

Helse- og omsorgsdepartementet
postmottak@hod.dep.no

Kristiansand, 8.4.2018

Innspill til revisjon av smittevernloven

Takk for melding av 7. mars 2018 der vi får anledning til å sende et innspill til den pågående revisjonen av smittevernloven som vi forstår ledes av departementet og skjer i samarbeid med Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet. Våre innspill følger i dette brevet.

Innhold

Bakgrunn	1
Erfaringer fra influensapandemien	1
Prosjektet «Smittevern i kommunene»	3
Våre innspill	4
Innspill 1: Fullmakter til kommunene	5
Innspill 2: Tvungen legeundersøkelse og tvungen isolering	6
Innspill 3: Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttets oppgaver	6
Innspill 4: Oppgaver for fylkesmannen, fylkeskommunen og RHF'ene	8
a) Forslaget om å gi fylkeskommunen i oppgave å bistå kommunene med oversikt over smittesituasjonen.	8
b) Forslaget om å tydeliggjøre fylkesmannens rolle i smittevernloven.	8
c) Forslaget om å gi RHF'ene en rolle i å bistå den kommunale smitteverntjenesten.	9
Innspill 5: Kommunen og kommunelegens oppgaver	10
Avslutning	10

Bakgrunn

Departementet viser til at revisjonen blant annet er en følge av erfaringer fra influensapandemien i 2009, og det vises til tre dokumenter:

- DSBs rapport [«Ny influensa A\(H1N1\) 2009. Gjennomgang av erfaringene i Norge»](#)
- Meld. St. 16 (2012–2013) [«Beredskap mot pandemisk influensa»](#)
- Rapporten fra prosjektet [«Smittevern i kommunene»](#)

Erfaringer fra influensapandemien

Etter influensapandemien i 2009-2010 gikk DSB gjennom erfaringene i Norge. Både Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet utga rapporter om sine interne gjennomganger.

Regjeringen oppsummerte i Meld. St. 16 (2012-2013). Her varslet regjeringen «en gjennomgang av smittevernloven i lys av de erfaringer og diskusjoner som ble gjort under pandemien». Dette ble konkretisert slik i kapittel 9.5:

«Regjeringen legger opp til en gjennomgang av smittevernloven i lys av de erfaringer og diskusjoner som ble gjort under pandemien. Det kan i denne sammenheng være grunn til å se på om lovens generelle fullmaktsbestemmelser kan presiseres, og om bruken av de spesielle fullmaktene knyttet til allmennfarlig smittsom sykdom kan gjøres mer fleksibel. Videre bør smittevernlovens bestemmelser gjennomgås på ny i lys av revisjon av helseberedskapsloven og nyere nasjonalt regelverk som folkehelseloven og helse- og omsorgstjenesteloven. Også internasjonalt regelverk, som WHO's internasjonale helsereglement, gir grunn for å gjennomgå smittevernloven.»

Denne oppsummeringen bygde i stor grad på DSBs gjennomgang av erfaringene. DSB anbefaler i rapporten fra denne gjennomgangen følgende:

«m. Smittevernloven bør gjennomgås på bakgrunn av de erfaringene pandemien gav. Fylkesmannens rolle på smittevernrådet bør gjennomgås og tydeliggjøres. Fullmaktsbestemmelsene må gjennomgås med tanke på tydelighet og fleksibilitet.»

Denne anbefalingen bygger på følgende observasjoner og synsmåter fra DSB:

«Rolle- og ansvarsdelingen mellom Helsedirektoratet og FHI var ikke fullt avklart.»

«Smittevernloven bør etter DSBs mening gjennomgås med sikte på å tydeliggjøre Helsedirektoratet, FHI og fylkesmennenes rolle. Det kan også være behov for å vurdere andre sider ved loven, blant annet om den er fleksibel nok til å være et egnet virkemiddel i forbindelse med en mild eller moderat pandemi.»

«Etter DSBs oppfatning må fylkesmannens rolle utdypes i nasjonalt planverk og i smittevernloven. Fylkesmannens samordningsfunksjon må i større grad vurderes i pandemiplanverket.»

«Smittevernloven åpner for å gi relativt vidtrekkende fullmakter til kommunene og Helsedirektoratet for å redusere smittespredning. Etter en del diskusjon ble det besluttet om ikke å definere ny influensa A(H1N1) som allmennfarlig smittsom sykdom. Sett i ettertid er det ingen tvil om at dette var en riktig beslutning og en beslutning som forhindret at ulike smitteverntiltak i ulike kommuner kunne skape forvirring og mistillit til myndighetene. Vedtaket ville også ha vært vanskelig å kommunisere og kunne bygget opp under en oppfatning av at myndighetene overdrev faren ved pandemien.»

«Håndteringen av pandemien viste at det kan være ulike oppfatninger om bruken av smittevernlovens fullmaktsbestemmelser hos de mest sentrale aktørene. DSB mener at pandemisk influensa er en hendelse som i størst mulig grad bør møtes med ensartede smitteverntiltak over hele landet eller i det minste regionalt, og at smittevernlovens fullmaktsbestemmelser derfor i dette tilfellet kan fremstå som uhensiktsmessige.»

Samlet sett pekes det dermed på behov for å vurdere smittevernlovens bestemmelser om:

- fordeling av oppgaver mellom Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet,



- fylkesmennenes oppgaver og
- fullmakter til kommunene og Helsedirektoratet ved allmennfarlige, smittsomme sykdommer.

Prosjektet «Smittevern i kommunene»

Prosjektet skulle kartlegge kommunenes smittevernutfordringer, gjennomgå framtidige behov og foreslå forbedringstiltak. Informasjonstilfanget omfattet to spørreundersøkelser til smittevernansvarlige kommuneleger og intervjuer med ti utvalgte kommunale smittevernleger.

To av våre styremedlemmer deltok i møter med Folkehelseinstituttets og Helsedirektoratets arbeidsgruppe om dette arbeidet. Vi sendte [våre kommentarer](#) til sluttrapporten til departementet 23.9.2016. Her kommenterte vi også de forslagene som forutsatte endringer i smittevernloven, og vi tar opp igjen disse kommentarene i dette brevet.

Hovedtemaer i rapporten var overvåking i kommunene, vaksinasjonsprogrammet, utbruddsoppløring, beredskap, tvangsbestemmelser, fullmaktsbestemmelser, lokal kompetanse og ansvarsfordeling mellom ulike etater og myndigheter. Rapportens kapittel 7 inneholder enkelte forslag til endringer i smittevernloven:

*«Smittevernlovens krav til beredskap i kommunen må defineres tydeligere.
- Arbeidsgruppa ønsker å presisere at kommunene har plikt til å ha en døgnberedskap i smittevern og at dette da bør formuleres i en lovrevisjon av smittevernloven. Presisjonen vil føre til at små kommuner må sørge for en mer robust bemanning. Dette kan løses ved økning av personalet i egen kommune eller f.eks. ved interkommunalt samarbeid, jf. smittevernloven §§ 7-1 og 7-2.»*

«Vi anbefaler at departementet vurderer hvorvidt det kan være aktuelt å gi fylkeskommunene en rolle i det epidemiologiske oversiktsarbeidet, og å bistå kommunene med dette, jf. smittevernloven §§7-1 og 7-2. Dette kan eventuelt tydeliggjøres i en revisjon av smittevernloven.»

«Vi anbefaler at fylkesmannens rolle tydeliggjøres i smittevernloven.»

«Det regionale helseforetak er omtalt i smittevernloven § 7-3. Også på dette feltet bør lovbestemmelsen gjennomgås og utdypes og presiseres ytterligere, samt omtale beredskap særskilt. RHFene har sørge-for-ansvaret for laboratorievirksomhet, både for spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Deres laboratoriedata er derfor nødvendige grunnlagsdata for epidemiologiske oversikter og analyser. RHFenes eventuelle rolle i å bistå den generelle kommunale smitteverntjenesten bør gjennomgås i lovarbeidet.»

«Både Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet er tillagt en rådgivende rolle i henhold til smittevernloven, jf. §§ 7-9 - § 7-10. En tydeliggjøring av ansvarsforholdet mellom disse institusjonene er nødvendig for å gjøre kommunikasjon og kunnskapsoverføring mellom sentral forvaltning og kommunene mer hensiktsmessig.»

«Det er nødvendig å endre tvangsreglene i smittevernloven, slik at man får en enklere prosess for tvangsvedtak og mulighet for å fatte hastevedtak også når diagnosen er kjent.»

«Vi anbefaler at det vurderes smittevernloven innfører et nivå mellom smittsom sykdom og allmennfarlig smittsom sykdom for utløsning av fullmakter.»

«Vi ønsker en gjennomgang av beredskapskjeden slik den er beskrevet i smittevernloven. Kommunenes ansvar for å ha en døgnkontinuerlig smittevernberedskap alle ukedager må tydeliggjøres.»

«Aktører i den regionale beredskapen er fylkeskommune, fylkesmann og de regionale helseforetakene. Deres roller må presiseres i smittevernloven, slik at fylkesmannen gis et tydelig overordnet ansvar for å påse at fylkeskommunene og de regionale helseforetakene har etablert gode beredskapsordninger innen smittevern.»

Samlet sett pekes det dermed på behov for å vurdere smittevernlovens bestemmelser om:

- fylkeskommunen, fylkesmennene og RHFenes oppgaver, herunder innen overvåking og beredskap,
- fordeling av oppgaver mellom Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet,
- tvangsundersøkelse og –isolering og
- fullmakter til kommunene ved allmennfarlige, smittsomme sykdommer
- kommunal smittevernberedskap.

Våre innspill

Smittevernlegene organiserer smittevernansvarlige kommuneleger i en rekke av landets kommuner. Etter [våre vedtekter](#) skal vi blant annet bidra til et godt smittevern i norske kommuner gjennom påvirkning av rammebetingelsene for smittevernet, herunder lovverket. Smittevernloven er med oss i arbeidet hver dag, og medlemmer i vårt nettverk har lang erfaring med hvordan loven virker i kommunene, altså den arenaen der mesteparten av smittevernet i landet foregår.

Våre innspill er derfor i hovedsak begrenset til temaer som angår kommunene. Innspillene gjelder bare smittevernloven, ikke forskriftene til loven, men flere av våre innspill vil kunne få konsekvenser for en rekke av forskriftene.

Våre innspill er utarbeidet av styret, men har også vært på en rask runde blant våre medlemmer og blant over 200 kolleger på et nettforum for kommuneoverleger.

Vi forholder oss til de endringsforslagene som er presentert i dokumentene over. Eventuelle andre endringer som departementet diskuterer og eventuelt fremmer, vil vi måtte kommentere ved andre anledninger, seinest i høringen.

Etter vår gjennomgang over ser vi følgende temaer:

1. Fullmakter til kommunene (og Helsedirektoratet) ved allmennfarlige, smittsomme sykdommer, herunder behovet for et nytt nivå
2. Tvangsundersøkelse- og isolering
3. Fordeling av oppgaver mellom Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet
4. Oppgaver for fylkesmennene, fylkeskommunene og RHF'ene innen blant annet overvåking og beredskap
5. Kommunene og kommunelegenes oppgaver, herunder smittevernberedskap



Innspill 1: Fullmakter til kommunene

Dette innspillet angår særlig smittevernloven § 4-1.

Smittevernloven § 4-1 gir kommunestyret fullmakt til å bestemme en rekke til dels svært inngripende tiltak når «det er nødvendig for å forebygge en allmennfarlig smittsom sykdom eller for å motvirke at den blir overført» i kommunen. Tiltakene omfatter blant annet møteforbud, stenging av virksomhet, begrensning i kommunikasjoner, isolering og smittesaning, altså de tradisjonelle samfunnsmessige smitteverntiltakene mot alvorlige, smittsomme sykdommer. (Tilsvarende inngripende tiltak har kommunen hjemmel for også i folkehelseloven kapittel 3 om miljørettet helsevern.)

Bestemmelsen kan problematiseres på tre måter:

1. Tiltakene kan iverksettes ved *alle* allmennfarlige, smittsomme sykdommer, også de lite alvorlige som genital chlamydiainfeksjon og bærertilstand av MRSA. Dette kan ses på som en klar ubalanse mellom trusselbildet og tiltakene, altså overreaksjon.
2. Tiltakene er såpass inngripende at kommunen må ha godt faglig grunnlag for dem. Det kan fryktes feilbruk av tiltakene.
3. Ved nasjonale epidemier kan det oppstå situasjoner der slike tiltak iverksettes ulikt i kommunene. Det kan fryktes at slik variasjon vil undergrave tilliten til myndighetene.

Dette er viktige innvendinger. På den annen side er erfaringen med 22 år med smittevernloven at bestemmelsene har vært lite benyttet, at kommuner gjerne rådfører seg med Folkehelseinstituttet når slike tiltak vurderes, og at «misbruk» knapt har forekommet. I mange tilfeller blir det ikke nødvendig å benytte denne hjemmelen til å stenge for eksempel en barnehage fordi eieren selv velger å stenge. De fleste smittevernproblemer i kommunene håndteres uten at smittevernloven er sentral, og det er fint.

Vi merker oss følgende avsnitt om dette temaet i rapporten fra «Smittevern i kommunene»:

«Kommunene melder om at dette er tiltak som relativt sjelden settes i verk. I tilfeller hvor det er behov for eksempel for å stenge en skole eller barnehage, skjer dette etter å ha rådført seg med Folkehelseinstituttet. Vi har ikke mottatt noen signaler om behov for endring av disse reglene.»

På den annen side har ikke paragrafen vært satt på prøve under en mer alvorlig nasjonal epidemi. Influensa A(H1N1)pdm09 i 2009 ble aldri definert som en allmennfarlig, smittsom sykdom, så disse tiltakene ble ikke tilgjengelig for kommunene selv om mange av dem hadde planlagt for dem i sine pandemiplaner. Bakgrunnen var blant annet at departementet etter råd fra Folkehelseinstituttet ikke så noe behov for disse tiltakene mot en såpass mild sykdom, slik DSB redegjør for i sin gjennomgang. Hadde sykdommen den gang blitt definert som allmennfarlig, smittsom sykdom, er det mulig at kommunene ville ha iverksatt enkelte og varierende, inngripende tiltak. Vi tror imidlertid at våre medlemmer ville ha klart å dempe kommuneledelsenes iver ved hjelp av faglige argumenter, og vi tror at smittevernradene fra Folkehelseinstituttet hadde blitt fulgt.

I utgangspunktet ser vi derfor ikke noe påtrengende behov for å endre § 4-1. Hvis departementet likevel vurderer en endring av § 4-1 som kan motvirke de tre problemene nevnt over, kan følgende vurderes:

- a) Kriteriet for tiltakene kan strammes inn, for eksempel til: «når det er nødvendig for å forebygge eller bringe under kontroll et utbrudd av en allmennfarlig smittsom sykdom».

- b) Legge til et krav om at kommunen må rådføre seg med Folkehelseinstituttet før tiltak iverksettes, for eksempel etter modell av § 5 andre ledd i Forskrift om miljørettet helsevern.

Ved alvorlige, nasjonale epidemier – typisk influensapandemi – tror vi våre medlemmer og trolig også ledelsen i kommunene vil være veldig lydhøre for faglige råd fra Folkehelseinstituttet. Dessuten har statlig myndighet med hjemmel i § 4-1 andre ledd og § 7-10 mulighet til å «overstyre» kommunene.

Vi ser ikke noen grunn til å innføre et nytt nivå mellom smittsom sykdom og allmennfarlig smittsom sykdom. Dette kan skape forvirring. Loven har allerede tre sykdomslistor (meldingspliktige sykdommer, varslingspliktige sykdommer og allmennfarlige smittsomme sykdommer) som er til dels overlappende, og som selv erfarne kolleger av og til blander sammen.

Innspill 2: Tvungen legeundersøkelse og tvungen isolering

Dette innspillet angår særlig smittevernloven §§ 5-2, 5-3 og 5-8.

Vi viser her til den gjennomgang vårt medlem, smittevernoverlege Tore Steen, har gjort av bruken av disse bestemmelsene i [artikkelen](#) «Tvangstiltak etter smittevernloven 1995 – 2013» i Tidsskrift for Den norske legeförening. Vi er kjent med at han har orientert departementets arbeidsgruppe om dette temaet. Vi støtter hans syn om at paragrafene bør endres:

- § 5-2 bør endres slik at det kan treffes hastevedtak om tvangsmessig isolering for inntil en uke også når diagnosen er kjent.
- § 5-3 bør endres slik at det blir klarere at isoleringen av en pasient med tuberkulose kan forlenges også når pasienten ikke lenger er smittsom, men det mistenkes at han vil stoppe behandlingen straks isoleringen opphører.

Vi mener også det bør vurderes å innføre i § 5-8 mulighet for hastevedtak etter § 5-3.

Videre ber vi departementet vurdere å bytte ut «legen som det regionale helseforetaket har utpekt etter § 7-3 tredje ledd» med vakthavende lege ved Folkehelseinstituttet (Smittevernvakta) i §§ 4-2 og 5-8 samt i Tuberkuloseforskriften § 3-4. Det er gjerne denne legen vi som kommuneleger har konferert med i situasjonen og det virker unødvendig tungvint å finne fram til en bestemt lege ved det regionale helseforetaket, altså en tredje lege, for å forklare hele situasjonen enda en gang.

Videre kan det vurderes om det bør innføres muligheter for sterkere virkemidler for kommunen til å få gjennomført pliktig tuberkuloseundersøkelse etter Tuberkuloseforskriften § 3-1. Det er neppe formålstjenlig å gå helt til tvungen undersøkelse etter § 5-2 i alle slike tilfeller der for eksempel en litauisk arbeidsinnvandrer ikke stiller til røntgenundersøkelse.

Innspill 3: Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttets oppgaver

Dette innspillet angår særlig smittevernloven §§ 3-8, 4-1, 4-3, 7-9 og 7-10.

Smittevernet i Norge skjer ute i kommunene (og på sykehusene). Staten bidrar med overvåkingsdata, regelverk, råd og vaksiner til vaksinasjonsprogrammet samt spesialisthelsetjenester (diagnostikk og behandling). Som smittevernleger i kommunene har vi interesse av at staten gjør dette på en fornuftig og forutsigbar måte, særlig under kriser der bidragene må komme raskt og uten uklarheter.

Under influensapandemien i 2009, men også i senere nasjonale kriser eller pseudokriser (Ebola-epidemien i Vest-Afrika i 2014-15, asylsøkerkrisen i 2015-16 og Zika-epidemien i Sør-Amerika 2016), har det vært en utfordring for kommunene at råd har kommet seint og til dels tilsynelatende

ukoordinert fra de to etatene. For oss kan det virke som om det går mye energi til å samordne de to etatenes arbeid. Det skapes en viss uklarhet om hvor vi fra kommunene skal søke råd. Her er vi altså enig i de funn som ble gjort ved spørreundersøkelsen blant kommuneoverleger i prosjektet «Smittevern i kommunene»:

«Kommunelegene oppgir at Helsedirektoratets og Folkehelseinstituttets roller innen smittevern kan oppleves å være overlappende. De oppgir videre at det ofte skapes uklare situasjoner når begge de to forvaltningsorganene gir råd i forbindelse med en og samme smittevernsituasjon. Det oppleves f.eks. forvirrende at det kommer informasjonsmaterieell fra både Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet om samme tema, og særlig påpekes det at det er uheldig når informasjonen virker ukoordinert. Utbruddene av ebola og av zika ble nevnt som eksempler på hendelser da dette hadde skjedd.»

Så vidt vi kan forstå, gir de to etatene støtte til det kommunale smittevernet slik:

Helsedirektoratet	Folkehelseinstituttet
-	Overvåkingsdata (MSIS, SYSVAK, Vesuv, Sykdomspulsen, NORM, RAVN)
Fortolkning av regelverket. Nasjonale planer.	Råd til daglig og ved kriser (Smittevernveilederen, Vaksinasjonsveilederen, reiseråd (malaria, vaksiner), andre veiledere, Smittevernvakta)
Fullmakt til å gi kommunene og publikum «ordrer» i gitte situasjoner	-
-	Vaksiner til programmet
Koordinering av håndteringen av større, nasjonale utbrudd etter delegering fra HOD	Koordinering og støtte i håndtering av regionale og nasjonale utbrudd

Vi mener det bør drøftes om denne arbeidsfordelingen, som altså ha vært slik siden 1995, bør evalueres grundig før den videreføres. Vi merker oss at uklarheter i arbeidsfordelingen var et tema etter pandemien, men også etter senere hendelser. Hvor hensiktsmessig er det egentlig å dele oppgavene på to statlige etater? Er den eventuelle tilleggsverdien større enn ulempene?

Vi forstår at man på temaer som ernæring, tobakksforebygging og fysisk aktivitet kan ha en arbeidsfordeling med Folkehelseinstituttet som kunnskapsleverandør og Helsedirektoratet som faglig rådgiver. På disse områdene er det imidlertid aldri behov for rask håndtering av akutte kriser slik det er i smittevernet (og strålevernet). Nettopp dette beredskapsaspektet gjør en mer enhetlig organisering mer relevant. Så vidt vi kan forstå, er det ikke i tråd med ansvarsprinsippet at koordineringsansvaret ved nasjonale utbrudd flyttes mellom etatene når utbruddene har en viss alvorlighet.

Et ryddig alternativ til dagens ordning kunne være at Helsedirektoratets smittevernoppgaver (se tabellen), jf. smittevernloven § 7-10, flyttes til Folkehelseinstituttet som da ville bli et heldekkende smitteverninstitutt, en *one-stop-shop* for smittevern bistand. Et annet alternativ kan være å flytte begge de to etatenes smittevernoppgaver til et nytt, statlig smitteverninstitutt (slik man har på strålevernområdet).

Innspill 4: Oppgaver for fylkesmannen, fylkeskommunen og RHF'ene

Dette innspillet angår særlig smittevernloven §§ 7-3 og 7-4. Innspillet dreier seg om flere forslag innen blant annet overvåking og beredskap.

a) Forslaget om å gi fylkeskommunen i oppgave å bistå kommunene med oversikt over smittesituasjonen.

Som smittevernansvarlige kommuneleger skal vi etter § 7-2 «ha løpende oversikt over de infeksjonsepidemiologiske forholdene i kommunen». Her er vi helt avhengig av å kunne få ut data fra de nasjonale overvåkingssystemene. Vi mener derfor løsningen ligger i aksene kommuneoverlege – Folkehelseinstituttet. Vi ser ikke helt at vår oppgave gjøres enklere av å blande inn fylkeskommunen selv om vi er klar over fylkeskommunens oppgaver etter folkehelseloven kapittel 4.

Vi har i våre kommentarer til prosjektet «Smittevern i kommunene» pekt på våre behov:

«Det trengs systemer som gir kommunelegen hyppige oppdateringer om smittesituasjonen i kommunen. Vi ser for oss at kommunelegen én gang i uka får tilsendt følgende, eventuelt som en lenke til en passordbeskyttet side:

- *Liste med personidentitet over siste ukes sykdomstilfeller meldt til MSIS (til erstatning for dagens meldingskopi).*
- *Figur eller tabell med oversikt over siste ukes konsultasjoner hos fastlegene for influensa, gastroenteritter og andre relevante syndromer; data fra Sykdomspulsen.*
- *Figur eller tabell med oversikt over siste ukes undersøkte prøver for og påvisninger av smittestoffer fra det lokale medisinsk-mikrobiologiske laboratoriet, evt. via en nasjonal mikrobiologidatabase.*

I tillegg må de samme systemene ha en funksjon som varsler kommunelegen ved uvanlige opphopninger. Kommunelegen må også ved behov kunne be om ekstra tilsendinger ut over den faste, ukentlige.

Det trengs et bedre system for å gi kommunelegen den større oversikten over smittesituasjonen i kommunen, til bruk for kommunelegens årsoppgjør og for planleggingsformål. Vi ser for oss at Folkehelseinstituttet for hver kommune lager en årlig utskrift med detaljerte data fra MSIS, SYSVAK, NorPD, NORM/RAVN og Dødsårsaksregisteret.

I tillegg må kommunelegene få verktøy for å spørre databasene om data vedrørende egen kommune.»

Disse behovene kan trolig dekkes gjennom endringer i MSIS-forskriften.

b) Forslaget om å tydeliggjøre fylkesmannens rolle i smittevernloven.

Etter § 7-4 skal fylkesmannen «ha særlig oppmerksomhet rettet mot allmennfarlige smittsomme sykdommer, og skal holde Statens helsetilsyn og Helsedirektoratet orientert om forholdene i fylket, jf. helsetilsynsloven».

Slik vi kjenner fylkesmennene, driver de tilsyn og arrangerer årlige smittevernsamlinger for kommunene i samarbeid med Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet. Videre formidler fylkesmannen informasjon fra statlige etater og sammenstiller rapporter fra kommunene under kriser.

Det ligger en utfordring i fylkesmannens eventuelle rolle som rådgiver for kommunene i smittevernet i og med at fylkesmannen også fører tilsyn med de samme kommunene. Her foretrekker vi å benytte Folkehelseinstituttet for faglig rådgivning.

Det kan godt være at fylkesmannens rolle i å formidle beskjeder fra Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet til kommunene, særlig i kriser, bør lovfestes. Det samme gjelder fylkesmannens rolle i å sammenstille rapporter fra kommunene. Det virker også merkelig at fylkesmannen skal holde Helsedirektoratet orientert om smittevernforholdene i fylket, men ikke Folkehelseinstituttet. Dette gjør det jo vanskelig for instituttet å sammenstille slik informasjon med data fra overvåkingen.

c) Forslaget om å gi RHF'ene en rolle i å bistå den kommunale smitteverntjenesten

Etter § 7-3 skal RHF'ene yte spesialisthelsetjenester også ved smittsomme sykdommer. Diagnostikk og behandling av pasienter med smittsomme sykdommer har også en smittevernside ved at korrekt diagnostiserte pasienter kan isoleres, behandles eller begge deler slik at videre smitte begrenses.

En rekke kommuner kjøper sykehushygienisk kompetanse fra helseforetakene til de kommunale helseinstitusjonene. Det dreier seg blant annet om planverk og rådgivning. Vi merker imidlertid en trend mot at flere kommuner ordner disse oppgavene selv gjennom sin smittevernansvarlige kommunelege og kommunal hygienesykepleier.

Forslagene som ble drøftet i rapporten fra «Smittevern i kommunene» er dyptgripende. Vi vil derfor kommentere det følgende avsnittet nærmere:

«Ut i fra svarene i spørreundersøkelsen har de regionale helseforetakene (med sine HF) først og fremst et individrettet behandlingsperspektiv. Man kunne tenkt seg å bygge ut de regionale kompetansesentrene i sykehushygiene til regionale smittevernenheter som skulle betjene både spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten, slik at de fikk en rolle mer på linje med läns-smiddskyddsenehetene i Sverige. Helse- og omsorgsdepartementets «handlingsplan mot antibiotikabruk i helsetjenesten» foreslår å styrke de regionale kompetansesentrene med personell som kan gi veiledning både i sykehusene og i kommunene. Finansieringen av disse enhetene gjennom «spesialisthelsetjenestesystemet» vil imidlertid kunne bidra til at disse enhetene fortsetter å ha et hovedfokus mot effektiv sykehusdrift og i mindre grad være i stand til å ivareta helheten i smittevernet. Det er også klart at i følge kommunelegene vil et mer helhetlig ansvar for de regionale enhetene måtte medføre at man endrer kompetanseprofilen i de regionale smittevernenehetene. Smittevernloven § 7-3 er ganske uklar m.ht. hvilke forpliktelser RHFene har mot det kommunale smittevernet. Uansett er det behov for en presisering.»

Vi er tydelig imot tanken om å lage regionale smittevernenheter i Oslo, Bergen, Trondheim og Tromsø med oppgaven å drive veiledning og rådgivning av kommunene. Vi ser ingen fordeler med dette sammenliknet med dagens system der Folkehelseinstituttet veileder kommunene og kommunelegene. Vi ser derimot ulemper:

- En sykehusenhet vil uvegerlig ha sin hovedoppmerksomhet i sykehuset og ikke uten videre ha interesse av eller kompetanse i det kommunale smittevernet.
- Slike regionale enheter må skaffe seg kompetent personell fra kommunene eller Folkehelseinstituttet. Dermed svekkes kompetansen disse stedene.
- Norge er et så lite land og har så få smittevernhendelser at det er fornuftig at erfaring i rådgivning og utbruddsbistand samles ett sted, i dag ved Folkehelseinstituttet. Da kan erfaringen føre til endringer i Smittevernveilederen.

- Fire smittevernsentre i tillegg til Folkehelseinstituttet kan gi uheldig variasjon i smittevernrådene og dobbeltarbeid samt økt ressursbruk til koordinering.

Innspill 5: Kommunen og kommunelegens oppgaver

Dette innspillet angår særlig smittevernloven §§ 7-1 og 7-2.

Etter vårt syn gir de to paragrafene en grei oversikt over de kommunale smittevernoppgavene: planlegging, oversikt, rådgivning og opplysning, iverksetting av tiltak og håndtering av hendelser. Oppgavene er utdypet i en rekke forskrifter.

Vi mener at disse oppgavene fortsatt skal ligge til kommunene og ikke flyttes til fylkeskommunen, sykehuset eller fylkesmannen. Dette er parallelt til oppgavene etter folkehelseloven, herunder miljørettet helsevern.

Vi ser det som en klar fordel at vi som smittevernansvarlige kommuneleger er spesifikt nevnt i loven. § 7-2 kan ses på som en utdyping av § 27 i folkehelseloven for smittsomme sykdommers vedkommende. Bestemmelsen sikrer at kommunen skaffer seg nødvendig smittevern faglig kompetanse, om nødvendig i samarbeid med andre kommuner. Vi mener det vil være et dårlig signal i en tid staten i økende grad krever at kommunene skal ha spesifisert kompetanse, ikke skulle kunne kreve at kommunene har en smittevernansvarlig lege.

Det unike ved kommunelegenes samfunnsmedisinske kompetanse er deres kjennskap til det lokale miljøet, de lokale ressursene og de lokale utfordringene koblet med den medisinske kompetansen. Dette gir et helhetsperspektiv som andre yrkesgrupper og andre instanser, som sykehusene eller Folkehelseinstituttet, mangler. Erfaringene fra tidligere, større smittevernhendelser (som giardiasis-utbruddet i Bergen, legionellose-utbruddet i Østfold, det nasjonale E coli-utbruddet og influensapandemien) er at de gode løsningene finnes i samvirket mellom kommunelegene og Folkehelseinstituttet når førstnevnte bidrar med kjennskap til lokale forhold og lokal befolkning mens Folkehelseinstituttet bidrar med epidemiologisk, smittevern faglig og kommunikasjonsfaglig innsikt og erfaring fra liknende hendelser.

Vi ser gjerne at departementet følger opp spørsmålet om samfunnsmedisinsk, herunder smittevern faglig, beredskap i kommunene, jf. anbefalingen fra prosjektet «Smittevern i kommunene». For smittevernet og for annet beredskapsarbeid vil det være en fordel at kommunen har en smittevernansvarlig kommunelege tilgjengelig for faglig rådgivning og iverksetting av tiltak døgnet rundt. Her kan kommunene for eksempel samarbeide med nabokommuner om slike ordninger.

Avslutning

Vi takker for muligheten til å komme med disse innspillene til revisjonen av smittevernloven. Vi oppfordrer departementet til å dele innspillene med deltakerne i arbeidet. Vi utdyper gjerne våre innspill dersom det skulle være behov for det. Ellers ser vi fram til å bidra til høringen av de endelige forslagene.

For Smittevernlegene

Dagfinn Haarr