



Helse- og omsorgsdepartementet

Deres ref.:

Vår ref.: 18/4677

Dato: 14.11.2018

## **Høring - Endringer i smittevernloven**

Vi viser til høringsnotat "Forslag til endringer i smittevernloven m.m." Legeforeningens høringsuttalelse er utarbeidet på bakgrunn av innspill i intern høringsprosess, og den er behandlet av vårt sentralstyre.

Smittevernloven har i all hovedsak fungert godt, men vi støtter at det er et behov for klargjøringer og presiseringer. Vi oppfatter at enkelte av forslagene vil føre til større endringer i organiseringen av smittevernarbeidet i Norge, som vil kreve en grundigere utredning enn det som nå er gjort. Det fremstår også som en mangel ved notatet at kommunen, som har en sentral stilling i helsetjenestens smittevernsarbeid, ikke er nærmere vurdert og omtalt.

### **1. Endringsforslag vi støtter**

Legeforeningen støtter i all hovedsak forslagene presentert i kap. 4, 5, 6 og 10 - 13, og har kun noen kommentarer til det foreslåtte:

#### **1.1 Ny bestemmelse om generelle vilkår for bruk av smitteverntiltak – kap. 4**

Forslagene til presisering av de generelle vilkårene for bruk av smitteverntiltak er tydelige og gode. Særlig at det presiseres at frivillighet skal ligge til grunn, og at det stilles krav til evidens om proporsjonalitetsvurdering for alle tiltak som vurderes.

#### **1.2 Informasjon og personlig smitteveiledning – kap. 5**

Vi støtter endringsforslagene, men vil fremheve en usikkerhet knyttet til om kommunelegene er i stand til å ivareta oppgavene slik de er beskrevet. Det er en utfordring at fagmiljøet mange steder er marginalisert med små/få stillinger på store populasjoner.

#### **1.3 Tvangstiltak – kap. 6**

Vi er enig i at hensynet til samfunnet gjør det nødvendig å ha adgang til tvang i de få tilfellene det er nødvendig for å unngå videre smittespredning. Videre at det er av avgjørende viktighet for tilliten til legen og samfunnet generelt at bruk av tvang foregår innenfor fastsatte strenge og trygge rammer.

Vi ser behovet for raskere vedtak om tvungen isolering, men dette er et alvorlig inngrep i individets frihet, slik at det må oppstilles strenge krav. Vi mener slik vurdering i all hovedsak

bør foretas av smittevernemnda, med snevre unntak i en begrenset periode. Dette må sees i sammenheng med sakshandlingstiden i nemnda, jf punkt 1.4 under.

Vi vil også påpeke at det må sikres beredskap både for kommunelege og utpekt lege i helseforetak, og at denne plikten til å organisere beredskap bør tydeliggjøres i lovteksten.

#### **1.4 Forberedelse og tidsfrist for behandling av saker i smittevernemnda – punkt 6.2.3**

Vi støtter forslaget om å fjerne fylkesmannen som mellomledd, da det fremstår som unødig forsinkelse av saksgangen. Vi støtter også at det fastsettes en konkret frist, da "så raskt som mulig" skaper for stor usikkerhet. Syv dager fremstår for oss som noe lenge, og vi anbefaler at det vurderes om det er mulig å sette fristen kortere, samt også å presisere en frist for når vedtaket skal fattes. Vi foreslår at "*Smittevernemnda skal komme sammen så raskt som mulig og senest innen fire virkedager. Vedtak skal fattes så raskt som mulig og senest fem dager etter begjæringen er fremmet.*"

#### **1.5 Utvidelse av hjemmelen for forhåndsundersøkelse for smittsomme sykdommer - kap. 12**

Dette fremstår som en viktig utvidelse og presisering. Vi foreslår at personer som skal jobbe med barn gjennom frivillig arbeid også nevnes eksplisitt.

#### **1.6 Varslingsplikt for tannleger – kap. 13**

Vi støtter de presenterte endringsforslagene, og vil bare påpeke en skrivefeil i høringsnotatet, hvor det står at; "*Departementet foreslår også å tilføye varslingsplikt for lege og jordmor i MSIS-forskriften § 3-2 slik at lov og forskrift er harmonisert.*" [vår utheving] Ettersom varslingsplikten allerede står i forskriften, antar vi at det skal stå smittevernloven § 2-3, hvor endringen også er foreslått i lovutkastet.

### **2. Organisatoriske forslag – kap. 7 – 9**

Legeforeningen mener det er noen uklarheter, og problemer knyttet til forslagene presentert i kap. 7, 8 og 9.

#### **2.1 Presisering av Fylkesmannens oppgaver – kap. 7**

Det fremstår fornuftig å utvide perspektivet til smittervernet generelt, og ikke bare "allmennfarlige smittsomme sykdommer", samt en opprydning og tydeliggjøring av orienteringsplikten.

Vi støtter også en lovfesting av fylkesmannens ansvar for å samordne regionale og lokale planer for smittevern, men er noe usikre på hvordan denne oppgaven i praksis kan ivaretas. Vi savner en klarere beskrivelse av fylkesmannens rolle, inkludert en tydeliggjøring av hva som ligger i "å holde seg orientert". Det er særlig viktig at ansvarsforhold og roller er klart definert mellom fylkesmennene og kommunelegene.

Departementet foreslår å oppheve plikten til å varsle fylkesmannen hvis kommunelegen ikke er tilstede etter smittevernloven § 4-10, og endre mottaker til Folkehelseinstituttet. Vi støtter som utgangspunkt dette, men mener det samtidig er svært viktig å vurdere virkemidler for å sørge for at kommunene faktisk organiserer seg slik at kommunelegene har den tilgjengeligheten som forutsettes i smittevernloven og MSIS-forskriften. Håndtering av utbrudd og andre hendelser i smittevern må i de fleste tilfeller uansett løses lokalt, av lokal smittevernlege/kommunelege.

#### **2.2 Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet (FHI)**

Det er velkomment med en gjennomgang og avklaring av rollene til Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet. Det er utfordrende å forholde seg til to organer som rådgir parallelt og ofte ikke koordinert.

Vi vil fremheve viktigheten av å beholde og bevare et sterkt fagligmiljø ved Folkehelseinstituttet, som kan gi råd og veiledning, samt bistå ved større utbrudd. Vi vil vise til rapporten om Smittevern i kommunene, hvor det står at de fleste kommunelegene oppgir FHI som deres foretrukne rådgiver i faglige smittevernsspørsmål.

Vi stiller spørsmål ved om det er hensiktsmessig at det er Helsedirektoratet som får fullmakt fra departementet til å lede arbeidet i kriser og andre beredskapssituasjoner på smittervernområdet. I krisesituasjoner vil det være spesielt viktig med en forutsigbar og god organisering, og klar og effektiv kommunikasjon. Vi mener fagkompetansen ligger i Folkehelseinstituttet, og at oppgaven bør ligge der.

Vi mener også at formuleringen i forslag til nytt tredje ledd i § 3-4 i MSIS-forskriften bør tilføyes "arbeidet med" slik at setningen lyder: "FHI skal samordne *arbeidet med* utbrudd av smittsomme sykdommer".

### **2.3 Regionale helseforetak (RHF) – kap. 9**

Vi støtter intensjonene om å tydeliggjøre det regionale helseforetakets rolle i smittevernloven, og å styrke smittevernarbeidet både i spesialisthelsetjenesten og i det kommunale arbeidet. Vi støtter også at de regionale kompetansesentrene hjemles i lov, men vi mener at forslaget innebærer en betydelig utvidelse av rollen til kompetansesentrene, som burde utredes bedre før iverksettelse.

Vi mener at notatets kap. 9 er for utydelig, for dårlig utredet og vi har behov for flere oppklaringer:

#### **2.3.1 Ansvar for å lage smittevernplaner for hele regionen**

For å tydeliggjøre omfanget av plikten, foreslår departementet å endre til "helseregionen", som er ment å omfatte "hele regionen", og at "dette vil innebære at det regionale helseforetaket må samordne seg med kommunalt nivå".

Dette fremstår for oss som uklart og ikke gjennomførbart. RHF har ingen styringslinje inn mot primærhelsetjenesten, og RHF kan ikke ha ansvar for å lage planer for kommunale institusjoner. Vi mener derfor at det bør presiseres at det menes regionalt og lokalt nivå, ikke kommunehelsetjenesten. Det må tydeliggjøres at kommunen har det overordnede ansvaret for etablering, tilrettelegging og oppfølging av infeksjonskontrollprogram ved kommunale institusjoner, og for ivaretagelse av smittevern for kommunens innbyggere. Det er som nevnt en mangel ved notatet at kommunens rolle ikke er tydeligere drøftet.

#### **2.3.2 Grenseoppgangen for rådgivning mellom FHI og regionale kompetansesenter for smittevern (RKS)**

Norge er et så lite land med få utbrudd både i helseinstitusjoner og utenfor, at det vil være fornuftig at kompetanse og erfaring med rådgivning og utbruddsbistand samles ett sted. Da kan erfaringen lettere føre til kunnskapsformidling, revisjon i veiledere o.l.. Vi mener det fremstår mer hensiktsmessig at FHI opprettholder og videreutvikler kompetanse på dette området, og også gir råd og bistand ved behov. Fire smittevernsentre i tillegg til FHI kan gi uheldig variasjon i smittevernrådene og dobbeltarbeid, i tillegg til økt ressursbruk til koordinering. Vi tror ikke dette oppveies ved at de fire RKS vil kunne gi bedre råd og

veiledning enn FHI, og viser til at de fleste kommunelegene oppgir FHI som deres foretrukne rådgiver i faglige smittevernsspørsmål.

### **2.3.3. RKS sitt ansvar for oppfølging i kommunene og veiledningsplikten og samarbeidsavtaler til lokalt HF**

Det er noe uklart hva som konkret foreslås her, men det ser ut som departementet legger til grunn at *"ved å lovfeste et regionalt kompetansesenter for smittevern vil senteret kunne ivareta veiledningsplikten overfor kommunenivået"*.

Det er også uklart hva departementet mener med *" En lovfesting vil kunne bidra til en samordning av de to nivåene i helsetjenesten, og ha en koordineringsfunksjon overfor Folkehelseinstituttet. Folkehelseinstituttet på sin side har en rolle ved å koordinere faglig disse sentrene, for å heve kompetansen i hele landet og håndtering av utbrudd lokalt."*

I dag er det slik at kommuner som trenger det tilbys bistand fra spesialisthelsetjenesten gjennom avtaler, som de betaler for. Dette gjør det mulig for smittevernpersonell som jobber opp mot kommunale institusjoner å ha en tilknytning til spesialisthelsetjenesten som sikrer robuste miljøer med høy faglig kompetanse. De reiser også ut til den enkelte institusjon og bistår med bl.a. hygienerunder, tilrettelegging av infeksjonskontrollprogram og opplæring av kommunens ansatte. Gjennom slike avtaler tilbys kommunene tjenester som går langt utover "veiledningsplikten". Det vil være uheldig om slike tilbud forsvinner som følge av lov- og forskriftsendring. Dersom finansieringen av disse avtalene faller bort, vil ikke lokalsykehusene kunne opprettholde tilbudet, men kun tilby tjenester som er pålagt etter veiledningsplikten. Dette vil kunne innebære en svekkelse av smittevernet i flere kommuner. Dersom RKS skal overta det direkte samarbeidet som i dag eksisterer mellom lokalsykehus og kommunene/sykehjemmene i opptaksområdet, kan lokalsykehuset og tilliggende kommuner miste en viktig samarbeidsarena. Det fremstår også for oss uhensiktsmessig at det regionale nivået skal komme mellom lokalsykehus og kommunene som i dag har samarbeidsavtaler, særlig ut fra beredskapshensyn.

Det er uklart for oss hva som er fordelene med denne sentraliseringen, og det fremstår ut fra beskrivelsen som lite hensiktsmessig.

Dersom departementet mener at plikten for spesialisthelsetjenesten til å tilby kommunene hjelp og nødvendig bistand med smittevern "overføres" til RKS, mener vi at det bør være anledning for kommunene til å kjøpe tjenester de har behov for fra lokalsykehuset. Generell veiledning innenfor smittevern kan godt være en del av samarbeidsavtalene mellom spesialisthelsetjeneste og kommuner, men erstatter ikke behovet for egne opplæringsprogram for sykehjemsansatte og vedlikehold av infeksjonskontrollprogram, slik mange HF i dag tilbyr tilhørende kommuner.

Vi vil også påpeke at forslagene i kapittel 9 vil medføre økonomiske og administrative endringer av betydning. Vi mener dette er endringer som må utredes nærmere. Dersom man mener at det regionale helseforetaket skal ha «en regional koordineringsfunksjon for en sammenhengende smittevernkjede i samarbeid med kommunelegen i den enkelte kommune», er dette nye oppgaver for RHF'ene som det vil ta tid og ressurser å bygge opp. Det er også nytt at RKS skal «kunne ivareta veiledningsplikten overfor kommunenivået». Dette vil kreve tilførsel av flere årsverk og ny kompetanse. Dersom HF'ene ikke lenger får anledning til å ta

betalt for avtaler med kommunene angående nødvendig bistand til smittevern utover veiledningsplikten, vil tjenestene fra HF falle bort, og kommunene må opprette egne stillinger i kommunen for å ivareta de oppgavene som de nå kjøper fra HF.