

Smittevern i kommunene

Prosjektrapport

29. juni 2016

1. Bakgrunn.....	3
2. Innledning	4
3. organisering av prosjektet.....	5
4. Arbeidsmetoder.....	6
4.1 Informasjonsinnhenting	6
4.1.1 Elektroniske spørreundersøkelser	6
4.1.2 Intervjuer.....	6
5 Kommunenes utfordringer på smittevernområdet og erfaringer med smittevernarbeidet – hva er situasjonen i dag?.....	7
5.1 Epidemiologisk oversikt innen egen kommune, jf. smittevernloven §7-2 annet ledd b.....	7
5.1.1 Oversikt over forekomst av infeksjoner	7
5.1.2 Helsetjenesteassosierte infeksjoner, jf. smittevernloven § 4-7 og forskrift om smittevern i helse- og omsorgstjenesten (smittevernforskriften).....	8
5.1.3 Resistens overfor antimikrobielle midler.....	8
5.1.4 Vaksinasjonsprogram	8
5.1.5 Utbruddsoppløring	9
5.1.6 Beredskap	10
5.1.7 Ansvarsfordeling mellom administrative organer,	10
5.1.8 Særskilte bestemmelser i smittevernloven.....	13
6 Kommunenes framtidige behov/forbedringspunkter – hva er målet/målene?.....	16
6.1 Kompetanse.....	16
6.1.1 Mål.....	16
6.1.2 Internt.....	16
6.1.3 Eksternt	16
6.2 Infeksjonsepidemiologisk oversikt	18
6.2.1 Mål.....	18
6.2.2 Sykdomsbyrde	18
6.3 Andre forhold.....	19
7 Tiltak og endringer som kan heve kvaliteten i smittevernarbeidet i kommunene, inkludert økonomiske og administrative konsekvenser	22
7.1.1 Tiltak på kommunenivå	22
7.1.2 Tiltak på regionalt/fylkes-nivå.....	23
7.1.3 Tiltak på nasjonalt nivå.....	23
Sluttkommentar.....	24

1. BAKGRUNN

Sammenlignet med mange andre land er forekomst av infeksjoner lav i Norge. Denne heldige situasjonen kan i stor grad tilskrives et godt forebyggende smittevernarbeid. Norge har et godt, nasjonalt barnevaksinasjonsprogram med høy oppslutning, lavt forbruk av antibiotika, god dyrehelse, høy grad av drikkevanns- og mattrygghet, god kontroll med skadedyr, god ernæring, gode boforhold og gode sanitasjonssystemer.

Resistens overfor antimikrobielle midler er imidlertid faretruende og økende i den vestlige verden, inkludert Norge. Vi har i dag ikke oversikt over hva slags sykdomsbyrde den økende antibiotikaresistensen utgjør. Økt reisevirksomhet gir potensiale for rask smittespredning, noe som er krevende for smittevernet, inkludert håndtering av pandemier og epidemier. Foruroligende trender i infeksjonsbildet utenfor Norge inkludert økt resistens overfor antimikrobielle midler, samt vår egen evne til å reagere når nye infeksjonsfarer truer, understreker behovet for å videreutvikle og styrke smittevernet for fremtidige utfordringer. Et godt smittevern også for fremtiden hviler på forutsetningene om:

- Gode grunnleggende forebyggende tiltak
- God forebygging, diagnostikk og behandling
- Rask oppdaging og håndtering av utbrudd
- Systematisk evaluering av forebyggende og behandlingsrettede tiltak

Smittevernet i Norge er i stor grad lokalt. Kommunene har hovedansvaret. Men det er også aktører på regionalt og nasjonalt nivå, som til sammen dekker et bredt spekter av tjenester og aktiviteter; alt fra forebyggende smittevernarbeid til pasientrettet smittevernarbeid, beredskap og overvåking, kunnskapsgenerering (forskning) og kommunikasjon.

De viktigste internasjonale aktørene med betydning for smittevernet i Norge er Verdens helseorganisasjon (WHO) som en global helse- og smitteverninstitusjon og Det europeiske smitteverninstituttet (ECDC) med sitt nettverk av nasjonale institutter.

2. INNLEDNING

Folkehelseinstituttet sendte i brev av 7. november 2014 et innspill til Helse- og omsorgsdepartementet, der det ble pekt på behovet for et felles nasjonalt strategi- og utviklingsprosjekt for å tegne et samlet målbilde for alle aktører og gi retning til utviklingen av smittevernarbeidet. Innspillet ble kalt for "Smittevern i Norge for fremtiden".

Oppdraget Smittevern i kommunene ble gitt fra Helse- og omsorgsdepartementet til Folkehelseinstituttet (FHI) og Helsedirektoratet (Helsedir) i brev av 3. juli 2015, med følgende bestilling:

1. Kartlegge kommunenes utfordringer på smittevernområdet og erfaringer med smittevernarbeidet – hva er situasjonen i dag?
2. Gjennomgå kommunenes framtidige behov/forbedringspunkter – hva er målet/målene?
3. Foreslå tiltak og endringer som kan heve kvaliteten i smittevernarbeidet i kommunene, inkludert økonomiske og administrative konsekvenser.

Departementet ber i oppdragsbrevet FHI koordinere arbeidet, samt å involvere KS og andre relevante aktører. Frist for levering ble satt til 30. juni 2016.

Forut for oppdraget hadde Helsedirektoratet fått i oppdrag å gjøre en kartlegging av erfaringene med smittevernloven i kommunene som grunnlag for revisjonsarbeidet. Oppdraget ble gitt i tildelingsbrevet for 2013 og ble ikke slutført, men inngår nå i prosjekt Smittevern i kommunene.

Beslektede, men uavhengige prosjekter er: «Målbilde for nasjonalt infeksjonsregister», Referansefunksjoner i medisinsk mikrobiologi, Nasjonal strategi mot antibiotikaresistens og Handlingsplan mot antibiotikaresistens i helsetjenesten.

3. ORGANISERING AV PROSJEKTET

Prosjektet har vært organisert med en arbeidsgruppe, en prosjektgruppe og en referansegruppe. Arbeidsgruppen har bestått av representanter fra Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet. Gruppen har hatt 6 møter og har hatt følgende medlemmer:

Fra Folkehelseinstituttet: Geir Bukholm, Karin Rønning, Marianne Riise Bergsaker, Anna Hauge (fram til 1.1.2016), Siri Seterelv (fram til 1. 2. 2016), Bjørg Nilsson (fra 1.1.2016), Frode Forland (fra 1.4.2016). Fra Helsedirektoratet: Bente Lund, Hilde Skagestad og Svein Høegh Henriksen.

Prosjektgruppen har hatt hatt 3 møter og har bestått av medlemmene i arbeidsgruppen, samt disse medlemmene:

Liv Overaae (KS), Bjørg Dysthe (Bærum kommune), Nina Tangæs Grønvold (Fredrikstad kommune), Preben Aavitsland (Arendal kommune).

Referansegruppen har hatt ett møte og har bestått av representanter for smittevernleger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, medisinske mikrobiologiske laboratorier, infeksjonsmedisinske avdelinger, Mattilsynet, Forsvarets forskningsinstitutt, Veterinærinstituttet, Regionalt kompetansesenter for smittevern og Kompetansesenteret for antibiotikaresistens.

Medlemmene i prosjektgruppen og referansegruppen har bidratt med innspill og diskusjon underveis i arbeidet. Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet er alene ansvarlige for innholdet i rapporten.

4. ARBEIDSMETODER

Prosjektet har benyttet ulike tilnæringer som inkluderer innspill fra medlemmene i arbeidsgruppe, prosjektgruppe og referansegruppe. I tillegg har det vært innhentet informasjon gjennom spørreskjema til landets kommuneleger, supplert med noen kvalitative intervjuer.

4.1 Informasjonsinnhenting

4.1.1 Elektroniske spørreundersøkelser

For å hente inn informasjon fra smittevernansvarlige leger i kommunene, har vi foretatt to elektroniske spørreundersøkelser blant alle landets kommuner. Den første ble gjennomført i januar 2016. Etter 2 purringer hadde vi mottatt 234 svar, som representerte 292 kommuner, og som tilsvarer en svarprosent på 68.

I undersøkelsen ba vi om informasjon om

- kommunelegen: alder, erfaring, spesialitet, tilgjengelige ressurser
- samarbeid: hvilke instanser samarbeider kommunen med om smittevernet, og hvor formalisert er samarbeidet?
- hvilke er de viktigste kildene til informasjon
- forslag til tiltak for å forbedre smittevernet i kommunene

I den andre undersøkelsen ba vi om informasjon om spørsmål knyttet til smittevernloven og myndighetsutøvelse. Spørreundersøkelsen var todelt. En del ble sendt til kommunelege med ansvar for smittevern, mens en parallell ble sendt til rådmannen. Disse undersøkelsene ble sendt ut i begynnelsen av juni. Etter 2 purringer hadde vi mottatt 195 svar som representerer et høyere antall kommuner, på smitteverndelen av undersøkelsen, og 145 svar på den til rådmannen.

4.1.2 Intervjuer

For å komplettere informasjonen innhentet gjennom spørreundersøkelsene, ble det gjennomført intervjuer. Det ble sendt ut e-post med intervjuforespørsel til de 104 som hadde meldt sin interesse for å delta i et intervju da de svarte på den første spørreundersøkelsen. Vi mottok 50 svar, alle positive til å bli intervjuet, og 10 ble valgt ut. Utvalget omfattet små og store kommuner (fra 500 – 280 000 innbyggere). Alle landsdeler var representert.

10 leger med ansvar for smittevern ble intervjuet, de representerte 13 kommuner. Det var både store og små kommuner og både by- og bygdekommuner, og alle landsdeler var representert.

Tema for intervjuene var

- fullmaktsbestemmelsene i smittevernloven
- smittevernloven – nasjonale behov vs. kommunal autonomi/lovregulering
- tvangsreglene i smittevernloven
- helsepersonells plikt til å følge opplæring/nasjonale retningslinjer
- kommunelegens oppgaver/rolle/ansvar/myndighet
- taushetsplikt/smittedes plikter
- antibiotikaresistens
- myndigheters rollefordeling: FHI/Helsedir/Fylkesmannen/HF-ene
- beredskap

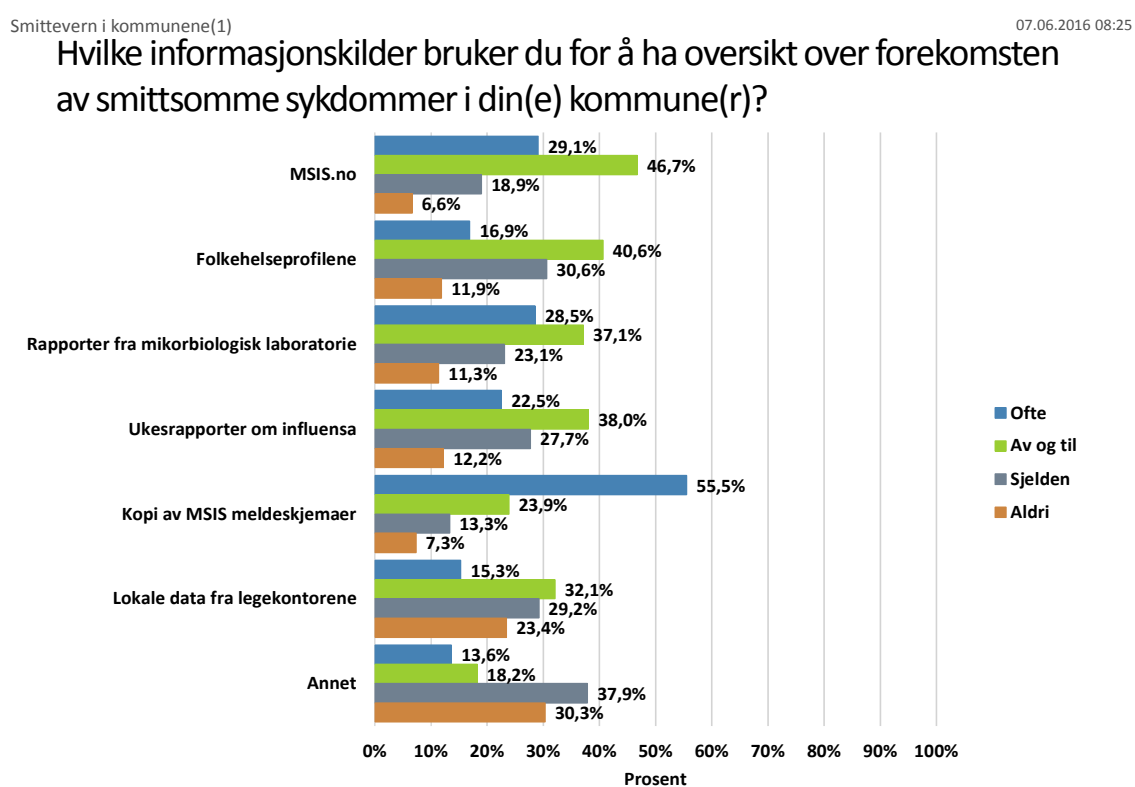
5 KOMMUNENES UTFORDRINGER PÅ SMITTEVERNOMRÅDET OG ERFARINGER MED SMITTEVERNARBEIDET – HVA ER SITUASJONEN I DAG?

Dagens utfordringer på smittevernområdet i Norge kan kort sammenfattes under noen få punkter:

5.1 Epidemiologisk oversikt innen egen kommune, jf. smittevernloven §7-2 annet ledd b

5.1.1 Oversikt over forekomst av infeksjoner

Kommunelegene oppgir at de ikke har epidemiologisk oversikt i egen kommune. Kommunelegene oppgir at kopi av MSIS-meldeskjema er deres viktige kilde for å holde oversikt over den epidemiologiske situasjonen i egen kommune. Meldingssystemet for smittsomme sykdommer (MSIS-meldingene) dekker kun et svært lite utvalg av infeksjoner i en kommune. Dette betyr i praksis at kravene i smittevernloven § 7-2 ikke er oppfylt. Noen få kommuneleger får, gjennom egne avtaler, oversikter over mikrobiologiske funn fra de medisinsk-mikrobiologiske laboratoriene som dekker kommunen. De fleste av de ikke-vaksineforebyggbare sykdommene er ikke meldepliktige til MSIS, slik at opplysningene heller ikke er tilgjengelige i et nasjonalt register. Med unntak av kikhoste, meldes det i Norge svært få tilfeller av de sykdommene vi vaksinerer mot. Vi regner med at den nasjonale overvåkingen fanger opp de fleste symptomatiske sykdomstilfellene av de vaksineforebyggbare sykdommene.



Figur 1 Informasjonskilder brukt for å holde oversikt over forekomst av smittsomme sykdommer

5.1.2 Helsetjenesteassosierte infeksjoner, jf. smittevernloven § 4-7 og forskrift om smittevern i helse- og omsorgstjenesten (smittevernforskriften).

Kommunene skal i samarbeid med kommunelegen sørge for at kommunale institusjoner som omfattes av smittevernforskriften har tilgang på tilstrekkelig smitteverneksptise og ivaretar kravene som stilles i forskriften, jf. smittevernforskriften § 2-4. I kommunale helseinstitusjoner har vi begrenset oversikt over forekomst av helsetjenesteassosierte infeksjoner. Kommunale helseinstitusjoner som omfattes av forskriften skal ha et infeksjonskontrollprogram, jf. smittevernforskriften § 2-1 første ledd og § 3-2. Kommunelegene rapporterer at oppdateringen av de kommunale infeksjonskontrollprogrammene er høyst varierende. Det er grunn til å stille spørsmål ved om kravene til infeksjonsforebygging og infeksjonsovervåking, hjemlet i smittevernloven og smittevernforskriften, overholdes i kommunene.

5.1.3 Resistens overfor antimikrobielle midler.

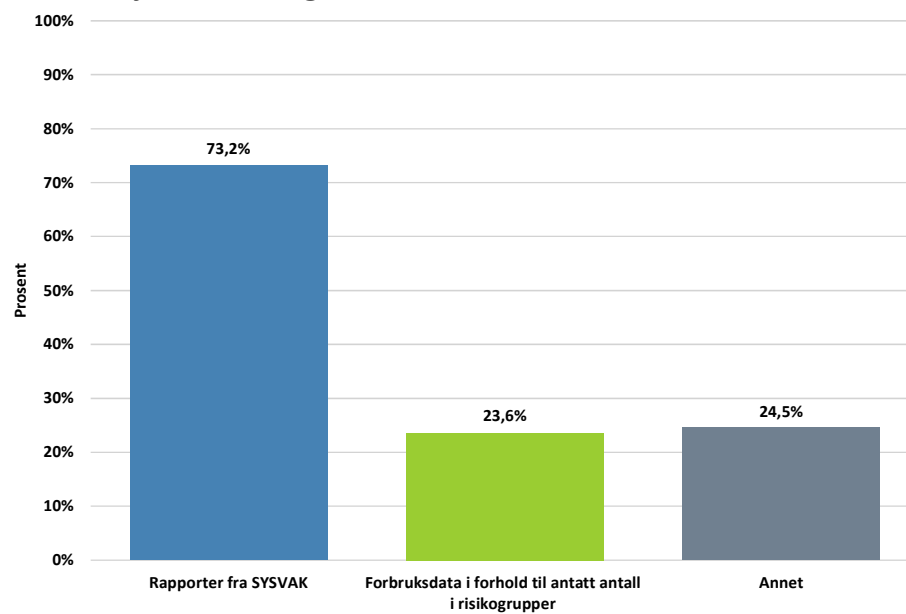
Vi ser en økende forekomst av antibiotikaresistente mikroorganismer i samfunnet. Kommunelegene har ikke oversikt over antibiotikaforbruk og heller ikke over forekomst av bakterier med spesielt farlige resistensgener i egen kommune, jf. smittevernloven § 7-2. Resistensutbrudd (f.eks. utbrudd med MRSA) ved kommunale helseinstitusjoner kan være unntaket. Kommunelegene oppgir at de får liten relevant støtte fra sykehusene eller de regionale kompetansesentre i smittevern i forbindelse med håndtering av multiresistente bakterier i kommunale helseinstitusjoner.

5.1.4 Vaksinasjonsprogram

Barnevaksinasjonsprogrammet er velfungerende i Norge. Det er kommunene som er ansvarlige for at programmet følges opp, jf. smittevernloven § 3-8. Vaksinasjon er et svært effektivt forbyggende tiltak. Etter at barnevaksinasjonsprogrammet ble etablert i Norge, har sykdommene det vaksineres mot nærmest blitt borte. Overvåkingen av effekten av barnevaksinasjonsprogrammet skjer først og fremst på nasjonalt nivå ved å følge forekomsten av sykdommer det vaksineres mot gjennom MSIS. Det finnes imidlertid ikke noe system eller register for å følge opp befolkningens immunstatus, jf. smittevernloven § 3-7 annet ledd.

Opprettholde høy dekning. Forutsetning for å opprettholde en høy dekningsgrad er at kommunelegen har oversikt over dekningsgraden lokalt. Kommunelegene oppgir at de støtter seg til SYSVAK i dette arbeidet, jf. smittevernloven § 3-8 femte ledd. Det fremkommer i undersøkelsen at kommunelegene ønsker seg at registeret er enda bedre oppdatert med hensyn til datakomplettethet og tid, og noen peker på at en bedret kobling mellom SYSVAK og elektronisk pasientjournal slik at det blir mulig å følge vaksinasjonsdekningen i egen kommune, vil gi betydelige gevinster.

Hvordan skaffer du deg oversikt over vaksinasjonsdekningen i kommunen?



Figur 2 Kilder til oversikt over vaksinasjonsdekning

5.1.5 Utbruddsoppløring

Kommunelegene rapporterer at det er krevende å håndtere utbrudd, og at dette er noe av det de bruker mest tid på. Særlig de små kommunene rapporterer at dette arbeidet er utfordrende, og at det går på bekostning av annet arbeid som må settes til side.

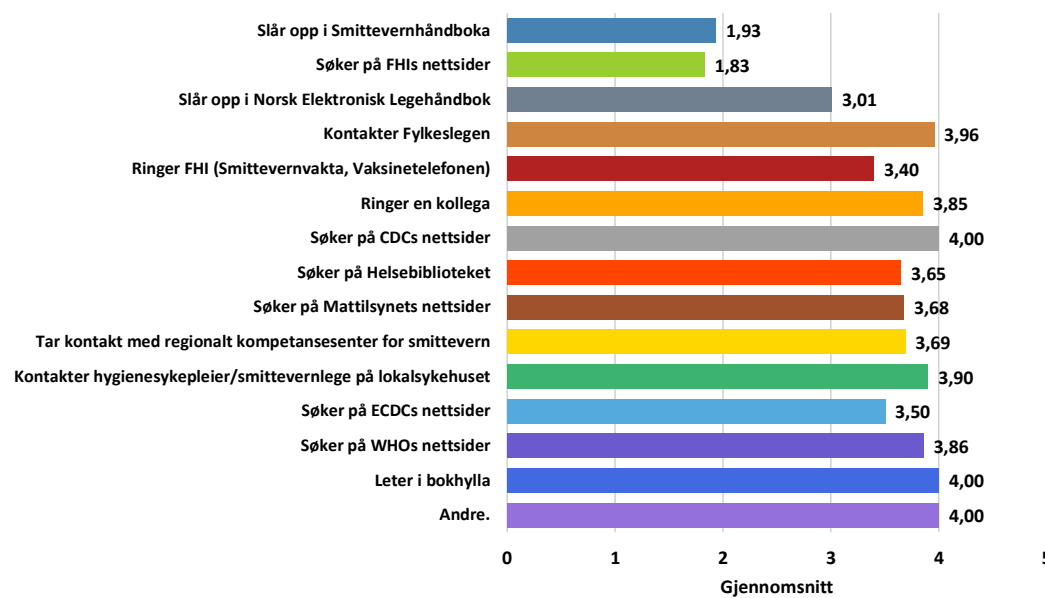
Det er et stort behov for bistand når det gjelder utbruddsoppløring, og et godt samarbeid med Mattilsynet er viktig. Av kommunene er det 22 % som rapporterer at de ikke har en samarbeidsavtale med Mattilsynet.

Mange oppgir Folkehelseinstituttet og Smittevernvakta som den viktigste støtten under et utbrudd. Wwww.fhi.no og Smittevernhåndboka oppgis også som de viktigste informasjonskildene til råd om smitteverntiltak. Dette er en naturlig følge av smittevernlovens systematikk at det er Folkehelseinstituttet som skal gi faglige råd. Folkehelseinstituttets koordinerende rolle når et utbrudd strekker seg over flere kommuner blir nevnt som betryggende og viktig bistand.

Spesialisthelsetjenesten oppleves som å gi lite relevant støtte til utbruddsoppløring, og å ha liten kompetanse på feltet. De oppleves også av mange som å ha liten forståelse for arbeidssituasjonen i en kommune.

49. Hvor finner du informasjon om smitteverntiltak når du trenger det?

Ranger de 5 viktigste metodene for informasjonsinnhenting for deg, hvor 1 er den mest brukte metoden.



Figur 3 Informasjonskilder om smitteverntiltak: Lavest verdi er den mest brukte metoden, høyest verdi er minst brukt.

5.1.6 Beredskap

Beredskapen innen smittevern er avhengig av at mange aktører samarbeider, innen både sivil sektor og forsvarsektoren. Beredskapen skal fange opp trusler forårsaket av pandemier, utbrudd (både nasjonale og internasjonale), samt biologiske trusler.

Smittevernproblematikk framgår ikke som en driver for beredskapsarbeid. Mange kommuneleger oppgir at beredskapsarbeidet er godt organisert, med jevnlig møter i beredskapsteam o.l. Men det er andre forhold enn smittevern som definerer aktiviteten inne helseberedskap. For eksempel er beredskap godt ivarettatt i kommuner med oljereelatert industri. I slike kommuner ser man også velfungerende formalisert interkommunalt samarbeid. Noen uttrykker at det er utfordrende å få forståelse for at en smittevernhendelse utvikler seg annerledes, og krever en annen tilnærming enn andre beredskapshendelser som branner og eksplosjoner. Kommuneleger i små kommuner uttrykker bekymring over beredskapskapasiteten, og understreker viktigheten av bistand og klar kommunikasjon fra sentrale myndigheter i krisesituasjoner.

5.1.7 Ansvarsfordeling mellom administrative organer,

Smittevernloven kap. 7, peker på flere administrative organer med roller innen smittevern: kommunen (med kommunelegen), det regionale helseforetak, fylkesmannen, smittevernnemda, Folkehelseinstituttet, Helsedirektoratet og Statens helsetilsyn.

Matloven peker på Mattilsynet som tilsynsmyndighet innen miljø- og dyrehelserelatert smittevern. Veterinærinstituttet gir råd til myndighetene og driver forskning og diagnostikk innen dyrehelse og mattrygghet. I tillegg har forsvarssektoren ressurser, blant annet innen smittevernberedskap.

Når det gjelder større nasjonale hendelser må det stilles spørsmål ved om smittevernloven i tilstrekkelig grad ivaretar statens behov for å kunne utøve myndighet i den aktuelle situasjonen ved behov.

Det kan være hensiktsmessig å vurdere om smittevernlovens kapittel om administrative organer og deres myndighet bør presiseres.

Kommunen, jf. smittevernloven § 7-1

Kommunen skal sørge for nødvendige forebyggende tiltak og skal skaffe seg oversikt over arten og omfanget av de smittsomme sykdommer som forekommer i kommunen. Kommunen skal også sørge for oppklaring av utbrudd og sørge for at individuelt forebyggende tiltak blir satt i verk. Helse- og omsorgstjenesten i kommunen skal samarbeide med de myndigheter, som har oppgaver av betydning for tiltakene, f.eks. Mattilsynet, Folkehelseinstituttet og de regionale helseforetak. Kommunelegen skal utføre de oppgaver innen smittevernet som pålegges i smittevernloven. Kommunelegen skal ha løpende oversikt over de infeksjonsepidemiologiske forholdene i kommunen, og skal utarbeide forslag til forebyggende tiltak for kommunen. Kommunelegens oppgaver er ytterligere spesifisert i smittevernloven § 7-2.

Som det har fremkommet i spørreundersøkelser og intervjuer i dette prosjektet, ser vi at i mange kommuner, særlig de små, kan kommunens ressurser til smittevernarbeid være svært begrenset, noe som gjør at funksjonaliteten og kapasiteten i henhold til lov- og regelverkets bestemmelser ikke er god.

I spørreundersøkelsene oppgir 77 % av kommunelegene at det ikke er ført tilsyn med smittevernarbeidet etter smittevernloven § 7-1 de siste fire årene. Dette står i motsetning til rådmennenes svar på samme spørsmål, hvor 40 % oppgir at tilsyn er gjennomført i løpet av de fire siste år. På spørsmål om hvor ofte kommunen oppdaterer smittevernplanen varierer svarene fra hvert 3. eller 4. år og «for hver kommunestyreperiode» til «ikke regelmessig». Kommunens beredskapsplanverk skal ses i sammenheng. Det vises særlig til helse- og omsorgstjenesteloven § 5-2 om beredskapsarbeid, smittevernloven § 7-2 og helseberedskapsloven § 2-2 om beredskapsforberedelser. På spørsmål om hvorvidt dette er tilstrekkelig ivaretatt i aktuelle kommune, svarer 75 % «ja», 15 % «nei» og 10 % «vet ikke». Etter smittevernloven § 7-1 skal kommunen samarbeide med myndigheter som har oppgaver av betydning for tiltakene i smittevernarbeidet. 65 % av rådmennene vurderer at det er ikke er behov for ytterligere regulering omkring dette fra sentrale helsemyndigheter.

Kommunestyret kan etter smittevernloven utføre en rekke smitteverntiltak for å forebygge en allmennfarlig smittsom sykdom eller for å motvirke at den blir overført, for eksempel stenging av virksomheter som samler flere mennesker, f.eks. barnehager, skoler, svømmehaller, flyplasser, butikker, hoteller eller andre bedrifter og arbeidsplasser.

På spørsmål om det kan være problematisk at to nabokommuner kan innføre helt ulike tiltak eller, en kommune kan innføre tiltak og den annen kommune ikke, ved utbrudd av en allmennfarlig smittsom sykdom, svarer 58 % av kommunelegene og 46% av rådmennene at de ser dette som

problematisk. Hele 75 % av rådmennene mener slike tiltak bør forutsette rådføring med statlige myndigheter.

Det regionale helseforetaket, jf. smittevernloven § 7-3

Det regionale helseforetaket skal, i henhold til smittevernloven, sørge for at befolkningen i helseregionen, med hensyn til smittsom sykdom, er sikret nødvendig spesialistundersøkelse, laboratorieundersøkelse, poliklinisk behandling og sykehusbehandling, forsvarlig isolering i sykehus, og annen spesialisthelsetjeneste. Det regionale helseforetaket skal utarbeide en plan om det regionale helseforetakets tiltak og tjenester for å forebygge smittsomme sykdommer eller motvirke at de blir overført.

Det regionale helseforetakets rolle overfor kommunene kommer ikke klart frem i loven. Helseforetakene disponerer betydelige fagressurser som er relevant for smittevern, med sykehushygienestaber, medisinsk mikrobiologiske laboratorier og infeksjonsmedisinske avdelinger. Kommunelegenes tilbakemelding i spørreundersøkelsen er at disse miljøene først og fremst har innrettet sin virksomhet mot individrettet diagnostikk og behandling. Kommunelegene anfører at deres kompetanse og praksis innen generell infeksjonsforebygging og utbruddsoppklaring i kommunene er begrenset. Kommunelegen rapporterer også at de sjelden har nytte av det regionale kompetansesenteret i sykehushygiene, jf. smittevernforskriften §3-1 fjerde ledd.

Fylkesmannen, jf. smittevernloven § 7-4

Fylkesmannen skal ha særlig oppmerksomhet mot allmennfarlig smittsom sykdom og skal holde Helsetilsynet og Helsedirektoratet (men ikke Folkehelseinstituttet) orientert om forholdene i fylket. Kommunelegene rapporterer at de sjelden får faglige råd eller veiledning i smittevernsspørsmål fra fylkesmannen.

Fylkesmannen er imidlertid tillagt plikter innen smittevernet i henhold til smittevernloven. Blant annet skal fylkesmannens varsles og kunne gi bistand ved «nærliggende fare for overføring av smittsom sykdom» og ved mistanke om smitte fra dyr (samarbeid med Mattilsynet), jf. smittevernloven § 4-10. Fra kommunelegens side er det stilt spørsmål om fylkesmannen faktisk er tilgjengelig i situasjoner der kommunene trenger bistand. Noen kommuneleger har problematisert at fylkesmannen både har en «faglig funksjon» og en «tilsynsfunksjon», og at denne kombinasjon av roller kan gjøre det vanskelig å bruke fylkesmannen som en faglig ressurs.

Av kommunelegene er det 50 % som sier seg enig i følgende påstand: Fylkesmannens rolle i kriser, herunder så vel forberedende og forebyggende arbeid som normalisering etter en krise, bør tydeliggjøres i smittevernloven. Av kommunelegene er det 60 % som svarer nei på spørsmålet om deler av det lokale smittevernet bør overføres til fylkesmannsnivået for å sikre et mer robust smittevern.

Folkehelseinstituttet, jf. smittevernloven § 7-9

Nasjonalt folkehelseinstitutt er statens smitteverninstitutt. Nasjonalt folkehelseinstitutt skal overvåke den nasjonale epidemiologiske situasjonen og delta i overvåkingen av den internasjonale epidemiologiske situasjonen, drive forskning på smittevernområdet og sikre nødvendig vaksineforsyning og vaksineberedskap. Instituttet driver utstrakt rådgivning til kommunene, både i forbindelse med smittevernberedskap, utbrudd av smittsom sykdom og i vaksinespørsmål.

De fleste kommunelegene oppgir at instituttet er deres foretrukne rådgiver i faglige smittevernsspørsmål.

Helsedirektoratet, jf. smittevernloven § 7-10

Direktoratet skal gi råd, veiledning, opplysning og fatte vedtak i forbindelse med smittevern. Helsedirektoratet kan på nærmere bestemte vilkår, i følge smittevernloven, bestemme at kommuner, fylkeskommuner eller statlige institusjoner skal organisere eller utføre nærmere bestemte tjenester eller tiltak, samarbeide, eller følge nærmere bestemte retningslinjer. Helsedirektoratet kan tilsvarende pålegge helsepersonell å følge nærmere bestemte faglige retningslinjer.

Kommunelegene oppgir at Helsedirektoratets og Folkehelseinstituttets roller innen smittevern kan oppleves å være overlappende. De oppgir videre at det ofte skapes uklare situasjoner når begge de to forvaltningsorganene gir råd i forbindelse med en og samme smittevernsituasjon. Det oppleves f.eks. forvirrende at det kommer informasjonsmaterieell fra både Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet om samme tema, og særlig påpekes det at det er uheldig når informasjonen virker ukoordinert. Utbruddene av ebola og av zika ble nevnt som eksempler på hendelser da dette hadde skjedd. Det er derfor viktig at henholdsvis myndighets- og fagrollen tydeliggjøres og presiseres i tråd med gråsonerapportens angivelser.

Mattilsynet

Mattilsynet er statlig tilsynsmyndighet innen miljø- og dyrehelserelatert smittevern. Mattilsynet må samarbeide med kommunelegen for å kunne iverksette smitteoppsporing ved utbrudd av matsmitte. Denne ordningen oppleves som utfordrende fordi det tidvis tar for lang tid for Mattilsynet å oppnå kontakt med kommunelegene til at oppsporingsarbeidet kan starte raskt nok. Kommunene rapporterer om at samarbeidet med Mattilsynet fungerer tilfredsstillende.

5.1.8 Særskilte bestemmelser i smittevernloven

Isolering ved tvang jf. smittevernloven § 5 -3

En smittet person med en allmennfarlig smittsom sykdom har plikt til å ta imot personlig smitteveiledning som legen gir for å motvirke at sykdommen blir overført til andre, og plikt til om nødvendig å la seg isolere. Dersom en smittet person motsetter seg isolering og andre tiltak som kan forebygge eller motvirke overføring av sykdommen ikke har ført frem, kan det på nærmere bestemte vilkår gjøres vedtak om at vedkommende skal legges inn på sykehus til tvungen isolering.

Den enkelte kommune melder om at isolering med tvang nesten aldri blir brukt. Mange uttrykker at dette er bra, fordi de oppfatter at dette er et tiltak som skal brukes bare i unntakstilfeller. Samtale med den smittede og grundig forklaring på hvorfor isolering er nødvendig, erfares av de fleste som tilstrekkelig til å få den smittede med på et nødvendig isoleringsregime. Dette gjelder også blant utsatte grupper som rusmisbrukere. I unntakstilfellene hvor tvangsisolering har vært ansett som nødvendig, rapporterer kommunene at det er for vanskelig å gjennomføre i praksis, og tar til orde for at reglene for dette bør forenkles.

Fullmaktsbestemmelsene, jf. smittevernloven § 4-1

Når det er nødvendig for å forebygge en allmennfarlig smittsom sykdom eller for å motvirke at den blir overført kan kommunestyret vedta forbud mot møter, stenging av virksomheter, stans i kommunikasjoner mm.

Kommunene melder om at dette er tiltak som relativt sjelden settes i verk. I tilfeller hvor det er behov for eksempel for å stenge en skole eller barnehage, skjer dette etter å har rådført seg med Folkehelseinstituttet. Vi har ikke mottatt noen signaler om behov for endring av disse reglene.

Helsepersonells plikt til opplæring og å følge retningslinjer, jf. smittevernloven § 4-9

Helsepersonell har plikt til å gjennomgå nødvendig opplæring for å kunne arbeide med smittevern. Ved «alvorlig utbrudd av en allmennfarlig smittsom sykdom» har helsepersonell som har gjennomgått nødvendig opplæring plikt til å delta og utføre nødvendige oppgaver i smittevernarbeidet, slik kommunestyret bestemmer. At utbruddet må være «alvorlig» før opplæringsplikten inntreffer markerer en høy terskel for at fullmakten kan brukes. Det kan stilles spørsmål ved om terskelen er for høy til å dekke kommunenes behov.

Kommunene rapporterer at nødvendig smittevernopplæring av helsepersonell gjennomføres. Flere melder om at dette særlig er viktig i hjemmetjenestene, hvor mange ansatte har liten opplæring i smittevern gjennom sin utdanning.

Informasjon til smittede, unntak fra taushetsplikt, jf. smittevernloven 2-1 og 2-2

Leger plikter å gi en person smittet med en allmennfarlig smittsom sykdom informasjon om sykdommen, dens smittemåter og smittsomhet, samt om hvilke lover og bestemmelser som gjelder. Legen skal også veilede om hvordan vedkommende kan motvirke at sykdommen blir overført til andre, samt søke å oppnå medvirkning fra den smittede slik at nødvendige opplysninger blir gitt. Om det ikke er mulig å oppnå samtykke, er det anledning til å videreformidle smittestatus og andre nødvendige opplysninger uten at taushetsplikten er til hinder. Helsepersonell som mottar slike opplysninger har taushetsplikt.

Taushetsplikten kan gi dilemmaer, for eksempel er det kjent at hepatitt B hos mødre og oppfølging av spedbarn med hensyn på vaksinasjon, er en utfordring. Tilbakemeldinger fra smittevernansvarlige leger i kommunene viser at taushetsplikten er noe de tar svært alvorlig. Mange rapporterer at de ofte blir bedt om å oppgi smittestatus av annet helsepersonell i forkant av undersøkelser, men at disse forespørslene stort sett avslås. Smittevernansvarlige leger oppgir at de ser det som sin oppgave å veilede om hvorfor det ikke er nødvendig å formidle disse opplysningene, og at det er sjelden aktuelt å gjøre bruk av unntaksbestemmelsene i § 2-2, f.eks. litra c.

Meldingsplikt og varslingsplikt, jf. smittevernloven § 2-3

Leger har meldeplikt til Folkehelseinstituttet om særskilte smittsomme sykdommer, fastsatt i forskrift. Lege, sykepleier, jordmor eller helsesøster som mistenker eller påviser et tilfelle av enkelte, utpekte smittsomme sykdommer, skal umiddelbart varsle kommunekommunelegen.

Visse utbrudd er varslingspliktige. Dette gjelder først og fremst

- utbrudd i helseinstitusjoner (både kommunale og i sykehus)
- utbrudd forårsaket av mat- og vannbårne smittestoffer
- utbrudd av andre meldepliktige sykdommer
- utbrudd av særlig alvorlige sykdommer
- særlig omfattende utbrudd

Varslingsplikten medfører telefonisk varsling til FHI dersom utbruddet er omfattende og/ eller alvorlig. I alle andre situasjoner kan utbruddet varsles i varslingssystemet Vesuv. Systemet er utviklet av FHI og Mattilsynet i fellesskap. Her kan informasjon om utbruddet fortløpende oppdateres av varsler og utbruddsnummer deles med andre. Varslingsplikten til FHI og Mattilsynet er oppfylt ved varsling til Vesuv. Varsler kan også angi om det ønskes bistand til håndtering av utbruddet.

Kommunelegene rapporterer at meldingsplikten og varslingsplikten fungerer etter hensikten, men flere har tatt til ordet for at lungetuberkulose bør inkluderes i listen over varslingspliktige sykdommer.

6 KOMMUNENES FRAMTIDIGE BEHOV/FORBEDRINGS-PUNKTER – HVA ER MÅLET/MÅLENE?

6.1 Kompetanse

6.1.1 Mål

Sikre kompetanse i kommunene og sikre et effektivt system utenfor kommunene som kan tilføre kompetanse når kommunene har behov for det.

6.1.2 Internt

Det er viktig at det er avsatt tilstrekkelig ressurser til smittevernarbeidet i kommunen. Av kommunelegene oppga 70 % i vår undersøkelse at de brukte opp til 0,5 dager i uken på smittevern. De færreste kommuner har eget personell som bare arbeider med smittevern, bare de største kommunene har egne smittevernleger. Dette er et potensielt problem for å ivareta kravet om likeverdige helsetjenester for befolkningen. Her er det stor forskjell på innbyggere i store og små kommuner. I og med at det er liten grad av interkommunalt samarbeid, blir ikke denne sårbarheten forebygget.

Bare 50 % av kommunelegene mener det er nesten eller fullt mulig å ivareta smittevernansvaret med de ressursene/den stillingsbrøken som er gitt av kommunen, mens 35 % mener det er nesten eller fullstendig umulig.

På spørsmål om hvordan kommunen dimensjonerer stilling til kommunelege svarer kun 15 % at dette er basert på bestemmelsene i smittevernloven. Smittevernloven forutsetter blant annet at en hendelse skal kunne bli håndtert umiddelbart hvis situasjonen tilsier det. Videre svarer 40 % av rådmennene at dimensjoneringen er basert på befolkningstall. Hele 40 % svarer at de dimensjonerer kommunelegestillingen ut fra andre kriterier, og nevner erfaring, dialog med smittevernlegen, behov og tilgjengelighet, økonomi og tilfeldigheter.

Det er 61 % av kommunene som oppgir at de ikke har et telefonnummer som besvares gjennom hele døgnet for håndtering av smittevernhendelser. Av dem som oppgir å ha en slik døgnbemannet telefon, oppgir 80 % at legevakten er en av instansene man da kommer i kontakt med.

Det er 16 % av kommunelegene som opplever at de aldri, eller nesten aldri, får gjennomslag hos administrasjonen for forslag til planer, tiltak og ivaretagelse av kommunens ansvar i smittevernsammenheng. Hele 65 % oppgir at de alltid, eller nesten alltid får gjennomslag for sine forslag.

6.1.3 Eksternt

Det er et stort behov for tilgang til eksternt fagkompetanse/beslutningsstøtte i kommunene, særlig når det gjelder overvåking, utbrudd og beredskap. I smittevernloven er både fylkesmannen, de regionale helseforetak, Mattilsynet, Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet tillagt en rolle som rådgivere for kommunene. I folkehelseloven er fylkeskommunen tillagt en sentral rolle i å bistå kommunen i folkehelsearbeidet. Slik kommunelegene formulerer seg i spørreundersøkelsen, tilsier dette at det er et behov for «rydding» i disse rollene.

På overordnet, sentralt nivå gjelder dette Mattilsynet, Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet. Mattilsynets rolle ser ut til å være den greieste. Forståelse av deres rolle overfor kommunen synes å være uproblematisk, men det er et problem at 22 % av kommunene ikke har opprettet formelle samarbeidsavtaler med Mattilsynet. Så mye som 71% av kommunelegene mener Mattilsynet bør

gis direkte fullmakt til å igangsette arbeidet med smitteoppsporing før kommunelegen har bekreftet å ha mottatt underretningen.

Kommunelegene omtaler forholdet mellom Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet som det mest utfordrende. Begge institusjoner er tillagt en rådgivende rolle i henhold til smittevernloven, jf. §§ 7-9 og 7-10. Det fremgår av undersøkelsen at en tydeliggjøring av ansvarsforholdet mellom de institusjonene, ville gjort kommunikasjon og kunnskapsoverføringen mellom sentral forvaltning og kommunene mer hensiktsmessig. Dette understøttes av Helsedirektoratets og Folkehelseinstituttets roller som henholdsvis myndighetsorgan og fagorgan på smittevernfeltet bør i større grad rendyrkes og komme klarere frem i smittevernloven.

Nivået mellom sentral statlig forvaltning og kommunene er også problematisk. Både fylkesmannen, fylkeskommunen og de regionale helseforetakene har kompetanse som kunne vært tilgjengeliggjort for kommunene på en bedre måte enn i dag.

På spørsmål om RHF-enes oppgaver skal spesifiseres tydeligere i smittevernloven, svarer 75 % av de som har en mening om spørsmålet «ja». Kommunelegene oppgir samarbeidsplaner innen smittevern, smittevernberedskap og transport av pasienter med smitte. Under intervjuene oppga flere av kommunelegene at de har fått liten adekvat hjelp fra RHF-et når de har henvendt seg med spørsmål om smittevern, og at RHFet mangler forståelse for den kommunale virkeligheten og hvordan arbeidet foregår i en kommune. Forståelsen av smittevern og løsninger på utfordringer innen smittevernet fra RHFet oppleves av kommunelegene å være lite brukbare.

Bare 21 % av kommunelegene oppgir å ha planer med helseforetakene ved eventuell utskrivning/overflytting av pasienter fra sykehus til kommunen ved stor pågang av innleggelser på grunn av smitte. Det er 27 % av kommunelegene som oppgir at de syns samarbeidet med helseforetakene fungerer godt eller meget godt, 65% oppgir at det fungerer til en viss grad, mens 8% oppgir at det fungerer dårlig.

Ut i fra svarene i spørreundersøkelsen har de regionale helseforetakene (med sine HF) først og fremst et individrettet behandlingsperspektiv. Man kunne tenkt seg å bygge ut de regionale kompetansesentrene i sykehushygiene til regionale smittevernheter som skulle betjene både spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten, slik at de fikk en rolle mer på linje med läns-smidtskyddsenehetene i Sverige. Helse- og omsorgsdepartementets «handlingsplan mot antibiotikabruk i helsetjenesten» foreslår å styrke de regionale kompetansesentrene med personell som kan gi veiledning både i sykehusene og i kommunene. Finansieringen av disse enhetene gjennom «spesialisthelsetjenestesystemet» vil imidlertid kunne bidra til at disse enhetene fortsetter å ha et hovedfokus mot effektiv sykehusdrift og i mindre grad være i stand til å ivareta helheten i smittevernet. Det er også klart at i følge kommunelegene vil et mer helhetlig ansvar for de regionale enhetene måtte medføre at man endrer kompetanseprofilen i de regionale smittevernheterne. Smittevernloven § 7-3 er ganske uklar m.ht. hvilke forpliktelser RHFene har mot det kommunale smittevernet. Uansett er det behov for en presisering.

Fylkesmannens rolle kan fremstå som uavklart lovmessig, jf. smittevernloven §§ 4-10 og 7-4, og det pekes i tillegg på at praksis gjør at kommunene i liten grad benytter Fylkesmannens helsefaglige stab som rådgivere på smittevernfeltet. Fylkeskommunen er gitt en viktig rolle i folkehelsearbeidet gjennom folkehelseloven, men er ikke nevnt i smittevernloven. Faglig sett er

det ingen tvil om at fylkesmannen og fylkeskommunene besitter helsefaglige ressurser med lokal kunnskap og med mye større nærhet til lokale smittevernproblemstillinger enn det Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet har.

6.2 Infeksjonsepidemiologisk oversikt

6.2.1 Mål

Et nasjonalt system med tilgang til oppdaterte data over infeksjoner som kan gi kommunale, regionale og nasjonale oversikter.

Et godt smittevern er avhengig at informasjons- og datagrunnlaget for smittevern kan gi relevant informasjon til rett tid i forbindelse med utbruddsoppklaring og sykdomsforekomst. Kommunelegene oppgir at det er krevende å holde oversikt over lokal sykdomsforekomst, jf. smittevernloven § 7-2, annet avsnitt punkt b. De uttrykker en bekymring for at de får beskjed for sent om smittsomme sykdommer, og at de i dag er avhengige av uformelle avtaler med lokale sykehus/laboratorier for å få rask og jevnlig beskjed. De uttrykker ønske om oversikt over flere infeksjonssykdommer enn de som varslingspliktige. Flere foreslår at Folkehelseinstituttet burde legge til rette for løpende tilgang til tidsaktuelle/oppdaterte data om infeksjonssykdommer for sin kommune, slik at dette kan brukes i det lokale smittevernarbeidet. Det kan stilles spørsmål ved hva «oversikt over de infeksjonsepidemiologiske forholdene i kommunen» betyr. Det er grunn til å tro at hva man legger i dette kan være forskjellig i dag i forhold hva man la i dette da smittevernloven ble skrevet. Kjetil Tveitan legger til grunn at opplysninger om de epidemiologiske forholdene skal kommunelegen få gjennom meldingssystemer etter § 2-3 og i forbindelse med enkeltvis oppsporing etter § 3-6, jf. § 4-10.

Vi skal huske på at dagens smittevernregistre kun gir oversikt over et lite utvalg av infeksjonssykdommer. Dette gjelder først og fremst de infeksjonene som er meldepliktige til MSIS. Dette gjenspeiler nok et konservativt forhold til hva slags pasientopplysninger man skal ha tilgjengelig i registre og er preget av den tiden smittevernloven ble skrevet. Dagens kommuneleger peker på behovet for en mer fullstendig oversikt, dersom de skal kunne etterleve de reelle kravene i smittevernloven. De kommunelegene som har hatt avtale med lokale mikrobiologiske laboratorier som har sendt regelmessige oversikter over mikrobiologiske isolater i området, har meldt tilbake at dette tiltaket har hjulpet dem for å få lokal-epidemiologisk oversikt.

Folkehelseinstituttet er bedt om å utarbeide et "mål-bilde" for et moderne smittevernregistersystem. Dette arbeidet ble avsluttet i april 2016. Rapporten foreslår at man etablerer en nasjonal mikrobiologisk laboratoriedatabase og at man etablerer et nasjonalt infeksjonsregister som henter sine laboratoriedata fra laboratoriedatabasen og kliniske data fra nøkkelregistre som NPR og et fremtidig KPR. Et slikt system vil differensiere mellom hva som er behandlingsrettede opplysninger (nasjonal laboratoriedatabase, hjemlet i pasientjournalloven) og helseregisteropplysninger (infeksjonsregister, hjemlet i helseregisterloven). Til sammen vil dette kunne gi nasjonale, regionale og fylkesvise oversikter som er tidsaktuelle, samt data for hver kommune og hvert legekantor.

Folkehelseloven § 25 peker på at Folkehelseinstituttet skal tilgjengeliggjøre opplysninger som grunnlag for kommunenes oversikter over helsetilstand og helsetrusler. Blant annet skal dette gjøres gjennom statistikk fra sentrale helseregistre.

6.2.2 Sykdomsbyrde

Våre manglende systemer for å gi en infeksjonsepidemiologisk oversikt fører også til at vi ikke kan estimere sykdomsbyrde som følge av infeksjonssykdommer. Dette gjør det vanskelig å følge

effekten av intervensjoner innen infeksjonsområdet. Dette gjelder både på kommunalt nivå, fylkesnivå, regionalt nivå og nasjonalt.

Det er laget en tverrsektoriell strategi for å redusere videre utvikling av resistens overfor antimikrobielle midler, og Helse- og omsorgsdepartementet har laget en handlingsplan mot antibiotikaresistens. Da smittevernloven ble laget erkjente man i liten grad antibiotikaresistens som er stort problem innen nasjonalt smittevern. I dag er det rimelig at oversikt over forekomst av antibiotikaresistente bakterier dekkes i kravet om epidemiologisk oversikt i h.h.t smittevernloven § 7-2. Verken kommunenivå eller nasjonalt nivå er i dag i stand til å ha oversikt over forekomst av resistens, og langt mindre estimere den sykdomsbyrde som assosieres med antibiotikaresistens. Handlingsplanen er i stor grad rettet mot den kommunale helse- og omsorgstjenesten. For å lykkes i dette arbeidet har man behov for oversikter over antibiotikaforskrivningen og forekomsten av bakterier som bærer farlige resistensgener. Den foreslåtte løsningen for en nasjonal laboratoriedatabase og et infeksjonsregister (se over), vil gi mulighet til å følge effekten av slike intervensjoner og tilfredsstillende kravene i smittevernloven § 7-2 og folkehelseloven §§ 5, 20 og 25.

6.3 Andre forhold

Mål: smittevernloven bør gi klare og brukbare retningslinjer for kommunenes arbeid med beredskap, mulighet for å gjennomføre tvangsvedtak og isolasjon.

I spørreundersøkelsen oppgir 85 % at kommunelegens oppgaver etter smittevernloven §7-2 er hensiktsmessige, og 76% av rådmennene mener smittevernlovens bestemmelser er tilstrekkelig til at kommunen kan ivareta smittevernet på lokalt nivå. Hele 90 % av rådmennene oppfatter at kommunene har de nødvendige fullmakter til å kunne håndtere en smittevernkrise.

En smittet person med en allmennfarlig smittsom sykdom har på bestemte vilkår plikt til om nødvendig å la seg isolere: Dersom en smittet person motsetter seg isolering og andre tiltak som kan forebygge eller motvirke overføring av sykdommen ikke har ført frem, kan det gjøres vedtak om at vedkommende skal legges inn på sykehus til tvungen isolering.

Det er 26 % av kommunelegene som oppgir at de mener det er nødvendig å endre tvangsreglene i smittevernloven. De peker på behov for en enklere prosess for tvangsvedtak og behov for å kunne fatte hastevedtak også når diagnosen er kjent.

Ved vår informasjonsinnhenting melder kommunelegene tilbake at isolering med tvang så å si aldri brukes, jf. smittevernloven §§ 5-2 - 5-3, og at det i praksis bare er ved lungetuberkulose at bestemmelsene benyttes. Dette kan selvfølgelig skyldes at kommunene er små og at man derfor på kommunalt nivå opplever at tvangsparagrafene nesten aldri tas i bruk. Flere uttrykker at det er i tråd med smittevernlovens intensjon at isolering ved tvang kun skal tas i bruk i unntakstilfeller. I et nasjonalt eller regionalt perspektiv brukes disse bestemmelsene til en viss grad. I de tilfellene tvang har vært vurdert som nødvendig, rapporterer kommunelegene at tvangstiltakene i praksis er for vanskelig å gjennomføre og at i mange tilfeller er isolering ikke gjennomført på grunn av komplisert regelverk. Vi anbefaler derfor at det vurderes om det er hensiktsmessig å forenkle og tydeliggjøre reglene og prosedyrene for isolering ved tvang , samtidig som man sikrer nødvendig rettsvern.

Leger har meldeplikt til Folkehelseinstituttet om særskilte smittsomme sykdommer, jf. smittevernloven § 2-3. Lege, sykepleier, jordmor eller helsesøster som mistenker eller påviser et tilfelle av enkelte, utpekte smittsomme sykdommer, skal umiddelbart varsle kommunelegen. Tilbakemelding fra kommunelegene tyder på at meldeplikten og varslingsplikten fungerer etter hensikten, men flere ønsker som tidligere nevnt at lungetuberkulose bør inkluderes i listen over varslingspliktige sykdommer. Vi anbefaler at man gjennomgår hvilke sykdommer som skal være varslingspliktige.

Kommunelegene ble presentert for påstanden at det kan være problematisk at ulike kommuner som opplever samme smittehendelse velger å innføre ulike tiltak i samme situasjon. Det var 58 % av kommunelegene som mente at dette er problematisk. Når kommunelegene blir bedt om å oppgi hvorfor de synes dette er problematisk, svarer mange at det er vanskelig for befolkningen å forstå at det brukes ulike strategier for samme hendelse, at tiltakene mister troverdighet, at det kan skape forvirring og usikkerhet og svekke tilliten til kommunen.

På spørsmål om hvor enig kommunelegene i følgende påstand: «Smittevernloven bør ha ett nivå mellom smittsom sykdom og allmennfarlig smittsom sykdom for utløsning av fullmakter», svarer over halvparten at det burde finnes et slikt mellomnivå.

82 % av kommunelegene vurderer at de har de nødvendige fullmakter (smittevernloven, helseberedskapsloven og helse- og omsorgstjenesteloven) til å kunne ivareta sitt ansvar i en beredskapssituasjon som omhandler en allmennfarlig smittsom sykdom. De 7,5 % som mener at de ikke har det, etterlyser sanksjonsmyndigheter i forhold til tuberkulosekontroll, og bedre muligheter for tvangstiltak i en akutt situasjon, før saken kan behandles i smittevernemnda.

På spørsmål om de opplever at taushetsplikten er til hinder for tilstrekkelig ivaretagelse av smittevernet til pasienter eller helsepersonell, svarer 27 % ja. De oppgir hiv og andre seksuelt overførbare infeksjoner som et særskilt problematisk område.

37 % av kommunelegene oppgir at de mener smittedes plikter etter smittevernloven er tilstrekkelige til at smittevernet kan ivaretas. Mange løfter fram som problematisk at det er mulig med tvangsvedtak for undersøkelse av tuberkulose, men ikke for behandling. Noen synes smittevernloven balanserer hensynet til den enkelte og samfunnet på en god måte, mens andre mener smittevernloven er for streng.

61 % av kommunelegene svarer at de ikke har ett telefonnummer som besvares gjennom hele døgnet for håndtering av akutte smittevern hendelser. Dette kan indikere behovet for en sterkere lovfesting av plikten til kontinuerlig beredskap. Av de kommunene som oppgir å ha en døgnbetjent telefon, oppgir 80 % at de to instansene de da kommer i kontakt med er legevakt, og smittevernansvarlig kommunelege.

På spørsmål om allmennlegenes rolle i lovverket er tilstrekkelig tydelig til at kommunene kan benytte allmennlegene på en hensiktsmessig måte i beredskapssituasjoner, svarer over 50 % av dem som mener noe om spørsmålet nei. Kommentarene som er gitt til dette spørsmålet, peker på at avtalene mellom fastlegen og kommunen bør bli mer tydelig på kommunens rett til å styre bruk av og innhold i allmennlegetjenesten i en beredskapssituasjon, og at dette bør endres i fastlegeforskriften. Noen peker på at smittevern og smittevernloven må omfattes av Legeforeningens definisjon av Offentlig allmennmedisinsk arbeid, som fastleger om nødvendig kan tilpliktes til. Andre kommenterer at allmennlegene ikke bør brukes i beredskapsarbeid, fordi de ikke har kompetanse på dette.

88% av kommunelegene oppgir å ha oppdaterte lister med kontaktinformasjon slik at for eksempel fylkesmannen raskt kan få kontakt med kommunens allmennleger i en krisesituasjon.

7 TILTAK OG ENDRINGER SOM KAN HEVE KVALITETEN I SMITTEVERNARBEIDET I KOMMUNENE, INKLUDERT ØKONOMISKE OG ADMINISTRATIVE KONSEKVENSER

Innledning

Lov om folkehelsearbeid peker på kommunens ansvar for å fremme befolkningens helse, jf. § 4 og ha oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer i kommunen, jf. § 5. Fylkeskommunen er i § 20 tillagt et ansvar for å fremme folkehelse og understøtte folkehelsearbeidet i kommunen. Folkehelseloven presiserer i § 8 at miljørettet helsevern omfatter biologiske, kjemiske, fysiske og sosiale miljøfaktorer.

I henhold til både folkehelseloven og smittevernloven er kommunen den administrative enhet der smittevernet utøves. I henhold til folkehelselovens § 20 skal fylkeskommunen understøtte folkehelsearbeidet i kommunen.

Smittevernloven har ikke vært redigert etter at folkehelseloven trådte i kraft i 2012. Det kan derfor på noen områder være uklart om smittevernlovens bestemmelser harmonerer helt med hovedtenkningen i folkehelseloven og dette bør problematiseres og gjennomgås mer samlet.

7.1.1 Tiltak på kommunenivå

Mange kommuner er små enheter. En del av oppgavene som kommunene er pålagt på smittevernområdet i henhold til lovverk, kan være vanskelig å gjennomføre fordi det er få personer som arbeider med smittevern i en kommune, og fordi kommunelegen med sin stab skal dekke mange andre oppgaver. De store bykommunene er i stand til å løse oppgavene på en bedre måte enn små landkommuner. Det er i hovedsak tre mulige veier å gå for å bedre denne problematikken:

- Lage mer robuste kommunale smittevernsenheter gjennom interkommunalt samarbeid
- Løfte noen av kommunens oppgaver fra kommunen til et høyere organisatorisk nivå
- Etablere sterkere samarbeidsrelasjoner mellom kommunene og fylkesvise, regionale eller nasjonale kompetansemiljøer

Interkommunalt samarbeid

Det er i dag liten grad av interkommunalt samarbeid innen smittevernområdet. Det er også usikkert om et mer utviklet interkommunalt samarbeid alene vil løse de problemene som kommunalt smittevern står overfor. Et interkommunalt samarbeid vil være effektivt på smittevernområdet dersom man oppnår en økning i antall fagpersoner som arbeider med smittevern. Kommunene står imidlertid fritt i forhold til å etablere interkommunalt samarbeid..

Tiltak

- Smittevernlovens krav til beredskap i kommunen må defineres tydeligere.
 - Arbeidsgruppa ønsker å presisere at kommunene har plikt til å ha en døgnberedskap i smittevern og at dette da bør formuleres i en lovrevisjon av smittevernloven. Presisjonen vil føre til at små kommuner må sørge for en mer robust bemanning. Dette kan løses ved økning av personalet i egen kommune eller f.eks. ved interkommunalt samarbeid, jf. smittevernloven §§ 7-1 og 7-2.

7.1.2 Tiltak på regionalt/fylkes-nivå

Fylkeskommunen har i dag ingen formell rolle definert i smittevernloven. I henhold til folkehelseloven §§ 20 og 21, skal fylkeskommunen fremme folkehelsearbeidet og ha nødvendig oversikt over helsetilstanden i fylket. Det er naturlig å se dette i sammenheng med smittevernlovens krav til kommunen om å ha infeksjonsepidemiologisk oversikt.

- Vi anbefaler at departementet vurderer hvorvidt det kan være aktuelt å gi fylkeskommunene en rolle i det epidemiologiske oversiktsarbeidet, og å bistå kommunene med dette, jf. smittevernloven §§7-1 og 7-2. Dette kan eventuelt tydeliggjøres i en revisjon av smittevernloven.

Fylkesmannen

Vi anbefaler at fylkesmannens rolle tydeliggjøres i smittevernloven.

Regionale helseforetak

Det regionale helseforetak er omtalt i smittevernloven § 7-3. Også på dette feltet bør lovbestemmelsen gjennomgås og utdypes og presiseres ytterligere, samt omtale beredskap særskilt. RHFene har sørge-for-ansvaret for laboratorievirksomhet, både for spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Deres laboratoriedata er derfor nødvendige grunnlagsdata for epidemiologiske oversikter og analyser. RHFenes eventuelle rolle i å bistå den generelle kommunale smitteverntjenesten bør gjennomgås i lovarbeidet.

7.1.3 Tiltak på nasjonalt nivå

Rådgivning

Både Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet er tillagt en rådgivende rolle i henhold til smittevernloven, jf. §§ 7-9 - § 7-10. En tydeliggjøring av ansvarsforholdet mellom disse institusjonene er nødvendig for å gjøre kommunikasjon og kunnskapsoverføring mellom sentral forvaltning og kommunene mer hensiktsmessig.

Epidemiologisk oversikt

Vi foreslår at man etablerer en nasjonal mikrobiologisk laboratoriedatabase og et nasjonalt infeksjonsregister. Dette vil gi fylkeskommuner og kommuner tilgang til nødvendig oversikt over smittestoff som påvirker befolkningens helsetilstand, jf. folkehelseloven § 25 og smittevernloven § 7-2.

Øvrige behov for endringer

Det er nødvendig å endre tvangsreglene i smittevernloven, slik at man får en enklere prosess for tvangsvedtak og mulighet for å fatte hastevedtak også når diagnosen er kjent.

Vi anbefaler at man gjennomgår hvilke sykdommer som skal være varslingspliktige, blant annet bør man vurdere om lungetuberkulose bør inkluderes i listen over varslingspliktige sykdommer.

Vi anbefaler at det vurderes smittevernloven innfører et nivå mellom smittsom sykdom og allmennfarlig smittsom sykdom for utløsning av fullmakter.

Beredskap

Vi ønsker en gjennomgang av beredskapskjeden slik den er beskrevet i smittevernloven. Kommunenes ansvar for å ha en døgnkontinuerlig smittevernberedskap alle ukedager må tydeliggjøres.

Aktører i den regionale beredskapen er fylkeskommune, fylkesmann og de regionale helseforetakene. Deres roller må presiseres i smittevernloven, slik at fylkesmannen gis et tydelig overordnet ansvar for å påse at fylkeskommunene og de regionale helseforetakene har etablert gode beredskapsordninger innen smittevern.

Sluttkommentar

Det er pekt på en rekke forhold som man ønsker å forbedre for å få til et mer effektivt smittevern i kommunene. Alle punktene er underbygget av resultater fra spørreundersøkelser til landets kommuner. Smittevernloven oppfattes gjennomgående som en lov som kommunene er fornøyd med. På enkelte punkter anbefaler vi likevel at loven revideres.

Smittevernloven må i tillegg ses opp mot relatert, nyere lovgivning som helse- og omsorgstjenesteloven, helseberedskapsloven og folkehelseloven.

Ut over dette og uavhengig av spørreundersøkelsen må det i det videre arbeidet også fokuseres på kommunenes plikter til dekontaminering og fastsettelse av pris for massevaksinering.

I tillegg må det vurderes om det er internasjonale forhold omkring IHR-forskriften, det europeiske arbeidet EU SHIPSAN ACT Joint Action om CBRN hendelsers betydning på maritim transport samt varslingsystemet SafeSeaNet Norways meldingsportal for rapportering for skip som ankommer norske havner og seiler i norske farvann regulerer forhold som bør løftes inn på lovnivå; dvs. inn i smittevernloven.

Vi anbefaler derfor at det etableres et eget prosjekt for å revidere smittevernloven.