

Helse- og omsorgsdepartementet  
[postmottak@hod.dep.no](mailto:postmottak@hod.dep.no)

Kristiansand, 22.5.2018

## Høringsuttalelse om forslag til endringer i MSIS-forskriften og Forskrift om allmennfarlige smittsomme sykdommer

Vi viser til departementets høringsnotat om forslag til endringer i MSIS-forskriften og Forskrift om allmennfarlige smittsomme sykdommer. Smittevernlegene organiserer smittevernleger for nær hundre kommuner. Disse to forskriftene har viktige bestemmelser for vårt arbeid med landets smittevern og vi avgir følgende uttalelse.

### Endringer i MSIS-forskriften

#### Meldingsplikt (gruppe A) for rotavirusykdom

Vi forstår departementets begrunnelse for melding av hvert enkelt tilfelle av laboratoriebekreftet rotavirusykdom nå som alle barn tilbys vaksinasjon mot denne sykdommen. Samtidig er det forhold som gjør at forekomsten av sykdom målt med MSIS må tolkes med stor varsomhet. Bare en liten andel av tilfellene av rotavirusykdom blir laboratoriebekreftet; det gjelder i hovedsak barn innlagt i sykehus med gastroenteritt. Det betyr at antallet meldte tilfeller vil påvirkes av den reelle forekomsten, som igjen påvirkes av vaksinasjonsprogrammet, men antallet vil også påvirkes av testaktiviteten. Hvis for eksempel tester for rotavirusykdom tas i bruk i økende grad i allmennpraksis, vil MSIS kunne vise en falsk økning av sykdomsforekomsten mens den reelle forekomsten er synkende. Dermed kan man risikere pseudo-utbrudd av rotavirusykdom i kommuner der for eksempel legevakta har startet å rekvirere test for rotavirusykdom hos barn med gastroenteritt.

Det er derfor nødvendig at kommuneleger og Folkehelseinstituttet tolker MSIS-data om rotavirusykdom med stor varsomhet og baserer vurderingen av vaksinasjonsprogrammets effekt på flere indikatorer enn antall meldte tilfeller i MSIS.

Med dette forbeholdet støtter vi forslaget.

#### Meldingsplikt (gruppe A) for *Clostridium difficile*-infeksjon

Vi forstår departementets begrunnelse.

Vi legger merke til at departementet foreslår sykdommen plassert i gruppe 1.8 Sykdommer forårsaket av visse resistente bakterier i vedlegget til forskriften. Dette blir litt misvisende ettersom det ikke er antibiotikaresistensen som er problemet, men oppveksten av denne bakterien som følge av at antibiotikabehandling har endret tarmfloraen. Kanskje overskriften kan endres til «1.8 Sykdommer forbundet med antibiotikabehandling eller forårsaket av visse resistente bakterier»

Vi støtter forslaget.

## Generelt om nominativ melding av seksuelt overførbare infeksjoner

Departementets utkast innebærer at en rekke seksuelt overførbare infeksjoner skal meldes med full pasientidentitet (gruppe A) i stedet for aidentifisert (gruppe B) eller anonymt (gruppe C). Det gjelder hiv-infeksjon, gonore og syfilis fra gruppe B til A og klamydia og lymfogranuloma venereum fra gruppe C til A.

Vi støtter alle disse endringene med følgende felles begrunnelser. Ytterligere sykdomsspesifikke begrunnelser følger under overskriftene nedenfor.

Smittevernloven §§ 7-1 og 7-2 legger store plikter på kommunene og kommunelegene. Det er naturlig og greit, for det er i kommunene at folk bor og smittevernet foregår. Da er det også viktig at kommunelegene – våre medlemmer – settes i stand til å løse sine oppgaver. Et viktig grunnlag er opplysninger fra MSIS, både meldingskopier fra meldende lege og helseanalyser fra Folkehelseinstituttet. Med disse sykdommene i gruppe A vil kommunelegen få detaljert informasjon om hvert tilfelle (med unntak av klamydia-tilfeller) som grunnlag for det lokale smittevernarbeidet.

Vi forstår at aidentifiseringen av meldinger om gonore, syfilis og HIV-infeksjon skaper store utfordringer for overvåkingen av disse sykdommene. Med dagens system er det for det første svært vanskelig for Folkehelseinstituttet å purre klinikerne på uteblitte meldinger ettersom klinikerne ikke kan vite hvilken pasient det dreier seg om bare utifra kjønn og fødselsmåned og –år. For det andre er det stadig vanskeligere å luke ut dobbeltmeldinger om samme sykdomstilfelle ettersom man i noen tilfeller bare har kjønn, fødselsmåned og –år som kjennetegn. Disse kjennetegnene kan deles av mange som allerede er registrert. Dette åpner for suboptimal overvåking og kan ikke være bærekraftig lenger.

Vi forstår også at dagens gruppe B i MSIS ikke lar seg overføre til et elektronisk meldingssystem. Vi har lenge etterlyst bedre elektronisk innmelding og tilbakerapportering i MSIS.

Forskning om sykdomsutvikling og komplikasjoner samt evaluering av helsetjenestebruk hos pasienter med disse sykdommene er ikke mulig med MSIS som startpunkt for kobling med andre datakilder så lenge pasientene ikke er registrert med entydig identitet. Dermed går vi glipp av ny kunnskap. Vi minner her om at et formål med MSIS er nettopp forskning, jf. forskriften § 1-3.

## Meldingsplikt (gruppe A) for lymfogranuloma venereum (LGV)

Dette er en sykdom som har fått ny aktualitet gjennom spredning blant menn som har sex med menn de seinere år i Norge og den øvrige vestlige verden. Vi ser behovet for å forbedre overvåkingen, blant annet for å fange opp lokale utbrudd. Dette er til nytte også for vårt lokale smittevernarbeid.

## Meldingsplikt (gruppe A) for klamydia

Vi forstår at man her tenker å fortsette med sentral, årlig datainnsamling fra laboratoriene og ikke enkeltmeldinger med kopier til kommunelegene. Det finner vi akseptabelt og fornuftig ettersom antallet tilfeller er så stort. Man vil oppnå sikrere datagrunnlag fordi man kan luke ut dobbeltmeldinger. Videre legger man grunnlag for forskning om komplikasjoner av klamydia gjennom kobling til for eksempel Norsk pasientregister.

Vi vil minne om at nytten av denne overvåkingen i dag er begrenset. Det er usikkert hva det årlige antallet representerer ettersom mange av pasientene er smittet måneder eller år tidligere.



Endringen kan føre til sikrere og mer detaljerte data om alder, kjønn og kommune, noe som er nyttig for kommunelegene, men altså bare én gang i året.

## Meldingsplikt (gruppe A) for HIV-infeksjon

En viktig tilleggsbegrunnelse er behovet for å sammenholde MSIS med andre helseregistre for å studere komplikasjoner av langvarig HIV-infeksjon eller bivirkninger av langvarig behandling av HIV-infeksjon. HIV-smittede oppnår nå med moderne behandling en normal livslengde, men det er uklart om det vil oppstå komplikasjoner som følge av behandlingen eller grunnsykdommen etter mange år.

En slik sammenholding av registre kan også gi kunnskap om helsetjenestebruk og annen legemiddelbruk hos HIV-smittede.

## Meldingsplikt (gruppe A) for gonoré

Antallet tilfeller av gonoré øker nå raskt etter å ha vært nesten eliminert for få år siden. Dette er urovekkende fordi bakterien som forårsaker gonoré samtidig i økende grad er resistent mot en rekke antibiotika. Vi er bekymret for økning til gravide kvinner og fødsel av barn med synstruende gonoreisk øyefeksjon. Vi ønsker bedre overvåking som også setter oss i stand til å iverksette gode, lokale tiltak ved behov.

## Meldingsplikt (gruppe A) for syfilis

En viktig tilleggsbegrunnelse er behovet for å sammenholde MSIS med andre helseregistre for å studere komplikasjoner av syfilis. Det er mulig bare dersom tilfellene meldes med full identitet.

Vi forstår at utfordringene med purringer og dobbeltmeldinger (se over) er særlig utfordrende ved syfilis ettersom man der gjerne har flere laboratorier involvert i diagnostikken, og pasienten kan være registrert tidligere med positive antistoffsvar av usikker betydning. Endring til gruppe A kan dermed sikre kvalitet og bærekraft i overvåkingen.

## Endringer i Forskrift om allmennfarlige, smittsomme sykdommer

Departementet foreslår å definere meslinger og rubella som allmennfarlige, smittsomme sykdommer.

### Meslinger

Departementet anfører som begrunnelse for forslaget at «sykdomsbildet er endret for» meslinger. Dette er uforståelig. Vi kjenner ikke til noen endringer i meslingeviruset eller sykdommens natur som gjør at «sykdomsbildet», altså klinisk bilde og naturlig forløp, er endret.

Departementet anfører videre at meslinger oppfyller kriteriene for allmennfarlige smittsomme sykdommer i smittevernloven § 1-3. Her vil vi bemerke at det kan gjelde en rekke smittsomme sykdommer som i dag ikke er nevnt i forskriften. Videre er vurderingene skjønnsmessige slik at mange sykdommer kan sies å oppfylle kriteriene om man først ønsker det. Her vil vi minne om at meslinger sjeldent gir alvorlige komplikasjoner. Det er derfor den store utbredelsen i en uvaksinert befolkning som vil gi stor sykdomsbyrde, ikke den individuelle alvorligheten.

Endelig stusser vi over at forslaget kommer nå så lenge meslinger har oppfylt disse kriteriene lenge, og sykdommen nå så å si er eliminert fra landet. Hvorfor ble ikke meslinger inkludert i denne forskriften i 1995? Hva har endret seg siden?

Vi antar at departementet foreslår endringen fordi man ønsker å oppnå noe i smittevernet mot meslinger som man i dag ikke kan oppnå. Det hadde vært en fordel om departementet hadde forklart dette. Har det vært situasjoner der kommunen ikke har kunnet håndtere et tilfelle eller et utbrudd med dagens lovverk? Vi antar at man kanskje ønsker mer vekt på personlig smittevernveiledning (smittevernloven § 2-1), arbeidsforbud (§ 4-2) og gratis tjenester og tiltak (§ 6-2). Vi vil for øvrig advare mot tvungen vaksinerings mot meslinger i gitte situasjoner, jf smittevernloven § 3-8, og tar for gitt at forslaget ikke tar sikte på å senke terskelen for et slikt tiltak.

Med disse forbeholdene støtter vi forslaget.

## Rubella

Departementet anfører som begrunnelse for forslaget at «sykdomsbildet er endret for» rubella. Dette er uforståelig. Vi kjenner ikke til noen endringer i meslingeviruset eller sykdommens natur som gjør at «sykdomsbildet», altså klinisk bilde og naturlig forløp, er endret.

Departementet anfører videre at rubella oppfyller kriteriene for allmennfarlige smittsomme sykdommer i smittevernloven § 1-3. Her vil vi bemerke at det kan gjelde en rekke smittsomme sykdommer som i dag ikke er nevnt i forskriften. Videre er vurderingene skjønsmessige slik at mange sykdommer kan sies å oppfylle kriteriene om man først ønsker det. Her vil vi minne om at rubella er en mild sykdom som gir alvorlige komplikasjoner i hovedsak bare for fostre. Det er derfor bare en stor utbredelse i en befolkning med mange uvaksinerte unge kvinner som kan gi stor sykdomsbyrde, ikke den individuelle alvorligheten hos andre.

Endelig stusser vi over at forslaget kommer nå så lenge rubella har oppfylt disse kriteriene lenge, og sykdommen nå er eliminert fra landet. Hvorfor ble ikke rubella inkludert i denne forskriften i 1995? Hva har endret seg siden?

Vi antar at departementet foreslår endringen fordi man ønsker å oppnå noe i smittevernet mot rubella som man i dag ikke kan oppnå. Det hadde vært en fordel om departementet hadde forklart dette. Har det vært situasjoner der kommunen ikke har kunnet håndtere et tilfelle eller et utbrudd med dagens lovverk? Vi antar at man kanskje ønsker mer vekt på personlig smittevernveiledning (smittevernloven § 2-1), arbeidsforbud (§ 4-2) og gratis tjenester og tiltak (§ 6-2). Vi vil for øvrig advare mot tvungen vaksinerings mot rubella i gitte situasjoner, jf smittevernloven § 3-8, og tar for gitt at forslaget ikke tar sikte på å senke terskelen for et slikt tiltak.

Med disse forbeholdene støtter vi forslaget.

Vennlig hilsen



Preben Aavitsland  
leder