarest mulig skal legges fram som lovforslag, såfremt bestemmelsene ikke er opphevet innen 30 dager etter at de er meddelt Stortinget, jf. [beredskapsloven § 3](#) tredje ledd<sup>3</sup>.

Før pandemien har det aldri vært gitt noen forskrifter med hjemmel i § 4-3 mot spesifikke sykdommer.

#### IHR-forskriften

Smittevernloven § 4-3 er imidlertid én av de viktigste hjemlene for IHR-forskriften, som fra 2008 innarbeidet WHO's reviderte Internasjonale helsereglement (IHR 2005) i norsk lovverk. Forskriften regulerer blant annet varsling mellom WHO og norske myndigheter og innføring i Norge av tiltak som følger av WHO's anbefalte tiltak hjemlet i IHR (2005). Tiltak overfor reisende er omtalt i forskriften § 14:

#### **§ 14. Tiltak overfor personer**

*Helsedirektoratet kan, i tillegg til tiltak etter smittevernloven kapittel 3, 4 og 5, bestemme at følgende tiltak, i den utstrekning de er nødvendige, skal iverksettes overfor personer ved innreise til eller utreise fra Norge for å motvirke at smittsomme sykdommer eller annet agens som kan ha betydning for internasjonal folkehelse føres inn i landet eller spres til andre land, jf. smittevernloven § 4-3 og folkehelseloven § 29 fjerde ledd, jf. første ledd:*

- a. plikt til å opplyse om reisehistorikk i berørte områder, samt planlagt reiserute eller oppholdssted,*
- b. plikt til å fremlegge dokumentasjon på medisinske undersøkelser, laboratorieanalyser, vaksinasjon eller annen profylaktisk behandling, herunder vaksinasjons sertifikat,*
- c. medisinske undersøkelser av personer som er mistenkt smittet,*
- d. masseundersøkelser,*
- e. nekte mistenkt smittede personer innreise, dersom ingen andre tiltak anses tilstrekkelige,*
- f. nekte ikke-smittede personer innreise til berørte områder, dersom ingen andre tiltak anses tilstrekkelige.*

*Undersøkelser etter første ledd bokstav c) eller d) kan iverksettes etter vilkårene i smittevernloven § 3-1. Undersøkelsene kan omfatte bildeundersøkelse, tuberkulinprøving, blodprøvetaking eller andre tilsvarende undersøkelser som kan gjøres uten fare.*

*Helsedirektoratet kan pålegge andre myndigheter å bistå med gjennomføringen av tiltakene i første ledd, jf. smittevernloven § 4-10.*

Siden IHR (2005) dreier seg om flere helsetrusler enn de smittsomme, er det også en bestemmelse om varsling og tiltak i folkehelseloven § 29, og denne paragrafen er også hjemmel for IHR-forskriften.

---

<sup>2</sup> Prop.62 L (2020–2021) punkt 5.1.3

<sup>3</sup> Prop.62 L (2020–2021) punkt 5.1.1

## EUs forordning om alvorlige grensekryssende helsetrusler

I desember 2022 trådte EUs forordning 2022/2371 om alvorlige grensekryssende helsetrusler i kraft. Den gir bestemmelser om blant annet koordinert innsats mot grensekryssende helsetrusler. Etter artikkel 21 skal landene gjennom Helsesikkerhetskomitéen orientere hverandre om tiltak de iverksetter eller avslutter. Etter artikkel 22 kan Kommisjonen «*supplere medlemsstaternes tiltag ved at vedtage henstillinger om fælles midlertidige folkesundhedsmæssige foranstaltninger*».

Forordningen er etter FHIs forståelse ikke innlemmet i EØS-avtalen, men vurdert som EØS-relevant. Det betyr at rettsakten enten er under vurdering i EØS/EFTA-landene eller at det er utarbeidet utkast til EØS-komiteebeslutning som er under diskusjon med EU-siden<sup>4</sup>.

Dersom EØS-komiteen fatter en beslutning om å innlemme rettsakten i EØS-avtalen, vil forordningen bli gjeldende i Norge ved at den gjennomføres i norsk rett gjennom lov- eller forskriftsvedtak.<sup>5</sup>

Forordningen endrer imidlertid ikke at det er medlemslandene selv som er ansvarlige for å håndtere smittesituasjonen på nasjonalt plan, jf. blant annet betraktning nr. 32. Forordningens formål er å *koordinere* og legge til rette for *samhandling* mellom EU/EØS-landene, og vil etter FHIs oppfatning ikke påvirke Norges adgang til å innføre egne nasjonale tiltak

## Vurderinger

### Smittevern på grensene<sup>6</sup>

I det nittende århundre var smittevern på grensene svært viktig. Karanteneinstituttet var et viktig middel mot koleraepidemiene som man forsto spredte seg med folk eller varer på skip eller karavaner, selv om man ikke kjente sykdommens natur eller et spesifikt smittestoff. Da hadde man ikke andre effektive smitteverntiltak eller behandlingstiltak, så det beste var å holde sykdommen ute fra landet, nesten uansett kostnad. Kostnadene ble imidlertid store, og dette ga opphav til et internasjonalt regelverk for karantene, et regelverk som var forløperen til dagens IHR. Dette skulle balansere folkehelseinteressene mot næringsinteressene i en effektiv skipsfart.

Siden den gang har innreisetiltak mistet mye av sin aktualitet. Andre smitteverntiltak, herunder vaksinasjon, og behandlingstiltak, herunder antibiotika, er kommet til. Smittestoffene er oppdaget og deres egenskaper kartlagt slik at det langt på vei er mulig å holde sykdommene under kontroll uten innreisetiltak.

Siden den gang er også verden blitt mye mer sammenvevd, og verdens befolkning er blitt mye større. Handel og reising mellom land og kontinenter er blitt mye vanligere. Dette fører til følgende kaskade av konsekvenser: Smittestoffer har i våre dager mye større muligheter til å spre seg raskt og vidt enn for halvannet århundre siden. Et nytt virus kan være på alle kontinenter i løpet av få dager, som passasjer i en vare, et dyr eller en intetanende flypassasjer i inkubasjonsfasen. Dette betyr igjen at det er mye vanskeligere å stoppe en slik spredning. Og skulle man forsøke, vil tiltakene i mange tilfeller være svært omfattende og potensielt påvirke folks bevegelsesfriheter og handel i stor grad.

---

<sup>4</sup>[https://www.regjeringen.no/globalassets/departementene/ud/vedlegg/europapolitikk/beslutningslister/euret\\_saker\\_vedtatt\\_2022\\_04.pdf](https://www.regjeringen.no/globalassets/departementene/ud/vedlegg/europapolitikk/beslutningslister/euret_saker_vedtatt_2022_04.pdf)

<sup>5</sup> EØS-avtalen artikkel 3 og 7

<sup>6</sup> Se nærmere omtale i f.eks. Nielsen MBO. *Mennesker, makt og mikrober*. Fagbokforlaget, 2008. Baldwin P. *Contagion and the state in Europe, 1830-1930*. Cambridge University Press, 2005. Bashford A, red. *Medicine at the border*. Palgrave, 2006. Nicoll A, Jones J, Aavitsland P, Giesecke J. *Proposed new International Health Regulations*. BMJ 2005; 330: 321-2.

Det har hatt betydning for innretningen av internasjonalt smittevern. IHR legger hovedvekten på tidlig oppdaging og håndtering av utbrudd uansett hvor de forekommer og kvelning av utbruddene på arnestedet før smittestoffet spres videre. Grensetiltak har fått mindre betydning, og WHO fraråder som regel reiserestriksjoner ved nye utbrudd. Dette har også med tiltakenes antatte formål og effektivitet å gjøre.

Grensetiltak har altså fått mindre betydning i nyere tid.

Det faktum at innreisetiltak har mistet mye av sin aktualitet, har sammenheng med tiltakenes formål og effektivitet.

#### Tiltakenes formål og effektivitet

Innreisetiltak kan begrunnes på flere måter:

I noen tilfeller har man kanskje et mål om å holde et smittestoff helt utenfor landet, for alltid, eller til befolkningen er vaksinert. Eksempler kan være New Zealand under covid-19-pandemien eller Uganda under ebolaepidemien på andre sida av grensa i østlige DR Kongo i 2018-19.

I andre tilfeller kan man ha et mål om å forsinke introduksjonen av sykdommen til landet i kort tid, kanskje bare noen dager eller uker, mens man styrker evnen til å få oversikt eller håndtere sykdommen i landet. Eksempler her kan være Norge i januar 2021 mot alfavarianten av SARS-CoV-2.

I atter andre tilfeller kan målet være bare å begrense import av nye tilfeller for ikke å forverre en epidemi som allerede er til stede i landet. Eksempelet er igjen Norge og covid-19 under store deler av 2020 og 2021.

Effektiviteten for et tiltak må vurderes etter hva som var formålet og hvilken epidemi man ville påvirke. Det har vært få studier av effektivitet i den virkelige verden, men flere studier med matematiske modeller hvor intervensjonen er innreiseforbud. De fleste studiene viste beskjeden effektivitet ved covid-19, men også ved influensa og andre virussykdommer.<sup>7</sup>

Oppsummeringen for covid-19 viste at grensestengningene i verden per 19. mars 2020 kan ha ført til forsinket spredning av pandemien. Også i enkeltland førte fullstendig eller nesten fullstendig stengning til forsinket spredningen av pandemien. Forfatterne av oversikten konkluderer at land som ikke kan håndtere mindre restriktive tiltak, og som kan benytte forsinkelsen til noe fornuftig, kan vurdere grensestengning. Forfatterne advarer imidlertid:

*«However, given their moderate and uncertain impacts and their significant harms, border closures are unlikely to be the best policy response for most countries and should only be deployed in rare circumstances and with great caution.»<sup>8</sup>*

FHI mener departementet bør være oppmerksom på at effekten av innreisetiltak er usikker og at det vil variere ut fra hvilken smittesituasjon man står i og hva man ønsker å oppnå. Det er derfor også viktig at myndighetene spesifiserer tydelig hva formålet med innreisetiltaket er. Formålet med tiltaket bør fremgå av forskriften som vedtas med hjemmel i § 4-3.

---

<sup>7</sup> Se oversikt i Poirier MJP et al. Quasi-experimental evaluation of national border closures on COVID-19 transmission. PLOS Glob Public Health 2023; 28: e0000980.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10021705/>

<sup>8</sup> Op.cit.

## Tiltakenes natur

Smittevernloven § 4-3 gir hjemmel for en rekke tiltak. Vi er her særlig opptatt av tiltakene som rettes mot mennesker.

Tiltakene kan for den reisende være:

- lite inngripende, som registrering av innreise,
- moderat inngripende, som krav om vaksinasjon eller testing, eller
- veldig inngripende, som innreiseforbud eller karantene.

Tiltakene kan for myndighetene være:

- nokså enkle å administrere, som registrering av innreise eller kontroll av dokumentasjon, eller
- dyre og kompliserte å administrere, som kontrollert karanteneopphold.

Tiltakene kan for samfunnet, herunder næringslivet, ha:

- små konsekvenser, som registrering av innreise, eller
- store konsekvenser, som innreiseforbud eller kontrollert karantene. Flere bransjer rammes dersom det blir vanskelig å komme inn i landet. Det gjelder særlig helsetjenesten, hotell- og restaurantbransjen, turistindustrien, fiskeriene, jordbruket, skipsverftene, olje- og gassbransjen og forskningen.

Man vil som regel ikke vite hvor effektive enkelte tiltak eventuelt er. Derfor er det ekstra vanskelig å vite på forhånd hvilke tiltak som kan bli nødvendige i en gitt situasjon med en gitt sykdom. Det må vurderes konkret hver gang, både smittevernfare, etter vilkårene i § 1-5, etter eventuelle anbefalinger fra WHO og etter eventuelle oppfordringer til harmonisering med EU.

Folkehelseinstituttet mener derfor at § 4-3 fortsatt bør gi hjemmel for en rekke tiltak, men altså ikke spesifisere hvilke tiltak som skal benyttes i hvilken situasjon.

## Karantenehotell og innreiseforbud

Et ekstra, midlertidig tillegg til § 4-3 ble innført under pandemien for å hjemle pålagt opphold på karantenehotell og betaling av egenandel for dette. Det kan være nyttig at en slik hjemmel blir lagt til permanent i paragrafen. FHI foreslår å inkludere muligheten til å forskriftsfeste forbud mot innreise for personer uten oppholdstillatelse i Norge. En slik forskrift ble vedtatt 15. mars 2020 med hjemmel i smittevernloven § 7-12 (bortvisningsforskriften).<sup>9</sup> Som følge av at § 7-12 forutsetter at nye reguleringer etter denne bestemmelsen legges fram for Stortinget som lovforslag, ble det vedtatt en midlertidig lov om innreiserestriksjoner for utlendinger av hensyn til folkehelsen den 7. juli 2020. Et nytt ledd i smittevernloven § 4-3 vil kun gi en tydeligere forskriftshjemmel for innreiserestriksjoner, uten at det innebærer en realitetsendring av hvilke materielle krav som stilles til vedtak om slike tiltak.

FHI foreslår videre at så inngripende tiltak som karantene eller innreiseforbud bare kan benyttes ved alvorlig utbrudd av allmennfarlig smittsom sykdom eller når WHO har erklært en alvorlig hendelse av betydning for internasjonal folkehelse (PHEIC). I vurderingen av tiltaket må det også tas hensyn til eventuelle anbefalinger fra WHO etter det Internasjonale helsereglementet, jf. IHR-forskriften § 13. Dersom Norge velger å innføre innreiseforbud mot WHOs anbefaling, må dette begrunnes særskilt overfor WHO, jf. IHR artikkel 43. Videre mener vi at formålet med tiltaket må spesifiseres, jf. drøftingen over.

---

<sup>9</sup> <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2020-03-15-293>

Siden det å stenge grensene eller pålegge reisende karanteneopphold er svært inngripende tiltak, mener vi at bare Kongen i statsråd skal kunne vedta disse, jf. Grunnloven § 28.

Vi foreslår derfor et nytt andre ledd:

Ved et alvorlig utbrudd av allmennfarlig smittsom sykdom eller når WHO har erklært en alvorlig hendelse av betydning for internasjonal folkehelse, kan Kongen i statsråd gi forskrifter om innreiserestriksjoner for utlendinger og påbud om karantene ved reise inn i eller ut av Norge. Kongen i Statsråd kan også gi forskrifter om betaling for karanteneopphold.

### Terminologi

I dag brukes begrepet «karantene» i denne paragrafen som en fellesbetegnelse på tiltak som tar sikte på å motvirke at smittsomme sykdommer spres over grensene. Dette mener FHI er misvisende. Med karantene menes adskillelse av eller aktivitetsbegrensninger for personer som mistenkes å være smittet, på en slik måte at de ikke kan smitte videre dersom det viser seg at de er smittet og blir smittsomme. Ved karantene for reisende er mistanken om smitte kun knyttet til at personene kommer fra utlandet.

Vi foreslår derfor å fjerne omtale av karantene i denne paragrafen.

### Tvungen isolering utenfor sykehus

Departementet ber om en vurdering av om tvungen isolering kan skje i andre helseinstitusjoner enn sykehus, jf. smittevernloven § 5-3.

Tvungen isolering er sjelden nødvendig. Så vidt vi kjenner til, må man ty til dette under fem ganger per år. Så å si alle pasientene har lungetuberkulose og må derfor isoleres et par uker til antibiotikabehandlingen har gjort dem smittefrie og de kan reise hjem og fortsette behandlingen der. Noen pasienter med lungetuberkulose forårsaket av resistente bakterier må imidlertid være isolert flere måneder før de ikke lenger er smittsomme. Mange av disse pasientene er i god form og trenger ikke være i sykehus av medisinske grunner, men av smitteverngrunner må de være isolert med luftsmitteregime.

FHI mener at tvungen isolering kan skje i andre helseinstitusjoner så lenge følgende er oppfylt:

- 1) Institusjonene har isoleringsrom som er tilstrekkelige for den aktuelle sykdommen for å beskytte medpasienter og personell.
- 2) Pasienten kan få adekvat medisinsk og psykososial oppfølging.
- 3) Pasienten får tilstrekkelig tilsyn for å hindre rømningsrisiko.

### Forslag til endringer

Vi gjentar her samlet de endringene vi foreslår:

#### **§ 4-3. Forskrifter om ~~karantenebestemmelser~~ tiltak mot smitte over grensen**

*Kongen kan gi forskrifter for å motvirke at smittsomme sykdommer føres inn i landet eller spres til andre land (~~karantene~~tiltak), herunder bestemmelser om tiltak som gjelder personer, dyr, transportmidler, varer og gjenstander som kan tenkes å overføre smittsomme sykdommer.*

*I forskriftene kan Kongen også fastsette nærmere krav til undersøkelser, smittesaning og dokumentasjon i forbindelse med innreise til og utreise fra Norge og i forbindelse med inn- og utførsel av varer.*

Ved et alvorlig utbrudd av allmennfarlig smittsom sykdom eller når WHO har erklært en alvorlig hendelse av betydning for internasjonal folkehelse, kan Kongen i statsråd gi forskrifter om innreiserestriksjoner for utlendinger og påbud om karantene ved reise inn i eller ut av Norge. Kongen i statsråd kan også gi forskrifter om betaling for karanteneopphold.

## Statsforvalterens rolle etter smittevernloven (tema 6)

### Oppdragstekst

*“Etter smittevernloven § 7-4 skal statsforvalteren «ha særlig oppmerksomhet rettet mot smittevernet i fylket, herunder ha oversikt over og kunnskap om lokale planer om smittevern, samt yte bistand ved behov.»*

*Etatene bes vurdere om statsforvalter skal ha en annen eller mer aktiv rolle for å samordne og bistå kommunene i kriser eller om dagens rolle skal videreføres. Det bes i så fall også om en vurdering av hvordan dette bør reguleres, og hvordan en slik rolle kan kombineres med tilsynsrollen. Slik vurdering må sees i lys av kommunenes selvstendige rolle og grunnleggende prinsipper for statlig styring av kommuner.”*

### Statsforvalterens oppgaver

Statsforvalteren er statens og regjeringens representant i fylket. Statsforvalteren har en rekke oppgaver:

- Iverksetter statlig politikk, blant annet gjennom bevilgninger.
- Utøver myndighet på en rekke områder, som representant for departementer, direktorater og tilsyn.
- Behandler klager på kommunale vedtak.
- Fører tilsyn med kommunene på mange områder.
- Samordner statlige virksomheters arbeid mot kommunene og formidler informasjon til kommunene.
- Fremmer samarbeid mellom kommunene.
- Holder sentrale myndigheter orientert om hva som skjer i fylkene.

Innen helseområdet skal statsforvalteren blant annet iverksette folkehelsepolitikk, behandle klager på kommunenes helsevedtak, føre tilsyn med helsepersonell og helsetjenester (underlagt Statens helsetilsyn) og føre tilsyn med kommunenes folkehelsearbeid.

På beredskapsområdet skal statsforvalteren etter samfunnssikkerhetsinstruksen holde oversikt, drive veiledning overfor kommunene og være en pådriver for deres beredskapsarbeid. Statsforvalteren skal også samordne den sivile håndteringen av kriser.

### Gjeldende rett

Statsforvalterens rolle etter smittevernloven følger i hovedsak av § 7-4.

#### **§ 7-4. Statsforvalteren**

*Statsforvalteren skal ha særlig oppmerksomhet rettet mot smittevernet i fylket, herunder ha oversikt over og kunnskap om lokale planer om smittevern, samt yte bistand ved behov.*

I tillegg har statsforvalteren enkelte spesifikke, mindre oppgaver etter smittevernloven:

- Bestemme at opplysninger om smittestatus og andre nødvendige opplysninger skal gis videre uten hinder av lovbestemt taushetsplikt, jf. § 2-2 fjerde ledd.
- Kreve opplysninger fra en rekke kilder når det er nødvendig for tiltak, oversikt eller kontroll, jf. § 2-2 åttende ledd.
- Behandle klager på vedtak om forhåndsundersøkelse (§ 3-3 fjerde ledd), om arbeidsforbud (§ 4-2 tredje ledd), om manglende smittevernhjelp (§ 6-1 fjerde ledd) og andre kommunale vedtak (§ 8-3).
- Foreslå medlemmer i smittevernnemnda, jf. § 7-6 andre ledd.
- Reise søksmål for tingretten om overprøving av tvangsvedtak, jf. § 5-9 tredje ledd.

## Innspill fra andre

### Koronakommisjonen

Koronakommisjonen pekte på at statsforvalterne under pandemien var et viktig bindeledd mellom kommunene og sentrale statlige helsemyndigheter. Statsforvalterne ivaretok koordinert situasjonsrapportering fra kommunene. Statsforvalterne ga kommunene juridisk bistand både til tolkning av nasjonalt lovverk og til utforming av lokale forskrifter.

Statsforvalterne hadde hyppige møter med kommuneleger, beredskapskoordinatorene og vaksinasjonskoordinatorene i kommunene. Statsforvalterne oppfordret og stimulerte til samarbeid mellom nærliggende kommuner ved samordning av forskriftsfestede tiltak.

Koronakommisjonen anbefalte at statsforvalternes rolle, ansvar og myndighet på smittevernområdet bør gjennomgås og klargjøres.

### Statsforvalterne

I rapporten «Statsforvalternes samordningsrolle i håndteringen av covid-19» forklarte statsforvalterne at de under pandemien manglet myndighet til å beslutte samordnede tiltak i kommuner, men at det var forventninger til at statsforvalterne gjorde nettopp det.

Statsforvalterne fremhevet at de ikke var godt om orientert om utbrudd i kommunene ettersom kommunelegene ikke lenger har plikt til å varsle statsforvalterne om utbrudd.

Noen statsforvaltere fant det også utfordrende at de ikke alltid var orientert om eller deltaker i dialog mellom FHI's rådgivere og kommunene om håndtering av den lokale situasjonen.

Statsforvalterne anbefalte at de får et tydeligere og utvidet ansvar for regionale vedtak om tiltak, men de innser at dette kan gi en mulig konflikt med deres tilsynsrolle.

Statsforvalterne ønsket også en bedre koordinering av de statlige etatenes dialog med kommunene.

### Kommunelegene

I våre webinarer med kommunelegene og i formelle erfaringsgjennomganger forteller kommunelegene at de fikk god støtte fra statsforvalterne. Jevnlige møter for råd og samordning var nyttig. Særlig nyttig var det å ha med det lokale sykehuset også. Oppdateringer fra Folkehelseinstituttet i disse møtene var nyttig og ga mulighet til å bringe problemstillinger inn til Folkehelseinstituttet eller Helsedirektoratet for avklaring.

Webinarene identifiserte at det var ulik oppfatning mellom kommunene og statsforvalterne om hvordan formuleringen «yte bistand ved behov» i § 7-4 skal tolkes. Det er behov for klargjøring av om statsforvalterne har en *plikt* til å støtte kommunene når de trenger det.

Kommunelegene mente at statsforvalternes rolle bør presiseres, men det var ikke enighet om statsforvalter som regional smittevernmyndighet.

Alle mente at jevnlig samarbeidsmøter, særlig med kommunelegene, bør fortsette i normale tider.

#### Departementets rundskriv

I april 2020 ga departementet statsforvalterne (som da het fylkesmennene) i oppdrag å støtte kommunene på det juridiske området. Bakgrunnen var at kommunene nå selv skulle gjøre vedtak etter § 4-1, og at det var grunn til å anta at kommunene hadde varierende evne til å gjøre slike vedtak på en forsvarlig måte, herunder vurdering av kravene i smittevernloven § 1-5. I rundskriv I-5/2020 het det:

*«Fylkesmannen kan veilede kommunene om hvordan smittevernregler kan utformes slik at de er forholdsmessige og også ellers i samsvar med smittevernloven.*

*Fylkesmannen kan gjennomføre lovlighetskontroll med de kommunale vedtakene etter kommuneloven kap. 27.*

*Fylkesmennene bør prioritere oppfølgingen av kommunale smitteverntiltak og følge utviklingen tett, for å fange opp og påpeke forhold som skaper uforholdsmessige forstyrrelser på viktige samfunnssektorer.»*

FHI støtter uttalelsene i rundskrivet og mener at enkeltpunkter i rundskrivet bør lovfestes. Dette underbygges i det følgende.

#### Vurderinger

Folkehelseinstituttet har hatt et svært godt samarbeid med statsforvalterne under pandemien. Vi har i regi av Helsedirektoratet og DSB deltatt i over hundre møter med alle statsforvalterne samlet. Vi har også hatt individuelle møter med statsforvaltere hvor alle eller noen kommuneleger i deres fylke deltok. Vi er imponert over statsforvalternes innsats under pandemien. Deres rolle som et bindeledd mellom kommunene og statlige etater, som Folkehelseinstituttet, er viktig. Et godt eksempel på dette er den rollen som statsforvalternes koronavaksinasjonskoordinatorer spilte.

Vi har vurdert mulige konkrete endringer i lovfesting av statsforvalternes rolle etter smittevernloven § 7-4, herunder mulige konflikter med statsforvalternes tilsynsrolle.

#### Tilrettelegging for samvirke

Folkehelseinstituttet mener at statsforvalternes rolle som fasilitator for samvirke mellom kommunene, i tråd med beredskapsprinsippene, under pandemien var så nyttig at den bør lovfestes. Dette kan ses på som en lovfesting og konkretisering av prinsippene som allerede finnes i samfunnsikkerhetsinstruksen. En slik oppgave mener vi ikke vil utfordre tilsynsrollen.

Vi foreslår følgende endring i smittevernloven § 7-4:

*Statsforvalteren skal ha særlig oppmerksomhet rettet mot smittevernet i fylket, herunder ha oversikt over og kunnskap om lokale planer om smittevern, tilrettelegge for samvirke mellom kommunene og med helseforetakene i smittevernarbeidet, samt yte bistand ved behov.*

## Overvåking

Statsforvalterne ønsket å bli orientert om utbrudd i kommunene, slik de fikk før 2019 da MSIS-forskriften § 3-3 ble endret. Statsforvalterne var tidligere mottakere på linje med Folkehelseinstituttet av en rekke varsler etter MSIS-forskriften kapittel 3, blant annet om enkelttilfeller av varslingspliktige sykdommer samt utbrudd i og utenfor helseinstitusjoner. Ved fjerningen het det i forarbeidene:

*«Til forslaget om opphevelse av varslingsplikt til fylkesmannen mente Helsedirektoratet og Trondheim kommune at fylkesmannens rolle ble svekket som følge av forslaget. Fylkesmannen i Oslo og Akershus og i Buskerud, som var de eneste fylkesmannsembetene som uttalte seg, støttet forslaget. Helse- og omsorgsdepartementet mener forslagene er nødvendig fordi det er avgjørende at de særskilte sykdommene som er varslingspliktig håndteres raskt. Fylkesmannen vil få nødvendig informasjon fra Folkehelseinstituttet dersom situasjonens alvorlighetsgrad tilsier det, eller på et aggregert nivå for mer langsiktig arbeid.»*

Endringen betydde en forenkling av varslingsveiene. Varsling skjedde døgnet rundt, og det var lite hensiktsmessig med mange døgnåpne varslingsmottak i tillegg til Smittevernvakta ved Folkehelseinstituttet. Vi mener det er lite hensiktsmessig å reversere endringen nå, men at det heller bør utredes hvordan statsforvalterne skal bli orientert om aktuelle hendelser i kommunene fra den nasjonale overvåkingen ved Folkehelseinstituttet. Dette bør vurderes ved utredning og etablering av et fremtidig nytt nasjonalt infeksjonsregister og dermed nasjonalt overvåkningssystem i FHI.

Vi foreslår derfor ingen endringer på dette punktet på nåværende tidspunkt.

## Rådgivning

Smittevernfraglig rådgivning til kommunelegene og andre i kommunene skjer normalt fra Folkehelseinstituttet i tråd med smittevernloven § 7-9. Dette er en ønsket ordning fra kommunelegene. Ordningen er gjensidig nyttig ved at Folkehelseinstituttet kan akkumulere erfaring ett sted og få innspill til hvordan veiledningsmaterieell skal forbedres. Vi mener det vil være uheldig å spre denne kompetansen på ti eller flere statsforvalterkontorer. Det kan gi små og sårbare fagmiljøer og medføre fare for uønsket variasjon i rådene til kommunelegene. Videre kan det skape utfordringer for statsforvalternes tilsynsrolle.

Juridisk rådgivning fra statsforvalterne til kommunene var nyttig under pandemien og ble gjort etter oppfordring i rundskriv I-5/2020 og med hjemmel i formuleringen «yte bistand» i smittevernloven § 7-4. Folkehelseinstituttet mener denne bistanden bør fortsette, men at det ikke er behov for lovendring.

Vi foreslår derfor ingen endringer på dette punktet.

## Smittevernmyndighet

Befolkningsrettede smitteverntiltak etter smittevernloven § 4-1 kan i dag vedtas av kommunestyret og under visse forhold av Helsedirektoratet. Med bakgrunn i erfaringene fra pandemien har det vært diskutert om ikke også statsforvalterne bør ha en slik myndighet for sitt fylke (eller for deler av det). Dette kunne forenkle regional samordning av tiltak.

Vi merker oss at det ikke er enighet om et slikt forslag blant statsforvalterne og heller ikke blant kommunelegene. Vi merker oss også at noen mener at en slik myndighet kan forstyrre statsforvalternes rolle som tilsynsmyndighet.

Folkehelseinstituttet mener at lovregulerte tiltak ved smittesituasjoner som rammer mer enn noen få kommuner, bør besluttes av sentrale myndigheter, jf. vårt innspill til tema 4. Det kan likevel bestemmes ulike nivåer av tiltak for ulike deler av landet, men beslutningsmyndigheten bør ikke

ytterligere fragmenteres. Statsforvalters rolle bør være å formidle til sentrale myndigheter hvordan smittesituasjonen er i fylket og hvilke tiltak som kan være formålstjenlige.

Vi foreslår derfor ingen endringer på dette punktet.

#### Lovlighetskontroll av kommunale vedtak

Statsforvalterne har hjemmel etter kommuneloven § 27-1 til å kontrollere lovligheten av kommunale vedtak. Kontrollen kan kun foretas på statsforvalternes eget initiativ dersom særlige grunner tilsier det eller hvis tre eller flere medlemmer av kommunestyret eller fylkestinget ber om det. Dette ble gjort enkelte ganger under pandemien. Kommunale vedtak etter smittevernloven § 4-1 kan være svært inngripende i den personlige friheten til kommunens innbyggere. Pandemien viste at det var utfordrende for kommunene å lage lokale forskrifter med hjemmel i § 4-1. Vurderingene opp mot lovens § 1-5 var vanskelig. Vi mener derfor at det kan være nyttig å presisere at statsforvalterne har denne myndigheten som altså kommer i tillegg til deres rådgivningsrolle.

Vi foreslår at følgende ledd føyes til smittevernloven § 7-4:

*Ved særlig inngripende tiltak skal Statsforvalteren føre tilsyn med lovligheten av kommunens eller kommunelegens vedtak etter kapittel 4.*

#### Forslag til endringer

Vi gjentar her samlet de endringene vi foreslår:

#### **§ 7-4. Statsforvalteren**

*Statsforvalteren skal ha særlig oppmerksomhet rettet mot smittevernet i fylket, herunder ha oversikt over og kunnskap om lokale planer om smittevern, tilrettelegge for samvirke mellom kommunene og med helseforetakene i smittevernarbeidet, samt yte bistand ved behov.*

*Ved særlig inngripende tiltak skal Statsforvalteren føre tilsyn med lovligheten av kommunens eller kommunelegens vedtak etter kapittel 4.*