

Helse- og omsorgsdepartementet
postmottak@hod.dep.no

Kristiansand, 23.11.2018

Høringsuttalelse: Forslag til endringer i smittevernloven m.m.

Innledning

Vi viser til departementets høringsbrev av 23.8.2018 om forslag til endringer i smittevernloven.

Smittevernlegene er et faglig nettverk for kommunale smittevernleger og organiserer smittevernlegene i rundt hundre kommuner, inkludert de store byene. Uttalelsen har vært diskutert blant våre medlemmer og deretter sluttført av styret. Vi har også innhentet synspunkter fra deltakerne i nettforum for kommuneoverleger.

Våre kommentarer følger høringsnotatets rekkefølge og overskrifter.

Vi viser også til vårt brev av 8.4.2018 med innspill til det da pågående revisjonsarbeidet i regi av departementet i samarbeid med Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet.

Innhold

Innledning.....	1
4 Ny bestemmelse om generelle vilkår for bruk av smitteverntiltak.....	2
5 Informasjon og personlig smittevernveiledning	2
6 Tvangstiltak.....	3
7 Fylkesmannen.....	3
8 Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet	3
Endringsforslaget.....	3
Departementets begrunnelse	4
Våre kommentarer	4
a. Det norske smittevernet.....	5
b. Samordning ved utbrudd og kriser.....	6
c. Råd og retningslinjer	6
d. Ny ordning	8
9 Regionale helseforetak.....	8
Endringsforslaget.....	8
Departementets begrunnelse	9
Våre kommentarer	10

a. Dagens ansvarsfordeling i det organiserte smittevernet	10
b. Misforhold mellom begrunnelse og forslag	11
c. Uklar begrunnelse.....	11
d. Ansvar og myndighet.....	11
e. Regionalisering av smittevernet.....	12
Øvrige forslag	13
Avslutning.....	13

4 Ny bestemmelse om generelle vilkår for bruk av smitteverntiltak

Departementet foreslår en ny paragraf – § 1-5 – med følgende ordlyd:

§ 1-5 Alminnelige vilkår ved iverksetting av smitteverntiltak

Ved vurdering av tiltak etter loven skal det legges vekt på frivillig medvirkning fra den det gjelder. Tiltaket skal være basert på en klar medisinskfaglig begrunnelse, være nødvendig av hensyn til smittevernet og tjenlig etter en helhetsvurdering.

Smittevernloven har fungert greit siden 1995 uten en slik paragraf. Vi synes departementets begrunnelse for å innføre paragrafen er litt tynn. Vi lurer også på om det kan bli misforståelser når noen andre paragrafer nevner enkelte av vilkårene. Bør vilkårene fjernes fra disse andre paragrafene dersom § 1-5 vedtas?

Vilkåret om «klar medisinskfaglig begrunnelse» er opplagt, men samtidig vanskelig å tolke. Det er viktig at man ikke forutsetter et for høyt nivå av vitenskapelig bevis for et tiltak. En del smitteverntiltak bygger på teoretiske overlegninger eller modelleringer; tiltakene er ikke prøvd ut i vitenskapelige studier. Notatets krav om at tiltaket «har vist effekt i lignende situasjoner» kan være for strengt.

Videre bør nivået for bevis ses i forhold til trusselens størrelse og hvor inngripende og dyrt tiltaket er, altså en forholdsmessighetsvurdering. Konkret: ved en alvorlig ny epidemi kan det være at kommuneoverlegen vil iverksette et billig og lite inngripende tiltak som har bare et svakt smittevern faglig grunnlag. Den nye bestemmelsen bør ikke være en for høy skranke for slike tiltak.

5 Informasjon og personlig smittevernveiledning

Departementet foreslår et nytt fjerde ledd i § 2-1:

Dersom legen har grunn til å anta at en smittet person ikke følger den personlige smittevernveiledningen, skal legen uten hinder av lovbestemt taushetsplikt gi underretning om dette til kommunelegen hvis hensynet til smittevernet krever det. Kommunelegen skal da overta den videre smittevernveiledningen av pasienten.

Vi støtter denne endringen. Som kommuneoverleger med smittevernansvar opplever vi av og til slike situasjoner. Vi benytter da Folkehelseinstituttets veiledning om «[forsterket smittevernveiledning](#)» for samtale med disse pasientene.



Vi synes samtidig at kravet til pasientene bør skjerpes. De bør etter § 5-1 ikke bare ha plikt til å ta imot den personlige smittevernveiledningen, men også plikt til å følge den.

6 Tvangstiltak

Departementet foreslår en rekke mindre endringer i lovens kapittel 5. Slik vi ser det, vil endringene forenkle prosedyrene og forbedre smittevernet samtidig som rettssikkerheten til pasientene ivaretas. I praksis dreier dette seg om noen svært få pasienter med lungetuberkulose. Vi støtter derfor endringsforslagene.

Vi ber departementet vurdere å forenkle bestemmelsen for hastevedtak i § 5-8. Det er vanskelig for oss å vite hvilken lege det regionale helseforetaket har utpekt til å kunne gjøre vedtak, og vi erfarer at man ikke alltid vet det på sykehusene heller. Kanskje vi heller kan benytte legen ved Smittevernvakta?

7 Fylkesmannen

Departementet foreslår at Fylkesmannen skal være oppmerksom på alt smittevernet i fylket, ikke bare vernet mot allmennfarlige smittsomme sykdommer. Videre foreslår departementet en ny bestemmelse om at Fylkesmannen skal «samordne lokale og regionale planer om smittevern».

Slik vi kjenner fylkesmennene, driver de tilsyn og arrangerer årlige smittevernsamlinger for kommunene i samarbeid med Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet. Videre formidler fylkesmennene informasjon fra statlige etater og sammenstiller rapporter fra kommunene under kriser. Vi ønsker ikke fylkesmennene som noe forsinkende ledd mellom oss og Folkehelseinstituttet. Dersom instituttet kan ha nytte av å benytte fylkesmennene i samordningen av kommunene under en krise, ser vi positivt på det.

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

8 Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet

Endringsforslaget

Departementet foreslår følgende endringer (understreket/gjennomstrekert) i smittevernloven:

§ 7-9. Folkehelseinstituttet

Folkehelseinstituttet er statens smitteverninstitutt. Folkehelseinstituttet skal overvåke den nasjonale og delta i overvåkingen av den internasjonale epidemiologiske situasjonen, utføre helseanalyser, drive forskning på smittevernområdet og sikre nødvendig vaksineforsyning og vaksineberedskap, herunder egen vaksineproduksjon og kan behandle helseopplysninger og andre personopplysninger som er nødvendig for å gjennomføre disse oppgavene.



Folkehelseinstituttet skal gi faglig bistand, råd, veiledning og informasjon til kommunale, fylkeskommunale og statlige institusjoner, helsepersonell og befolkningen om smittsomme sykdommer, smittevern og valg av smitteverntiltak, herunder i forbindelse med:

- a. samordning, opplaring og kontroll av utbrudd av smittsom sykdom i og utenfor helseinstitusjoner,
- b. antimikrobiell resistensutvikling,
- c. relevante laboratorieundersøkelser innenfor områdene medisinsk mikrobiologi, infeksjonsimmunologi og entomologi og
- d. skadedyrbekjempelse og entomologi.

§ 7-10. Helseinspektatets oppgaver

Helseinspektatet skal gjennom råd, veiledning, opplysning og vedtak etter loven her skal Helseinspektatet medvirke til at befolkningens behov for tjenester og tiltak blir dekket i forbindelse med smittsomme sykdommer. Helseinspektatet skal basere dette på kunnskap fra Folkehelseinstituttet.

Når det er nødvendig for å sikre et effektivt og forsvarlig smittevern, kan Helseinspektatet kan bestemme at kommuner, fylkeskommuner eller statlige institusjoner skal organisere eller utføre nærmere bestemte tjenester eller tiltak, samarbeide, eller følge nærmere bestemte retningslinjer når det er nødvendig for å sikre et effektivt og forsvarlig smittevern.

På tilsvarende måte som etter foregående ledd kan Helseinspektatet pålegge helsepersonell å følge nærmere bestemte faglige retningslinjer.

Departementets begrunnelse

Departementet mener at Helseinspektatet skal lede arbeidet ved store utbrudd i smittevernet, men at Folkehelseinstituttet skal etterforske og oppklare utbruddet. Derfor må Helseinspektatet pålegges å bygge sin aktivitet på kunnskap fra Folkehelseinstituttet.

Departementet mener at det skaper uklarhet at begge etatene er pålagt å gi råd. Derfor bør loven presisere «at råd, informasjon og veiledning er knyttet til oppgavene de respektive institusjonene har». Derfor foreslår man å presisere at Folkehelseinstituttet skal gi faglige råd samtidig som ordet råd tas bort fra Helseinspektatets oppgaver.

Departementet mener at Folkehelseinstituttets oppgave med samordning av utbruddsopplaring dekkes av loven i dag, men at en ytterligere presisering fjerner enhver tvil.

Departementet mener det bør presiseres at Folkehelseinstituttet har hjemmel for behandling av opplysninger i forbindelse med oppgavene som følger med funksjonen som smitteverninstitutt.

Våre kommentarer

Vi mener forslaget langt fra er noen løsning på de utfordringene som kommuneoverleger har pekt på i oppfølgingen av influensapandemien i 2009 og i prosjektet «Smittevern i kommunene». Vi er absolutt for at det ryddes i ansvar og roller mellom Folkehelseinstituttet og Helseinspektatet, men ikke slik at Helseinspektatet, som normalt er lite involvert i smittevernet, skal overta ansvaret når en smittevernkriser blir større.

a. Det norske smittevernet

Brorparten av norsk smittevern skjer ute i kommunene. De kommunale smittevernlegene er viktige bidragsyttere, jf. smittevernloven § 7-2. 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 pseudokrises (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. Situasjonen fortsetter i høst med overlappende brev og nettsider om influensavaksinasjon fra Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet. Vi er vant til å få slik informasjon fra Folkehelseinstituttet, men må nå altså forholde oss også til Helsedirektoratets brev og hjemmesider (som i stor grad lenker tilbake til Folkehelseinstituttet). Hvorfor gjør staten det så forvirrende for kommunene?

For oss kan det virke som om det går mye energi til å samordne de to etatenes arbeid. Det skapes 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
-	Kunnskap fra forskning, forskningsoppsummeringer og overvåking (MSIS, SYSVAK, Vesuv, Sykdomspulsen, NORM, RAVN)
Fortolkning av regelverket. Instruksjer til kommunene og helsepersonell i gitte situasjoner.	Råd, retningslinjer og smittevernstrategier til daglig og ved kriser (Smittevernveilederen, Vaksinasjonsveilederen, reiseråd (malaria, vaksiner), andre veiledere, Smittevernvakta, vaksinetelefonen, Vannvakta)
-	Vaksiner til programmet
Koordinering av krisehåndtering etter delegering fra HOD	Samordning av etterforskningen av regionale og nasjonale utbrudd

Vi trenger denne støtten. Vi trenger gode overvåkingsdata, gode og praktiske faglige råd til daglig og ved hendelser, vaksiner til programmet og tydelige beskjeder og koordinering ved hendelser som involverer flere eller alle kommuner. For oss hadde det vært enklest om all støtten kom fra samme

statlige etat. Skillet mellom «myndighetsorgan» og «fagkompetanseorgan» er verken tydelig eller viktig for oss; det bare forvirrer.

b. Samordning ved utbrudd og kriser

Vi støtter forslaget om å presisere Folkehelseinstituttets ansvar for å samordne arbeidet med oppklaring og kontroll av utbrudd av smittsomme sykdommer når utbruddene omfatter flere enn én kommune eller hele landet. Dette er i tråd med dagens praksis og til god hjelp for kommunene.

Vi er imidlertid urolig over at departementet skriver at Helsedirektoratet skal «lede arbeidet» ved kriser på smittevernområdet. Etter vårt syn er det nettopp utbrudd som utgjør slike kriser. Da er det nødvendig med raske råd og tydelig koordinering. Vi finner det forvirrende at koordineringsansvaret ved nasjonale utbrudd skal flyttes mellom etatene når utbruddene har en viss alvorlighet. Dette er et brudd på ansvarsprinsippet i helseberedskapsloven og på likhetsprinsippet. Vi viser her også til [vår høringsuttalelse](#) til forslag til Nasjonal beredskapsplan mot utbrudd av alvorlige smittsomme sykdommer og Mandat for kriseutvalg for beredskap mot biologiske hendelser.

Vi finner det også litt urovekkende at departementet følger seg tvunget til å foreslå at Helsedirektoratet skal bygge sin aktivitet i slike situasjoner på kunnskap fra statens smitteverninstitutt, altså Folkehelseinstituttet. Vi ville trodd dette var helt opplagt og ikke trengte lovfesting. Vi har ikke noe imot en slik lovfesting, men har bedre forslag, se nedenfor.

Vi minner om beredskapsprinsippene om ansvar, nærhet, likhet og samordning. Vi mener at et system der ansvaret for den statlige håndteringen flyttes fra Folkehelseinstituttet til Helsedirektoratet ved kriser av en viss størrelse, er uheldig for landets smittevernberedskap.

Vi støtter at loven presiserer at Folkehelseinstituttet kan behandle helseopplysninger og personopplysninger i smittevernarbeidet.

c. Råd og retningslinjer

Vi blir også forvirret av høringsnotatets lange omtale av råd og retningslinjer på smittevernet, med kronglete og gjentatte setninger som disse:

«Det er Helsedirektoratet som har ansvaret for å gi normerende råd til helsetjenesten, helsepersonell og befolkningen. Normeringsrollen til Helsedirektoratet baserer seg blant annet på kunnskapsgrunnlag som Folkehelseinstituttet utvikler. Rådene er faglig normerende, noe annet enn rettslig normerende, og gir uttrykk for hva som anses som god praksis på utgivelsestidspunktet. Etter helse- og omsorgstjenesteloven § 12-5 og spesialisthelsetjenesteloven § 7-3 er Helsedirektoratets ansvar for nasjonale faglige retningslinjer, veiledere og kvalitetsindikatorer lovfestet. Helsedirektoratets faglige retningslinjer og veiledere etter disse bestemmelsene er ikke rettslig bindende for tjenesteyterne, men beskriver nasjonale helsemyndigheters oppfatning av for eksempel hva som er god faglig praksis, hvordan relevant regelverk skal tolkes, og hvilke prioriteringer som er i samsvar med vedtatt politikk på helse- og omsorgstjenesteområdet. Dette er til forskjell fra smittevernlovens hjemler om adgang til å fastsette bindende retningslinjer.»

«Folkehelseinstituttet har ikke instruksjonsmyndighet overfor helsetjenesten, slik som Helsedirektoratet har, og rådene som gis er ikke bindende. Rådene vil som regel likevel representere det som anses som medisinsk faglig forsvarlig.»

«Folkehelseinstituttet er tillagt flere oppgaver i forskrifter med hjemmel i smittevernloven. Etter tuberkulosekontrollforskriften § 4-5 er oppgavene presisert når det gjelder tuberkuloseområdet. Blant annet skal instituttet overvåke forekomst, være faglig støtte for helsepersonell og angi land med høy forekomst av tuberkulose, i tillegg til å fastsette faglige anbefalinger etter forskriften. Etter forskrift om smittevern i helse- og omsorgstjenesten skal Folkehelseinstituttet blant annet bidra til å samordne smittevernarbeidet nasjonalt og stimulere til fagutvikling, i tillegg til å samordne utarbeiding av faglige veiledere og retningslinjer etter forskriften, jf. § 3-3.»

«Eksempler på Folkehelseinstituttets faglige råd på smittevernfeltet er Smittevernveilederen, Utbruddsveilederen for utbrudd som skyldes mat, vann eller dyr, Vaksinasjonsveilederen og Ebolaveilederen. Slike veiledere er nødvendige for den løpende rådgivningen og veiledningen i smittesituasjoner. Dette er faglige veiledere som ikke er bindende for helsetjenesten eller andre.»

«På andre områder gir Helsedirektoratet faglige råd. Det er likevel ikke slik at Helsedirektoratet ikke kan gi råd om smittevern, ettersom dette inngår som en naturlig del av veiledning og formidling, og i forbindelse med de vidtrekkende fullmaktene som Helsedirektoratet har gjennom smittevernloven.»

«Utbruddene av influensa, ebola, zika og pesten på Madagaskar er eksempler på hendelser der begge etater har vært involvert i samme type rådgivning. Rådgivning ved slike hendelser må løses gjennom et nært samarbeid og samordning mellom etatene.»

«Etter departementets syn er ett av problemene med gjeldende lov at begge institusjoner er pålagt å gi "råd". Det overordnede målet er at det skal gis klar anvisning til helsetjenesten og befolkningen om hva som anbefales på smittevernområdet. Dette forutsetter et godt samarbeid mellom disse to institusjonene, både løpende, og ved spesielle hendelser slik at det kan være vanskelig å sørge for at alle råd som gis er fullt ut avklart med den andre institusjonen, men så langt det er mulig skal det gjøres.»

«Etter departementets vurdering bør det fremgå tydeligere i lovens ordlyd at råd, informasjon og veiledning er knyttet til oppgavene de respektive institusjonene har. Hovedoppgaven til Helsedirektoratet er å gi veiledning om og fortolke gjeldende regelverk, i tillegg til å forvalte fullmaktene etter smittevernloven. Dette vil også innebære å gi råd i enkelte tilfeller. Etter loven har Helsedirektoratet myndighet til å gi bindende retningslinjer og instruksjoner når hensynet til smittevernet tilsier det. Dersom Folkehelseinstituttet mener at det vil få store konsekvenser dersom instituttets råd ikke følges opp, er det Helsedirektoratet som skal benytte sine fullmakter overfor helse- og omsorgstjenesten for å iverksette tilstrekkelige tiltak. Folkehelseinstituttet på sin side gir smittevern faglige råd.»

Et forsøk på å trekke ut essensen, gjør det ikke særlig klarere:

- Helsedirektoratet gir faglig normerende, men ikke rettslig normerende råd.
- Helsedirektoratets faglige retningslinjer er ikke rettslig bindende.
- Helsedirektoratet kan etter smittevernloven gi bindende retningslinjer og instruksjoner.
- Helsedirektoratet gir råd om smittevern som naturlig del av veiledning og formidling.
- Folkehelseinstituttet skal gi kunnskapsbaserte, faglige råd.

- Folkehelseinstituttet skal gi retningslinjer etter tuberkuloseforskriften, smittevernforskriften og vaksinasjonsforskriften.
- Folkehelseinstituttets råd representerer det som er medisinskfaglig forsvarlig.
- Folkehelseinstituttets faglige veiledere er ikke bindende.
- Ved noen hendelser gir begge etatene råd, og da bør rådene så lang det er mulig være avklart med den andre etaten.

Det er mulig dette kan tolkes på en fornuftig måte, men for oss er det litt betegnende for lowerkrets uklarheter at man må bruke rundt 3 sider på å beskrive temaet i høringsnotatet. Det blir rett og slett for dumt. I praksis forholder vi oss til Folkehelseinstituttets faglige veiledere og sørger for en god begrunnelse dersom vi i gitte situasjoner må fravike disse.

Vi ser at notatet tilskriver Helsedirektoratets instruks stor betydning:

«Helsedirektoratets myndighet til å kunne instruere helsepersonellet direkte også i faglige spørsmål hvor det dreier seg om konkret forebyggelse, behandling, undersøkelse eller pleie er helt avgjørende for å motvirke overføring av smitte.»

Vi på vår side kan ikke huske å ha mottatt noen slik instruks (bortsett fra et rundskriv om resistente bakterier) siden loven trådte i kraft i 1995.

Vi kan ikke se at uklarhetene rundt råd og retningslinjer på smittevernområdet løses med å fjerne ordet «råd» i omtalen av Helsedirektoratets oppgaver i § 7-10.

d. Ny ordning

Gitt den lange historien med uavklart ansvarsfordeling mellom Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet på smittevernområdet, igjen illustrert denne høsten med spørsmålene rundt influensavaksinasjon, synes vi departementet heller bør fremme for Stortinget et forslag om en ordentlig omorganisering av smittevernområdet på statlig nivå.

Vi forstår at Folkehelseinstituttet benytter rundt 300 årsverk på smittevern mens Helsedirektoratet benytter tre årsverk. Det burde være greit å flytte de sistnevnte og deres arbeidsoppgaver til Folkehelseinstituttet for å lage et heldekkende smitteverninstitutt som kan utvikle og sammenstille kunnskap, gi råd, veiledning og lovfortolkninger og om nødvendig instruks, legge planer og utvikle strategier, og effektivt koordinere håndteringen av små og store hendelser på smittevernområdet. (Organiseringen vil da likne den man har på strålevernområdet.) Det vil innebære at smittevernloven §§ 7-9 og 7-10 slås sammen, og at Folkehelseinstituttet erstatter Helsedirektoratet en rekke steder i loven.

9 Regionale helseforetak

Endringsforslaget

Departementet foreslår følgende endringer (understreket/gjennomstreket) i smittevernloven:

§ 7-3. Det regionale helseforetakets ~~ansvar~~

Det regionale helseforetaket skal sørge for at befolkningen i helseregionen med hensyn til smittsom sykdom er sikret nødvendig spesialistundersøkelse, laboratorieundersøkelse,

poliklinisk behandling og sykehusbehandling, forsvarlig isolering i sykehus, og annen spesialisthelsetjeneste.

Det regionale helseforetaket skal utarbeide en plan om det regionale helseforetakets tiltak og tjenester for å forebygge smittsomme sykdommer eller motvirke at de blir overført i helseregionen.

Det regionale helseforetaket skal sørge for at det finnes et regionalt kompetansesenter i smittevern i helsetjenesten. Departementet kan i forskrift gi bestemmelser om senterets oppgaver.

Det regionale helseforetaket skal utpeke en sykehuslege som kan gjøre vedtak etter §§ 4-2 og 5-8 sammen med kommunelegen.

Departementet foreslår ingen endringer i Forskrift om smittevern i helsetjenesten:

§ 3-1. Det regionale helseforetaket

(...)

Det regionale helseforetaket skal sørge for at det utarbeides tilbud om nødvendig smittevern bistand til kommunale institusjoner som omfattes av forskriften innen helseregionen, dersom kommunene ønsker det.

Hvert regionalt helseforetak skal ha et senter for sykehushygiene som skal fungere som kompetansesenter for helseregionen. Dersom det regionale helseforetaket finner det formålstjenlig, kan kompetansesenterfunksjonen fordeles mellom ulike helseforetak. Kompetansesenteret skal faglig ledes av en heltidsansatt smittevernlege.

Kompetansesenteret skal

- samordne smittevern arbeidet, stimulere til aktivitet og fremme fagutvikling i det regionale helseforetakets helseinstitusjoner og*
- yte sakkyndig hjelp til andre helseinstitusjoner i det regionale helseforetaket, herunder smittevernrådgivning, overvåking, kompetansehevende tiltak for personell, forskning og opplæring av utbrudd i samarbeid med Folkehelseinstituttet.*

Departementets begrunnelse

Departementet begrunner forslaget med behovet for å styrke smittevernet og harmonisere smittevernloven med andre lover. Lovendringen vil ifølge departementet bidra til samordning og styrking av smittevernet i de to nivåene i helsetjenesten og til bedre bistand til kommuneleger i det generelle, løpende smittevern arbeidet og særlig ved utbrudd.

Departementet mener at det regionale helseforetaket må ha en «regional koordineringsfunksjon for å sørge for en sammenhengende smittevernkjede» og videre at det regionale senteret skal «ha en koordineringsfunksjon overfor Folkehelseinstituttet».

Folkehelseinstituttet skal «koordinere faglig disse sentrene, for å heve kompetansen i hele landet og håndtering av utbrudd lokalt».



Departementet peker også på at kommunene i deres samarbeidsavtaler med helseforetaket kan ta inn «veiledning fra spesialisthelsetjenesten innenfor smittevern og retningslinjer for veiledning knyttet til oppfølging av bestemte pasientgrupper».

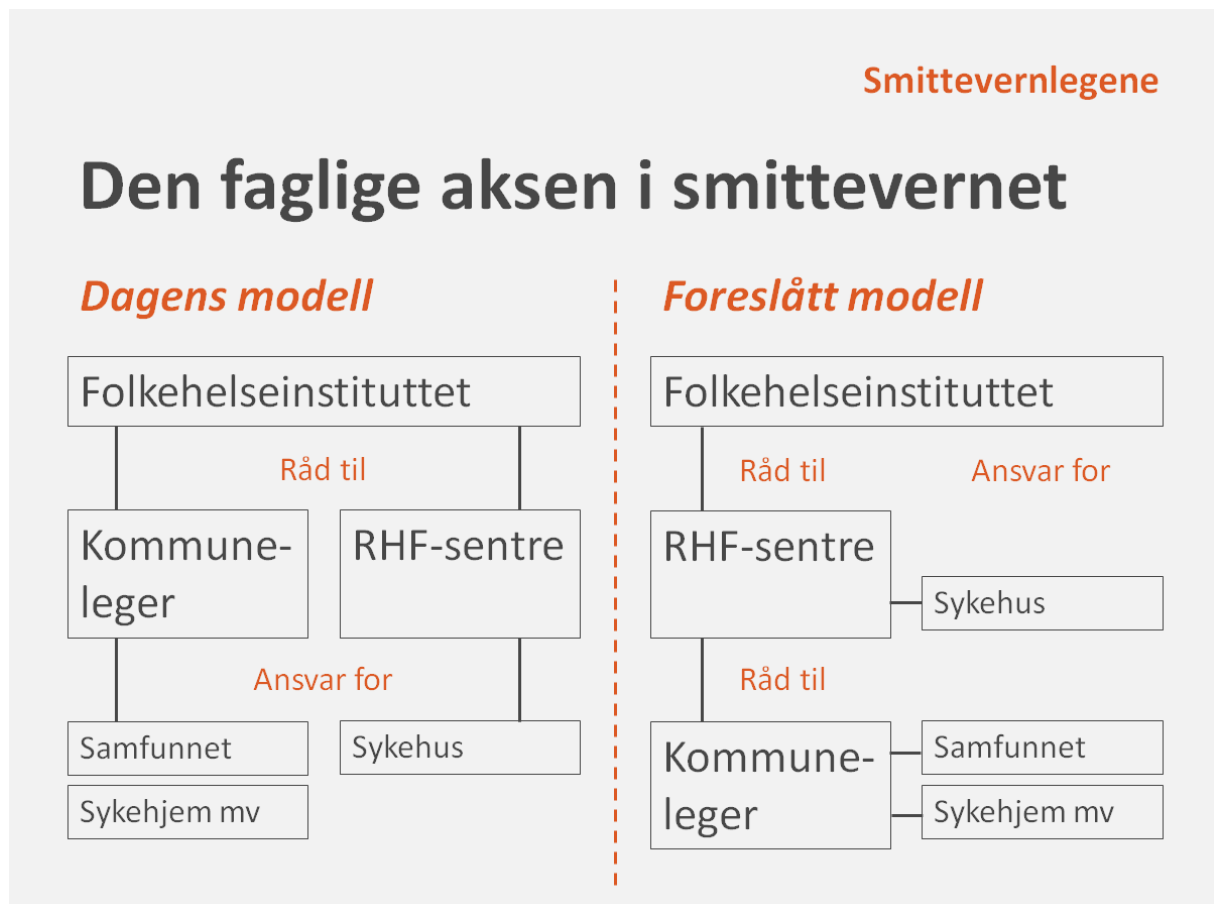
Våre kommentarer

Vi mener forslaget er uklart, dårlig begrunnet og potensielt skadelig for smittevernet i Norge. Vårt utgangspunkt er at det aller meste av smittevernet skjer i kommunene. Smittevernet er en sentral del av kommunens arbeid for bedre folkehelse og må ses sammen med det øvrige folkehelsearbeidet og miljørettet helsevern. Etter pandemien i 2009 og andre kriser i og utenfor smittevernet blir nytten av kommunenes kompetanse fremhevet. Forslaget styrker ikke det kommunale smittevernet – «hverdagssmittevernet» der folk bor, arbeider og lever.

a. Dagens ansvarsfordeling i det organiserte smittevernet

Smittevern kan defineres som tiltak for forebygging og kontroll av smitte fra mennesker, dyr, mat og drikkevann, miljø, blodprodukter, legemidler og gjenstander. Mesteparten av smittevernet skjer ute i samfunnet. Blant de viktigste smitteverntiltakene finner vi drikkevannsanleggene, avløpsanleggene, avfallshåndteringen, vaksinasjonsprogrammene, næringsmiddelkontroll og personlig hygiene.

En del av smittevernet er forebygging og kontroll av smitte *i helsetjenesten* (mellom pasienter, mellom pasienter og personell, og fra gjenstander), det vi tidligere kalte *sykehushygiene* og som vi nå kaller *smittevern i helsetjenesten* eller smittevern mot helsetjenesteassosierte infeksjoner. Viktige smitteverntiltak her er håndhygiene, isolering og pasientplassering, bruk av éngangsutstyr, sterilisering av flergangsutstyr, bruk av personlig beskyttelsesutstyr, rengjøring og desinfeksjon.



Dagens ansvarsfordeling er enkel, jf. figuren over. Kommunene har ansvar for alt smittevernet (i samfunnet og i helsetjenesten) i kommunene. RHF-ene har ansvar for smittevernet innenfor sykehusets vegger og for å gi spesialisthelsetjenester (diagnostikk, behandling, isolering mv) til pasienter med smittsomme sykdommer. Noen kommuner kjøper tjenester fra RHF-ene knyttet til smittevern i sykehjemmene. Folkehelseinstituttet bidrar med kunnskap, råd, veiledning og retningslinjer. Den samme arbeidsfordelingen bør følges i kriser.

b. Misforhold mellom begrunnelse og forslag

Deler av departementets begrunnelse kan leses som at den gjelder det samlede smittevernet, ikke bare smittevernet i helsetjenesten. De foreslåtte lovendringene snakker imidlertid om et «regionalt kompetansesenter i smittevern i helsetjenesten». I begrunnelsen heter det også at oppgavene fortsatt skal være de som framgår av Forskrift om smittevern i helsetjenesten (der for øvrig sentrene heter Senter for sykehushygiene), og disse oppgavene er knyttet til regionens helseforetak.

Vi er dermed usikre på om departementet virkelig foreslår at disse RHF-sentrene skal ha oppgaver i smittevernet *utenfor helseinstitusjoner*.

c. Uklar begrunnelse

Vi er ikke imponert over departementets begrunnelse for forslaget.

Departementet mener at forslaget vil styrke smittevernet både i sykehusene og i kommunene, men samtidig skal ikke forslaget medføre økonomiske konsekvenser av betydning. Det forventes altså at RHF-sentrene skal gi bedre bistand til kommunelegene, men uten flere ressurser. Vi frykter at det vil innebære svekking av smittevernet i sykehusene ettersom ressurser må flyttes til smittevern utenfor sykehusene.

Departementet peker på behovet for «en regional koordineringsfunksjon for å sørge for en sammenhengende smittevernkjede» og viser til ECDCs gjennomgang av arbeidet mot antibiotikaresistens i Norge. Vi klarer ikke å gjenfinne et slikt resonnement i ECDCs rapportutkast. Vi er usikre på hva departementet legger i det nye begrepet «smittevernkjede».

Departementet peker på behovet for harmonisering med andre lover, men presiserer ikke hvilke. Etter vårt syn burde man, dersom lovharmonisering er viktig, sett hen til folkehelseloven ettersom smittevernet er en del av (og faktisk det opprinnelige) folkehelsearbeidet. Der er det fylkeskommunen, ikke det regionale helseforetaket, som har ansvar for regional planlegging og samordning, jf. §§ 21 og 22. Vi legger imidlertid merke til at departementet foreslår at smittevernloven § 7-4 skal endres for å gi Fylkesmannen i oppgave å «samordne lokale og regionale planer om smittevern». Dette blir ikke helt konsistent.

Departementet nevner spesialisthelsetjenesteloven § 6-3 om sykehuspersonellets plikt til å gi råd og veiledning til kommunehelsetjenesten. Slik vi ser det, gjelder denne plikten allerede nå og vil ikke endres av de foreslåtte endringene i smittevernloven.

Departementet viser til muligheten for at kommunene og helseforetaket i sine samarbeidsavtaler tar inn punkter om smittevern. Også den muligheten ligger der i dag og blir ikke endret av de foreslåtte endringene i smittevernloven.

d. Ansvar og myndighet

Etter forslaget skal RHF lage en plan for sine smitteverntiltak «i helseregionen» og ikke bare i egne virksomheter. Vi finner dette utydelig. Vi kan ikke se at RHF har ansvar for noen smitteverntiltak

utenfor egen virksomhet. Hva er det da de skal planlegge for? De kan jo vanskelig legge planer for noe de ikke har myndighet over. Med en slik utydelig lovtekst frykter vi at det kan oppstå uklarheter om ansvarsfordelingen mellom helseforetakene og kommunene. En slik uklarhet er særlig uheldig i kriser ettersom ansvarsfordelingen skal være den samme i kriser som til daglig, jf. ansvarsprinsippet.

RHFene og sykehusene bør ha nok ressurser og kompetanse til å diagnostisere, behandle og ved behov isolere pasienter med infeksjoner. De bør slippe å bruke ressurser på å overta kommunenes oppgaver.

e. Regionalisering av smittevernet

Så vidt vi kan forstå departementets begrunnelse (selv om altså selve lovendringen vanskelig kan leses slik) legger man opp til en regionalisering av det samlede statlige smittevernet, ikke bare smittevernet *i helsetjenesten*. Vi har forsøkt å illustrere dette i den forenklete figuren over.

En slik regionalisering av smittevernet er vi imot, av følgende grunner:

- Vi har svært god erfaring gjennom flere tiår med faglig bistand fra Folkehelseinstituttet. Det gjelder både de tallrike smittevernveilederne (særlig Smittevernveilederen og Vaksinasjonsveilederen), *ad hoc*-råd herunder i akutte situasjoner fra Smittevernvakta og undervisning på Smitteverndagene, Vaksinasjonsdagene, fylkesvise smittevernkonferanser og i andre kurs og møter. Vi ønsker ikke å miste denne faglige støtten; tvert imot vi ønsker å styrke og videreutvikle den og er i den forbindelse bekymret for nedskjæringene ved instituttet. Vi har erfart at instituttet har bred kompetanse og fagfolk som kan bistå oss i så å si alle tenkelige smittevernemaer. Vi klarer ikke å se at RHF-sentrene på noensomhelst måte kan oppnå samme kompetanse, iallfall ikke uten betydelig styrking og eventuell overtakelse av fagpersonell fra instituttet.
- Vi har forstått at Folkehelseinstituttet benytter den hyppige kontakten med kommunale smittevernleger (og helsesøstre og andre) sammen med den infeksjonsepidemiologiske overvåkingen som del av grunnlaget for utforming av smittevernråd, herunder håndtering av utbrudd. Vi ser det som fornuftig i et så lite land som vårt at erfaringer fra utfordrende situasjoner, herunder utbrudd, akkumuleres ett sted og ikke fire steder. La oss gi et konkret eksempel: Av og til oppstår følgende situasjon i kommunen: Et to år gammelt barn som er kronisk hepatitt B-bærer, skal begynne i barnehagen. Hepatitt B-viruset kan smitte mellom barn. Hvilke råd skal kommunelegen gi? Som kommuneleger vet vi at medarbeidere ved instituttet har håndtert akkurat dette spørsmålet en rekke ganger og vurdert den relevante litteraturen samt erfaringene fra Norge. Konklusjonen finner vi i Smittevernveilederen, og utdyping kan vi få ved å ringe instituttet.
- Vi frykter at Folkehelseinstituttet i en slik regionalisert modell etter hvert vil bli fjernere fra det daglige smittevernet ute i samfunnet og dermed bli mer innadvendt og mindre relevant for kommunene.
- Vi har blandete erfaringer med råd, veiledning og bistand om smittevern fra helseforetakene. De har sin hovedoppmerksomhet rettet mot interne forhold i sykehuset. Deres utgangspunkt, kompetanse og tradisjon er å behandle pasienter som allerede er syke. De har liten kjennskap til bredden i det kommunale smittevernet; deres smittevernleger er gjerne medisinske mikrobiologer eller infeksjonsmedisinere, ikke samfunnsmedisinere. De har en tendens til å benytte sine sykehusinterne prosedyrer uforandret når de skal gi råd om smittevern i sykehjem, for eksempel knyttet til håndtering av pasienter som er bærere av resistente bakterier. Dermed legges det opp til helt urealistiske, lite gjennomførbare og nærmest inhumane regimer for pasienter som skal underlegges dem i månedsvis eller lenger.

- Vi frykter at en regionalisering kan føre til større ulikheter mellom helseregioner og kommuner i praktiseringen av smittevernet. Folkehelseinstituttet har i dag gjennom sin rådgivning og veiledning mulighet til nasjonal samordning og harmonisering av smittevernet.

Norsk smittevern har gjennomgående svært høy kvalitet. Vi ser ikke at departementets forslag vil heve kvaliteten, men frykter at forslagene kan svekke smittevernet.

Det foregår allerede flere steder i landet et godt samarbeid mellom kommuner og helseforetak om smittevernet, og departementet viser et eksempel fra Nord-Norge. Samarbeidet skjer med basis i dagens lovverk og klare ansvarsfordeling mellom kommuner og sykehus. Vi støtter slikt samarbeid og mener det videreutvikles best når begge parter ser behovet, og når ansvars- og oppgavefordelingen er klar, og når den ene parten ikke er overordnet den andre.

Øvrige forslag

Vi har ingen kommentarer til departementets øvrige forslag.

Vi ber imidlertid departementet vurdere om § 7-2 bør endres slik at smittevernlegen *skal* ha en stedfortreder eller annen beredskapsordning.

Avslutning

Smittevernet i kommunene er et vedvarende og mangfoldig arbeid der gamle seire mot smittsomme sykdommer skal opprettholdes og nye smittetrusler skal møtes. Smittevernloven §§ 7-1 og 7-2 samt en rekke forskrifter gir et godt mandat for dette arbeidet. Støtten fra særlig Folkehelseinstituttet er uvurderlig for arbeidet. Flere av våre medlemmer melder imidlertid at ressursituasjonen i deres kommuner er utfordrende, og at smittevernarbeidet kan bli nedprioritert. Vi vil derfor oppfordre departementet til å løfte det kommunale smittevernarbeidet, gjerne i form av en nasjonal handlingsplan for smittevernet utenfor helseinstitusjonene. Vi bidrar gjerne til å uforme en slik plan.

For Smittevernlegene

Preben Aavitsland
Leder
Smittevernansvarlig kommuneoverlege i Arendal og Froland