

Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 DEP
0030
Oslo

Innsendt elektronisk

Deres ref.: 25/3033

Vår ref: HSAK202500577

Dato: 07-04-2026

Høring: Høring - Forslag til ny lov om vern mot smittsomme sykdommer mv. (smittevernloven)

Legeforeningen viser til høringsnotat av 8. oktober 2025 fra Helse- og omsorgsdepartementets om forslag til ny lov om vern mot smittsomme sykdommer mv. (smittevernloven). Saken har vært på bred høring i organisasjonen. Innspill fra organisasjonsledd ligger til grunn for Legeforeningens høringssvar.

1. Innledende kommentarer

Legeforeningen mener forslaget til ny smittevernlov i stor utstrekning er hensiktsmessig og godt avveid. Vi har likevel en rekke innspill og forslag til justeringer. Innledningsvis vil vi kort påpeke noen overordnede forhold.

Forslaget til ny smittevernlov består av flere skjønnsmessige vilkår og overlapper med andre kriselover. Det skaper risiko for en uoversiktlig rettstilstand og en gradvis utvidelse av myndighetenes handlingsrom. Når hjemlene kan brukes til svært inngripende tiltak, må rammene være klare, forutsigbare og lett å kontrollere i praksis.

Vi støtter en tydelig todeling mellom statlig og kommunalt nivå. Lokal beredskap og handlingsrom er en styrke og bør ikke begrenses mer enn nødvendig. Samtidig må det fremgå klart hvilke tiltak som er forbeholdt statlige vedtak, for å sikre likebehandling og rettssikkerhet.

Forskjellige unntak fra taushetsplikten må bare brukes når det er nødvendig og forholdsmessig. Regelverket bør ikke oppleves som en vid adgang til å dele sensitive opplysninger, fordi dette kan svekke tilliten til helsetjenesten og lege-pasient-relasjonen. Vi etterlyser også en tydeligere vurdering av personvernkonsekvensene i kapittel 10 og større vekt på å begrense registrering av sensitive data.

2. Innledende bestemmelser – kapittel 1

2.1. Formål – § 1-1

Legeforeningen mener arbeidslivets rolle bør tydeliggjøres, og at arbeidsliv og arbeidsmiljø bør søkes ivarettatt i smittevernarbeidet. Legeforeningen foreslår dette som en tilføyelse i formålsbestemmelsen.

Vi mener også ordlyden i § 1-1 annet ledd bør justeres for å tydeliggjøre hvilke virksomheter som er omfattet av loven. Vi foreslår følgende ordlyd: «Loven skal sikre at *ansvarlige myndigheter og andre*

virksomheter loven omfatter setter i verk nødvendige smitteverntiltak og samordner sin virksomhet i smittevernarbeidet.»

2.2. Definisjoner – § 1-3

Allmennfarlig smittsom sykdom

Legeforeningen mener forslaget til tydeliggjøring av hensynet til å unngå overbelastning av helse- og omsorgstjenesten er hensiktsmessig. Dersom helse- og omsorgstjenesten overbelastes vil det naturligvis ha svært alvorlige konsekvenser.

Vi vil likevel påpeke at forslaget vil kunne innebære en utvidelse av fullmaktshjemlene, ettersom vurderingstema er svært skjønnsmessig og over tid gradvis vil kunne tolkes utvidende. Dette vil vi advare mot.

Vi vil også bemerke at en underdimensjonering av beredskapen i helsetjenesten ikke bør kunne rettferdiggjøre omfattende inngrep overfor enkeltindivider, og at tilstrekkelig ressurser til beredskap dermed er et sentralt poeng.

Eksponert person

Legeforeningen støtter forslaget til definisjon av eksponert person. Det har vært et savn ved tidligere smitteoppsporingen innen flere sykdomsgrupper og kan brukes til å begrense smitteoppsporingens omfang. Vi vil imidlertid påpeke at vilkårene for om en person skal anses som eksponert er svært skjønnsmessige, og det er uklart hva som menes med "økt risiko". Det innebærer at man bør være varsom med å knytte inngripende smitteverntiltak til denne gruppen. Vi etterspør også god veiledning med eksempler for å avgrense definisjonen.

Samfunnskritisk sykdom

Legeforeningen støtter forslaget til nytt begrep og tydeliggjøring av tredelingen mellom smittsom sykdom, allmennfarlig smittsom sykdom og samfunnskritisk sykdom.

Slik vi forstår forslaget, er forskjellen på "allmennfarlig smittsom sykdom" og "samfunnskritisk sykdom" at sistnevnte påvirker samfunnsstrukturer utover 'helsesystemet' i seg selv. En og samme sykdom vil nok kunne oppfylle begge definisjonene, avhengig av omfang. "Samfunnskritisk sykdom" synes dermed å være et godt begrep.

Vi stiller spørsmål ved om myndigheten til å avgjøre om når det foreligger en samfunnskritisk sykdom bør ligge til Kongen i statsråd for å sikre demokratisk legitimitet for et viktig inngangsvilkår.

2.3. Grunnleggende krav til smitteverntiltak – § 1-5

Legeforeningen støtter tydeliggjøringen av grunnleggende krav til smitteverntiltak i forslag til § 1-5. Kravet om forholdsmessighet er sentralt og har erfaringsvis ikke vært tilstrekkelig ivaretatt. Vi vil påpeke at "forholdsmessighetsvurderingen må ha for øye balansen mellom de beskyttede individuelle interessene på den ene siden og de legitime samfunnsbehovene som begrunner tiltaket på den andre".¹

¹ *Kriseregulering – lovgivning under Koronakrisen* av Benedicte M. Høgberg, Eirik Holmøyvik og Christoffer C. Eriksen, Fagbokforlaget 2023, s. 122

Vi har for øvrig følgende innspill:

- **Medisinskfaglig nødvendighet:** Legeforeningen mener det alltid bør foreligge medisinskfaglig nødvendighet for å rettferdiggjøre smitteverntiltak etter loven. Vi mener derfor følgende setning må tilføyes til § 1-5 annet ledd som et annet punktum: "*Medisinskfaglig nødvendighet må være et grunnvilkår for inngripende tiltak og kan ikke fravikes av andre hensyn alene.*"
- **Frivillighetsprinsippet:** Legeforeningen mener frivillighetsprinsippet bør lovfestes i § 1-5. Lovfesting av frivillighetsprinsippet i § 1-5 vil tydeliggjøre at frivillighet alltid bør være forsøkt først, og det minst inngripende tiltak velges.
- **Barnets beste:** Legeforeningen støtter tydeliggjøringen av at hensynet til barnets beste alltid skal tas med i vurderingen av smitteverntiltak. Vi mener endringen er en positiv og pedagogisk tydeliggjøring av en grunnleggende menneskerettighet som erfaringsvis ikke har vært god nok ivaretatt i smittevernarbeidet. For at dette hensynet skal få faktisk betydning i smittevernarbeidet, og ikke kun ha symbolsk verdi, vil vi peke på behovet for god veiledning og konkrete eksempler, f.eks. hvilke mindre inngripende alternativer som skal sjekkes først og hvordan virkninger for barn og unge skal beskrives i begrunnelsen. Forslaget til regulering vil imidlertid kunne by på tolkningstvil der flere menneskerettigheter står i spill. Departementet bør tydeliggjøre i forarbeidene at det ikke er tiltenkt at hensynet til barnets beste nødvendigvis skal ha forrang der flere menneskerettigheter vurderes mot hverandre.
- **Offentliggjøring av begrunnelse:** Legeforeningen støtter dette forslaget. Vi mener skriftliggjøring og offentliggjøring vil sikre nødvendig notoritet, etterprøvbarhet og muliggjøre demokratisk kontroll. Slik rettslig innramming er nødvendig når det dreier seg om iverksettelse av tiltak med potensielt svært inngripende virkning overfor både individer og befolkningen som helhet. Det bør tydeligere fremgå at kunnskapsgrunnlaget, begrunnelsene og avveiningene bør være tilgjengelig for allmennheten for å sikre innsyn og dermed tillit til myndighetenes vurderinger og beslutninger.

3. Beslutningslinjer og myndighet

3.1. Kommunal og statlig todeling

Legeforeningen støtter videreføring og tydeliggjøring av at smittevernarbeidet er todelt og foregår på statlig og kommunalt nivå.

Det er en styrke ved norsk smittevern at vi har lokal beredskap og handlingsrom. Loven bør derfor ikke unødig begrense kommunenes adgang til å fastsette lokale tiltak, samtidig som det må være nasjonale rammer for å sikre likebehandling og rettssikkerhet. Det bør avgrenses tydelig hvilke typer tiltak som eventuelt forbeholdes statlig nivå.

Legeforeningen mener det er hensiktsmessig at Kongen i statsråd gis ansvar for nasjonale og inngripende tiltak, og at Helsedirektoratet/FHI får en tydelig fag- og gjennomføringsrolle. Dette klargjør ansvar og styrker demokratisk kontroll. Samtidig bør det stilles strenge krav til åpen begrunnelse, høring/etterhøring og skriftliggjøring av kunnskapsgrunnlag i tråd med høringsnotatets kap. 8 og 10, slik at vedtak blir etterprøvbare også i hastesituasjoner.

Vi støtter forslaget om at generelle, befolkningsrettede regler fastsettes nasjonalt, mens kommunene bruker enkeltvedtak lokalt.

3.2. Særlig om kommuneoverlegens rolle

Legeforeningen støtter at kommuneoverlegen tydeliggjøres som kommunens medisinskfaglige leder i smittevernarbeidet og som legger strategien for gjennomføring av vedtatte tiltak. Vi ser likevel behov for enkelte presiseringer i forslag til § 2-2.

Erfaringene fra pandemien viser behov for klarere regler om hvem som gjør hva. Kommuneoverlegen bør uttrykkelig være kommunens medisinskfaglige rådgiver i smittevern, inkludert i arbeidet med smittevernplanen og tiltak. Videre mener vi at planlegging, organisering og gjennomføring av tiltak er kommunens ansvar som virksomhet. Vi foreslår at dette presiseres i forslag til § 2-2 annet ledd.

Vi mener også lov og forarbeider må slå fast at kommuneoverlegen er en funksjon, ikke en enkeltperson. Ansvarsplassering til funksjonen gir bedre robusthet, muliggjør stedfortreder- og vaktordninger, og gjør det enklere å fordele oppgaver i interkommunale samarbeid og i bykommuner med bydelsoverleger (fordelt i smittevernplanen). Henvvisning til kommuneoverlegefunksjonen fremfor personen bør tydeliggjøres i forslag §§ 2-2 første ledd annet punktum og i § 2-2 annet ledd.

I tillegg mener vi § 2-2 første ledd tredje punktum bør justeres til at kommunen skal ha plikt til å utpeke en stedfortreder for kommuneoverlegen, for å tydeliggjøre hvilken beredskap som forventes av kommunene.

For øvrig vil vi bemerke at pandemien avdekket at mange kommuneoverleger sto i særlig uavhengige stillinger, mange jobbet svært mye og uten tilstrekkelig kompensasjon for langvarig merarbeid. Forarbeidene bør presisere at slike forutsetninger ikke gjelder i langvarige kriser, der arbeidsbelastningen følger av lovpålagte oppgaver. Kommunen må sikre støtte, avlastning og kompensasjon, slik at kommuneoverlegen kan utføre oppgavene forsvarlig over tid. En tydeligere regulering av rolle, beredskap og rammevilkår vil styrke kommunenes evne til å håndtere fremtidige smittevernkriser, og bidra til bedre rettssikkerhet, kvalitet og gjennomføringsevne lokalt.

3.3. Øvrige organer

FHI – § 2-7

Legeforeningen støtter videreføringen av FHIs rolle og understreker at FHI i praksis er en sentral aktør som skal gi smittevernfarende råd til befolkningen. Vi oppfordrer departementet derfor til å vurdere tilføyelse av "befolkningen" og "private virksomheter" i § 2-7 andre ledd.

Vi vil også oppfordre departementet til å vurdere om FHIs ansvar for smittevernfarende råd og bistand skal gjelde også for å forebygge utbrudd av smittsomme sykdommer, og ikke kun ved "opplæring og kontroll" av dem.

4. Vaksinerings

Legeforeningen støtter at vaksinerings skal være frivillig, og at hjemmelen for å påby vaksinerings fjernes, frivillighet er avgjørende for tillit til programmet og høy vaksinasjonsdekning.

Eventuell tvangsvaksinerings vil kunne vedtas av Stortinget etter åpen, demokratisk behandling.

5. Særlig om legens plikter i smittevernarbeidet – kapittel 4

Legeforeningen støtter i hovedsak videreføringen av helsepersonells plikter i forslag til kapittel 4. Vi vil kommentere kommuneoverlegens involvering. Unntak fra taushetsplikt behandler vi i punkt 7.

I kapittel 4 er det foreslått at kommunen eller kommuneoverlegen gis myndighet til å ta over ansvaret for undersøkelse av smittede personer i tilfelle av samfunnsmessig sykdom (§ 4-1), overta videre smittesporing og oppfølging (§ 4-2 fjerde og sjette ledd), overta ansvaret for å gi informasjon og smittevernveiledning ved samfunnsmessig sykdom (§ 4-3 sjette ledd).

Legeforeningen vil påpeke at muligheten for legene til å koble på kommuneoverlegen er positivt. Samtidig anerkjenner vi at kommuneoverlegene ofte står i en presset ressurs-situasjon, og at noen av smittevernoppgavene i lovens kapittel 4 som hovedregel bør utføres av legene selv (prøvetaking og informasjon til egne pasienter). Det er viktig at terskelen for informasjon og veiledning fra kommuneoverlege til pasientens lege er lav. Det vil være behov for å overlate oppgavene til kommuneoverlegen, typisk der legene står i et vanskelig spenningsfelt mellom hensynet til pasientens autonomi og taushetsplikt på den ene siden, og plikten til å beskytte tredjepersoner og samfunnet mot smitte på den andre siden. Oppgaver knyttet til smitteoppsporing, informasjonsdeling og i enkelte tilfeller tvangsundersøkelser kan derfor utfordre lege-pasientforholdet og medføre en moralsk belastning, selv når tiltakene er rettslig godt forankret. Adgangen bidrar til å flytte ansvar fra individnivå til systemnivå der situasjonen tilsier det, og reduserer risikoen for uforholdsmessig belastning og rolleklarhet for behandlende lege.

Vi vil også påpeke at yrkesetiske hensyn må anses som gyldige argumenter i vurderingen av vilkåret "ikke er i stand til" eller "ikke har de nødvendige forutsetninger for". Vi understreker også at det bør være en høy terskel for å overføre oppgavene til kommuneoverlegen. Det bør tydeliggjøres i forarbeidene hva som ligger i dette.

Det er også foreslått at kommuneoverlegen kan overta oppgavene ved "samfunnsmessig sykdom", jf. §§ 4-1 fjerde ledd, 4-2 sjette ledd, 4-3 sjette ledd. Vi mener ansvaret i slike tilfeller bør overføres til kommunen og ikke til kommuneoverlegen.

Legeforeningen bemerker at journalføringspliktens rekkevidde opp mot kommuneoverlegens oppgaver med fordel kan tydeliggjøres.

Vi bemerker også at økt omfang av oppgaver og ansvar for kommunen må følges opp med økte ressurser.

6. Smitteverntiltak – særlige innspill til prosessuelle og materielle skranker for kommunale og statlige fullmakter

6.1. Smittedes rettigheter og plikter – kapittel 5

Rett til smittevernhelp – § 5-1

Legeforeningen anbefaler at fjerde ledd om klageadgang omformuleres fra "dens pårørende" til "dennes representant", i tråd med pasient- og brukerrettighetslovens begrepsbruk.

Forbud mot utførelse av arbeid mv. – § 5-3

Legeforeningen bemerker at arbeidsforbud er svært inngripende. Dette gjelder særlig når bestemmelsen er staffesanksjonert. Vi vil derfor påpeke behovet for tydelige prosessuelle rammer og forsiktig bruk av fullmaktsbestemmelsen.

Videre forstår vi vedtak etter § 5-3 som kommunale vedtak. Det er uheldig å blande andre aktører inn i bestemmelsen. Vi foreslår derfor at vedtak etter § 5-3 første ledd skal fattes av "kommunen".

6.2. Tvangstiltak – kapittel 6

Behov for medhjelpere ved tvungen legeundersøkelse – § 6-2

Tvungen legeundersøkelse er svært inngripende, og et krevende tema for leger. Vi understreker at slik undersøkelse bør være underlagt svært høy terskel, ha klare kriterier og tilstrekkelig prosessuelle skranker. Vi mener forslaget til lovendring klargjør ansvar og rammer for tvungen legeundersøkelse.

Departementet ber særskilt om innspill på om bestemmelsen bør åpne for at legen kan benytte medhjelpere til undersøkelsen.

Legeforeningen anbefaler at bestemmelsen presiseres slik at legen skal være til stede og lede undersøkelsen, men at det ikke er krav om at det er legen selv som må utføre den faktiske undersøkelsen, dersom det anses faglig og praktisk forsvarlig. Kun der det ikke er mulig at legen er til stede, og undersøkelse ikke kan vente, kan det åpnes for en snever unntaksvis adgang til å gjennomføre undersøkelsen uten lege til stede. Det understrekes at det uansett er legen som skal ha det overordnede medisinske og juridiske ansvaret, mens selve prøvetakingen kan utføres av kvalifiserte medhjelpere (f.eks. bioingeniør eller sykepleier).

Tvungen isolering – § 6-3

Legeforeningen mener formuleringen "klart mest forsvarlige løsningen" i forslag til § 6-3 andre ledd første punktum er uklar, og foreslår den erstattet med "overveiende sannsynlig".

Gjennomføring av tvungen isolering – § 6-4

Legeforeningen støtter de foreslåtte endringene.

Vi vil foreslå at overskriften i bestemmelsen endres til "Gjennomføring av isolering i helseinstitusjon" ettersom vedtak etter bestemmelsen også åpner for isolering andre steder enn i sykehus, jf. forslag til tredje ledd. Dette vil også harmonere med erfaringene fra korona.

Departementet ber særlig om innspill på om kommunenes myndighet til å godkjenne isolering i andre helse- og omsorgsinstitusjoner enn sykehus bare bør gjelde dersom det foreligger en samfunnsmessig sykdom, eller om myndigheten også bør kunne benyttes når andre forhold tilsier det. Legeforeningen mener det er viktig å verne helsepersonell og andre pasienter for smitte, og foreslår at kommunene får slik myndighet også når andre forhold tilsier det.

6.3. Statlige og kommunale smitteverntiltak – kapittel 7 og 8

Begrensninger i kontakt mellom mennesker – §§ 7-1 og 8-1

Legeforeningen støtter forslag til §§ 7-1 og 8-1, og anser det som positivt at bestemmelsene gir klare hjemler for kontaktreduserende tiltak, med konkrete eksempler og tydelige unntak for domstoler, folkevalgte organer og andre kritiske samfunnsfunksjoner.

Legeforeningen foreslår at det i lovtekst eller merknader presiseres at virksomheter omfattet av § 7-1 tredje ledd bokstav c skal fastsette formålstjenlige interne regler etter faglige vurderinger og i dialog med kommunen og smittevernmyndighetene. Videre ber vi om en tydelig hjemmel for midlertidig stenging av virksomheter/eiendommer som dokumenterte smitekilder. Tiltak i private hjem bør samtidig slås fast som siste utvei, og bare kunne benyttes når nødvendighet og forholdsmessighet er skriftlig dokumentert.

Om varighet anbefaler vi at «inntil 30 dager» ikke forstås som en fast normalregel for alle sykdomssituasjoner. Vi foreslår kortere standardvarighet kombinert med hyppige, dokumenterte revurderinger, samt en tydelig plikt til å oppheve eller begrense tiltak så snart vilkårene ikke lenger er

oppfylt. Slik opprettholdes forholdsmessigheten, samtidig som tiltak kan ha nok varighet til å være praktisk gjennomførbare.

Avgrensning av smitteverntiltak – §§ 7-3, 8-9 og 8-10

Legeforeningen støtter innføring av klare hjemler som gir adgang til å avgrense smitteverntiltak på grunnlag av vaksinasjonsstatus, gjennomgått sykdom eller testresultat når dette reduserer smitterisiko og kan begrense unødvendige restriksjoner. Slike tiltak må alltid være faglig begrunnet, nødvendige og forholdsmessige, og testing skal være et reelt alternativ. Differensiering må aldri gjøre grunnleggende tjenester betinget av vaksinasjonsstatus, og må ikke direkte eller indirekte fremtvinge vaksiner. For større tilpasninger som går utover gjeldende hjemler, bør lovendring fremmes i den konkrete smittesituasjonen for å sikre rettssikkerhet og likebehandling.

For å unngå vilkårlighet og geografiske forskjeller må de skjønsmessige vilkårene operasjonaliseres: hva som utgjør «vesentlig redusert smitterisiko» bør beskrives med faglige kriterier, krav om åpen redegjørelse for usikkerhet, og regelmessig revurdering. Tiltakene bør også angi klare unntak for kritiske samfunnsfunksjoner, og praktiseres slik at de kan skaleres ned raskt når vilkårene faller bort. Samlet vil dette gi mer treffsikre og mindre inngripende tiltak, med bedre legitimitet og etterlevelse i befolkningen.

6.4. Øvrige fullmaktsbestemmelser

Legeforeningen mener det er behov for tydeliggjøring av informasjon til befolkningen og samferdselsaktører for å styrke kommunikasjonen i smittesituasjoner i forslag til § 8-7.

I forslag til § 9-1 bokstav b og c gis Kongen myndighet til å vedta forskrifter om at smittede eller eksponerte personer skal avkreves dokumentasjon eller la seg undersøke for om de har en allmennfarlig smittsom sykdom. Ettersom det er snakk om svært inngripende tiltak, ber vi departementet vurdere om inngangsvilkåret bør være "samfunnskritisk sykdom" i stedet for "allmennfarlig smittsom sykdom".

7. Unntak fra taushetsplikt

Lovforslaget innebærer en rekke unntak fra lovbestemt taushetsplikt (§§ 2-11, 3-3, 4-1, 4-2, 4-3 og 4-5), hvor de fleste hjemlene er videreføring av gjeldende rett. Vi anerkjenner behovet for smidig informasjonsutveksling i forbindelse med smittevernarbeidet, særlig når det dreier seg om smittesporing. Vi peker likevel på at omfanget av unntak er for stort og at unntakene som oppstilles er for vidt formulert.

Taushetsplikten er som kjent en grunnleggende forutsetning for tilliten til helsevesenet, for pasient- og behandlerrelasjonen og for at personer, uavhengig av situasjon, oppsøker helsehjelp når de trenger det. Et utvidet og fragmentert unntaksregime kan svekke befolkningens tillit til helsetjenesten og myndighetenes håndtering av sensitive data. Dette gjelder særlig når det som her er knyttet straffesanksjonerte plikter til smittestatus.

Vi savner en grundigere vurdering av hvordan innsamlede opplysninger skal behandles og lagres, og hvilket hjemmelsgrunnlag som skal gjelde for slik behandling. En tydelig redegjørelse for personvern hjemler og konsekvenser av de foreslåtte unntakene er nødvendig for å sikre forutsigbarhet og rettssikkerhet.

Vi vil også påpeke at ordlyden i de aktuelle bestemmelsene er svært vidt formulert, jf. f.eks. § 4-2 første ledd siste punktum "Annen lege kan kontaktes i sammenheng med smittesporing uten hinder av lovbestemt taushetsplikt". For å balansere hensynet til behov for utveksling av pasientinformasjon

og helseopplysninger mot hensynet til integritetsvern og bevaring av tillitsforholdet, anser vi det nødvendig at unntakene i større grad avgrenses med tydelige materielle skranker. Slike skranker kan omfatte krav om at opplysningene som utveksles skal være strengt "nødvendige og relevante", at opplysningene kun skal brukes til formålet de ble innhentet for. Det bør også tydeliggjøres i spesielle merknader at unntakene, som ellers, skal brukes med varsomhet og at samtykke fra pasienten som utgangspunkt skal forsøkes innhentet der det er mulig.

Vi er også kritiske til omfanget av unntak fra lovbestemt taushetsplikt som foreslås videreført og delvis utvidet. Summen av unntak i de nye og presiserte bestemmelsene, herunder opplysningsplikter etter § 2-11 (og tilhørende forskriftshjemmel for flere statlige virksomheter), adgang til å forskriftsfeste utlevering til vaksinasjons-/kontrollsystemer etter § 3-3, og de brede pliktene i kapittel 4, innebærer at sensitive opplysninger kan deles i svært mange situasjoner. Når vurderinger av nødvendighet og forholdsmessighet skal gjøres raskt og på lavt beslutningsnivå, øker risikoen for ulik og varierende praksis. Etter vårt syn må unntak fra taushetsplikt være strengt begrunnet, snevert utformet og forbeholdt klart definerte situasjoner hvor mindre inngripende alternativer er utilstrekkelige.

Vi vil påpeke behovet for deling av taushetsbelagt informasjon med kommuneoverlegen i forbindelse med smittesporing. Slik vi forstår forslag til § 4-2 første ledd siste punktum, åpnes det for at det kan deles informasjon med andre leger i forbindelse med smittevernarbeidet. Selv om vi over har påpekt at vi mener bestemmelsen bør rammes inn av materielle vilkår, vil vi bemerke at det bør være adgang til å dele nødvendige og relevante opplysninger med kommuneoverlegen i forbindelse med smittesporingsarbeidet, ettersom kommuneoverlegen etter smittevernloven har det overordnede medisinskfaglige ansvaret lokalt.

8. Personvernkonsekvenser

8.1. Overordnet om personvernkonsekvenser

Forslaget til nytt kapittel 10 viderefører og presiserer rammene for håndtering av biologisk materiale og behandling av person- og helseopplysninger ved smitteutbrudd. Selv om store deler av kapittelet omtales som videreføring av gjeldende rett, mener Legeforeningen at de samlede personvernkonsekvensene av forslaget er for store. Det er behov for grundigere vurdering av konsekvensene, samt innstramminger i forslaget, for at loven skal kunne ivareta både liv og helse og et høyt personvernnivå, samtidig som den bygger tillit i befolkningen.

Legeforeningen er enig i at det er behov for data for å kartlegge og håndtere smittsomme sykdommer. Hvor tungt hensynet til effektivitet skal veie på bekostning av den enkeltes personvern er imidlertid en krevende vurdering. Legeforeningen mener at hensynet til innbyggernes personvern må veie tungt for registre som vil inneholde sensitive person- og helseopplysninger.

Legeforeningen mener at rammene for deling av personopplysninger i forbindelse med utbruddsregistre bør strammes inn på flere punkter. Dagens sikkerhetspolitiske situasjon, datakraft og digital sårbarhet underbygger behovet for skjerpede skranker i ny lov. Under følger våre bemerkninger til de enkelte bestemmelsene.

For alle bestemmelsene anbefaler vi at det stilles krav om skriftliggjøring av beslutningsgrunnlag, herunder vurderinger av nødvendighet, forholdsmessighet, alternative løsninger og forventet effekt. Der loven gir skjønnsrom, bør det stilles krav om begrunnelse og periodisk revurdering. Når utbrudd opphører, må data slettes eller anonymiseres uten ugrunnet opphold.

8.2. Til § 10-1 – kartleggingsundersøkelser og metodeutprøving

Legeforeningen støtter videreføring av hjemlene for kartleggingsundersøkelser og metodeutprøving i forslag til § 10-1. Samtidig anbefaler vi tydelig avgrensning av formål og varighet, samt krav om slettefrister eller destruksjon når formålet er oppfylt. Ved bruk av nye metoder eller teknologier, og der det behandles særlige kategorier av opplysninger, bør det kreves skriftlig risikovurdering og vurdering av personvernkonsekvenser før oppstart. Dette gjelder særlig når departementet har foreslått at bestemmelsen skal straffesanksjoneres.

8.3. Til § 10-2 – deling av sekvensdata med internasjonale aktører

Legeforeningen anerkjenner behovet for å kunne dele sekvensdata om mikroorganismer for å kunne styrke beredskap og kunnskapsutveksling internasjonalt. Forslag til § 10-2 synes hensiktsmessig. Vi påpeker likevel behovet for tydelige krav til dataminimering, vern mot re-identifikasjon og dokumentasjon av rettslig grunnlag for deling. Tilgang bør styres gjennom rolle- og behovsstyring, logging og sporbarhet. Ved internasjonal deling bør det stilles krav til risikovurdering av overføring, egnede avtaler og tekniske tiltak som sikrer tilsvarende beskyttelsesnivå.

8.4. Til § 10-3 – utbruddsregistre og behandling av helseopplysninger ved utbrudd

Legeforeningen støtter tydeliggjøring av hjemmelsgrunnlag for innhenting og behandling av personopplysninger. Vi støtter også at bestemmelsen tydeliggjør at helseopplysninger skal behandles i samsvar med grunnleggende personvernprinsipper, gjennom henvisningen til helseregisterloven § 6, samt i spesielle merknader til bestemmelsen.

Departementet skriver at forslaget ikke innebærer ytterligere personvernkonsekvenser enn det som allerede følger av dagens hjemmel. Ettersom hele loven er på høring, mener vi det er behov for et helhetlig vurdering av hjemmelens samlede personvernkonsekvenser. Vi vil peke på enkelte aspekter under som vi mener må vurderes nærmere.

Innstramming av saklig virkeområde

Lovteksten slik den er i dag åpner for unntak fra taushetsplikt, innhenting av data, etablering av utbruddsregistre og behandling av opplysningene "når det er nødvendig for iverksetting av tiltak eller for oversikt og kontroll i forbindelse med smittsomme sykdommer".

Dette er en vid og skjønnsmessig angivelse av hvilke situasjoner der utbruddsregistre kan opprettes. Ordlyden tilsier at slike registre kan etableres i tilnærmet enhver situasjon hvor det eksisterer en smittsom sykdom med tilhørende smittevernarbeid. Vi mener det bør innføres krav om presise og snevre formål, dokumentert nødvendighet og vurdering av mindre inngripende alternativer, minimerte datasett og strenge slette- og arkiveringsregler. Unntak fra taushetsplikt bør formuleres mer presist, og bruken av unntak bør begrunnes, loggføres og kunne revideres. Tillitshensynet tilsier også tydelige krav til åpenhet om formål, behandlingsgrunnlag og bruk, samt effektivt innsyn i logg.

Tydeliggjøring av behandlingsansvar og behov for styring

Bestemmelsen angir ikke hvem som skal ha databehandlingsansvaret. Vi etterspør en tydeliggjøring av ansvar, samt en vurdering av hvordan kravene i GDPRs risikobaserte system ivaretas i forslaget.

Nødvendighet, forholdsmessighet og dataminimering

Høringsnotatet drøfter ikke personvernkonsekvenser i nevneverdig utstrekning. Legeforeningen etterspør en tydeligere vurdering av samlede personvernkonsekvenser, samt en mer konkret

vurdering knyttet til nødvendighet og forholdsmessighet. Skjerpede krav til kobling av datasett i flere registre bør også vurderes. Ovennevnte krav vil i større grad harmonere med GDPRs grunnprinsipper om dataminimering og lagringsbegrensning.

Sletting, anonymisering og videre bruk

Forslaget inneholder ingen krav til sletting, anonymisering og videre bruk. Disse grunnleggende personvernreguleringene kan muligens innfortolkes i henvisningen til helseregisterloven § 6. Vi mener disse kravene bør tydeliggjøres og konkretiseres i forslag til § 10-3, samt at det bør stilles krav om at fortsatt behandling knyttes til konkrete formål i helseregisterloven (statistikk, analyse, forskning mm) og at slik behandling må ha nytt rettslig grunnlag.

Kritikk knyttet til forvaltning av helseregistre

Bestemmelsen gir FHI og Hdir hjemmel til å etablere utbruddsregistre. Legeforeningen viser til at Riksrevisjonen ved flere anledninger har vært kritiske til forvaltning av helseregistre og har påpekt at bl.a. Helsedirektoratet (Hdir) og Folkehelseinstituttet (FHI) ikke behandler person- og helseopplysninger i tråd med lovpålagte krav til informasjonssikkerhet og personvern og har heller ikke oversikt over sikkerhetsarbeidet som blir gjort hos driftsleverandørene. Det er også påpekt at virksomhetene ikke arbeider systematisk med risiko og tiltak, noe som øker sårbarheten ved behandling av sensitive data i registre. Vi mener funnene bør følges av tydeligere krav, ref. over.

Hvem opplysningene skal tilgjengeliggjøres for

Verken bestemmelsen eller høringsnotatet sier noe om hvem innsamlede opplysninger skal gjøres tilgjengelige for. Legeforeningen påpeker at slik tilgjengeliggjøring kan ha konsekvenser for personvernet til den registrerte og anbefaler at det vurderes tydelige og strenge krav for slik tilgjengeliggjøring.

9. Derogasjon

9.1. Overordnet

Overordnet støtter Legeforeningen forslaget om å videreføre derogasjonsadgangen i helseberedskapsloven.

Ettersom derogasjon i sin natur fraviker de ordinære demokratiske prosesser som har til formål å sikre demokratisk legitimitet, hindre maktmisbruk og sikre tillit til myndighetene, må derogasjonsadgangen være rammet inn av tilstrekkelige prosessuelle skranker som skal ivareta rettsikkerhet og rettsstat.

Departementet drøfter grundig utformingen av fullmaktshjemler, og det vises til at derogasjonshjemmelen i loven bør rammes ytterligere inn av materielle og prosessuelle begrensninger for å tydeliggjøre vilkårene for derogasjon samt sørge for en større grad av maktbalanse.

Legeforeningen mener det er positivt at departementet har hensyntatt innspillene som har kommet fra utvalgene og academia, og tydeliggjort og strammet inn derogasjonsadgangen noe. På den annen side er derogasjonsadgangen utvidet sammenlignet med gjeldende rett da det også åpnes for å gi forskrifter som fraviker tjenesteplikter og pasient- og brukerrettigheter i helse- og omsorgstjenestelovgivningen og sosialtjenestelovgivningen, samt utvidet inngangsvilkåret.

Spørsmålet er derfor om de foreslåtte sikringsmekanismene er en hensiktsmessig og tilstrekkelig regulering all den tid fullmaktene som foreslås er svært vidtrekkende.

Legeforeningen anerkjenner departementets poeng om at regjeringen vil ha en handlingsplikt ved enhver alvorlig krise etter Grunnloven § 3, og at en fremtidig derogasjonsadgang må ivareta både samfunnets behov for at myndighetene raskt kan innføre nødvendige smitteverntiltak for å beskytte befolkningen, samt myndighetenes forpliktelse til å ivareta befolkningen, inkludert barn og rett til liv og helse. Dette er forhold som taler for en vid derogasjonshjemmel.

Legeforeningen har følgende innvendinger til forslaget.

9.2. Nærmere om innholdet i forslaget - § 11-1

Inngangsvilkåret

Vi påpeker at begge inngangsvilkårene henstiller til skjønnsmessige vurderinger. Det vil derfor være behov for god veiledning og et tolkningsprinsipp om at hjemlene, ved tvil, skal tolkes innskrenkende.

Videre stiller vi oss kritiske til at det åpnes for derogasjon når det foreligger "fare for slikt utbrudd". Det vil fort være uforholdsmessig å fravike grunnleggende rettssikkerhetsprinsipper i forebyggende øyemed og uten at det er en prekær fare. Vilkåret er dessuten ikke tilstrekkelig klart eller avgrenset. Derogasjonsadgang bør ikke være betinget av svært skjønnsmessige konkrete helhetsvurderinger. Departementet oppstiller en rekke føringer for tolkningen av vilkåret i høringsnotatet, herunder at "*Med tanke på hvor inngripende og vide fullmaktene er, og hvor viktig det vil være å angi situasjonskravet strengt, bør det stilles krav om at det er sannsynlig at det også i Norge vil komme et slikt utbrudd. Selv om det ikke kreves sikker kunnskap om at det vil oppstå et slikt utbrudd i Norge, bør det kreves mer enn en lav grad av sannsynlighet. Etter bestemmelsen vil man vanskelig kunne is at det er tale om fare for et slikt utbrudd før man kan si at utbruddet er sannsynlig*" (s. 411). Legeforeningen slutter seg til det som er sagt her, men mener det bør oppstilles et noe strengere sannsynlighetskrav, tilsvarende krav om sannsynlighetsovervekt, slik det er gjort i forslag til helseberedskapslov § 1-5.

Formålskrav

Legeforeningen finner de materielle begrensninger som er inntatt gjennom formålskrav for forskrifter vedtatt i medhold av § 11-1 som hensiktsmessige. Vi påpeker likevel at også her oppstilles det skjønnsmessige vilkår som bør tolkes strengt.

Vi stiller spørsmål ved hvorvidt formålet om å "sikre helse- og omsorgstjenestens evne og kapasitet til å sørge for forsvarlige og nødvendige helse- og omsorgstjenester til befolkningen" er tilstrekkelig avgrenset. Dette er et rent forebyggende formål hvor avvik fra gjeldende lovgivning bør følge alminnelig lovgivningsprosesser. Det synes ikke tilstrekkelig begrunnet i høringsnotatet at det er behov for derogasjonsadgang for å ivareta dette formålet. Tvert i mot vises det til en rekke eksempler der formålet ble ivaretatt gjennom midlertidige unntakshjemler vedtatt gjennom ordinær lovgivningsprosess.

Fare ved opphold

Departementet ber om innspill på om den kortere formuleringen "fare ved opphold" bør benyttes fremfor forslaget til ny ordlyd. Vi mener departementets forslag om å tydeliggjøre i selve lovteksten at anvendelse av fullmaktsbestemmelsen kun skal være mulig dersom formålet ikke kan ivaretas gjennom ordinær lovbehandling, er positivt, all den tid dette er et sentralt premiss for at derogasjonsadgangen skal være aktuell. Vi mener den nye formuleringen lykkes med å tydeliggjøre

hva som menes med det tidligere vilkåret om "fare ved opphold". Departementet presiserer videre at "Vilkåret skal ikke forstås for strengt". Vi mener imidlertid derogasjonsadgangen bør anvendes svært konservativt og stiller derfor spørsmål ved denne tolkningsuttalelsen.

Mindretallsrettigheter

Legeforeningen mener lovforslaget bør sikre visse mindretallsrettigheter for Stortinget. Vi er enige i departementets vurderinger knyttet til at et mindretall på Stortinget skal kunne oppheve forskriftene, og på den måten hindre eller forsinke et eller flere tiltak som et flertall mener det er nødvendig og forholdsmessig å få gjennomført. Likevel vil vi foreslå at det på annet vis sikres visse mindretallsrettigheter. En hjemmel for at Stortinget med kun en tredjedel av stemmene kan oppheve en vedtatt forskrift gitt med hjemmel i derogasjonsbestemmelsen, kan være hensiktsmessig.

Henvisning til § 1-5

Vi mener det bør inntas en henvisning til § 1-5 for å tydeliggjøre at grunnleggende krav til smitteverntiltak ikke kan derogeres fra. Legeforeningen mener en henvisning vil være viktig både for å klargjøre at forskrifter fastsatt i medhold av § 11-1 må være i samsvar med § 1-5, også av pedagogiske grunner løfte frem hensynet til barnets beste og for å fremheve at kravet om forholdsmessighet også gjelder ved vedtak etter § 11-1. Krav til forholdsmessighet er ikke gjenspeilet i forslag til § 11-1, noe vi mener det bør være.

Ytterligere materielle begrensninger

Legeforeningen mener det bør innføres materielle begrensninger i derogasjonsadgangen. Selv om det er vanskelig å forutsi hva neste smittevernkrise vil innebære, vil det være enkelte forhold som alltid bør ivaretas. Dette gjelder særlig grunnleggende krav til pasientsikkerhet, forsvarlighet og arbeidsmiljø, som alle tre er essensielle faktorer for smittevernarbeid og helsetjenester, også i en smittevernkrise. På denne bakgrunn foreslås følgende tilføyelse som et nytt tredje ledd i § 11-1: "*Forskrifter etter første ledd kan ikke fravike kravet til faglig forsvarlighet etter helselovgivningen, samt grunnleggende krav til forsvarlig arbeidsmiljø.*"

Krav om høringer

Lovforslaget innebærer ingen angivelse av at høringer som en klar hovedregel skal gjennomføres også ved bruk av derogasjonshjemmelen. Legeforeningen støtter departementets forslag om å ikke lovfeste et krav om høringer i forbindelse med bruk av derogasjonshjemmelen. Vi vil likevel understreke at høringer bør gjennomføres så langt det er mulig, situasjonen tatt i betraktning.

9.3. Forholdet til grunnloven - § 11-2

Departementet ber særskilt om innspill til hvorvidt forslag til § 11-2 eksplisitt bør presisere at vedtak med hjemmel i § 11-1 (derogasjon) må være i samsvar med Grunnloven og Norges menneskerettslige forpliktelser.

Legeforeningen vurderer det som hensiktsmessig av pedagogiske hensyn og med henblikk på at loven skal brukes bredt av ikke-jurister, at en slik presisering inntas. Selv om det ikke er rettslig nødvendig fordi det allerede følger at Grunnloven og menneskerettighetsloven at disse er overordnet annen lovgivning, vil en slik presisering tydeliggjøre og minne lovens brukere på en viktig begrensning. Også i lys av erfaringene fra korona-håndteringen, hvor manglende vurderinger av forskrifters samsvar med Grunnloven og menneskerettighetsloven, gir en slik presisering god mening.

Det faktum at smittevernlovens derogasjonsbestemmelse er uttalt å "kodifisere konstitusjonell nødrett", kan dessuten føre til misforståelser om at bestemmelsen gir grunnlag for å fravike grunnloven og menneskerettighetene. For å tydeliggjøre at smittevernloven ikke er ment å omfatte slik myndighet, og at slik utøvelse av konstitusjonell nødrett derfor må skje i tråd med ulovfestet rett, er en slik presisering hensiktsmessig.

9.4. Domstolskontroll - § 11-3

Vi vurderer forslag til § 11-3 som hensiktsmessig og en viktig presisering av domstolenes uavhengige rolle. Dette er særlig viktig når det er tale om avvik fra grunnleggende rettsstatsprinsipper.

10. Vern om helsepersonell

Legeforeningen bemerker at helsepersonell står i front ved smitteutbrudd og må vernes systematisk. Vi savner en tydeligere synliggjøring av den belastningen og risikoen helsepersonell utsettes for, og tilsvarende tiltak for å verne om denne gruppen.

Risikoen helsepersonell utsettes for ved et smitteutbrudd tilsier risikovurderte og tilpassede tiltak både i primær- og spesialisthelsetjenesten, herunder tydelig plikt og ansvars plassering for å stille smittevernutstyr til rådighet, samt praktiske og logistiske løsninger som faktisk fungerer i hverdagen. Dette gjelder særlig i fastlegekontor, legevakt og hjemmetjeneste, ved høyintensivavdelinger på sykehus, men også i alle tilfeller der helsepersonell kan møte smittede pasienter. Tiltak som forhåndsundersøkelse av pasienter eller tvungen testing av mulig smitekilde i noen situasjoner kunne være hensiktsmessige for å redusere eksponering, men de er inngripende og må bare brukes når det er nødvendig og etter at frivillige løsninger er forsøkt først. I tillegg bør det vurderes hvordan tiltakene slår ut for ulike pasientgrupper, og om smittevernregimet for helsetjenesten er proporsjonalt og i takt med øvrige tiltak i samfunnet.

I akutte faser kan det oppstå behov for å kombinere beredskaps- og smittevern virkemidler (for eksempel beordring etter helseberedskapsloven og påfølgende smitteverntiltak), men vi mener forsvarlighetskravet og hvilebestemmelsene ikke bør fravikes. Dersom det likevel åpnes for tidsavgrensede unntak i helt ekstraordinære situasjoner, bør hensyn til vern av helsepersonellet likevel hensyntas.

Sammenhengen mellom arbeidsmiljøloven og smittevernloven bør tydeliggjøres. En tydeligere sammenheng mellom regelverkene vil styrke etterlevelse, kvalitet og forutsigbarhet.

Vi understreker også at praktiske tiltak for forsvarlig arbeidsvilkår må ivaretas. Dette kan omfatte tilstrekkelig verneutstyr, nok isolatrom, reelle pauserom og hviletid, samt vurdering av konsekvenser for helsepersonell og studenter ved innreise-/reiserestriksjoner før slike tiltak innføres.

Legeforeningen mener prioritering av forebyggende helseintervensjoner, som blant annet vaksiner, er et sentralt vernetiltak. Vaksinestrategien bør både beskytte og trygge personellet som står i frontlinjen, og samtidig sikre nødvendig kapasitet i helsetjenesten for alle pasienter—både med og uten sykdommen som utløste krisen. Effektiv prioritering av grupper med økt risiko (også under 65 år) for alvorlig forløp er viktig, og fastlegene er nøkkelaktører i identifisering, informasjon og gjennomføring. Slik kan man kombinere målrettet vern av helsepersonell med opprettholdelse av forsvarlig drift og tilgjengelige tjenester gjennom hele krisen.

11. Informasjon, planer og samhandling

Legeforeningen vil understreke at en effektiv krisehåndtering forutsetter at ansvar og oppgaver er tydelig fordelt og operasjonalisert i planverket på alle nivåer. Forpliktelsene må følges av styrket grunnberedskap i både sykehus og primærhelsetjenesten, og av planverk som også dekker opplæring og omdisponering av personell.

Forutsigbare informasjonslinjer og samhandling som «slår inn» automatisk ved neste krise er viktig. Det bør etableres et felles nasjonalt system for sikker, rask og sporbar informasjonsdeling under alvorlige hendelser, med definerte kontaktpunkter og eskaleringsrutiner mellom kommuner, statsforvalter, regionale helseforetak og departement. Kriseledelse bør primært håndteres i de ordinære ledernivåene og tjenestestrukturene, og medisinsk kompetanse bør være en permanent del av kommunenes toppledelse for å sikre kvalitet i drift, beredskap og akutt håndtering. I tillegg bør det foreligge forhåndsdefinerte rutiner for raske justeringer i finansiering (for eksempel situasjonstilpassede «takst-pakker») og retningslinjer som minimerer nedtrekk i elektiv aktivitet slik at ordinær pasientbehandling i størst mulig grad opprettholdes.

Samhandlingen om forsyningssikkerhet og kritiske støttetjenester bør være innarbeidet i planverk og øvelser. Dette innebærer å involvere frivillige organisasjoner, støtte opp under nordisk samarbeid om produksjon og lagring, og å integrere arbeidsmedisinsk kompetanse som en definert ressurs i beredskapsplaner lokalt, regionalt og nasjonalt.

Vi vil særlig påpeke at forslag til § 2-2 annet ledd bokstav a bør justeres til at kommuneoverlegen skal "ha ansvar for å utarbeide forslag til plan [...]". Det er upraktisk om kommuneoverlegen skal ha lovpålagt plikt til å føre planen i pennen.

12. Forholdet til arbeidslivets parter

Behovet for god involvering og informasjonsflyt av profesjonsorganisasjonene

Legeforeningen vil påpeke behovet for god involvering og informasjonsflyt mellom profesjonsorganisasjonene og de ansvarlige helsemyndigheter, også i normaltid.

For å sikre treffsikre beslutninger og høy etterlevelse i tjenestene bør profesjonsorganisasjonene involveres systematisk, med to-veis informasjonsflyt også i normaltid og tydelige kontaktpunkter mellom fagmiljøene og ansvarlige helsemyndigheter. Det bør etableres faste strukturer for informasjon, medvirkning og medbestemmelse som automatisk aktiveres ved kriser (for eksempel faste beredskapsmøter, varslingslinjer, deltakelse i øvelser og rådgivende paneler), slik at erfaringsbasert kunnskap raskt fanges opp og omsettes i praktiske tiltak.

Profesjonsorganisasjonene er også sentrale faglige bidragsytere og naturlige partnere for myndighetene. Når forutsetninger endres, må de involveres tidlig for å kvalitetssikre valg av virkemidler, vurdere gjennomførbarhet og identifisere konsekvenser for drift, pasientsikkerhet og arbeidsmiljø. En slik forutsigbar og strukturert involvering styrker både legitimiteten til tiltakene og evnen til å levere robust helsehjelp i hele kriseforløpet.

Særlig om § 4-6

Legeforeningen vil påpeke at arbeidsrettslige regler vil gjelde også for ansatte i kommunen. Kommunen kan bruke styringsretten til å instruere sine ansatte om hvilket arbeid og hvordan det skal utføres, innenfor rammene av arbeidsforholdet, herunder individuelle og kollektive arbeidsavtaler. Dersom kommunen ønsker å treffe vedtak om plikter som faller utenfor kompetansen styringsretten

gir, bør dette skje i samråd med profesjonsorganisasjonene for å sikre at arbeidsrettslige regler ivaretas. Dersom det er tale om beordring og arbeidsplikt må helseberedskapslovens hjemler brukes.

13. Sanksjonering

13.1. Straff, jf. § 12-1

Legeforeningen er kritiske til at omfattende plikter med inngripende virkninger og skjønnsmessige inngangsvilkår straffesanksjoneres. Betydningen av straffesanksjoneringen synes ikke tilstrekkelig utredet i høringsnotatet.

Vi er særlig kritiske til straff knyttet til tvungen legeundersøkelse (forslag til §§ 5-6 og 6-2), tvungen isolering på sykehus (§ 6-4) og unntak fra taushetsplikt for å etablere utbruddsregistre (§ 10-3).

Vi peker på uttalelse i Ot.prp. nr. 91 (1992-1993) punkt 5.1, hvor det ble foreslått å ikke straffesanksjonere plikter for en smittet person for å unngå «at enkelte unnlater å oppsøke helsevesenet, for eksempel av frykt for å bli straffet dersom de unnlater å oppgi smittekilder, og således fortsetter å representere en smittefare». Dette argumentet mener vi gjør seg gjeldende også for øvrige bestemmelser.

Straff bør forbeholdes for forsettlig brudd som setter andres liv/helse i fare i vesentlig grad. Hjemler som åpner for straff ved rene formfeil eller mindre pliktbrudd kan være uforholdsmessige, og bør erstattes av administrative sanksjoner (tvangsmulkt/overtredelsesgebyr). Høringsnotatet legger generelt vekt på forholdsmessighet i tiltakene, dette bør også gjenspeiles i sanksjoner etter loven. Vi stiller spørsmål ved om straff av forsettlig overtredelser vil kunne straffes etter eksisterende bestemmelser i straffeloven.

Etterlevelse bør i større grad legge opp til veiledning og pålegg. Der slike tiltak ikke fører fram, bør det for eksempel vurderes hjemmel for tvangsmulkt ifm. manglende etterlevelse. Straff bør uansett reserveres for kvalifiserte brudd og skyldkrav bør endres fra uaktsomhet til grov uaktsomhet.

Dersom det i en fremtidig alvorlig smittesituasjon oppstår behov for endringer i strafferammen, bør dette fremmes som en egen lovendring med tydelig begrunnelse og konsekvensutredning.

13.2. Håndhevelse av helsepersonells plikter

Legeforeningen støtter at helsepersonells plikter etter kapittel 4 ikke omfattes av straffesanksjonene i § 12-1. En slik løsning ivaretar tillitsforholdet mellom lege og pasient og bidrar til at personer som har behov for helsehjelp faktisk oppsøker helsetjenesten. Strafferettslig reaksjon bør forbeholdes de klart mest alvorlige overtredelsene, mens normeringen av helsepersonells yrkesutøvelse primært bør skje gjennom faglige og forvaltningsrettslige virkemidler.

Vi legger til grunn at plikter etter smittevernloven for helsepersonell skal vurderes etter de alminnelige reglene i helsepersonelloven, herunder forsvarlighetskravet i hpl. § 4. Det er hensiktsmessig, fordi forsvarlighetsnormen åpner for en konkret vurdering ut fra situasjonen, tilgjengelig informasjon og den enkelte leges forutsetninger. Samtidig ber vi departementet vurdere om det i merknadene bør tydeliggjøres hvordan dette samspiller med smittevernlovens plikter: hvilke brudd som kan medføre tilsynsreaksjoner, hvordan beviskravet skal forstås, og hvordan forholdsmessighet og dokumentasjonskrav skal praktiseres i en krisesituasjon.

Vi støtter at Statsforvalteren gis et uttrykkelig tilsynsansvar i § 2-4 annet ledd for helse- og omsorgstjenestens og helsepersonells etterlevelse av de angitte bestemmelsene, da dette harmonerer med gjeldende tilsynsrolle etter helselovgivningen og sikrer enhetlig praksis. Vi støtter

også videreføringen av Helsedirektoratets hjemmel i § 2-8 annet ledd til å pålegge etterlevelse av faglige retningslinjer når det er nødvendig for et effektivt og forsvarlig smittevern. For å sikre forutberegnelighet anbefaler vi at det presiseres hvilke kriterier som utløser «nødvendighet», at det stilles krav til skriftlig begrunnelse og tidsavgrensning, og at det legges opp til etterfølgende evaluering av slike pålegg.

14. Økonomiske og administrative konsekvenser

Departementet fremholder at selve lovforslaget ikke utløser økte plikter eller ressursbehov, og at de økonomiske/administrative konsekvensene først vil oppstå ved iverksetting av tiltak. Etter vårt syn er denne fremstillingen for knapp. Selv om mange hjemler videreføres, vil endringer i organisering, beslutningslinjer og presisering av plikter faktisk kreve mer kapasitet, særlig i kommunene. Vi anbefaler at de økonomiske og administrative konsekvensene vurderes i en bredere kontekst, og at det etableres faste, forutsigbare finansieringsspor for kommunalt smittevern (inkludert kommuneoverlegefunksjonen), hurtige tilleggssbevilgninger ved oppskalering, og nasjonale beredskapsordninger for personell og utstyr.

Forøvrig vil vi bemerke at god grunnbemanning er en forutsetning for reell beredskap, og må ligge til grunn både i sykehus og primærhelsetjenesten. Når kommuneoverlegen får en tydeligere og mer omfattende rolle, støtter vi dette, men det må følges av økte bevilgninger og praktisk gjennomførbare rammer for smitteoppsporing og lokalt smittevernarbeid.

Fastleger og andre næringsdrivende leger som pålegges ekstra beredskapsoppgaver, må kompenseres på linje med sykehusene – dagens finansieringssystem er ikke innrettet for raske skift i aktivitet og oppgaveportefølje under kriser. Vi anbefaler derfor at det etableres en nasjonal «utløsermekanisme» med forhåndsdefinerte og situasjonstilpassede takst-pakker, slik at kompensasjon og kapasitet kan skaleres umiddelbart når beredskapen krever det. En slik pakke bør omfatte en utvidelse av personkretsen som kan utløse trygdefusjon. Samtidig må det avsettes øremerkede midler til primærhelsetjenesten for å sikre personell, utstyr og logistikk til smitteoppsporing, testing og oppfølging i kommunen.

15. Øvrige innspill

15.1. Primærhelsetjenestens rolle

Vi savner en tydeligere refleksjon av primærhelsetjenestens avgjørende betydning i lovforslaget. Under pandemien bar primærhelsetjenesten store deler av trykket, fastlegeordningen var i krise, og kommuneoverlegene sto i en uforholdsmessig stor belastning. Dette tilsier at lov og forarbeider bør synliggjøre hvordan det overordnede ansvaret klargjøres og hvordan samordningen mellom nivåene styrkes i praksis. En slik gjennomgang bør både adressere kapasitet og kompetanse i førstelinjen (inkludert mekanismer for å avlaste fastleger og styrke kommuneoverlegefunksjonen), og beskrive hvordan informasjonsflyt, beslutningslinjer og støttefunksjoner konkretiseres ved neste krise. Uten denne forankringen risikerer man at primærhelsetjenesten igjen må absorbere store belastninger uten at rammevilkårene, virkemidlene og ansvars plasseringen er tilstrekkelig tilpasset oppgaven.

15.2. Bedriftshelsetjenestens rolle

Legeforeningen vil også påpeke betydningen av involvering av bedriftshelsetjenesten i smittevernarbeidet. Fra arbeidsmedisinsk ståsted er det viktig å sikre rutiner for samarbeid mellom kommunelegefunksjonen, næringslivet generelt og bedriftshelsetjenesten (BHT) ved bedriftslegen, spesielt med mål om å utveksle informasjon som underlag for beslutninger både innenfor miljørettet helsevern, smitte og beredskapssituasjoner som angår kommunens virksomheter som kan kreve

tverrsektorielle vurderinger av helsekonsekvenser. Dersom virksomheter har velfungerende bedriftshelsetjenester vil BHT også kunne være en viktig samarbeidspartner for kommuneoverlegen i smittevernarbeidet, særlig mtp. smittesporing, sanering og arbeidstiltak.

15.3. Tvangstesting ved eksponering

Legeforeningen støtter ikke forslag om tvangstesting av personer som har eksponert polititjenestepersoner for mulig smitte, jf. høringsnotatet kapittel 24.2.

Forslaget reiser betydelige rettssikkerhetsmessige og etiske spørsmål, særlig knyttet til politiets adgang til helseopplysninger. Vi mener det er viktig å vurdere i hvilken grad et slikt tiltak kan innebære en utvidelse av politiets adgang til taushetsbelagte helseopplysninger, og hvilken presedens dette vil kunne etablere. Det er vår erfaring fra klinisk arbeid at dette flere ganger utfordres i hektiske situasjoner, og det er viktig med klare begrensninger og rammer.

Dersom tvangstesting likevel skal tillates, mener vi at regelen ikke kan begrenses til politiet, men må gjelde likt for hele akuttkjeden og må omfatte alt helsepersonell som ambulansepersonell, legevakt, akuttmottak og sykehusavdelinger, hjemmetjeneste og øvrige yrkesgrupper med tilsvarende eksponeringsrisiko. Tiltaket må samtidig være begrenset til situasjoner der testing faktisk har medisinsk og smittevernrelatert relevans og får behandlingsmessige konsekvenser.

Legeforeningen stiller samtidig spørsmål ved det faktiske behovet for tvangstesting, ettersom eksponerte tjenestepersoner ofte vil få antivirale legemidler uavhengig av testresultat hos den mistenkt smitteførende da svaret på testene gjerne kommer etter lang tid. For alle praktiske formål er den kliniske relevansen vesentlig størst ved blodsmitte, og da foreligger det allerede rutiner for testing. I tillegg vil tvangstesting i praksis ofte måtte gjennomføres av LIS1-leger/ferske leger i et forvaksjikt eller kommunal lege i pressede situasjoner. Dette forsterker behovet for klare, snevre og praktisk gjennomførbare rammer.

Med hilsen
Den norske legeforening

Siri Skumlien
generalsekretær

Aadel Heilemann
seksjonssjef/advokat

Saksbehandler: Nora Marie Eikenæs Asplin, rådgiver/advokat

[Dokumentet er godkjent elektronisk](#)