

# Folkehelseinstituttets høringsuttalelse om ny smittevernlov

8.4.2026

## Innhold

Innhold .....	1
Overordnede kommentarer .....	3
Kommentarer til enkelte bestemmelser .....	3
§ 1-1 Lovens formål .....	3
§ 1-3 Definisjoner .....	4
§ 1-5 Grunnleggende krav til smitteverntiltak.....	9
§ 2-3 Det regionale helseforetaket .....	12
§ 2-4 Statsforvalteren .....	13
§ 2-7 Folkehelseinstituttet.....	13
§ 2-8 Helsedirektoratet.....	15
§ 2-10 Bistandsplikt og § 2-11 Informasjonsplikt og unntak fra taushetsplikt.....	16
Kapittel 3 om vaksinasjon.....	16
§ 4-2 Legens plikt til å foreta smitteoppsporing.....	19
§ 4-3 Informasjon og personlig smittevernveiledning til smittede personer .....	21
§ 4-4 Unntak fra taushetsplikt.....	22
§ 4-5 Meldings- og varslingsplikt for helsepersonell .....	22
§ 4-6 Plikt for helsepersonell til å gjennomgå opplæring, følge faglige retningslinjer og gjennomføre tiltak.....	23
§ 5-1 Rett til smittevernhjelp.....	23
§ 5-2 Plikter for en person som er smittet med en allmennfarlig smittsom sykdom.....	24
§ 5-3 Forbud mot utførelse av arbeid mv. ....	24
§ 5-6 Forhåndsundersøkelse av pasienter.....	24

§ 5-7 Forskrifter om undersøkelse av gravide .....	24
§ 5-9 Kostnadsdekning for tjenester og tiltak .....	25
§ 6-2 Tvungen legeundersøkelse – innleggelse til undersøkelse og kortvarig isolering.....	25
§ 6-4 Gjennomføring av isolering på sykehus.....	25
§ 7-1 Kommunens vedtak om begrensninger i den sosiale omgangen .....	26
§ 7-2 Kommunens vedtak om begrensninger i adgang til innreise eller utreise på kommunens område (avsperring) .....	26
§ 7-3 Avgrensning av smitteverntiltak .....	27
§ 7-6 Kommuneoverlegens hastevedtak .....	27
§ 7-9 Forholdet mellom kommunale og statlige forskrifter .....	27
§ 8-1 Kongens vedtak om begrensninger i den sosiale omgangen .....	29
§ 8-2 Kongens vedtak om begrensninger i adgang til innreise eller utreise for et bestemt område (avsperring) .....	29
§ 8-3 Forskrift om isolering, smittekarantene og andre begrensninger i bevegelsesfriheten .....	29
§ 8-9 Avgrensning av smitteverntiltak .....	32
§ 9-1 Forskrifter om inn- og utreisetiltak for personer, herunder karantene .....	33
§ 9-2 Forskrifter om bestemt oppholdssted for innreisekarantene ved samfunnskritisk sykdom.....	34
§ 10-1 Kartleggingsundersøkelse og metodeutprøving .....	34
§ 10-2 Deling av gensekvenser fra mikroorganismer .....	36
§ 10-3 Unntak fra taushetsplikt og utbruddsregistre .....	38
§ 11-2 Begrensninger i adgangen til å fastsette forskrift med lovs innhold eller som fraviker gjeldende lovgivning.....	40
Forslag til andre bestemmelser .....	40
Avslutning.....	41

## Overordnede kommentarer

Folkehelseinstituttet er overordnet sett fornøyd med forslaget til ny smittevernlov. Den viderefører hovedinnholdet i dagens lov, men justerer den med bakgrunn i utviklingen og erfaringene siden 1995, herunder covid-19-pandemien. Departementet gir i høringsnotatet en solid bakgrunn for forslaget og i hovedsak meget gode vurderinger.

Kritikk av og feil i pandemihåndteringen følges opp med lovendringsforslag. Vi tror det er særlig viktig at Kongen / Kongen i statsråd overtar myndighet til inngripende tiltak. Videre er klargjøringen og forbedringen av de grunnleggende kravene i § 1-5 viktig. Denne høringen og den kommende stortingsbehandlingen blir viktig for den demokratiske forankringen av ny smittevernlov og tiltakene den åpner for. Denne «forhåndskontrollen» kan likevel ikke erstatte de vurderinger som må gjøres konkret der og da før smitteverntiltak innføres ved en krise. Den kan heller ikke erstatte Stortingets mulighet for etterkontroll i en krise.

Enkelte deler, for eksempel kapittel 7 og 8, mener vi er for preget av erfaringene fra covid-19-pandemien. Neste smittekrise kan arte seg helt annerledes.

Vi støtter at loven presenteres som en ny og hel lov for Stortinget slik at den kommende lovproposisjonen blir det viktigste forarbeidet. Vi foreslår at den proposisjonen oppdaterer all omtalen av og merknadene til paragrafene slik at den proposisjonen til dagens smittevernlov blir overflødig.

Selv om loven legger opp til at myndighet i smittevernet bare finnes i kommunene og i sentrale statlige etater, mener vi at beskrivelsen av helseforetakenes ansvar og rolle i smittevernet bør styrkes i loven.

Vi foreslår forenklinger og effektiviseringer der det er mulig.

## Kommentarer til enkelte bestemmelser

Folkehelseinstituttet kommenterer her en del av paragrafene i forslaget til ny lov. Vi har ikke innspill til de andre paragrafene i lovforslaget.

Vi skriver «dagens» foran paragrafnummeret når vi mener gjeldende smittevernlov og bare paragrafnummeret når vi mener høringsforslaget.

### § 1-1 Lovens formål

Folkehelseinstituttet støtter at formålet med loven i hovedsak videreføres fra dagens lov. I sjeldne tilfeller kan en epidemi true driften av helsetjenesten og andre samfunnsfunksjoner. Vi mener at hensynet til å beskytte helsetjenesten og andre samfunnsfunksjoner kan være et legitimt hensyn ved vurdering av smitteverntiltak. Dette kan klargjøres i merknadene til paragrafen.

Vi foreslår at smittevern mot spredning over grensene problematiseres i merknaden og kanskje i paragrafen. I det daglige er det i Norge lite smittevernaktivitet med hjemmel i loven

som utelukkende tar sikte på å hindre import eller eksport av smittsomme sykdommer. (Et unntak er tuberkuloseundersøkelse av noen asylsøkere, flyktninger og innvandrere.) Med dagens utstrakte reiseaktivitet over grensene vil det også være stadig mindre aktuelt og mer krevende å begrense slik spredning. Grensene er i dag mindre relevante steder for å drive smittevern, bortsett fra ved enkelte sykdommer og særlige situasjoner.

Det er derfor uheldig dersom lovens § 1-1 tolkes som om at myndighetene har eller skal ha en løpende aktivitet for å hindre import av smittsomme sykdommer. Det har vi jo knapt. For eksempel importeres hvert år nye influensavarianter, og ingenting gjøres eller bør gjøres for å hindre dette. Hvert år kommer tusener av reisende nordmenn hjem med smittsomme tarmsykdommer og seksuelt overførbare sykdommer, og bortsett fra reiseråd før utreise, er det ingen forsøk på å hindre denne importen. Pasientene håndteres på vanlig måte i helsetjenesten etter hjemkomst.

Det bør vurderes om første ledd bør justeres til:

«(...) og ved behov motvirke at slike sykdommer føres inn i Norge eller føres ut av Norge til andre land.»

## § 1-3 Definisjoner

Til punkt 2, “smittet person”

Departementet foreslår å videreføre definisjonen av en “smittet person” som “en person som har eller etter en faglig vurdering antas å ha en smittsom sykdom”. Departementet foreslår også å videreføre tolkningen av begrepet.

Begrepet har til nå omfattet fire grupper personer:

- a. Personer som har fått diagnostisert en smittsom sykdom, basert på en mikrobiologisk test, en radiologisk undersøkelse, eller patognomoniske symptomer eller sykdomstegn.
- b. Personer som tilsvarende punkt 1 har fått påvist en smittebærertilstand, og som er smittsomme, men uten å være syke – friske smittebærere.
- c. Personer som ved en faglig vurdering *antas å ha* en smittsom sykdom eller være frisk smittebærer basert på usikre laboratorie- eller radiologifunn eller uspesifikke symptomer og tegn.
- d. Personer som har vært eksponert for en smittet person eller annen smittekilde og derfor har økt risiko for å være smittet, men det er fortsatt usikkert om de er det. Disse kan også omtales som smittekontakter. De kan altså være smittet, men ennå ikke syke, men mange av dem, kanskje de fleste, er ikke smittet.

Definisjonen har altså vært tolket svært vidt. FHI mener at kategori d over ikke lenger bør omfattes av begrepet “smittet person”, men heller flyttes til den nye kategorien “eksponert person” (se nedenfor). For mange smittsomme sykdommer kan det være lav sannsynlighet for at en nærkontakt eller annen eksponert person virkelig er blitt smittet. For andre sykdommer kan det være høy sannsynlighet. Det kommer an på sykdommens natur samt

graden og varigheten av smittefarlig kontakt mellom den smittede og nærkontakten eller annen eksponering. Tidens gang eller nærmere undersøkelser vil avgjøre om disse personene virkelig er smittet, se nærmere nedenfor. Uansett, for de fleste sykdommer vil antallet eksponerte personer klart overgå antall smittede.

Formålet med endringen må være at man, der det er hensiktsmessig, kan gi ulike pålegg for dem som er smittet og dem som (foreløpig) bare er eksponert. Dermed er det enklere å sikre forholdsmessighet.

Å innskrenke den vide definisjonen slik må etter vårt syn føre til mindre endringer i følgende paragrafer: §§ 4-3, 5-1, 5-9, 6-2, 8-3 og 9-1. Dette er nærmere omtalt under den enkelte paragraf. Det er viktig at endringene ikke innskrenker rettigheter som eksponerte personer har i dag.

Merknaden til § 1-3 bør klargjøre en slik begrenset tolkning av definisjonen av smittet person.

(Vi legger ellers merke til at det i høringsnotatet (på side 137) skrives at personer som kom til Norge fra andre land under deler av covid-19-pandemien, måtte defineres som "smittede" for å kunne ilegge dem innreisekarantene. Dette synes vi illustrerer en altfor vid bruk av begrepet «smittet person». Den eneste grunnen til at de ble definert som smittede, var altså at de hadde oppholdt seg utenfor Norge.)

### Til punkt 3, "eksponert person"

FHI er tilfreds med at departementet har videreført vårt forslag om å ta inn begrepet "eksponert person" og definerer dette som "en person som har økt risiko for å være smittet etter å ha vært eksponert for en smittet person, eller annen smittekilde».

Denne definisjonen gjør det mulig å knytte andre plikter og rettigheter til personer som bare er eksponert og som man foreløpig ikke vet om er smittet. Det er eksponerte personer som er målgruppe for smitteoppsporing og smittevernveiledning, herunder kommunikasjon mellom helsepersonell om dette, og eventuelt ulike karantenetiltak. Tiden og eventuelle undersøkelser vil vise om de faktisk er smittet eller ikke. For eksempel er karantene relevant for eksponerte personer. Hvilke karantenetiltak som skal gjennomføres, avhenger av blant annet smitemåten. I noen tilfeller vil karantene innebære samme restriksjoner som de smittede pålegges, for eksempel å bli isolert hjemme.

Dersom den nye kategorien «eksponert person» innføres, blir det ikke lenger hensiktsmessig at merknaden åpner for å «kunne definere som smittet person også personer som etter faglig vurdering har høyere sannsynlighet for å være smittet, for eksempel på grunn av kjent eksponering eller opphold i utbruddsområder». Formålet med å ta inn begrepet "eksponert person" i loven er å flytte denne gruppa personer ut av kategorien «smittet person». Dersom man ønsker å utvide definisjonen av eksponert person til å omfatte personer uten *sikker* eksponering, kan man inkludere «sannsynlig eksponering», for eksempel slik:

«Eksponert person er en person som har økt risiko for å være smittet etter sikker eller sannsynlig eksponering for en smittet person eller annen smittekilde.»

Innføringen av begrepet «eksponert person» må etter vårt syn føre til mindre endringer i følgende paragrafer: §§ 4-3, 5-1, 5-9, 6-2, 8-3 og 9-1. Dette er nærmere omtalt under den enkelte paragraf.

#### Til punkt 4, «allmennfarlig smittsom sykdom»

Departementet foreslår å ytterligere komplisere dagens omfattende og kompliserte definisjon, som bygger på et sett av hovedkriterier og et sett av tilleggskriterier der minst ett kriterium fra hver gruppe må være oppfylt.

Det nye kriteriet om «betydelig overbelastning av helse- og omsorgstjenesten» bør forklares i merknadene. Vil en kortvarig overbelastning i bare en del av helsetjenesten være tilstrekkelig?

Definisjonen er ment å gi kriterier for både i) sykdommens spredningsevne, ii) sykdommens virulens (evne til å gi et alvorlig sykdomsbilde), iii) sykdommens belastning på samfunnet og iv) muligheten for tiltak for å redusere spredningsevne og virulens, jf. tabellen nedenfor.

Sykdommen må oppfylle minst ett av disse <b>hovedkriteriene</b> ,	og	sykdommen må oppfylle minst ett av disse <b>tilleggskriteriene</b>
1. Sykdommen er særlig smittsom		a. Sykdommen fører vanligvis til langvarig behandling, eventuelt sykehusinnleggelse, langvarig sykefravær eller rekonvalesens
2. Sykdommen kan opptre hyppig		b1. Sykdommen kan få så stor utbredelse at sykdommen blir en vesentlig belastning for folkehelsen
3. Sykdommen har høy dødelighet		b2. (NYTT) Sykdommen kan få så stor utbredelse at sykdommen fører til betydelig overbelastning av helse- og omsorgstjenesten
4. Sykdommen kan gi alvorlige eller varige skader		c. Sykdommen utgjør en særlig belastning fordi det ikke fins effektive forebyggende tiltak eller helbredende behandling for den

Kriteriesettene fjerner ikke den skjønsmessige vurderingen. Det er interessant at definisjonen i dagens lov ble kopiert i den danske epidemiloven i 2021, men der har man kommet til at en rekke sykdommer på den norske lista, jf. Forskrift om allmennfarlige smittsomme sykdommer, *ikke* er allmennfarlige, deriblant botulisme, genital chlamydiainfeksjon, difteri, gonore, gulfeber, virushepatitter, HIV-infeksjon, kikhoste, kolera, legionellose, lepra, meningokokksykdom, meslinger, miltbrann, paratyfoidfeber og tyfoidfeber, rabies, rubella, shigellose, syfilis, tuberkulose og sykdom forårsaket av en rekke resistente bakterier.

En rekke sykdommer som i dag ikke er definert som allmennfarlig smittsom sykdom, *kan* omfattes av definisjonen. For eksempel kan forkjølelse med rhinovirus og RSV-infeksjon sies å

oppfylle hovedkriteriene 1, 2, og tilleggskriteriet c mens influensa kan vurderes å oppfylle kriteriene 1, 2 og b1.

I praksis er det det antatte behovet for de tiltakene en slik definering åpner for, som må være avgjørende for om en sykdom skal defineres som allmennfarlig smittsom sykdom, altså om det er nødvendig og tjenlig for smittevernet. En slik tolkning er også forenlig med lovens forarbeider, jf. Helsedirektoratets omtale i NOU 1990:2 av allmennfarlige smittsomme sykdommer som sykdommer «som kan utgjøre en trussel mot folkehelsen og som krever særlige forholdsregler».

I praksis har sykdommer kommet inn på lista i Norge når man har vurdert at det er behov for noen av tiltakene en slik definering åpner for, herunder særlig:

- muligheten for gratis konsultasjon (etter stønadsforskriften)
- behandling (etter blåreseptforskriften)
- personlig smittevernveiledning
- pålagt smitteoppsporing

Dersom man åpne for disse fire tiltakene for andre sykdommer enn de allmennfarlige, kan man antakelig forkorte lista betydelig.

Dersom pandemien har ført til at kommunene har fått lavere terskel for å innføre inngripende tiltak etter kapittel 7, vil det være en fordel med ei kort sykdomsliste slik at man ikke åpner for strenge tiltak for sykdommer som utgjør et lite folkehelseproblem, som flere av sykdommene på dagens liste.

Dette taler for at man bør forenkle definisjonen og gjennomgå lista på nytt. En mulig ny definisjon kan være:

«4. allmennfarlig smittsom sykdom: en sykdom som i Norge uten vedvarende eller nye mottiltak har slik spredningsevne og sykdomsalvorlighet at den sannsynligvis vil føre til stor sykdomsbyrde i deler av befolkningen eller stor belastning på helsetjenesten.»

Merknaden til paragrafen bør beskrive en praktisk prosess for å få sykdommer inn på lista og for å få dem ut av lista.

### Til punkt 5, “samfunnskritisk sykdom”

FHI er klart uenige i forslaget om det nye begrepet “samfunnskritisk sykdom” og den nye definisjonen, som begge ser ut til å være inspirert av den danske epidemiloven. Vi begrunner dette her og fremmer et alternativt forslag.

**For det første** er ordet “samfunnskritisk” et svært dårlig valg.

Den opprinnelige betydningen av ordet er noe eller noen som kritisk undersøker, utfordrer eller avslører problemer, maktforhold eller urettferdighet i samfunnet, altså er kritisk *mot* samfunnet. For eksempel kan en journalist, en forfatter, en film eller ei bok kalles samfunnskritisk.

I beredskapssammenheng brukes begrepet om funksjoner, kapasiteter og personell som er viktige for at samfunnet skal fungere, altså kritiske *for* samfunnet. DSB sier: “Samfunnskritiske funksjoner er funksjoner som er nødvendige for å ivareta befolkningens grunnleggende behov, trygghet og sikkerhet.”

Departementet foreslår nå å innføre en tredje forståelse av ordet, nemlig som noe (her en sykdom) som er *kritisk farlig for* samfunnet. Dette blir forvirrende.

**For det andre** mener vi den foreslåtte definisjonen er utilstrekkelig. Ettersom man først har valgt begrepet “samfunnskritisk” følger det at definisjonen må knyttes til trusler mot viktige samfunnsfunksjoner. Faren for liv og helse dekkes delvis av definisjonen av allmennfarlig smittsom sykdom, men vi synes trusselen mot liv og helse bør understrekes ytterligere. Begge deler, altså trusselen mot samfunnsfunksjoner og trusselen mot liv og helse, bør være selvstendige kriterier for å definere et utbrudd som “alvorlig”.

**For det tredje** mener vi ordet “sykdom” her blir misvisende. Det er situasjonen eller utbruddet som bør vurderes, altså en gitt sykdom *under visse omstendigheter*, ikke bare sykdommen. Den samme sykdommen kan i én situasjon betegnes som et “alvorlig utbrudd”, men i en annen situasjon ikke utgjøre noen særlig fare. Det kommer an på omstendighetene. Et par tilfelle av kolera hos turister på et hotell i Oslo er et lite problem. Et par tilfeller av kolera hos festivaldeltakere i en leir med latriner, kan bli katastrofalt. Et tilfelle av ebola hos en lege som er fraktet kontrollert hjem fra Afrika med ambulansely, er lite dramatisk. Et utbrudd blant helsepersonell i akuttmottaket på et norsk sykehus er alvorlig.

Bruker man begrepet “sykdom”, vil nok mange etterlyse ei liste over sykdommer, slik man har for allmennfarlige smittsomme sykdommer. I Sverige og Danmark har man ei slik liste. Ulempen med dette, er at det da forventes at Kongen skal erklære et utbrudd ved ethvert tilfelle selv om situasjonen er udramatisk. Vi merker oss ordlyden “utbrudd av samfunnskritisk sykdom” i § 11-1, mens man i kapitlene 7-9 snakker om bare “samfunnskritisk sykdom”.

**FHIs forslag** er å velge et annet adjektiv, for eksempel samfunnsfarlig, og bruke ordet utbrudd og ikke sykdom, altså “samfunnsfarlig utbrudd” av smittsom sykdom. Eventuelt kan man beholde dagens “alvorlig utbrudd av allmennfarlig smittsom sykdom”. Uansett bør definisjonen forbedres slik at helsekonsekvensene og samfunnskonsekvensene hver for seg kan føre til at et utbrudd defineres som et «samfunnsfarlig utbrudd». FHI foreslår denne definisjonen:

“5. samfunnsfarlig utbrudd av smittsom sykdom: et utbrudd eller fare for utbrudd som fører til eller risikerer å føre til en betydelig sykdomsbyrde for hele eller deler av befolkningen, alvorlige forstyrrelser av viktige samfunnsfunksjoner eller begge deler.”

FHI er enig i forslaget om at Kongen bestemmer når det foreligger et slikt utbrudd.

Dersom departementet ønsker å bruke ordet «sykdom», kan man bruke begrepet «samfunnsfarlig sykdom» og forklare i merknaden at dette er en betegnelse som kan gis til

en smittsom sykdom i en gitt situasjon for den perioden som den aktuelle situasjonen vedvarer, og at det derfor ikke kan lages ei liste over slike sykdommer.

## § 1-5 Grunnleggende krav til smitteverntiltak

FHI støtter i hovedsak denne paragrafen og synes forslaget er bedre enn dagens versjon (med samme paragrafnummer). Vi har likevel noen innspill og forslag til forbedringer:

**For det første** synes vi departementet går for langt i å nedtone kravet til “klar medisinskfaglig begrunnelse” for smitteverntiltakene. I høringsnotatet heter det (vår understreking):

“Det er tilstrekkelig at tiltaket kan være relevant i den aktuelle smittesituasjonen. Det er ikke krav om at man skal ha sikker kunnskap om potensiell effekt av tiltaket. Det er tilstrekkelig at man medisinskfaglig vurderer at tiltaket kan bidra til å forebygge eller forhindre overføring av smitte.”

Selv om vi er enige i at man ikke skal kreve sikker kunnskap om effekten (og dens størrelse), synes vi terskelen her settes for lavt. Senere i høringsnotatet har man valgt en bedre formulering (vår understreking):

“Når det er behov for å iverksette flere tiltak for å dempe smittespredningen, må man velge tiltak som man vet eller med stor sannsynlighet antar at vil ha effekt.”

Nødvendighetskravet peker i samme retning. Man kan ikke hevde at et smitteverntiltak som bare «kan» forebygge smitte, er helt nødvendig. Vi foreslår derfor at det i lovproposisjonens merknader benyttes en noe sterkere kvalifikasjon enn bare «kan», for eksempel slik:

“Det er tilstrekkelig at man medisinskfaglig vurderer at tiltaket *sannsynligvis / trolig / antakelig* vil ~~kan~~ bidra til å forebygge eller forhindre overføring av smitte i den aktuelle smittesituasjonen.”

Merk at vi her snakker om sannsynligheten for at tiltaket virker, ikke om virkningsgraden.

**For det andre** er det positivt at man bruker ordet forholdsmessighetsvurdering fordi man da knytter tydelig an til et begrep som er godt kjent i andre sammenhenger. Merknadene bør vise til EMK artikkel 8 og dens praksis for en firedelt test av forholdsmessighet:

1. Griper tiltaket inn i en menneskerettighet?
2. Har tiltaket hjemmel i lov, og er det forutsigbart og presist?
3. Er formålet legitimt?
4. Er tiltaket nødvendig i et demokratisk samfunn, altså er tiltaket presserende nødvendig, egnet til å nå formålet, det minst inngripende alternativet og rimelig balansert mellom individ og samfunn?

Vi synes videre at det er bra at man nevner eksempler på hvilke hensyn som må veies i forholdsmessighetsvurderingen. Vi foreslår at også «folkehelsen» listes her. Bakgrunnen er at de mest inngripende smitteverntiltakene (utover den tilsiktede effekten på smittespredningen) kan få betydelige negative følger for befolkningens fysiske og psykiske helse, slik man har sett eksempler på under og etter pandemien. Vårt forslag er altså:

“I helhetsvurderingen etter første ledd skal blant annet hensynet til smittevernet, *folkehelsen*, barnets beste og andre samfunnsmessige konsekvenser vurderes og avveies.”

**For det tredje** støtter vi tredje ledd om dokumentasjon. Dette vil motvirke de svakhetene vi så ved vedtakene om inngripende tiltak under pandemiens første fase. Dokumentasjon er viktig for tiltakenes legitimitet, og for å sikre åpen debatt om tiltakene.

**For det fjerde** mener vi at frivillighet fortsatt må nevnes som et grunnprinsipp i § 1-5 selv om forslaget til § 6-1 om tvangstiltak krever at frivillig medvirkning skal være forsøkt før tvangstiltak vedtas. Frivillig medvirkning er sentralt for flere av lovens bestemmelser, ikke bare tvangstiltakene, for eksempel unntak fra taushetsplikt (dagens § 2-2) og vaksinasjon (dagens § 3-8).

Frivillighet har helt siden dagens smittevernlov ble utredet av Helsedirektoratet, debattert og siden vedtatt, vært sett på som et viktig prinsipp for smittevernet. En viktig bakgrunn er at loven kom som følge av aids-epidemien. Det var den gang svært viktig å forsikre de utsatte gruppene og de smittede om at loven laget en høy terskel for inngripende tiltak mot dem.

Helsedirektoratets første veileder om loven (IK-8/95) omtalte frivillig medvirkning som et grunnprinsipp: «Loven bygger på at gjennomføringen av smitteverntiltak i utgangspunktet skal være basert på frivillig medvirkning fra den enkelte borgers side.» Videre ble det slått fast: «Utgangspunktet er at smitteverntiltak skal baseres på frivillighet, men det vil likevel være adgang til å gjøre unntak dersom det er hjemmel til det.» Frivillig medvirkning ble omtalt som ett av fire «hovedvilkår (...) som må oppfylles for alle viktige tiltaks vedkommende». (De andre var medisinsk-faglig begrunnelse, nødvendig av hensyn til smittevernet og tjenlighet etter helhetsvurdering.)

Formuleringer fra denne veilederen kjenner vi igjen i Prop. 91 L (2018-2019) der det ble foreslått å innføre de fire vilkårene som en egen paragraf (§ 1-5): «Utgangspunktet er at smitteverntiltak skal baseres på frivillighet, men det er likevel adgang til å gjøre unntak fra frivillighet dersom det foreligger hjemmel. Departementet vil understreke at det er vesentlig at frivillighet er forsøkt i første omgang ved bruk av smitteverntiltak og at dette har en selvstendig betydning som rettssikkerhetsgaranti.» Formuleringen i dagens § 1-5 er:

«Ved iverksettelse av smitteverntiltak skal det legges vekt på frivillig medvirkning fra den eller de tiltaket gjelder.»

Vi kan ikke se at dagens lov avgrenser dette kravet til bare de individrettede tvangstiltakene. Etter vårt syn gjelder det alle smitteverntiltak etter loven, også de «befolkningsrettede». Her er vi altså på linje med Helsedirektoratet, jf. deres delleveranse 1: «Smittevernloven bygger på at gjennomføringen av smitteverntiltak i utgangspunktet skal være basert på frivillighet. Bare i spesielle situasjoner kan det bli aktuelt å pålegge konkrete plikter eller tvangstiltak etter en konkret vurdering av situasjonen.» Dette knytter også an til hvordan den såkalte “frivillighetslinja” ble valgt i responsen på aids-epidemien i det første kontrollprogrammet, utformet av Helsedirektørens rådgivende utvalg ledet av Folkehelseinstituttets Arve Lystad og utgitt av Helsedirektoratet i 1985 (IK-2183 TRE).

Noen av de befolkningsrettede tiltakene under pandemien var meget inngripende for hundretusener av enkeltindivider (som befolkningen jo består av). Unnlatelse av å følge tiltakene var straffbart med fengsel. Pålegget under pandemien til smittede om å isolere seg (feilaktig hjemlet i dagens § 4-1, siden erstattet av § 4-3a) kan man diskutere om var et individrettet eller befolkningsrettet tiltak. I Ot.prp. nr. 91 (1992-1993) pekte departementet på at «prinsippet om frivillig medvirkning må gjelde som utgangspunkt for ethvert spørsmål om isolering».

I samme proposisjon forklares frivillighetsprinsippet slik: «For det første er frivillig medvirkning gjort til et grunnprinsipp som alltid skal ha vært forsøkt før det settes i verk tiltak av mer inngripende karakter.» Her er vi på linje med høringsnotatet om at det ved tiltak som tar sikte på å endre befolkningens atferd noen ganger «kan være behov for å sette i verk tiltak uten at det først er forsøkt med endringer av befolkningens adferd gjennom anbefalinger». Vi mener dette bør være unntaket, og at hovedregelen er frivillig medvirkning.

For å understreke frivillighetsprinsippet foreslår vi at § 1-5 skal ha med en formulering om frivillighet selv om det kan argumenteres for et slikt krav framgår av kravet om nødvendighet. Vi foreslår følgende formulering av første ledd:

«Smitteverntiltak etter loven skal være basert på en klar medisinskfaglig begrunnelse, ~~være~~ nødvendige av hensyn til smittevernet og forholdsmessige. *Frivillige tiltak skal velges der det anses tilstrekkelig.*»

**For det femte** mener vi, med erfaringene fra pandemien i minne, at paragrafen (eller i det minste merknaden til den) må presisere at smitteverntiltak etter loven skal være forenlig med Grunnloven og menneskerettsloven. Selv om dette rettslig sett er overflødig, viser erfaringene fra pandemien at dette ble sentralt i noen av sakene for Høyesterett. Pedagogiske hensyn tilsier at dette nevnes i lovteksten.

«Smitteverntiltak etter loven skal være basert på en klar medisinskfaglig begrunnelse, nødvendige av hensyn til smittevernet, *forenlige med Grunnloven og menneskerettsloven. Frivillige tiltak skal velges der det anses tilstrekkelig.*»

**For det sjette** foreslår vi at merknaden til denne paragrafen gir konkret veiledning om de vurderingene som den aktuelle myndigheten må gjøre etter første og andre ledd. Dette kan ha form av en liste med momenter som hører med i en vurdering (ut over det som nevnes i paragrafen). Vi tror dette vil være særlig nyttig for kommunene og kommuneoverlegene og eventuelt for departementet eller direktoratet som senere kanskje skal lage rundskriv eller veiledere om bruk av loven. Det bør også gis veiledning om hvem som bør være involvert i vurderingene. For eksempel er det nødvendig med faglig kompetanse om barns helse og utvikling for å vurdere hva som er barnets beste.

**Oppsummert** synes vi altså at forslaget til ny § 1-5 er bra, men foreslår følgende ytterligere forbedrede versjon:

«Smitteverntiltak etter loven skal være basert på en klar medisinskfaglig begrunnelse, ~~være~~ nødvendige av hensyn til smittevernet, ~~og~~ *forenlige med*

*Grunnloven og menneskerettsloven. Frivillige tiltak skal velges når det anses tilstrekkelig.*

I helhetsvurderingen etter første ledd skal blant annet hensynet til smittevernet, *folkehelsen*, barnets beste og andre samfunnsmessige konsekvenser vurderes og avveies.

Ved fastsettelse, videreføring og opphevelse av smitteverntiltak i forskrift skal den som fatter vedtaket så snart som mulig formidle kunnskapsgrunnlaget og gi en skriftlig fremstilling av de begrunnelsene og avveiningene som ligger til grunn for vedtaket.»

## § 2-3 Det regionale helseforetaket

Paragrafen foreslås videreført uendret fra dagens § 7-3. Vi har ikke noen innvendinger mot paragrafens ordlyd, men vil likevel kommentere følgende:

Mye viktig smittevernarbeid foregår i sykehusene for å hindre smitte mellom pasienter og mellom helsepersonell og pasienter. Arbeidet er stadig mer krevende fordi pasientene i økende grad er eldre og immunsvekkede (blant annet som følge av behandlinger), og fordi stadig mer kompliserte og infeksjonsutsatte undersøkelser og inngrep gjøres på stadig svakere pasienter. Forekomsten av infeksjoner med smittestoffer med antimikrobiell resistens kompliserer bildet ytterligere. Som følge av hyppig flytting av pasienter mellom hjemmet, sykehjem og sykehus, vil smittesituasjonen i sykehusene også affisere kommunene og omvendt.

Mens §§ 2-1 og 2-2 gir detaljerte beskrivelser av kommunen og kommuneoverlegens rolle og ansvar i smittevernet, synes vi sykehusene og sykehusenes smittevernlege er betydelig mindre detaljert beskrevet. Forskrift om smittevern i helsetjenesten gir noen flere detaljer, særlig om sykehusenes plikt til å ha infeksjonskontrollprogram.

De regionale kompetansesentrene for smittevern i helsetjenesten er nevnt i forslaget tredje ledd, men ikke rollen til smittevernpersonellet i helseforetakene. I det daglige har sykehusets smittevernlege (jf. forskriften § 2-3 andre ledd) og dennes medarbeidere mange av de samme roller og funksjoner i sykehuset som kommuneoverlegen har i kommunen. Loven bør legge til rette for samvirke og klar ansvarsfordeling.

Under pandemien var det til tider uklarheter i ansvarsforholdene mellom kommuner og sykehus. Kommunens smitteverntiltak påvirker sykehuset, men sykehuset har pasienter fra flere kommuner. Det var også uklart hvordan sykehuset eventuelt selv kan innføre begrensninger på besøk eller krav om munnbind, og med hvilken hjemmel.

Vi foreslår at departementet vurderer om paragrafen bør nevne forskriftens krav til helseforetakene om å ha infeksjonskontrollprogram og andre oppgaver (etter mønster av § 2-1) og nevne sykehusenes smittevernlege og dennes oppgaver (etter mønster av § 2-2).

Vi har ved enkelte paragrafer under innspill til beskrivelser av sykehusenes rolle.

## § 2-4 Statsforvalteren

Folkehelseinstituttet støtter at denne paragrafen gir statsforvalterne en funksjon som et bindeledd mellom stat og kommune, jf. tredje ledd, men ikke gir statsforvalterne selvstendig myndighet i smittevernet. Statsforvalterne får altså samme funksjoner som de løste bra under pandemien.

**Om samvirke:** Folkehelseinstituttet mener at statsforvalternes rolle som tilrettelegger for samvirke mellom kommuner og mellom kommunene og helseforetakene under pandemien, i tråd med beredskapsprinsippene, var så nyttig at den bør lovfestes. Dette kan ses på som en lovfesting og konkretisering av prinsippene som allerede finnes i samfunnssikkerhetsinstruksen. En slik oppgave mener vi ikke vil utfordre tilsynsrollen. Vi foreslår følgende endring i første ledd:

«Statsforvalteren skal ha særlig oppmerksomhet rettet mot smittevernet i fylket, herunder ha oversikt over og kunnskap om lokale planer om smittevern, *tilrettelegge for samvirke mellom kommuner og med helseforetak i smittevernarbeidet*, samt yte bistand ved behov.»

**Om rådgivning:** Vi er enige i at statsforvalteren skal gi råd og veiledning i tilknytning til sine tilsyn. Dette bør i merknadene avgrenses mot den smittevernfaglige rådgivningen som Folkehelseinstituttet gir, jf. våre kommentarer til § 2-7 nedenfor.

**Om tilsyn:** Vi har ingen forslag til nytt andre ledd, men stiller spørsmål ved om det er nødvendig å spesifisere paragrafer her. Statsforvalteren bør i utgangspunktet kunne føre tilsyn med alle helsetjenestens aktiviteter knyttet til smittevernloven.

**Om lovlighetskontroll:** Under pandemien var det vanskelig for kommunene å lage lokale forskrifter etter dagens § 4-1. Forskrifter med til dels lav kvalitet og svake begrunnelser ble vedtatt, og vurderingene av kravene i § 1-5 var noen ganger utilstrekkelige. Departementets rundskriv hjalp noe. Bare i noen få tilfeller utførte statsforvalteren lovlighetskontroll, og enkelte forskrifter ble faktisk opphevet. Generelt har departementet (delegert til statsforvalterne) høy terskel for på egen hånd å starte lovlighetskontroll, jf. kravet i kommuneloven § 27-1 om «særlige grunner».

Kommunen vil etter kapittel 7, særlig §§ 7-1 og 7-2, ha myndighet til å innføre svært inngripende tiltak. Det er knapt noen andre lover som gir kommunene slik makt over innbyggerne. Derfor bør terskelen for lovlighetskontroll senkes. Vi foreslår at følgende fjerde ledd føyes til smittevernloven § 2-4:

«Ved særlig inngripende tiltak skal statsforvalteren føre tilsyn med lovligheten av kommunens eller kommunelegens vedtak etter kapittel 7.»

## § 2-7 Folkehelseinstituttet

Departementet foreslår at også helseforetak og regionale helseforetak skal være mottaker av FHIs smittevernfaglige råd og bistand. Vi støtter dette.

Vi har ellers to innspill til denne paragrafen:

Før 2024 skulle FHI etter smittevernloven § 7-9 gi råd også «til befolkningen» og temaet var «smittsomme sykdommer, smittevern og valg av smitteverntiltak». Med endringen av paragrafen 1.1.2024 ble befolkningen tatt bort som målgruppe, og rådgivningen ble begrenset til «i forbindelse med oppklaring og kontroll av utbrudd av smittsomme sykdommer».

**Det første innspillet gjelder mottakerne av FHIs bistand og råd:** Av forarbeidene framgår at bestemmelsen ikke er ment å gi en uttømmende beskrivelse av oppgaver og ansvar, og at mer detaljert fastsettelse av oppgaver og ansvar må formidles på annet vis, som i forskrifter, instruks eller etatsstyring. FHI gir smittevernråd løpende til befolkningen via våre nettsider. I Hovedinstruks for Folkehelseinstituttet fra desember 2025 er også “befolkningen” tatt inn som målgruppe for instituttet smittevernfaglige råd og bistand i forbindelse med oppklaring og kontroll av smittsomme sykdommer.

FHI anbefaler at «befolkningen» også i loven på nytt tas inn som målgruppe som FHI skal gi råd og bistand til.

**Det andre innspillet gjelder temaene for FHIs bistand og råd:** Paragrafen bør tilpasses dagens virkelighet. FHI driver omfattende rådgivning om smittevern generelt, altså forebygging og kontroll av smittsomme sykdommer, ikke bare ved utbrudd av smittsomme sykdommer:

- **Temaene** er blant annet smittevern i og utenfor helsetjenesten, vaksinasjon, medisinsk-mikrobiologiske metoder, reiseråd og vannhygiene.
- **Kanalene** er portaler og håndbøker på fhi.no; kurs, konferanser, webinarer og utdanning; vaktordninger og telefontjenester samt rådgivning per telefon og e-post i enkeltsaker til helsepersonell og helsetjenesten; rådgivning og oppdragsbesvarelser til departementet og statlige etater; rådgivning til befolkningen på fhi.no og helsenorge.no og rådgivning til befolkningen gjennom intervjuer med massemedier.
- **Grunnlaget** er FHIs overvåking, helseanalyse og forskning, informasjon fra vårt omfattende kontaktnett nasjonalt og internasjonalt og kompetansen og akkumulert erfaring hos medarbeiderne.

Gjennom denne omfattende rådgivningen i normale tider og kriser er FHI en pådriver for bedre smittevern i landet. Erfaringen med utbruddshåndtering og pandemiberedskap viser viktigheten av å ha aktivitet i normale tider (utenom utbrudd og pandemi) for å sikre nettopp god beredskap. Aktivitet og kommunikasjon i normale tider er essensielt for å oppnå rask og tillitsfull kommunikasjon og iverksetting av tiltak i kriser, jf. ansvarsprinsippet. I normale tider og under pandemien var FHIs rådgivning verdsatt ute i tjenestene, jf. for eksempel uttalelsen fra mange kommuneleger referert i Prop. 11 L (2023-2024) punkt 5.2.2.

Kravet om at Folkehelseinstituttet skal gi råd og bistand bare ved *oppklaring og kontroll av utbrudd* er unødvendig begrensende, og ikke i tråd med dagens praksis. Vi ønsker at også vårt arbeid for å *forebygge* at utbrudd oppstår skal være pålagt i loven. Det er en viktig

oppgave for statens smitteverninstitutt og fremste fagmiljø i smittevern å gi råd om smittevern.

**Oppsummert** foreslår vi følgende formulering av § 2-7:

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

Folkehelseinstituttet skal gi smittevern faglige råd og bistand til helsepersonell, kommuner, fylkeskommuner, helseforetak, regionale helseforetak, ~~og~~ statlige virksomheter og *befolkningen om smittevern i forbindelse med og om forebygging, opplæring og kontroll av utbrudd av smittsomme sykdommer.*”

## § 2-8 Helsedirektoratet

Folkehelseinstituttet er i hovedsak enig i endringene fra dagens § 7-10, med de begrunnelser som høringsnotatet gir. Når myndighet blir overført til Kongen eller Kongen i statsråd, jf. kapittel 8, kan ikke tilsvarende myndighet bevares hos Helsedirektoratet. Det er heller ikke hensiktsmessig at et direktorat har instruksjonsmyndighet overfor kommuner, fylkeskommuner, helseforetak og statlige etater. Slike hjemler bør ligge til Kongen eller departementet.

Grenseflaten mot FHIs oppgaver har vært diskutert, senest før endringene av dagens §§ 7-9 og 7-10 i 2024. Vi erfarer at det fortsatt er behov for å tydeliggjøre hva som menes med «myndighetsoppgaver» i forslaget til § 2-8 første ledd slik at de to etatene har mer avklarte oppgaver og grenseflater. Hva som ligger i begrepet myndighetsoppgaver, kan tolkes ulikt. Normalt vil en myndighet defineres som en offentlig institusjon eller organ som har makt og ansvar til å treffe beslutninger og håndheve lover innenfor et bestemt område.

Vi tolker første ledd av § 2-8 slik at Helsedirektoratet må ha fortløpende orientering og informasjon om utbrudd av smittsomme sykdommer når utbruddene vil kunne påvirke behov for helsetjenester. Det er imidlertid viktig å avgrense dette fra FHIs ansvar for overvåking, rådgivning og bistand som skissert i forslag til endret § 2-7.

Merknadene til § 2-8 bør klargjøre at Helsedirektoratets rådgivning er knyttet til myndighetsutøvelsen (første ledd) og særlig vil dreie seg om hvordan lovverket skal forstås og benyttes, og til de faglige retningslinjene (andre ledd). Helsedirektoratet utøver myndighet ved å gi faglig rådgivning til helsetjenesten gjennom nasjonale veiledere og retningslinjer samt juridisk rådgivning som ledd i deres forvaltning av lovverket. Vi foreslår at det kan tas inn i merknadene for å bidra til bedre avklarte ansvarsområder mellom etatene.

Vi støtter ellers at paragrafen ikke slår fast hvem som skal gi de retningslinjene som er nevnt i andre ledd. Det kan være at disse retningslinjene er gitt av Helsedirektoratet, departementet eller andre.

Vi er enige i at dagens hjemmel i § 7-10 andre ledd om at Helsedirektoratet kan instruere kommunene og statlige virksomheter om deres aktivitet er for vidtrekkende og uklart avgrenset og kan utfordre det kommunale selvstyret, særlig ettersom hjemmelen ikke er knyttet til en krisesituasjon. Slike instruksjoner bør gis av departementet eller regjeringen etter normal saksgang hjemlet i andre deler av loven. Eventuelt, som en beredskapsbestemmelse, kan det i § 7-9 tilføyes et tredje ledd eller i kapittel 8 tilføyes en paragraf med følgende ordlyd:

«Når det er nødvendig for å sikre et effektivt og forsvarlig smittevern mot samfunnsfarlig utbrudd av smittsom sykdom, kan Kongen i statsråd gi forskrift om at kommuner eller fylkeskommuner skal organisere eller utføre nærmere bestemte tjenester eller tiltak, samarbeide, eller følge nærmere bestemte retningslinjer.»

## § 2-10 Bistandsplikt og § 2-11 Informasjonsplikt og unntak fra taushetsplikt

Folkehelseinstituttet støtter at § 4-10 splittes og oppdateres. Vi støtter at de nevnte virksomhetene fortsatt skal ha plikt til oppmerksomhet og bistand. Vi støtter også den foreslåtte innskrenkningen av informasjonsplikten.

## Kapittel 3 om vaksinasjon

Folkehelseinstituttet er enig i at § 3-8 kan erstattes av et eget kapittel om vaksinasjon, og vi støtter de tre paragrafene §§ 3-1, 3-2 og 3-3. Vi vil kommentere tre forhold:

**Formålet med vaksinasjon:** Formålet med vaksinasjon er å stimulere immunforsvaret slik den vaksinertes eventuelle senere eksponering for smittestoffet fører til mindre alvorlig sykdom eller ingen sykdom. Man beskytter altså de vaksinerte. For noen sykdommer og vaksinasjoner kan man i tillegg oppnå at den vaksinerte i mindre grad eller ikke i det hele tatt blir smittet og derfor heller ikke kan smitte videre. Det gjelder flere av sykdommene som omfattes av barnevaksinasjonsprogrammet, for eksempel meslinger, røde hunder og HPV-infeksjon. Da får man altså en indirekte effekt for andre mennesker (grupper eller hele befolkningen) ved at de i mindre grad vil støte på smitekilder. Da kan vaksinasjon benyttes til å holde en smittsom sykdom under kontroll eller til og med eliminere den fra landet (som meslinger) og potensielt utrydde den (som poliomyelitt).

I høringsnotatet side 50 sies det:

«Formålet med vaksinasjonsprogrammet er å forebygge alvorlig sykdom og død av sykdommene vi vaksinerer mot. Vaksinasjonsprogrammet skal også bidra til å holde sykdommer under kontroll i samfunnet, og samfunnets behov kan komme i tillegg til den enkeltes beskyttelse mot sykdom. For enkelte sykdommer er det egne mål om å eliminere smitte i Norge og større geografiske områder, eller å utrydde smitten.»

Vi foreslår at dette avsnittet tas inn i merknaden til § 3-1.

**Terminologi:** Med immunisering menes å frembringe immunitet. Det kan skje ved å tilføre ferdige antistoffer mot et smittestoff (passiv immunisering) eller ved å stimulere immunforsvaret til selv å produsere antistoff og spesifikke immunceller mot smittestoffet ved å eksponere immunforsvaret for antigener fra dette smittestoffet (aktiv immunisering eller vaksinasjon).

Vaksinasjon er derfor én av to undergrupper av immunisering. I vaksinasjonsprogrammet kan det imidlertid bli aktuelt også med passiv immunisering, for eksempel til nyfødte mot sykdom forårsaket av RSV. Faktisk kan vi allerede nå betrakte kikhostevaksinasjon av gravide som en passiv immunisering av nyfødte fordi antistoffer som mor produserer etter vaksinasjon, overføres til fosteret slik at barnet blir født med noe immunitet.

Vi er usikre på hvor detaljert slike forhold bør beskrives i loven eller merknaden, men vi ønsker at det legges til rette for at vaksinasjonsprogrammet kan omfatte også passiv immunisering med antistoffer (immunglobuliner). Det kan for eksempel gjøres ved at kapitlet kalles «Vaksinering og immunisering av befolkningen», altså tittelen på dagens § 3-8. Eller ved at man i merknaden spesifiserer at man med vaksinasjon også mener passiv immunisering. Man kan videre i første ledd av § 3-1 bytte ut ordet vaksinering med immunisering eller benytte «vaksinering og immunisering». (I Australia har man i en ny vaksinasjonslov tatt inn følgende definisjon (vår oversettelse): «Vaksine betyr et preparat, inkludert en vaksine eller annet immuniserende stoff, som gjennom aktiv eller passiv immunitet gir beskyttelse mot sykdom».)

Ordbruken kan ha betydning også for § 3-2. Ansvar for forsyning og beredskap må gjelde også immunglobuliner og antitoksiner. Dette må klargjøres i selve lovteksten eller i merknadene.

**Vaksinasjonsplikt:** Vi er enige i at vaksinasjon skal være frivillig. Fordelene med dette er flere. Man slipper den etiske utfordringen ved å pålegge folk å ta et legemiddel som i noen tilfeller kan gi bivirkninger. Frivillig vaksinasjon har vist seg mest effektivt i å oppnå høy vaksinasjonsdekning i vårt land. Og det er strategisk riktig ved at det demper polarisering, opprettholder tillit og reduserer motstand mot vaksinasjon og overgrepssanklager mot myndighetene.

FHI er derfor enig i at Helsedirektoratet ikke lenger skal ha hjemmel til å påby vaksinasjon. Det ville være for lav terskel. I høringsnotatet foreslås hjemmelen helt fjernet slik at et eventuelt framtidig påbud om vaksinasjon i en gitt situasjon må vedtas av Stortinget.

Før vi diskuterer behovet for pliktig (også kalt påbudt eller obligatorisk) vaksinasjon, vil vi klargjøre hva vi mener med begrepet. Vi er ikke enig med høringsnotatet kapittel 12.2 der det forutsettes at pliktig vaksinasjon kan gjennomføres med tvang. En vanligere tolkning er at pliktig vaksinasjon er vaksinasjon der brudd på plikten kan medføre sanksjoner i form av straff (bøter), tap av goder eller frihetsbegrensinger. Eksempler på dette fra andre land er at uvaksinerte barn nektes å gå i offentlige barnehager og skoler eller at familien mister barnetrygd eller liknende. I Norge var koppevaksinasjon påbudt fram til 1976 og BCG-vaksinasjon fram til 1995. Vi kjenner ikke til at det i nyere tid har vært sanksjoner knyttet til

nekting. Vaksinerer ved hjelp av fysisk tvang er aldri ønskelig. Dersom pliktig vaksinasjon skal være en del av loven, må det forklares hva sanksjonene eventuelt skal være.

En undersøkelse blant norske småbarnsforeldre viste lav toleranse for obligatorisk vaksinasjon eller sanksjoner mot dem som ikke følger anbefalingene (<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0264410X25011065>).

**Spørsmålet fra vår side er derfor om Kongen i statsråd skal kunne påby vaksinasjon for en avgrenset periode ved et samfunnsfarlig utbrudd, etter vurdering mot § 1-5, men uten tvangsmulighet eller straffesanksjon.**

Avgjørende for dette spørsmålet er om vi kan se for oss et scenario der et påbud er nødvendig

Vi må først vurdere om det finnes scenarioer som kan oppfylle alle følgende kriterier:

1. Sykdommen opptrer i et samfunnsfarlig utbrudd («samfunnskritisk sykdom»). (Et så inngripende tiltak kan ikke være aktuelt ved mindre alvorlige sykdommer og situasjoner.)
2. Andre tiltak er utilstrekkelige for å oppnå smittevernstrategiens mål, herunder å beskytte liv, helse, helsetjenesten og samfunnsfunksjoner. (Kan målet nås med andre midler, bør de velges først.)
3. Vaksinasjon gir beskyttelse mot infeksjon slik at man kan forvente en indirekte effekt, altså en beskyttelse av andre enn de vaksinerte. (Hvis beskyttelsen er bare mot sykdom hos de vaksinerte, må de selv få lov å velge om de ønsker denne beskyttelsen.)
4. Vaksinasjon gir klart økt beskyttelse som målgruppene mangler fra før. (Hvis immuniteten allerede er utbredt fra tidligere vaksinasjon eller infeksjon, trengs ikke pålagt vaksinasjon)
5. Vaksinasjon har ingen kjente, alvorlige bivirkninger som opptrer hyppigere enn ekstremt sjeldent. (Man kan ikke påby vaksinasjon dersom man vet det vil medføre alvorlige bivirkninger.)
6. Det er indikasjoner på at en avgjørende andel av målgruppa vil takke nei til vaksinasjon og ikke vil la seg overbevise. (Hvis avståelse er sjeldent, og indirekte beskyttelse kan oppnås uten svært høy oppslutning, er påbudt vaksinasjon unødvendig.)

Deretter må vi vurdere om det ved slike eventuelle scenarioer er nødvendig å unnlate behandling i Stortinget ved at scenarioet oppfyller alle følgende kriterier:

- A. Norske myndigheter har allerede tilgang på vaksiner i nødvendig antall. (Hvis man må vente på produksjon av vaksiner, har man tid til å spørre Stortinget imens.)
- B. Det finnes et apparat for å vaksinere dem som er målgruppa for vaksinasjon. (Hvis man må bygge opp et apparat for distribusjon av vaksiner og gjennomføre vaksinerer, har man tid til å spørre Stortinget imens.)
- C. Stortinget er ute av stand til å vurdere situasjonen og tiltaket og fatte et vedtak raskt nok. Høringsnotatet forutsetter at Stortinget kan klare dette. (Etter Grunnloven kan

Stortinget sammenkalles av Kongen i statsråd når som helst (§ 69) og ved epidemier hvor som helst (§ 68) og er vedtaksført med halvparten av representantene til stede. Hvis Stortinget på grunn av andre kriser ikke kan sammenkalles eller ikke kan prioritere dette temaet, er det bedre at Kongen i statsråd kan fatte vedtaket.)

Vi klarer ikke å identifisere scenarioer som sikkert oppfyller alle disse kriteriene. Det verste scenarioet er en epidemi med kopper, for eksempel etter overlagt spredning. Her er imidlertid latenstida såpass lang og det er lite presymptomatisk smitte slik at andre tiltak kan være tilstrekkelige (kriterium 2). Reproduksjonstallet er et sted mellom 3 og 6 så man kan ved vaksinasjon oppnå god befolkningsimmunitet selv om 10-20 prosent takker nei.

Et annet scenario er et utbrudd av ebolafeber etter flyktingestrøm fra et land med et pågående ebolautbrudd. Her vil det ta noen dager å importere nok vaksiner (kriterium A), og vaksinasjonsvilligheten vil sannsynligvis være svært høy (kriterium 6). Med et nokså lavt reproduksjonstall vil eventuelle vaksinasjonsnektene neppe ha stor betydning. I vårt land vil et utbrudd nokså lett kunne stoppes gjennom andre tiltak.

FHI mener at det er en fordel at bare Stortinget kan vedta et så inngripende tiltak, selvfølgelig basert på smittevernfare, etiske og andre innspill, fordi de folkevalgte da kan gjøre de avveininger som skal gjøres etter § 1-5. De folkevalgte ansvarliggjøres, og tiltaket får større legitimitet. Man slipper da også faren for at tilstedeværelsen av en hjemmel for Kongen i statsråd i seg selv er med på å senke terskelen for å ta i bruk tiltaket.

Fordelen med at Kongen i statsråd har myndighet til å påby vaksinasjon, er at tiltaket i en gitt situasjon trolig kan iverksettes raskere og blir uavhengig av Stortingets mulighet eller kapasitet til rask behandling.

Samlet sett mener Folkehelseinstituttet at påbudt vaksinasjon bare skal kunne vedtas av Stortinget. Vi støtter dermed høringsnotatet. Påbudet må ikke knyttes til tvang eller straffesanksjoner. Dersom departementet ser for seg at det kan oppstå situasjoner der Stortinget ikke kan samles i løpet av noen uker (for eksempel krig), bør det vurderes å åpne for at Kongen i statsråd i akkurat disse situasjonene kan gjøre vedtaket.

Vi viser også til vårt innspill til §§ 7-3 og 8-9 om mulighet for forskjellsbehandling av vaksinerte og uvaksinerte.

## § 4-2 Legens plikt til å foreta smitteoppsporing

Denne paragrafen viderefører i hovedsak dagens § 3-6. Vi har følgende fem innspill:

**Terminologi:** I noen miljøer benyttes begrepet «smittesporing» framfor «smitteoppsporing». Vi synes det første er bedre og passer best med det engelsk *contact tracing*, altså at man følger et spor som går ut fra den smittede indekspasienten.

**Smitteoppsporing ved andre sykdommer:** Smitteoppsporing er et gammelt og velprøvd tiltak for å begrense spredningen av smittsomme sykdommer og bidrar til god oppfølging av eksponerte personer. I § 4-2 videreføres en plikt for legen til å gjøre smitteoppsporing ved

allmennfarlige smittsomme sykdommer dersom «hensynet til smittevernet krever det». Det er bra.

Dagens § 3-6 og foreslåtte § 4-2 sier ikke noe om *muligheten* (ikke plikten) for legen til å gjøre smitteoppsporing ved andre enn de allmennfarlige smittsomme sykdommene. Vi har alltid tenkt at dette er en mulighet for legen der det er smittevernmessig fornuftig. I sykehjem og sykehus kan det for eksempel dreie seg om infeksjon eller bærerskap med en bakterie med uheldige resistensegenskaper. I forbindelse med vurdering av fugleinfluensa som allmennfarlig smittsom sykdom ble vi imidlertid klar over denne tolkningen fra Helsedirektoratet (brev 24/10820-71 til HOD, 29.5.2025):

«Behandling av personopplysninger krever et tydelig rettslig grunnlag. Det er ikke et rettslig grunnlag i smittevernloven eller helsepersonelloven for å kunne dokumentere nærkontakter til en pasient med smittsom sykdom som ikke er allmennfarlig. Det er også problematisk å basere det rettslige grunnlaget på samtykke etter GDPR.»

Videre skriver Helsedirektoratet:

«Dersom en lege etterspør opplysninger om mulige smittekontakter, og sykdommen ikke er allmennfarlig, kan ikke slike opplysninger videreformidles til kommunelegen i medhold av smvl. § 3-6. Kommunelegen kan heller ikke motta og behandle slike opplysninger i medhold av denne bestemmelsen. Det er behov for et annet aktuelt unntak fra taushetsplikten etter helsepersonellovens §§ 21 flg, og et annet rettslig behandlingsgrunnlag for at kommunelegen skal kunne motta og behandle disse opplysningene.»

Dermed kan vi komme i den situasjonen at en sykdom må defineres som en allmennfarlig smittsom sykdom bare for å gi legene mulighet til å drive smitteoppsporing. (Vi har sett eksempler på dette: fugleinfluensa må kanskje defineres som allmennfarlig bare for at legene skal kunne drive smitteoppsporing. På sykehusene vil man raskt ønske at smittsom sykdom med bakterier med nye resistensmønstre defineres som allmennfarlige slik at man kan drive smitteoppsporing selv om det ellers ikke er behov for en slik klassifisering.) Det bør være unødvendig.

Vi foreslår derfor at man i første ledd etter første setning innfører følgende:

«Legen kan foreta smitteoppsporing også ved sykdommer som ikke er allmennfarlige dersom dette er tjenlig for smittevernet ved å forebygge smittespredning og eventuelt utvikling av sykdom.»

**Kommuneoverlegens samarbeid med smittevernlege i sykehus:** Etter første ledd kan legen kontakte andre leger «i sammenheng med smitteoppsporing uten hinder av taushetsplikt.» Vi tolker dette som at kommuneoverlegen har samme mulighet der han har overtatt smitteoppsporingen etter fjerde eller sjette ledd. Dette bør presiseres i merknaden. Dette vil gi kommuneoverlegen mulighet til å samarbeide med sykehusets smittevernlege (jf. Forskrift om smittevern i helsetjenesten § 2-3, jf. merknaden), for eksempel der indekspasienten har ligget på sykehus og det er mistanke om at flere pasienter der kan ha blitt eksponert. Slike

situasjoner løses best ved nært samarbeid mellom kommuneoverlegen og sykehusets smittevernlege. Videre vil legen kunne samarbeide med overlegen ved det medisinsk-mikrobiologiske laboratoriet.

**Kommuneoverlegens plikt:** Noen kommuneoverleger er bekymret for at fjerde ledd om at kommuneoverlegen *skal* overta smitteoppsporingen dersom den diagnostiserende legen ikke er i stand til det, kan føre til stor arbeidsbelastning i en utbruddssituasjon. Vi foreslår at ordet «skal» benyttes ut med «kan», og så kan man i merknaden forklare at de to legene må ha dialog om hvordan smitteoppsporingen skal foregå.

**Kommuneoverlegens mulighet:** Vi støtter nytt siste ledd om at kommunen eller kommuneoverlegen kan bestemme at kommuneoverlegen skal overta smitteoppsporing og oppfølging, men vi mener dette ikke behøver begrenses til «samfunnskritisk sykdom». I mange kommuner er det rutine at kommuneoverlegen driver smitteoppsporingen og oppfølgingen ved tuberkulose, jf. tuberkuloseforskriften §§ 2-3 bokstav d og f og 4-2 bokstav d. Også ved andre sykdommer kan kommuneoverlegen finne at det tjener smittevernet om hen overtar smitteoppsporingen selv om hovedregelen er at diagnostiserende lege gjør dette. En slik overtakelse må selvfølgelig skje i dialog med kommunens leger. Det vil være uheldig om en situasjon / sykdom må defineres som «samfunnskritisk sykdom» bare for å gi kommuneoverlegene mulighet til å overta smitteoppsporingen.

## § 4-3 Informasjon og personlig smittevernveiledning til smittede personer

Denne paragrafen viderefører i hovedsak dagens § 2-1. Vi har følgende tre innspill:

**Understreking av smittevernveiledningens sentrale plass:** Personlig smittevernveiledning er et kraftfullt virkemiddel i smittevernet. Mot HIV-epidemien har dette fra starten vært hovedmiddelet: finne de smittede og veilede dem til sikker atferd, jf. «Helsedirektørens kontrollprogram for AIDS-sykdommen» fra 1985 (IK-2138-TRE). Dette programmet, utformet ved Folkehelseinstituttet, la grunnlaget for den såkalte frivillighetslinja mot aids-epidemien. Etter § 5-2 (dagens § 5-1) har pasienten plikt til å følge veiledningen og til og med la seg isolere dersom det er nødvendig, men plikten er ikke straffesanksjonert.

Vi foreslår at merknaden bør understreke at god informasjon til de smittede pasientene og veiledning om sikker atferd er en hjørnestein i et smittevern basert på frivillighet. Samlet sett kan innsatsen fra mange leger overfor mange pasienter gi en formidabel effekt. Smitten stopper opp når de smittede blir diagnostisert og slutter med smittefarlig atferd. Dessverre ble denne linja forkastet tidlig under covid-19-pandemien til fordel for en forskrift (nr. 294 av 15.3.2020) om isolering under trussel om straff. Vi viser til våre kommentarer til § 8-3 nedenfor.

**Eksponerte personer:** Når eksponerte personer ikke lenger skal defineres som smittede personer, jf. våre kommentarer til § 1-3 over, bør bestemmelsene i denne paragrafens første ledd gjelde for eksponerte personer også. Dersom man driver smitteoppsporing og finner eksponerte personer, er det også nødvendig å gi dem smittevernveiledning, for eksempel be

dem unngå visse aktiviteter i tida fram til det foreligger et prøvesvar som tilsier at de ikke er smittet. Første setning bør derfor starte slik:

«Den undersøkende eller behandlende legen skal snarest mulig *gi en person som er eksponert for eller* smittet med en allmennfarlig smittsom sykdom, informasjon og personlig smittevernveiledning om (...).»

**Kommuneoverlegens mulighet:** Vi støtter nytt siste ledd om at kommunen eller kommuneoverlegen *kan* bestemme at kommuneoverlegen skal overta smittevernveiledningen, men vi mener dette ikke behøver begrenses til «samfunnskritisk sykdom». I mange kommuner er det rutine at kommuneoverlegen driver informasjon til og smittevernveiledning ved tuberkulose, jf. tuberkuloseforskriften §§ 2-3 bokstav d og f og 4-2 bokstav d. Også ved andre sykdommer kan kommuneoverlegen finne at det tjener smittevernet om hen overtar smittevernveiledningen selv om hovedregelen er at diagnostiserende lege gjør dette. En slik overtakelse må selvfølgelig skje i dialog med kommunens leger. Det vil være uheldig om en situasjon / sykdom må defineres som «samfunnskritisk sykdom» bare for å gi kommuneoverlegene mulighet til å overta smittevernveiledningen.

## § 4-4 Unntak fra taushetsplikt

Paragrafen videreføres nesten uendret fra dagens § 2-2. Vi har ingen innvendinger mot dette.

Vi vil imidlertid peke på følgende problemstilling: Det kan være behov for at sykehuset ved utskrivning tydelig merker journalen til en pasient som har vært eksponert for en særlig resistent bakterie under oppholdet, men uten at det er avklart om vedkommende ble smittet. Da kan mottakende sykehjem eller sykehus (ev. ved neste innleggelse) være klar over denne eksponeringen og vurdere om videre undersøkelser bør gjøres. Kan dette løses ved at man i paragrafens andre ledd tilføyer ordet «eksponering» slik?

«(...) kan det gis opplysninger om smittestatus, *eksponering* og andre nødvendige opplysninger (...)»

## § 4-5 Meldings- og varslingsplikt for helsepersonell

Folkehelseinstituttet støtter denne paragrafen som i hovedsak viderefører dagens § 2-3. Samtidig vil vi bemerke at det er behov for en grundig gjennomgang og modernisering av dagens MSIS-forskrift, men dette kan skje innenfor § 4-5 som foreslått.

Ordet «oppdager» i første ledd kan føre til noe uklarhet. Der en prøve tas av én lege ved et legekontor eller klinikk, men en annen lege har neste konsultasjon med pasienten, er det da første eller andre lege som har meldingsplikt? Vi foreslår at dette diskuteres i merknadene.

Vi kan se for oss situasjoner der det er aktuelt raskt å innføre en midlertid varslings- eller meldingsplikt etter siste ledd også der sykdommen ikke er klassifisert som allmennfarlig. Det kan for eksempel dreie seg om en ny sykdom (eller et kjent smittestoff med en ny resistensegenskap) der det foreløpig er for lite kunnskap til å vurdere om sykdommen kan

klassifiseres som allmennfarlig etter kriteriene i § 1-3. Nøyere overvåking kan være nødvendig nettopp for å avklare sykdommens spredningsevne og sykdomsalvorlighet.

Vi foreslår derfor at ordet «allmennfarlig» fjernes fra siste ledd:

«Ved utbrudd av ~~allmennfarlig~~ smittsom sykdom, eller når det (...)»

Departementet er kjent med problemstillingen knyttet til bruk av MSIS for å kontakte personer som er meldt med hepatitt C, men som ennå ikke er registrert som mottakere av helbredende behandling, for å tilby dem behandling (jf. spørsmål 896 (2024-2025) i Stortinget). Kanskje dette spørsmålet kan løses med et tillegg til denne paragrafen.

## § 4-6 Plikt for helsepersonell til å gjennomgå opplæring, følge faglige retningslinjer og gjennomføre tiltak

Folkehelseinstituttet støtter denne paragrafen, som er en lite endret videreføring av dagens § 4-9.

Første og andre ledd er begrenset til helsepersonell i kommunen. Kan det være aktuelt å ha tilsvarende bestemmelser for helsepersonell i sykehus?

## § 5-1 Rett til smittevern hjelp

Folkehelseinstituttet støtter denne paragrafen som i all hovedsak er en videreføring av dagens § 6-1. Vi har to kommentarer.

**Eksponerte personer:** Når eksponerte ikke lenger skal defineres som smittede personer, jf. våre kommentarer til § 1-3 over, bør bestemmelsene i denne paragrafens tredje ledd gjelde for eksponerte personer også. Eksponerte personer kan i særlig grad ha behov for medisinsk vurdering og utredning. Tredje ledd bør derfor starte slik:

«En smittet person med en allmennfarlig smittsom sykdom *og en person eksponert for slik sykdom* har rett til nødvendig (...)»

**Reisevaksinasjon:** I forslaget til merknad står det at dersom en person skal reise til et land med høy forekomst av allmennfarlig smittsom sykdom, skal vedkommende ha rett til å få utført effektiv vaksinasjon mot denne sykdommen. Vi mener denne rettigheten bør være mindre klar. Ved legens rådgivning om reisevaksinasjon må man veie smittefare og komplikasjonsfare under reisen mot fare for bivirkninger av vaksinasjon. Smittefaren kan noen ganger variere betydelig etter type og varighet av reisen, og komplikasjonsfaren varierer med alder og helsetilstand. Noen ganger kan det være begrenset tilgang på vaksiner, og de må rasjoneres. Vi synes derfor at personer som velger å reise til utlandet, ikke skal ha ubetinget rett til vaksinasjon.

## § 5-2 Plikter for en person som er smittet med en allmennfarlig smittsom sykdom

Folkehelseinstituttet støtter denne paragrafen som i all hovedsak er en videreføring av dagens § 5-1.

Vi støtter det nye fjerde ledd om at departementet gjennom forskrift kan gi unntak for pliktene i første og andre ledd når det er utbredt smitte i samfunnet. Samme informasjon og veiledning kan da gis fra myndighetene som helseopplysning til befolkningen.

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

Folkehelseinstituttet støtter denne paragrafen som i all hovedsak er en videreføring av dagens § 4-2. I dialog med smittevern faglige miljøer i kommuner og sykehus er vi blitt klar over følgende:

Kommuneoverleger finner det lite hensiktsmessig eller nødvendig at de i disse sakene skal måtte gjøre vedtaket sammen med vakthavende infeksjonsmedisinske overlege ved sykehus i helseregionen. De mener de kan gjøre vedtaket selv, ev. etter veiledning fra Smittevernvakta ved Folkehelseinstituttet, som er tilgjengelig døgnet rundt alle dager.

Smittevernleger i sykehus, på den annen side, mener at vedtak som gjelder arbeidstakere i deres sykehus, kan de selv gjøre uten involvering av kommuneoverlegen.

Vi foreslår at departementet vurderer en forenkling av rutinene beskrevet i andre og tredje ledd.

## § 5-6 Forhåndsundersøkelse av pasienter

Folkehelseinstituttet støtter det nye siste leddet om at helseinstitusjonen kan innføre rutinemessig forhåndsundersøkelse av alle pasienter bare når departementet har bestemt det i forskrift.

Et behov for slik rutinemessig forhåndsundersøkelse kan oppstå raskt, for eksempel dersom det i opptaksområdet for et sykehus mistenkes at en del innbyggere er bærere av en særlig resistent bakterie som man absolutt ikke ønsker skal spre seg på sykehuset. Da må en forskrift kunne utarbeides eller endres raskt for å omfatte denne bakterien på dette sykehuset. Kanskje dette kan ordnes ved at man har en generell forskrift, og så er de spesifiserte smittestoffene og helseinstitusjonene nevnt i merknaden som enklere kan oppdateres.

## § 5-7 Forskrifter om undersøkelse av gravide

Folkehelseinstituttet støtter at det kan være behov for en hjemmel for forskrifter om gravides plikt til undersøkelse. Et slikt pålegg er ganske alvorlig og fratrar den gravide autonomi i dette spørsmålet. Vi mener at det er Kongen i statsråd, ikke departementet, som bør ha denne myndigheten, og at brudd på plikten ikke kan straffes, jf. § 5-8 og § 12-1.

Vi mener at hjemmelen her kan gjelde alle smittsomme sykdommer, ikke bare de allmennfarlige.

## § 5-9 Kostnadsdekning for tjenester og tiltak

Folkehelseinstituttet støtter at innholdet i dagens § 6-2 videreføres. Vi har to kommentarer:

**Ikke bare allmennfarlige smittsomme sykdommer:** Vi støtter at muligheten for (delvis) kostnadsdekning ikke begrenses til allmennfarlige smittsomme sykdommer. Det er imidlertid en misforståelse i deler av helsetjenesten at loven hindrer kostnadsdekning for andre enn allmennfarlige smittsomme sykdommer. Derfor opplever vi fra tid til annen at kolleger foreslår at visse smittsomme sykdommer (som skabb og genital herpes) må klassifiseres som allmennfarlige for at konsultasjon og behandling skal bli gratis for pasienten. Misforståelsen kan skyldes at stønadsforskriften § 3 punkt 7 og blåreseptforskriften § 4 punkt 2 begrenser kostnadsdekningen til henholdsvis konsultasjoner og legemidler bare for allmennfarlige smittsomme sykdommer.

Vi foreslår at man i merknaden tydelig gjør det klart at det kan være aktuelt å gi kostnadsdekning for enkelte andre sykdommer enn de allmennfarlige. På den måten kan man også unngå et stadig press for å klassifisere flere sykdommer som allmennfarlige når det er bare kostnadsspørsmålet som ligger bak.

**Eksponerte personer:** Når eksponerte ikke lenger skal defineres som smittede personer, jf. våre kommentarer til § 1-3 over, bør bestemmelsene i denne paragrafen gjelde for eksponerte personer også. Eksponerte personer kan trenge både konsultasjoner og behandling (posteksponeringsbehandling eller -immunisering, jf. blåreseptforskriften § 4 punkt 3). Vi foreslår at paragrafen får denne ordlyden:

«Departementet kan gi forskrift om at tjenester eller tiltak etter loven skal være uten kostnad for den som er *eksponert for, smittet med eller i fare for å bli smittet med en smittsom sykdom.*»

## § 6-2 Tvungen legeundersøkelse – innleggelse til undersøkelse og kortvarig isolering

Folkehelseinstituttet støtter at innholdet i dagens § 5-2 videreføres.

Når eksponerte ikke lenger skal defineres som smittede personer, jf. våre kommentarer til § 1-3 over, bør bestemmelsene i denne paragrafen gjelde for eksponerte personer også. Eksponerte personer kan nettopp være de personer som det er nødvendig å undersøke. Vi foreslår derfor at man gjennomgående i paragrafen skriver «*eksponert eller smittet person*».

## § 6-4 Gjennomføring av isolering på sykehus

Folkehelseinstituttet støtter endringen om at isolering etter § 6-2 kan skje et annet sted enn på sykehus når kommunen har funnet at stedet er egnet, og når departementet har fastsatt en forskrift om dette.

## § 7-1 Kommunens vedtak om begrensninger i den sosiale omgangen

Folkehelseinstituttet støtter presiseringen av dagens § 4-1 første ledd bokstav a – c. Dette er tiltak som oss bekjent aldri ble benyttet i perioden 1995 – 2019. Det er til dels inngripende tiltak som begrenser folks bevegelsesfrihet. Det skal derfor være en høy terskel for å innføre tiltakene. Vi er noe urolig for at erfaringene fra pandemien kan føre til at terskelen er senket, og at kommuner vil benytte slike inngripende tiltak uforholdsmessig ved sykdommer som «bare» er allmennfarlige. Her er det nødvendig at kommunene veiledes om vurderingene etter § 1-5 generelt og spesielt i den aktuelle situasjonen, for eksempel fra Folkehelseinstituttet.

Folkehelseinstituttet er enig i at kommunene aldri skal kunne innføre portforbud med hjemmel i smittevernloven. Vi viser her til vårt høringsinnspill av 31. januar 2021 til regjeringens forslag om en ny § 4-3 b i smittevernloven. (Forslaget ble senere ikke fremmet for Stortinget.) Vi sammenfatter dette innspillet slik:

Ved sykdommer som smitter ved nær kontakt mellom mennesker, kan portforbud føre til at folk har færre kontakter med andre mennesker slik at faren reduseres for at en uvitende smittekilde skal treffe andre.

Selv om portforbud har en slik effekt, kan færre kontakter også oppnås på andre måter. Det er ikke det at folk er utenfor boligen som er problemet i seg selv, men om de eventuelt har smittefarlig kontakt med andre. Et portforbud rammer både de tusen personene som går tur hver for seg i skogen og de ti som samles tett i parken for å prate.

Dersom man gjennom andre tiltak reduserer antallet kontakter, er portforbud unødvendig. Myndighetene har allerede hjemmel til å forby alle arrangementer; stenge alle serveringssteder, kulturtilbud, underholdningstilbud, idrettsaktiviteter, barnehager, skoler, universiteter, kollektivtransport og mange flere tiltak som reduserer kontakt mellom mennesker. Hvis alle disse er innført, og myndighetene har gjort alt som er nødvendig for å få dem til å virke, og myndighetene deretter har kontrollert at de virker, er det ikke mange gjenværende kontaktmuligheter mellom folk annet enn å møtes utendørs. Dette er imidlertid mindre smittefarlig, og utendørs er det enkelt å holde avstand. Dessuten kan man da heller vurdere lokale eller nasjonale forbud mot større ansamlinger av mennesker. Tilleggsgevinsten av portforbud blir dermed minimal og er ikke forholdsmessig til ulempene med tiltaket.

Vi er enige i at kommunene ikke skal fatte vedtak om begrensninger for helseforetakenes lokaler, jf. andre ledd bokstav c. Det framgår imidlertid ikke hvem som da har myndighet til å fatte slike vedtak.

## § 7-2 Kommunens vedtak om begrensninger i adgang til innreise eller utreise på kommunens område (avsperring)

Folkehelseinstituttet støtter at smitteverntiltaket avsperring (eller *cordon sanitaire*, sanitærbarriere) reguleres i en egen paragraf. Da blir det tydeligere hva smitteverntiltaket er, og man unngår forvekslingen med individuell isolering av smittede. Derfor bør også

ordbruken i merknaden være at områder «sperreres av», ikke «isolereres». Her dreier det seg om en geografisk avsperring med begrensning av muligheten for alle i området å reise ut av området eller for andre å reise inn i området.

Vi støtter at kommunens myndighet skal gjelde bare vedtak om avsperring for å hindre spredning innad i eller ut fra kommunen.

Vi mener imidlertid klart at den kommunale myndigheten skal gjelde bare ved samfunnskritisk sykdom, ikke ved alle allmennfarlige smittsomme sykdommer. Dette er et såpass inngripende tiltak at vi ikke kan se det er forholdsmessig ved noen av de sykdommer som i dag er definert som allmennfarlige.

Det er også et tiltak som får konsekvenser for kommuner utenfor den aktuelle kommunen. Kommunen bør derfor pålegges å søke smittevernaglig veiledning hos FHI før det gjøres vedtak. Vedtak om avsperring er et slikt tiltak som det kan være nødvendig for staten å oppheve, jf. våre innspill under til § 7-9.

### § 7-3 Avgrensning av smitteverntiltak

Folkehelseinstituttet støtter at personer ved kommunal forskrift kan gis unntak fra kommunale tiltak etter §§ 7-1 og 7-2 dersom personene har immunitet eller et visst testresultat eller er av en viss alder. Vi er enige i at Kongen først må ha gitt forskrifter om vilkår og rammer for slike unntak og avgrensninger. Vi mener dette må gjelde for tiltak etter både §§ 7-1 og 7-2 ettersom begge typer tiltak, henholdsvis begrensninger i sosial omgang og avsperring, er svært inngripende.

Vi er imidlertid noe betenkt over at vaksinerte personer kan gis større friheter enn uvaksinerte. Dette kan oppfattes som et press for vaksinasjon (eller en straff for å unnlate vaksinasjon), og kan dermed utfordre frivillighetsprinsippet. Vi mener en slik ordning bør benyttes med stor varsomhet og bare der vaksinasjon har en tydelig smittereduserende (indirekte) virkning.

### § 7-6 Kommuneoverlegens hastevedtak

Vi støtter at kommuneoverlegen har myndighet til å gjøre hastevedtak etter kapittel 7. Vi mener imidlertid at hovedregelen er at vedtaket gjøres av rette kommunale myndighet etter kommuneloven og delegeringsreglementet. Merknaden bør understreke dette. Vår erfaring under pandemien var at flere vedtak gjort av kommuneoverleger kunne vært gjort av formannskapet eller ordfører uten at dette hadde gått ut over smittevernet.

### § 7-9 Forholdet mellom kommunale og statlige forskrifter

Dette er en helt ny paragraf som skal regulere forholdet mellom kommunale og statlige forskrifter i situasjoner der begge er aktuelle, altså ved samfunnskritisk sykdom. Paragrafen er tydelig preget av erfaringene under covid-19-pandemien.

Folkehelseinstituttet er enig i at under en langvarig epidemi kan være aktuelt med geografisk tilpassede smitteverntiltak. Det bør presiseres at bestemmelsen gjelder samfunnskritisk sykdom (selv om det er implisitt siden det er snakk om tiltak etter kapittel 8).

Første ledd i § 7-9 får derfor støtte fra oss, men staten må ha sterkere mulighet enn i dag for å styre kommunene etter en nasjonalt vedtatt strategi.

Ved epidemier som rammer deler av eller hele landet må staten vedta en strategi med et mål og nasjonalt vedtatte smitteverntiltak. Kommunene kan ikke ha egne strategier med egne mål. Er det en nasjonal krise, må kommunene underlegge seg en nasjonal strategi. Det er uheldig dersom en nasjonal strategi går ut på å bremse epidemien moderat mens noen kommuner velger en strategi med mål om å holde sykdommen helt borte fra kommunen og derfor velger svært strenge tiltak. Da kan situasjonen bli kaotisk. Her er vi enig med høringsnotatet i at «statens vurdering kan skille seg fra den lokale vurderingen fordi staten vil sitte med en annen og bredere oversikt over situasjonen.»

Vi støtter bestemmelsen i andre ledd om at Kongen kan begrense kommunenes adgang til å fastsette nye smitteverntiltak «på et senere tidspunkt». Det er imidlertid ikke nok. Kongen må også kunne *opphøve* kommunale tiltak som ikke er i tråd med den nasjonale strategien.

Helt konkret kan vi tenke på situasjonen i mars 2020. Da hadde allerede mange kommuner stengt alle skoler (etter dagens § 4-1 første ledd bokstav b) og innført lokale avsperringsregler («søringkarantene», etter dagens § 4-1 første ledd bokstav d). Helseministeren den gang har siden uttalt at de mange kommunale skolestengingene var et viktig moment i den nasjonale stengningen. Det kan tolkes som at kommunene med sine vedtak var med på å presse fram en nasjonal skolestenging. La oss tenke oss et kontrafaktisk scenario der Helsedirektoratet og departementet 12. mars 2020 hadde vurdert at stengning av skoler var mulig etter loven, men likevel ikke hensiktsmessig. Da kunne ikke staten, med den foreslåtte § 7-9, ha fått gjenåpnet skolene i de aktuelle kommunene, men man kunne ha hindret flere kommuner i å stenge skolene.

Vi er klar over muligheten for lovlighetskontroll av kommunale vedtak, jf. våre kommentarer til § 2-4. Her snakker vi imidlertid om Kongens hjemmel til å oppheve alle kommunale vedtak, også de lovlige.

Vi foreslår derfor følgende ordlyd av § 7-9:

«Kommunen kan *ved et samfunnsfarlig utbrudd* ikke vedta forskrifter om smitteverntiltak som *gjør* unntak fra statlige forskrifter om smitteverntiltak vedtatt etter kapittel 8. Dette er ikke til hinder for at kommunen kan gi forskrifter om andre eller strengere tiltak.

Når det er nødvendig for å sikre et effektivt og forsvarlig smittevern mot *et samfunnsfarlig utbrudd* ~~et samfunnskritisk sykdom~~ i flere kommuner, kan Kongen *i forskrift oppheve kommunale vedtak etter kapittel 7* og begrense ~~forskriftsfeste begrensninger~~ ~~begrensninger~~ i kommunens adgang til ~~på et senere tidspunkt~~ å vedta nærmere bestemte smitteverntiltak. Dette inkluderer, men er ikke begrenset til, å stille vilkår for

at kommunen kan stenge skoler og stenge områder for inn- og utreise etter kapittel 7.»

## § 8-1 Kongens vedtak om begrensninger i den sosiale omgangen

Folkehelseinstituttet støtter presiseringen av dagens § 4-1 første ledd bokstav a – c. Dette er tiltak som aldri ble benyttet av staten i perioden 1995 – 2019. Det er til dels inngripende tiltak som begrenser folks bevegelsesfrihet. Det skal derfor være en høy terskel for å innføre tiltakene. Vi støtter at myndigheten legges til Kongen.

Folkehelseinstituttet er enig i at staten aldri skal kunne innføre portforbud med hjemmel i smittevernloven. Se nærmere vårt innspill til § 7-1.

## § 8-2 Kongens vedtak om begrensninger i adgang til innreise eller utreise for et bestemt område (avsperring)

Folkehelseinstituttet støtter at smitteverntiltaket avsperring (eller *cordon sanitaire*, sanitærbarriere) ved samfunnskritisk sykdom reguleres i en egen paragraf. Da blir det tydeligere hva smitteverntiltaket er, og man unngår forvekslingen med individuell isolering av smittede. Derfor bør også ordbruken i merknaden være at områder «sperreres av», ikke «isoleres». Her dreier det seg om en geografisk avsperring med begrensning av muligheten for alle i området å reise ut av området eller for andre å reise inn i området.

## § 8-3 Forskrift om isolering, smittekarantene og andre begrensninger i bevegelsesfriheten

Departementet foreslår videreføring av dagens § 4-3a med tillegg av meddelelsesplikt til Stortinget. FHI synes at drøftingen av bestemmelsen er utilstrekkelig. Vi viser her til vår høringsuttalelse av 11.4.2023 (departementets sak 23/00456) til dagens § 4-3a. Vi har følgende innspill.

### Utilstrekkelig begrunnelse

Vi synes ikke høringsnotatet gir god nok begrunnelse for at paragrafen er nødvendig. Vi er enige i at isolering og karantene (begge vidt definert som aktivitetsbegrensninger for henholdsvis smittede og eksponerte) er viktige smitteverntiltak. Vi mener imidlertid at begge deler kan iverksettes uten denne paragrafen.

Det kan for det første skje gjennom **allmenne råd** til befolkningen fra kommuneoverlegen etter § 2-2 andre ledd bokstav e, eller fra FHI etter § 2-7 andre ledd der rådene gjerne viderefremmes av legen i smittevernveiledningen til pasientene. Slike smittevernråd har til tider vært benyttet mye, for eksempel ved at folk med influensa blir bedt om å holde seg hjemme.

Det kan også skje gjennom **personlig smittevernveiledning** fra legen til pasienten, altså hva pasienten «selv kan gjøre for å motvirke at sykdommen blir overført til andre», jf. § 4-3. Etter § 5-2 har pasienten plikt til å følge denne veiledningen, altså samme plikt til eventuelt å

isolere seg som en forskrift etter § 8-3 er ment å gi. Brudd på plikten etter § 5-2 er ikke straffbart, jf. § 12-1, men brudd på plikt til isolering kan føre til tvungen isolering, jf. § 6-3. Slike restriksjoner benyttes hver dag i helsetjenesten. Pasienter med klamydia og gonore blir av legen pålagt å unnlate samleie til de er smittefrie etter behandling. Pasienter med lungetuberkulose blir av legen pålagt å la seg isolere i sykehus til antibiotikabehandling har gjort dem smittefrie.

Disse to mulighetene ble ikke benyttet under pandemien etter at myndighetene 15. mars 2020 vedtok en forskrift hjemlet i dagens nødrettsparagraf § 7-12. Den viktigste endringen som kom med den forskriften, var at brudd på plikten til å la seg isolere, kunne straffes med fengsel inntil et halvt år. Det var altså en straffesanksjonert husarrest. Vi har ikke erfaring fra denne pandemien med effekten av anbefalinger om isolering og karantene som del av den personlige smittevernveiledningen uten trussel om straff.

### Mulighet for straff?

Høringsnotatet drøfter ikke fordeler og ulemper ved bruk av straff. Det er grunnleggende i smittevernloven at myndighetene skal forsøke å oppnå tilstrekkelig smittevern gjennom frivillige tiltak. Det ble ikke forsøkt før forskriften om isolering og karantene ble innført 15. mars 2020. I forarbeidene før denne innføringen er det ingen drøfting av frivillighet og ingen begrunnelse for hvorfor frivillighet ikke ville være tilstrekkelig.

Smittevernet drives hver dag uten trusler om straff eller tvang. Å unnta brudd på dagens § 5-1 (pasientens plikter) fra straffbarhet etter dagens § 8-1 var et tydelig valg fra lovgivernes side. § 8-3 åpner for å straffe brudd på plikten til isolering eller karantene og bidrar dermed til å flytte viktige deler av smittevernet fra det medisinske til det strafferettslige domenet. Man gjør smittevern til en politisak. Dette kan skade befolkningens tillit til og samarbeid med helsetjenesten.

En viktig ulempe med å knytte straff til pålegget om isolering og karantene er at det kan avholde pasienter fra å undersøke seg eller oppgi smittekontakter. Bestemmelsen kan bli et disinsentiv for testing, og da kan nettoeffekten for smittevernet bli negativt. Videre kan man frykte at pasientene ikke vil bidra til smitteoppsporing fordi de sender familie og venner i en karantene det er straffbart å bryte. Man risikerer å undergrave det samarbeidet som bør være bærebjelken mellom helsetjenesten, myndighetene og befolkningen om smittevernet. Man velger å påvirke folks atferd mer gjennom trusler om straff enn gjennom samarbeid, forståelse og ønske om å bidra til å beskytte seg selv, sine nærmeste og samfunnet.

Erfaringene siden smittevernloven kom i 1995, har vært at manglende overholdelse av den personlige smittevernveiledningen har vært et lite problem. Det har ikke vært noe ønske eller krav fra kommuneleger om at brudd på smittevernveiledningen skal straffes.

Det er også mulig at muligheten for forskriftsbestemt isolering og karantene vil føre til en nedvurdering av isolering og karantene som er gitt som råd eller personlig smittevernveiledning. Noen kan mene at når myndighetene ikke har innført forskrift, er det lite alvor og lite nødvendig å overholde isolering og karantene.

## Rettsikkerhet og håndheving

Myndighetene bør ikke innføre regler dersom man mangler en troverdig mulighet til å følge opp og straffe brudd på disse reglene. Det kan i så fall undergrave respekten for smittevernloven generelt.

Flere praktiske spørsmål knyttet til håndheving og rettsikkerhet er uavklart, som for eksempel:

- Hvem skal underrette pasienten om at hen er isolert og nærkontakten om at hen er i karantene? Må det være legen eller kommunelegen? Eller kan indekspasienten formidle beskjed til nærkontaktene?
- Hvordan sikrer man seg mot falsk smitteoppsporing, altså at en person med onde hensikter forteller andre personer at de har vært i nærkontakt med vedkommende slik at de må gå i karantene?
- Inntreer plikten til isolering også dersom pasienten har testet seg selv og fått positivt svar, eller må det en beskjed fra lege eller en myndighetsperson til?
- Hvilke rettigheter har pasientene? Er det en klagemulighet etter forvaltningsloven på pålegget om isolering eller karantene? Hvor skal i så fall klagen stiles?
- Skal pålegget om isolering eller karantene være skriftlig?
- Hvordan skal påtalemyndigheten kunne bevise at en person visste at hen hadde plikt til isolering eller karantene dersom ingen har gitt hen beskjed?

Faren for rettsvillfarelse taler for at brudd på § 4-3 a ikke bør straffes.

## FHIs innspill til forslaget

Vi forstår at departementet til tross for innvendingene over ønsker å ha denne paragrafen i loven. Vi har derfor følgende forslag til nye formuleringer:

**For det første** mener vi at covid-19-pandemien, smitteforholdene med den sykdommen og de såkalte TISK-tiltakene fortsatt preger paragrafen for mye. Vi mener det er rom for en generalisering og forenkling av paragrafens første ledd, se nedenfor.

**For det andre** er det uklart hvordan begrepene isolasjon og smittekarantene skal forstås. Høringsnotatet har både en bred forståelse og en snever forståelse; den siste preget av covid-19-pandemien. På side 308 i høringsnotatet omtales isolasjon og smittekarantene som «restriksjoner i bevegelsesfriheten» for henholdsvis smittede og eksponerte personer. På side 310 defineres isolasjon snevrere, nemlig «at personer avskjæres fra omgivelsene».

Etter vårt syn bør det sentrale tiltaket som skal reguleres, kalles **aktivitetsbegrensninger som motvirker at sykdommen blir overført til andre**. Avhengig av sykdommens smittemåte kan det være at mindre inngripende begrensninger enn å holde seg hjemme, er tilstrekkelige. For eksempel, dersom det dreier seg om en svært alvorlig sykdom som overføres lett seksuelt, kan et samleieforbud være relevant. Dersom det dreier seg om en svært alvorlig tarmsykdom som overføres lett fra avføring og fingre til mat (fekalt-oralt), kan et forbud mot å lage eller servere mat til andre være aktuelt. Dersom det dreier seg om en svært alvorlig hudinfeksjon

som overføres lett med direkte hudkontakt, kan et forbud mot hudkontakt gjennom idrett være aktuelt.

Det generelle begrepet aktivitetsbegrensninger er bedre enn isolasjon og karantene fordi 1) det kan omfatte flere typer begrensninger, 2) vilkåret er at begrensningene skal motvirke smitte, 3) det benytter en formulering som er kjent fra lovens §§ 4-3 og 5-2 om personlig smittevernveiledning, og 4) man benytter et mindre dramatisk språk enn «isolasjon og karantene». I merknaden kan man nevne eksempler på de aktivitetsbegrensninger som kan bli aktuelle, herunder isolering.

Uansett kan man differensiere tiltakenes utforming og varighet mellom smittede og eksponerte.

**For det tredje** tror vi at det foreslåtte andre leddet kan utgå. Innholdet er dekket av § 8-9 tredje ledd.

**For det fjerde** støtter FHI den nye bestemmelsen om plikt til å meddele Stortinget når det gis forskrift etter denne paragrafen.

**For det femte** mener vi at det bør vurderes å unnta brudd på § 8-3 fra straffbarhet, jf. § 12-1.

### Forslag til formulering

Samlet foreslår vi følgende forbedrede forenklete ordlyd av denne paragrafen:

*«§ 8-3 Forskrift om aktivitetsbegrensninger for eksponerte og smittede*

Ved samfunnsfarlig utbrudd av smittsom sykdom kan Kongen gi forskrift om at eksponerte og smittede personer, for å motvirke at sykdommen blir overført til andre, skal unngå nærmere bestemte aktiviteter eller underlegges karantene eller isolering.

Forskriften skal etter vedtak snarest mulig meddeles Stortinget.

§ 8-1 tredje ledd (vedtakets varighet) gjelder tilsvarende.»

## § 8-9 Avgrensning av smitteverntiltak

Folkehelseinstituttet støtter at personer kan gis unntak fra statlige tiltak etter §§ 8-1 – 8-3 dersom personene har immunitet eller et visst testresultat eller er av en viss alder eller har andre forhold som har betydning for om en person kan smitte andre, bli smittet eller utvikle alvorlig sykdom. Vi mener at mulighetene for avgrensning og unntak kan være like for de tre paragrafene.

Som redegjort for i § 7-3 er vi betenkt over at vaksinerte personer kan gis større friheter enn uvaksinerte. Dette kan oppfattes som et press for vaksinasjon (eller en straff for å unnlate vaksinasjon), og kan dermed utfordre frivillighetsprinsippet. Vi mener en slik ordning bør benyttes med stor varsomhet og bare der vaksinasjon har en tydelig smittereduserende (indirekte) virkning.

Vi er enig i at dersom gjennomført vaksinasjon skal vurderes som grunn for unntak, bør det være tilsvarende unntak for dem som har gjennomgått sykdom eller som har en fersk negativ test.

## § 9-1 Forskrifter om inn- og utreisetiltak for personer, herunder karantene

Forslaget viderefører i all hovedsak hjemmelen i dagens § 4-3.

### Bakgrunn om innreisetiltak

Innreisetiltakenes effekt mot covid-19-pandemien har ikke vært evaluert slik Koronakommisjonen og Koronautvalget tydelig anbefalte. Høringsnotatet omtaler likevel tiltakene som «nødvendige» og «viktige» og nevner knapt de betydelige ulempene. Vi viser til Koronakommisjonens uttalelse: «Det framstår som klart for kommisjonen at tiltakene mot importsmitte ikke bare har vært motivert av rene smittevern hensyn, men også av hensynet til å vise politisk handlekraft i en krisesituasjon.»

Effekten av innreisetiltak er usikker. Flere modelleringsstudier av innreiseforbud viser beskjeden effekt mot covid-19 og influensa. Grensestengingene i verden i mars 2020 kan ha forsinket spredningen noe, men klarte ikke å holde viruset borte fra mer enn et par land. Innreisetiltak er derfor neppe noen enkel eller varig løsning ved en pandemi. I beste fall kan man forsinke og redusere introduksjonen av smittestoffet, men da bør man ha en plan for å bruke denne forsinkelsen til hensiktsmessige tiltak, for eksempel bygge opp kapasitet i helsetjenesten.

### Forslag til formulering

Siden paragrafen handler om potensielt inngripende tiltak med til dels store samfunnsøkonomiske følger som begrenser folks frihet og kan ha mellomstatlige implikasjoner, foreslår vi at myndigheten legges til Kongen i statsråd. Videre bør det være et vilkår at det foreligger et samfunnsfarlig utbrudd («samfunnskritisk sykdom») eller en alvorlig hendelse av betydning for internasjonal folkehelse (PHEIC, under WHO's *International Health Regulations*), ikke en hvilken som helst sykdom. Videre foreslår vi at man primært snakker om å unngå visse aktiviteter heller enn karantene siden det siste begrepet lett misforstås.

*«Kongen i statsråd kan ved et samfunnsfarlig utbrudd eller når WHO har erklært en alvorlig hendelse av betydning for internasjonal folkehelse gi forskrifter for å motvirke at sykdommen føres inn i landet, spres i landet eller spres til andre land av smittede eller eksponerte personer, herunder krav om at reisende må:*

- a. *unngå nærmere bestemte aktiviteter og om nødvendig la seg isolere i en periode inntil det er tilstrekkelig klarlagt at de ikke er smitteførende*
- b. *fremvise dokumentasjon for at de ikke er smitteførende,*
- c. *la seg undersøke for om de er smitteførende.*

## § 9-2 Forskrifter om bestemt oppholdssted for innreisekarantene ved samfunnskritisk sykdom

Vi minner om at det Internasjonale helsereglementet i artikkel 40 pålegger landene ikke å kreve betaling for medisinske undersøkelser, vaksinasjon eller isolering eller karantene av innkommende reisende.

## § 10-1 Kartleggingsundersøkelse og metodeutprøving

Folkehelseinstituttet støtter at dagens § 3-7 videreføres. Det er imidlertid behov for å tydeliggjøre og presisere prosessene knyttet til etablering og gjennomføring av kartleggingsundersøkelser.

Erfaringer, særlig fra pandemihåndteringen, viser at dagens regelverk i enkelte situasjoner ikke i tilstrekkelig grad legger til rette for rask og målrettet kunnskapsutvikling, spesielt når det gjelder tilgang til og innhenting av biologisk materiale.

### Kommentarer til lovteksten

**Klargjøring av prosess:** Det er uklart a) om alle kartleggingsundersøkelser må være eksplisitt hjemlet i forskrift, b) om nye undersøkelser kan opprettes innenfor eksisterende forskrifter, c) om alle henvendelser om kartleggingsundersøkelser må gå via Helsedirektoratet og d) om hvilke laboratorier som kan utføre kartleggingsundersøkelser.

Disse uklarhetene kan føre til usikkerhet og forsinkelser i oppstart av kartleggingsundersøkelser, noe som er uheldig, særlig ved epidemier eller pandemier. Videre kan uklarhetene føre til ulik praksis.

Vi foreslår derfor at paragrafen, merknaden eller forskrifter med hjemmel i paragrafen gjør det klart hvordan kartleggingsundersøkelser kan initieres, hvem som kan beslutte oppstart og om og eventuelt hvordan eksisterende forskrifter kan brukes fleksibelt.

**Innhenting av nytt materiale:** Paragrafen handler om «tilgjengelig materiale». Dette er ikke alltid tilstrekkelig i beredskapssituasjoner.

Erfaring fra pandemien viste at relevant materiale ikke alltid var samlet inn tidligere og tilgjengelig. Noen ganger hadde laboratoriene pga. kapasitetsbegrensninger raskt destruert relevant materiale. Andre ganger var det tekniske/metodiske hindringer mot at nødvendige analyser kunne gjøres på tilgjengelig materiale.

For innhenting av nytt materiale til kartleggingsundersøkelse kreves REK-godkjenning. Det betyr forsinkelse, noen ganger mange måneder, og dermed at man i en hastesituasjon kan gå glipp av viktig informasjon for situasjonsforståelse og risikovurdering.

Det legges til grunn at direkte prøvetaking til smitteoppsporing og screening er hjemlet i § 5-4 (undersøkelse), men vi er usikre på om dette dekker behovet for bredere kartleggings- og immunitetsundersøkelser for smittevern, oppklaring og forståelse for eksempel i forbindelse med en ny smittsom sykdom. Vi foreslår derfor følgende nye ledd i § 10-1.

«Det kan i særskilte situasjoner innhentes biologisk materiale med samtykke for kartleggingsundersøkelser når dette er nødvendig for smittevern, overvåking eller utbruddsetterforskning.»

**Kobling til vaksinasjonsdata:** I andre ledd bokstav c nevnes formålet å bedømme «hvor godt befolkningen er beskyttet mot sykdommer det vaksineres mot». Riktig vurdering av analyseresultatene kan i noen slike tilfeller forutsette at man vet om personen har vært smittet eller vaksinert tidligere, og i så fall når. Det bør derfor være mulig når Folkehelseinstituttet gjør kartleggingsundersøkelser etter § 10-1 å koble til opplysninger i MSIS og SYSVAK på individnivå.

**Begrensning til vaksineforebyggbare sykdommer:** I andre ledd bokstav c nevnes formålet å bedømme «hvor godt befolkningen er beskyttet mot sykdommer det vaksineres mot». Vi mener dette er en svært uheldig begrensning. Kartlegging av befolkningens immunitet er også aktuelt ved sykdommer det ikke vaksineres mot. Det kan være nyttig å vite hvor stor andel av befolkningen som har immunitet etter gjennomgått infeksjon med dette smittestoffet eller et liknende smittestoff.

Ved inntog av nye bekymringsvarianter av SARS-CoV-2 i Norge under covid-19 pandemien var det helt essensielt for håndteringen at Folkehelseinstituttet kunne undersøke et utvalg av befolkningens immunitet mot ny variant, både etter tidligere naturlig infeksjon med en annen variant og eller etter vaksinasjon.

Vi foreslår at ordene «som det vaksineres mot» fjernes.

**Kommentarer til Forskrift om gjennomføring m.m. av undersøkelser for smittsom sykdom av biologisk materiale for ikke-diagnostiske formål**

Vi kommenterer her også denne sentrale forskriften til dagens § 3-7 da vi forstår at departementet vil revidere også denne.

**Til § 2-2 (Personvern):** Denne bestemmelsen er ikke tilpasset dagens praksis og regelverk. GDPR er ikke omtalt. Kravet om at kun laboratorieleder skal ha tilgang er lite realistisk og neppe praksis i dag. Moderne databehandling krever rollebasert tilgang.

Vi foreslår følgende endring:

«Personopplysninger skal behandles i samsvar med gjeldende personvernregelverk (GDPR). Tilgang til opplysninger eller kodenøkkel skal begrenses til et definert og nødvendig antall autoriserte personer.»

**Til § 2-3 (Rapportering):** Dagens formulering åpner for publisering i fagtidsskrift som oppfyllelse av rapporteringsplikt. Dette er for snevert i dagens kunnskaps- og beredskapsarbeid. Resultater formidles også i rapporter, nettsider og andre faglig kanaler.

Vi foreslår følgende endring:

«Rapporteringsplikten kan oppfylles ved publisering i vitenskapelige publikasjoner, fagtidsskrift, rapporter eller tilsvarende faglige kanaler.»

## § 10-2 Deling av gensekvenser fra mikroorganismer

Folkehelseinstituttet støtter denne nye paragrafen som utfyller § 2-7 (ikke § 2-8 som det skrives i merknadene) om FHIs plikt til å delta i den internasjonale overvåkingen av smittsomme sykdommer. Paragrafen vil gi en klar hjemmel for deling av gensekvenser og være et supplerende rettsgrunnlag i nasjonal rett i tillegg til et overføringsgrunnlag etter personvernforordningen kapittel 5.

FHI er også enig i vurderingene gjort rundt deling av gensekvenser sammen med et begrenset utvalg opplysninger som indirekte personidentifiserende data, og at personvernkonsekvensene for den enkelte er så minimale at nytten og behov for deling innen overvåking, beredskap og samfunnets beste oppveier for dette.

Selve teksten i foreslått ny § 10-2 er likevel ikke helt dekkende for intensjonen med paragrafen slik det er beskrevet i høringsforslaget kapittel 23. Vi har følgende innspill:

**Presisering av hva som kan deles:** Det er litt uklart hva formuleringen «opplysninger om gensekvenser og isolater» egentlig er ment å dekke. Det som normalt deles, er selve *gensekvensen* (ikke bare opplysninger om den), men noen ganger er det behov for å dele selve det oppdyrkede eller oppformerte *smittestoffet* (isolatet) eller *prøvematerialet* (altså materiale fra den innsendte prøven av spytt, urin, avføring mv.) som smittestoffet er påvist i. Det siste kan være særlig aktuelt når det trengs videre karakterisering, resistensundersøkelser eller virulensanalyser av smittestoffer ved nasjonale referanselaboratorier eller ved EUs eller WHO's referanselaboratorier. I tillegg deles tilknyttede personopplysninger. (Vi foreslår at paragrafen og merknaden ikke benytter ordet «metadata» da det har en annen betydning i bruken av helseregistre.) Det kan vurderes om merknaden eller forskriften skal presisere hvilke typer opplysninger som kan deles, jf. den danske reguleringen sitert i høringsnotatet. Vi foreslår en mindre endring om dette i første ledd.

**Formålet med delingen:** Formuleringen «forebygge og bekjempe» kan oppfattes som for snever. Bestemmelsen er knyttet til FHIs oppgaver med overvåking i smittevernet samt beredskap og respons ved utbrudd og referanselaboratoriers bistand til dette arbeidet, jf. MSIS-forskriftens § 2-4 andre ledd, siste strekpunkt. Vi foreslår derfor en mer detaljert formålsbeskrivelse.

**Utvidelse av adgang til deling internasjonalt:** Adgangen til deling internasjonalt foreslås å gjelde bare for FHI og nasjonale referanselaboratorier. Det kan oppstå situasjoner der det er hensiktsmessig om også andre medisinsk-mikrobiologiske laboratorier kan få tilsvarende adgang. Det kan være når det ikke finnes en referansefunksjon for det aktuelle (nye) smittestoffet, eller når det er behov for rask deling som ikke behøver gå via referanselaboratoriet. Under pandemien var det svært arbeidskrevende for FHI å skulle ta imot alle SARS-CoV-2 gensekvenser fra andre laboratorier i Norge for så å dele dem videre internasjonalt. At et lokalt laboratorium kan dele internasjonalt kan da være en fordel. Vi foreslår derfor at forskriften til denne paragrafen åpner for at medisinsk-mikrobiologiske laboratorier får mulighet til å dele nærmere definerte opplysninger internasjonalt.

**Formålsstyrt deling og sekundærbruk:** Det bør presiseres at det er avsenders formål med delingen som er avgjørende for lovligheten, samt at primærmottaker (helseaktør/database) av opplysningene kan godtgjøre et slikt formål med mottakelsen. Mulig sekundærbruk må ikke forhindre åpen deling av gensekvenser. GDPR må være ivaretatt. Åpne databaser (der gensekvensene er tilgjengelige for alle) vil også benyttes til for eksempel forskning som et sekundært formål. Dette endrer ikke det opprinnelige formålet med delingen. Det anbefales at dette tydeliggjøres i merknadene. Indirekte identifiserbare opplysninger må ikke kunne deles med åpne databaser.

**Krav til dokumentasjon av mottakers formål:** Formuleringen er snau, særlig ved deling til åpne databaser. Vi foreslår at merknadene eller forskriften presiserer hvordan kravet skal oppfylles i praksis og hvordan det gjelder for åpne databaser. Indirekte identifiserbare opplysninger må ikke kunne deles med åpne databaser.

**Utvidelse av adgang til deling nasjonalt:** Vi foreslår at paragrafen åpner for at medisinsk-mikrobiologiske laboratorier kan dele de samme opplysninger samt pasientidentitet også seg imellom og med FHI. Det gir for det første en klar hjemmel for MSIS-forskriften § 2-4a om laboratorienes innsendingsplikt til referanselaboratoriene. For det andre gir man mulighet for laboratoriene til å bidra ved smitteoppsporing, jf. 4-2, utbruddshåndtering og utbruddsregister, jf. § 10-3. For det tredje legger man grunnlag for en utvidelse av § 2-4a til å gjelde også gensekvenser (sammen med § 1-7 tredje ledd punkt 3.2) slik at det kan bli mulig å utvide MSIS med en sekvensdatabase som kan styrke det nasjonale smittevernet og legge til rette for pålagt deling av gensekvensdata og aidentifiserte opplysninger fra FHI til ECDC under den nye forordningen om grensekryssende helsetrusler.

**Oppsummert:** Vi foreslår at paragraf § 10-2 får denne ordlyden:

«Folkehelseinstituttet, ~~og~~ nasjonale referanselaboratorier og medisinsk-mikrobiologiske laboratorier kan dele ~~opplysninger om smittestoffers~~ gensekvenser, ~~smittestoffer, prøvemateriale og isolater fra mikroorganismer,~~ og tilknyttede personopplysninger for å bidra til overvåking, forebygging og bekjemping ~~forebygge og bekjempe utbredelsen~~ av smittsomme sykdommer og respons ved utbrudd av smittsomme sykdommer.

Deling etter første ledd kan skje til nasjonale og internasjonale helseaktører, også utenfor EØS, herunder til nasjonale og internasjonale databaser, når det er nødvendig for å oppnå formål nevnt i første ledd. Det er kun *anonyme* og indirekte identifiserbare opplysninger som kan deles. Før deling kan skje, skal det være dokumentert at mottakeren av opplysningene kan godtgjøre et slikt formål med mottakelsen.

*Deling etter første ledd kan skje mellom nasjonale referanselaboratorier og medisinsk-mikrobiologiske laboratorier og fra disse med Folkehelseinstituttet når det er nødvendig for å oppnå formål nevnt i første ledd. Slik deling kan inkludere pasientidentitet.*

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om gjennomføringen.»

## § 10-3 Unntak fra taushetsplikt og utbruddsregistre

Folkehelseinstituttet støtter at bestemmelsene om utbruddsregistre får en egen paragraf. Departementet understreker at paragrafen er tilstrekkelig hjemmel til å innhente og behandle person- og helseopplysninger, herunder opprette registre med sammenstilte opplysninger i tråd med formålet og vilkårene i bestemmelsen. Departementet understreker at det klart skal framgå at bestemmelsen også omfatter sammenstilling med opplysninger som allerede er innhentet i andre sammenhenger, for eksempel i helseregistrene i helseregisterloven § 11.

FHI støtter at det tas inn i bestemmelsen at helseopplysningene skal behandles i samsvar med helseregisterloven § 6, som viser til GDPR artikkel 5, herunder formålet med behandlingen og hvilke helseopplysninger som behandles. I tillegg har FHI ytterligere forslag til presiseringer. Vårt svar om denne nye bestemmelsen må sees i sammenheng med vårt svar på høringen om helseberedskapsloven § 2-4.

**Harmonisering med helseberedskapsloven:** Folkehelseinstituttet har tidligere gitt uttrykk for at det har vært usikkerhet knyttet til om dagens § 2-2 åttende ledd gir tilstrekkelig hjemmel til å opprette utbruddsregistre. Opprettelse av utbruddsregistre og behandlingen av personopplysningene i slike krever etter vår mening klar hjemmel i lov, også som supplerende rettsgrunnlag etter GDPR. Det er stor forskjell på hvordan utkastene til helseberedskapsloven § 2-4 om beredskapsregistre og smittevernloven § 10-3 er utformet, der helseberedskapsloven gir tydeligere hjemmelsgrunnlag og langt mer detaljert regulerer formål innhenting, tilgjengeliggjøring og behandling ellers. Vi foreslår at man harmoniserer disse to paragrafene i større grad.

**Klargjøring av hvem som kan opprette utbruddsregistre:** I andre ledd bør det klargjøres hvilke av myndighetene nevnt i første ledd som kan opprette utbruddsregistre, tilsvarende dagens §2-2 åttende ledd, andre punktum. Utbrudd etterforskes normalt av kommuneoverleger (med støtte fra FHI) når utbruddet er lokalt. Utbrudd i sykehus etterforskes gjerne av sykehusets smittevernlege, jf. Forskrift om smittevern i helsetjenesten jf. merknaden) (ofte med støtte fra FHI). Der utbruddene omfatter flere kommuner, overtar normalt FHI utbruddsetterforskningen. Vi mener at sykehusets smittevernlege må inkluderes. Se også våre kommentarer til § 4-2 om smitteoppsporing.

**Om opplysninger:** Det bør presiseres at begrepet opplysninger i denne paragrafen inkluderer særlige kategorier personopplysninger og helseopplysninger.

**Opplysninger fra privatpersoner:** Det bør være en klar hjemmel i loven til å innhente opplysninger fra privatpersoner, tilsvarende som for MSIS-forskriften og ny § 2-4 i helseberedskapsloven. Det står for så vidt nevnt i merknaden: Bestemmelsen gir adgang til å få opplysninger og få fremlagt journaler og oppteget om helse- og omsorgstjenesten og pasienter og brukere. Innhenting av opplysninger fra privatpersoner vil bygge på frivillighet og mulighet til å trekkes seg i ettertid, men som vår kommentar i høringen for helseberedskapsloven § 2-4 viser, betyr det ikke at det skal være et krav om at alle formkrav

til samtykke etter personvernforordningen skal oppfylles (der samtykket er supplerende rettsgrunnlag).

**Supplerende rettslig grunnlag:** FHI mener det bør presiseres i *merknadene* at det er smittevernloven som vil gi det supplerende rettslige grunnlaget i tråd med personvernforordningen artikkel 6 nr. 3 og artikkel 9, for behandling av opplysningene i et utbruddsregister.

**Om offentlige kilder:** I merknaden står det: «Når loven bruker uttrykket «offentlige kilder» er dette uttrykk for at det unntaksvis kan bli nødvendig å kreve innsyn i offentlige kilder utenfor helse- og omsorgstjenesten, for eksempel dersom man søker å etterspore farlige smittekilder.» Vi støtter dette. Om bruken av begrepet “offentlige kilder” viser vi til FHIs innspill til Helseberedskapslovens § 2-4.

**Om deling av opplysninger:** For et effektivt smittevern er det nødvendig at de virksomheter som oppretter et utbruddsregister kan dele opplysninger fra registeret med hverandre. For eksempel vil et sykehus og nærliggende kommuner samarbeide om å håndtere utbrudd der pasienter som kan være bærere av en særlig resistent bakterie, er utskrevet fra sykehus til kommunene. Da vil sykehusets smittevernlege og de aktuelle kommuneoverlegene samarbeide om et utbruddsregister og sammen benytte opplysninger fra registeret i etterforskningen.

**Om sletting:** Det bør tydeliggjøres at utbruddsregistre er midlertidige, og at opplysningene skal slettes eller anonymiseres når utbruddsarbeidet er avklart og evaluert, tilsvarende beskrivelsen i Helseberedskapsloven. Evaluering inkluderer her læring og kvalitetsforbedring.

**Om forholdet til beredskapsregistre:** Grensedragningen mellom når det er grunnlag for å opprette registre etter henholdsvis helseberedskapsloven § 2-4 eller smittevernloven § 10-3 er etter FHIs mening ikke tilstrekkelig klar. Omfanget av opplysninger i beredskapsregistre er potensielt mye større (erfaring fra pandemien), samtidig er det stort sett nødvendig med direkte identifiserbar informasjon i utbruddsregistre, da man kontakter enkeltindivider.

Departementet presiserer at ved en samfunnskritisk sykdom, jf. definisjonen i § 1-3 første ledd nr. 5, er det helseberedskapsloven § 2-4 som skal benyttes. Departementet presiserer videre at bestemmelsen § 10-3 ikke hjemler rutinemessig tilgang til større mengder opplysninger over lengre tid. Det bør derfor være tydelig at opplysninger fra et utbruddsregister kan inngå i et beredskapsregister.

**Samlet forslag:** Vi foreslår at § 10-3 får denne ordlyden:

«Kommuneoverlegen, smittevernlegen i sykehus, statsforvalteren, Helsedirektoratet, Statens helsetilsyn og Folkehelseinstituttet kan, når det er nødvendig for å forebygge, oppdage, overvåke eller håndtere smittestoffer og smittsomme sykdommer kreve personopplysninger, herunder særlige kategorier personopplysninger og helseopplysninger, fra offentlige myndigheter og virksomheter samt fra virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester.

Opplysninger etter første ledd kan kreves uten hinder av lovbestemt taushetsplikt.

Myndighetene nevnt i første ledd kan kontakte privatpersoner og be om samtykke til registrering og behandling av opplysninger når dette er nødvendig for formål som nevnt i første ledd.

Helsedirektoratet, Folkehelseinstituttet, kommuneoverlegen og smittevernlegen i sykehus kan etablere tidsavgrensede registre (utbruddsregistre) med opplysninger som nevnt i første og tredje ledd når det er nødvendig for å få oversikt og kontroll over et utbrudd eller for å iverksette tiltak. De samme virksomheter kan for samme formål dele opplysninger fra utbruddsregistre med hverandre.

Den virksomheten som etablerer et utbruddsregister etter fjerde ledd, er behandlingsansvarlig for registeret.

Ved etablering av utbruddsregister skal den behandlingsansvarlige dokumentere at behandlingen av opplysninger skjer i samsvar med helseregisterloven § 6. Dokumentasjonen skal blant annet beskrive registerets formål, hvilke opplysninger som behandles, kilder for opplysningene og hvordan opplysningene sikres.

Opplysninger i et utbruddsregister kan inngå i et beredskapsregister, jf. helseberedskapsloven § 2-4 dersom dette er nødvendig for å håndtere samfunnsfarlige utbrudd.

Den behandlingsansvarlige skal slette eller anonymisere opplysningene i et utbruddsregister når utbruddet er avklart og evaluert. Departementet kan i særlige tilfeller bestemme at opplysningene kan viderebehandles dersom samfunnets interesser klart overstiger ulempene for den enkelte.»

## § 11-2 Begrensninger i adgangen til å fastsette forskrift med lovs innhold eller som fraviker gjeldende lovgivning

Folkehelseinstituttet støtter at denne paragrafen inkluderes.

## Forslag til andre bestemmelser

Folkehelseinstituttet støtter ikke forslaget i høringsnotatets kapittel 24 om hjemmel for (eller videre utredning av hjemmel for) tvangstesting av personer for smittsom sykdom dersom de har eksponert tjenstepersoner i politiet, brannvesenet, kriminalomsorgen eller helsetjenesten for mulig smitte med allmennfarlig smittsom sykdom, for eksempel ved slåssing, skarpe gjenstander eller førstehjelp.

Det har siden aids-epidemien vært økt oppmerksomhet om slike hendelser med blodbårne virus. FHI gir råd om slike situasjoner i Smittevernhandboka og i dialog med kommuneoverleger og bedriftsleger. Vi har forståelse for at eksponerte tjenstepersoner føler uro. Erfaringen er imidlertid at man nesten alltid oppnår samtykke fra den mulige smitekilden, eller man kan få opplysninger fra vedkommendes lege med hjemmel i dagens § 2-2 andre ledd bokstav d.

Det er videre klart at smittefaren ved slike hendelser normalt er svært lav. For eksempel kjenner vi ikke til noen tilfeller i Norge der HIV har vært overført på denne måten.

Vi er bekymret for at en slik hjemmel for én yrkesgruppe vil medføre krav fra andre yrkesgrupper, herunder personell i helsetjenesten, omsorgstjenesten, undervisningssektoren og vaktelskaper. Det kan utvikle seg til en utbredt praksis med mye tvangstesting som må veies mot en liten gevinst.

## Avslutning

Folkehelseinstituttet er tilfreds med at det skal komme en ny smittevernlov etter erfaringene under pandemien og andre erfaringer med dagens lov gjennom over tretti år.

Som statens smitteverninstitutt bistår vi gjerne departementet med ytterligere forklaringer, begrunnelser og innspill i det videre arbeidet fram mot en lovproposisjon for Stortinget.

Vi bistår også gjerne til arbeidet for å oppdatere enkelte av forskriftene til smittevernloven, særlig MSIS-forskriften, NOIS-registerforskriften, resistensregisterforskriften, IHR-forskriften og tuberkuloseforskriften, der det kan gjøres betydelige forenklinger og forbedringer.