Helse- og omsorgsdepartementet

Høringsnotat

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

Utsendt: 8. oktober 2025

Høringsfrist: 8. april 2026

Innholdsfortegnelse:

1 Innledning 25

2 Høringsnotatets disponering og hovedinnhold mv. 31

2.1 Disponering og hovedinnhold 31

2.2 Forholdet til Svalbard 41

2.3 Personvernmessige konsekvenser av forslaget 43

3 Bakgrunn – utviklingstrekk, sentrale dokumenter og behov for regelverksrevisjon 45

3.1 Innledning 45

3.2 Smittsomme sykdommer - utviklingstrekk 45

3.3 Organisering av smittevernarbeidet i Norge 47

3.4 Grunnprinsipper og kjennetegn ved dagens smittevernlov 48

3.4.1 Innledning 48

3.4.2 Frivillighet og samtykke 49

3.4.3 I hovedsak er nødvendig smittevernhjelp gratis 49

3.4.4 Plikt til å melde fra om smittsom sykdom og plikt til å la seg undersøke 49

3.4.5 Undersøkelse og behandling kan unntaksvis skje ved tvang, herunder isolering på sykehus 49

3.4.6 Leger har plikt til å undersøke smittede personer og plikt til å oppspore smittekilder 49

3.4.7 Alle har rett til nødvendig smittevernhjelp 50

3.4.8 Individrettede og befolkningsrettede tiltak 50

3.4.9 Vaksiner og vaksinasjonsprogrammet 50

3.5 Sentrale dokumenter 51

3.5.1 Innledning 51

3.5.2 NOU 2019: 13 Når krisen inntreffer 51

3.5.3 NOU 2021: 6 Myndighetenes håndtering av koronapandemien. Rapport fra Koronakommisjonen 52

3.5.4 NOU 2022: 5 Myndighetenes håndtering av koronapandemien – del 2. Rapport fra Koronakommisjonen 53

3.5.5 Ekspertgrupperapporter om infrastruktur, kompetanse og juridiske hjemler for kunnskapsproduksjon i kriser 55

3.5.6 Meld. St. 15 (2022-2023) Folkehelsemeldinga – Nasjonal strategi for utjamning av sosiale helseforskjellar 57

3.5.7 NOU 2023: 16 Evaluering av pandemihåndteringen. Rapport fra Koronautvalget 57

3.5.8 Endringer i organisering, roller og ansvar i den sentrale helseforvaltningen 59

3.5.9 Meld. St. 5 (2023-2024) En motstandsdyktig helseberedskap – Fra pandemi til krig i Europa 60

3.5.10 Prop. 11 L (2024–2025) Endringer i sivilbeskyttelsesloven (sivil arbeidskraftberedskap) 62

3.5.11 Meld. St. 9 (2024–2025) Totalberedskapsmeldingen - Forberedt på kriser og krig 63

3.5.12 Kontroll- og konstitusjonskomiteens koronahøring 64

3.6 Departementets samlede vurdering av behovet for revisjon av lovgivningen 67

4 Overordnet beskrivelse av gjeldende rett 69

4.1 Innledning 69

4.2 Smittevernloven 69

4.3 Folkehelseloven 70

4.4 Matloven 72

4.5 Spesialisthelsetjenesteloven 73

4.6 Helse- og omsorgstjenesteloven 73

4.7 Helsepersonelloven 74

4.8 Helseberedskapsloven 75

4.9 Personopplysningsloven og personvernforordningen 76
4.10 Helseregisterloven 77
4.11 IHR-regelverket og pandemiavtalen 78
5 Konstitusjonelle og folkerettslige rammer 81
5.1 Innledning 81
5.2 Nødrett og derogasjon 82
5.2.1 Konstitusjonell nødrett og derogasjon fra Grunnloven og formell lov 82
5.2.2 Derogasjon fra menneskerettighetskonvensjoner 84
5.3 Grunnleggende rettslige rammer etter Grunnloven, menneskerettighetene og Norges folkerettslige forpliktelser 84
5.3.1 Innledning 84
5.3.2 Handlingsplikt som landets utøvende myndighet 85
5.3.3 Saker av viktighet skal behandles av Kongen i statsråd 85
5.3.4 Lovkravet 86
5.3.5 Retten til liv og helse 87
5.3.6 Likhetsprinsippet og diskrimineringsforbud 87
5.3.7 Forsamlingsfriheten 88
5.3.8 Retten til respekt for privatliv, familieliv og hjem – retten til frihet og sikkerhet 89
5.3.9 Barns særskilte rettigheter 90
5.3.10 Bevegelsesfriheten 90
5.3.11 Retten til religionsfrihet 90
5.3.12 Retten til utdanning 91
5.3.13 Det kommunale selvstyret 91
5.4 Wien-konvensjonene om diplomatisk og konsulært samkvem mv. 92
5.5 EØS-rettslige rammer 94
6 Overordnet om andre nordiske lands rett 96

6.1 Innledning 96
6.2 Danmark 96
6.3 Sverige 97
6.4 Finland 98
7 Ny smittevernlov og ny struktur 100
7.1 Ny lov 100
7.2 En samlet smittevernlov, ikke en rendyrket pandemilov 100
7.3 Ny kapittelinndeling 101
8 Prosess og veivalg ved bruk av lovens forskriftshjemler i krise 103
8.1 Oppsummering av kapittelet 103
8.2 Innledning 104
8.3 Høring og innspill til beslutningsgrunnlag 104
8.3.1 Gjeldende rett 104
8.3.2 Erfaringer fra koronapandemien 105
8.3.3 Departementets vurdering 109
8.4 Åpenhet om begrunnelser for smitteverntiltak 114
8.5 Smitteverntiltak som anbefalinger eller forskriftsfestede plikter 116
8.5.1 Valg av virkemidler 116
8.5.2 Departementets vurdering 117
8.6 Enkeltvedtak eller forskrift ved innføring av tiltak 119
8.7 Veiledning om fastsettelse av kommunale smitteverntiltak 120
8.7.1 Erfaringer fra koronapandemien 120
8.7.2 Departementets vurdering 122
8.8 Veiledning ved gjennomføring av statlige smitteverntiltak lokalt 123
8.8.1 Erfaringer fra koronapandemien 123
8.8.2 Departementets vurdering 124
8.9 Muligheten for å prøve befolkningsrettede smitteverntiltak 125

8.9.1 Særskilte klageordninger 125
8.9.2 Lovlighetskontroll 126
9 Innledende bestemmelser – formål, virkeområde, definisjoner mv. 127
9.1 Oppsummering av forslag i kapittelet 127
9.2 Innledning 128
9.3 Regulering i andre land 128
9.4 Lovens formål 129
9.4.1 Gjeldende rett 129
9.4.2 Koronakommisjonen, Koronautvalget mv. 130
9.4.3 Departementets vurderinger og forslag 131
9.5 Lovens virkeområde 132
9.5.1 Gjeldende rett 132
9.5.2 Departementets vurderinger og forslag 133
9.6 Definisjoner 134
9.6.1 Innledning 134
9.6.2 Smittsom sykdom 135
9.6.3 Smittet person 136
9.6.4 Eksponert person 137
9.6.5 Allmennfarlig smittsom sykdom 138
9.6.6 Alvorlig utbrudd av allmennfarlig smittsom sykdom – Samfunnskritisk sykdom 141
9.7 Forskrifter om allmennfarlige smittsomme sykdommer § 1-4 144
9.7.1 Gjeldende rett 144
9.7.2 Departementets vurderinger og forslag 144
10 Grunnleggende krav til smitteverntiltak 146
10.1 Oppsummering av forslag i kapittelet 146
10.2 Innledning 147

10.3 Gjeldende rett 147
10.3.1 Grunnloven, menneskerettighetene og Norges folkerettslige forpliktelser 147
10.3.2 Smittevernloven 147
10.3.3 Rettspraksis 148
10.3.4 EØS-rettslige krav ved smitteverntiltak 153
10.4 Uttalelser fra Koronakommisjonen, Koronautvalget, Holden-ekspertutvalget mm. 154
10.5 Departementets vurderinger og forslag 157
10.5.1 Innledning 157
10.5.2 De grunnleggende kravene til smitteverntiltak gjelder for alle tiltak og hele tiden tiltakene pågår 157
10.5.3 Vilkåret om «klar medisinskfaglig begrunnelse» 158
10.5.4 Vilkår om «nødvendig av hensyn til smittevernet» 159
10.5.5 Vilkår om at tiltaket må være forholdsmessig 160
10.5.6 Vurdering av alternative tiltak 161
10.5.7 Hensyn til barnets beste og samfunnsmessige konsekvenser 163
10.5.8 Krav om skriftlig formidling av begrunnelse og avveining av ulike hensyn 166
10.5.9 Frivillig medvirkning ved enkeltvedtak og forskrift 167
10.5.10 Forholdet til Grunnloven, menneskerettighetene og folkerettslige forpliktelser 167
11 Administrative organer og deres ansvar 168
11.1 Oppsummering av forslag i kapittelet 168
11.2 Innledning 169
11.3 Kommunen 169
11.3.1 Gjeldende rett 169
11.3.2 Departementets vurderinger og forslag 170

11.4 Kommuneoverlegen 171
11.4.1 Gjeldende rett 171
11.4.2 Departementets vurderinger og forslag 172
11.5 Det regionale helseforetaket 173
11.5.1 Gjeldende rett 173
11.5.2 Departementets vurderinger og forslag 173
11.6 Statsforvalteren 174
11.6.1 Gjeldende rett 174
11.6.2 Uttalelser fra Koronakommisjonen, Koronautvalget, Helseberedskapsmeldingen mv 176
11.6.3 Departementets vurderinger og forslag 178
11.7 Smittevernnemnda 180
11.7.1 Gjeldende rett 180
11.7.2 Departementets vurderinger og forslag 181
11.8 Folkehelseinstituttet 181
11.8.1 Gjeldende rett 181
11.8.2 Departementets vurderinger og forslag 182
11.9 Fylkeskommunen 182
11.10 Helsedirektoratet 183
11.10.1 Gjeldende rett 183
11.10.2 Departementets vurderinger og forslag 184
11.11 Statens helsetilsyn 187
11.12 Forskriftshjemmel 188
11.12.1 Gjeldende rett 188
11.12.2 Departementets vurderinger og forslag 188
11.13 Informasjonsplikt og bistandsplikt for andre myndigheter 192
11.13.1 Gjeldende rett 192

11.13.2 Departementets vurderinger og forslag 194
12 Vaksinasjon 197
12.1 Oppsummering av forslag i kapittelet 197
12.2 Innledning 197
12.3 Gjeldende rett 198
12.3.1 Smittevernloven 198
12.3.2 Pasientskadeloven 200
12.3.3 Regulering i andre land 201
12.3.4 Rettspraksis fra EMD 201
12.4 Rapportene fra Koronakommisjonen 201
12.5 Departementets vurderinger og forslag 202
12.5.1 Eget kapittel om vaksinasjon 202
12.5.2 Vaksinasjon skal være frivillig 203
12.5.3 Erstatning som følge av skade etter vaksinasjoner gitt innenfor nasjonalt vaksinasjonsprogram 205
13 Helsetjenestens og helsepersonells plikter ved smitte 207
13.1 Oppsummering av forslag i kapittelet 207
13.2 Innledning 207
13.3 Legens plikt til å undersøke smittede personer 207
13.3.1 Gjeldende rett 207
13.3.2 Departementets vurderinger og forslag 208
13.4 Legens plikt til å foreta smitteoppsporing 210
13.4.1 Gjeldende rett 210
13.4.2 Departementets vurderinger og forslag 210
13.5 Informasjon og personlig smittevernveiledning til smittede personer 212
13.5.1 Gjeldende rett 212

13.5.2 Departementets vurderinger og forslag 213
13.6 Unntak fra taushetsplikt 215
13.6.1 Gjeldende rett 215
13.6.2 Departementets vurderinger og forslag 216
13.7 Meldingsplikt for leger. Varslingsplikt for sykepleiere og jordmødre 217
13.7.1 Gjeldende rett 217
13.7.2 Departementets vurderinger og forslag 218
13.8 Plikt for helsepersonell til å gjennomgå opplæring, følge faglige retningslinjer og gjennomføre tiltak 219
13.8.1 Gjeldende rett 219
13.8.2 Departementets vurderinger og forslag 219
14 Rett til smittevernhjelp og plikter for smittede personer 219
14.1 Oppsummering av forslag i kapittelet 219
14.2 Innledning 220
14.3 Rett til smittevernhjelp 221
14.3.1 Gjeldende rett 221
14.3.2 Departementets vurderinger og forslag 222
14.4 Plikter for en person som er smittet med en allmennfarlig smittsom sykdom 222
14.4.1 Gjeldende rett 222
14.4.2 Departementets vurderinger og forslag 223
14.5 Forbud mot utførelse av arbeid mv. 224
14.5.1 Gjeldende rett 224
14.5.2 Departementets vurderinger og forslag 224
14.6 Forskrifter om undersøkelse av befolkningen 225
14.6.1 Gjeldende rett 225
14.6.2 Departementets vurderinger og forslag 226

14.7 Undersøkelse av arbeidstakere og personer under utdanning mv. 226
14.7.1 Gjeldende rett ... 226
14.7.2 Departementets vurderinger og forslag ... 227
14.8 Forhåndsundersøkelse av pasienter ... 227
14.8.1 Gjeldende rett ... 227
14.8.2 Departementets vurderinger og forslag ... 227
14.9 Forskrifter om undersøkelse av gravide ... 228
14.9.1 Gjeldende rett ... 228
14.9.2 Departementets vurderinger og forslag ... 229
14.10 Forskrifter om gjennomføring av undersøkelser ... 229
14.10.1 Gjeldende rett ... 229
14.10.2 Departementets vurderinger ... 229
14.11 Kostnadsdekning for tjenester og tiltak ... 230
14.11.1 Gjeldende rett ... 230
14.11.2 Departementets vurderinger og forslag ... 230
15 Tvangstiltak rettet mot smittede personer ... 232
15.1 Oppsummering av forslag i kapittelet ... 232
15.2 Innledning ... 232
15.3 Frivillighet og forholdsmessighet ved tvangstiltak ... 232
15.4 Tvungen legeundersøkelse – innleggelse til undersøkelse og kortvarig isolering ... 233
15.4.1 Gjeldende rett ... 233
15.4.2 Departementets vurderinger og forslag ... 234
15.5 Tvungen isolering på sykehus ... 234
15.5.1 Gjeldende rett ... 234
15.5.2 Departementets vurderinger og forslag ... 235
15.6 Gjennomføring av isolering på sykehus ... 236

15.6.1 Gjeldende rett 236
15.6.2 Erfaringer fra koronapandemien 237
15.6.3 Departementets vurderinger og forslag 237
15.7 Forberedelse til tvangssak for smittevernnemnda 239
15.8 Oppnevning av fullmektig for den smittede mv. 239
15.9 Vedtak og begrunnelse 239
15.10 Hastevedtak 240
15.11 Overprøving av tvangsvedtak 240
16 Beslutningsnivå for befolkningsrettede smitteverntiltak 241
16.1 Oppsummering av forslag i kapittelet 241
16.2 Innledning 242
16.3 Gjeldende rett 242
16.3.1 Vedtaksmyndighet 242
16.3.2 Forholdet mellom kommunale og statlige vedtak 243
16.4 Andre land 244
16.5 Rapporter fra Koronakommisjonen og Koronautvalget mv. 245
16.5.1 Kommunale vedtak 245
16.5.2 Statlige vedtak 246
16.5.3 Regionale smitteverntiltak 247
16.6 Kommunenes myndighet til å innføre smitteverntiltak 248
16.6.1 Kommunenes myndighet videreføres 248
16.6.2 Endring av kommuneoverlegens myndighet til å fatte hastevedtak 249
16.6.3 Adgangen til å delegere myndighet til å vedta smitteverntiltak .. 251
16.6.4 Hensyn til konsekvenser som skyldes forhold utenfor kommunens kontroll 252
16.6.5 Plikt for kommunene til å rapportere en situasjon til statsforvalteren? 253

16.7 Statens myndighet til å innføre smitteverntiltak 254
16.7.1 Behovet for statlige vedtak 254
16.7.2 Staten kan treffe vedtak om smitteverntiltak ved samfunnskritisk sykdom 255
16.7.3 Statlige vedtak når det ikke haster 255
16.7.4 Smitteverntiltak som gjelder flere kommuner eller regioner 257
16.8 Hvem bør vedta statens forskrifter om smitteverntiltak? 258
16.8.1 Vedtakskompetansen flyttes fra Helsedirektoratet til Kongen 258
16.8.2 Kongens mulighet til å delegere myndigheten 260
16.8.3 Forholdet til Grunnloven § 28 262
16.8.4 Stortingets rolle 264
16.9 Forholdet mellom kommunale og statlige vedtak av smitteverntiltak 265
16.9.1 Delt myndighet 265
16.9.2 Støtte til kommunale beslutningstakere 266
16.9.3 Kommuner kan vedta strengere og andre tiltak enn statlige forskrifter 266
16.9.4 Ny vurdering av kommunale forskrifter når staten vedtar forskrift 266
16.9.5 Statlig forskriftsfestet ramme for kommunenes myndighet 267
17 Smitteverntiltak som begrenser kontakt mellom mennesker 270
17.1 Oppsummering av forslag i kapittelet 270
17.2 Innledning 271
17.3 Gjeldende rett 271
17.3.1 Grunnloven og menneskerettighetene 271
17.3.2 Smittevernloven § 4-1 271
17.4 Bruk av forskriftshjemler under koronapandemien 274
17.5 Regulering i andre land 276

17.5.1 Danmark 276
17.5.2 Sverige 276
17.5.3 Finland 277
17.5.4 Tyskland 277
17.5.5 Eksempler på tiltak i andre europeiske land 279
17.6 Koronautvalgets og Koronakommisjonens vurderinger 279
17.7 Departementets vurderinger og forslag 280
17.7.1 Behovet for tiltak som begrenser kontakt mellom mennesker 280
17.7.2 Vide og tydelige fullmakter 281
17.7.3 Formål å forebygge eller motvirke overføring av allmennfarlig smittsom sykdom 283
17.7.4 Begrensninger i kontakt mellom mennesker 283
17.7.5 Ikke ordinær fullmaktshjemmel for portforbud 285
17.7.6 Overalt hvor mennesker samles 287
17.7.7 Unntak for møter i domstolene, Stortinget og folkevalgte organer i kommuner og fylkeskommuner 291
17.7.8 Unntak fra kommunens vedtaksmyndighet 291
17.7.9 Generell tidsbegrensning 294
17.7.10 Vurdering av nødvendighet og forholdsmessighet 295
17.7.11 Kommunens iverksetting av vedtak 306
17.7.12 Forskrifter om gjennomføring av tiltakene 307
18 Isolering og andre befolkningsrettede begrensninger i bevegelsesfriheten 308
18.1 Oppsummering av forslag i kapittelet 308
18.2 Innledning 308
18.3 Gjeldende rett 309
18.3.1 Retten til fri bevegelse 309
18.3.2 Smittevernloven § 4-3 a 309

18.3.3 Smittevernloven § 4-1 311
18.4 Regulering i Danmark og Sverige 312
18.5 Bruk av forskriftshjemler under koronapandemien 313
18.5.1 Nasjonale regler om karantene og isolering 313
18.5.2 Kommunale karanteneregler - «søringkarantene» 314
18.5.3 Hytteforbud 314
18.6 Rapporter fra Koronakommisjonen, Koronautvalget mv. 315
18.6.1 Koronakommisjonen 315
18.6.2 Koronautvalget 316
18.6.3 Holdenutvalget 317
18.7 Departementets vurderinger og forslag 317
18.7.1 Innledning 317
18.7.2 Kongens myndighet 318
18.7.3 Kommunens myndighet 321
19 Smitteverntiltak mot spredning av smitte over landets grenser mv. 325
19.1 Oppsummering av forslag i kapittelet 325
19.2 Innledning og bakgrunn 325
19.3 Gjeldende rett 327
19.3.1 Grunnloven, menneskerettighetene og Norges folkerettslige forpliktelser 327
19.3.2 Smittevernloven 328
19.3.3 Utlendingsloven 331
19.3.4 Grenseloven 332
19.3.5 Grenseforordningen 332
19.4 Tiltak under koronapandemien 333
19.5 Uttalelser fra Koronakommisjonen, Koronautvalget mm. 335
19.6 Departementets vurderinger og forslag 337

19.6.1 Generell hjemmel 337
19.6.2 Smitteverntiltak for personer ved inn- og utreise - innreisekarantene, dokumentasjon og undersøkelse 338
19.6.3 Innreiserestriksjoner for utlendinger 343
19.6.4 Smitteverntiltak overfor dyr, transportmidler, varer og gjenstander 349
19.6.5 Nødvendig og forholdsmessig 350
19.6.6 Endring av IHR-forskriften 350
20 Tilpasning av smitteverntiltak ut fra personers evne til å smitte eller bli smittet 352
20.1 Oppsummering av forslag i kapittelet 352
20.2 Innledning 353
20.3 Gjeldende rett 354
20.3.1 Smittevernloven 354
20.3.2 Grunnloven og internasjonale menneskerettsforpliktelser 357
20.3.3 Likestillings- og diskrimineringsloven 359
20.3.4 Arbeidsmiljøloven 359
20.4 Opphevede bestemmelser om koronasertifikat 361
20.4.1 Midlertidige bestemmelser i lov om koronasertifikat 361
20.4.2 Tilpasning av smitteverntiltak i covid-19-forskriften 362
20.5 Andre land 363
20.5.1 Innledning 363
20.5.2 Danmark 363
20.5.3 Sverige 364
20.5.4 Tyskland 365
20.6 Etiske vurderinger 366
20.7 Departementets vurderinger og forslag 368
20.7.1 Pålegg om hygienetiltak, bruk av smittevernutstyr mv. 368

20.7.2 Forhold som påvirker ulike personers risiko for å smitte andre eller bli smittet 368
20.7.3 Tilpasning for alder 369
20.7.4 Tilpasning av smitteverntiltak for smittede og eksponerte – isolasjon, karantene og inn- og utreise 369
20.7.5 Tilpasning av smitteverntiltak som begrenser den sosiale omgangen - arrangementer, virksomheter mv. 371
20.7.6 Hjemmel til å regulere dokumentasjon 380
20.7.7 Vurderingen av nødvendighet og forholdsmessighet 384
21 Andre smitteverntiltak 388
21.1 Oppsummering av forslag i kapittelet 388
21.2 Innledning 388
21.3 Vern mot smitte fra dyr eller gjenstander 388
21.3.1 Gjeldende rett 388
21.3.2 Departementets vurderinger og forslag 389
21.4 Stenge virksomhet eller eiendom som er kilde til smitte 389
21.4.1 Gjeldende rett 389
21.4.2 Departementets vurderinger og forslag 390
21.5 Transport av smittefarlig materiale 390
21.5.1 Gjeldende rett 390
21.5.2 Departementets vurderinger og forslag 391
21.6 Obduksjon 391
21.6.1 Gjeldende rett 391
21.6.2 Departementets vurderinger og forslag 391
21.7 Gravferd og transport av lik 391
21.7.1 Gjeldende rett 391
21.7.2 Departementets vurderinger og forslag 392
21.8 Forskrifter om helsetjenesteassosierte infeksjoner 392

21.8.1 Gjeldende rett 392
21.8.2 Departementets vurderinger og forslag 393
21.9 Informasjonsplikt for massemedier og samferdsel 393
21.9.1 Gjeldende rett 393
21.9.2 Departementets vurderinger og forslag 393
22 Adgang til å fastsette forskrifter med lovs innhold, herunder fravike gjeldende lovgivning (derogasjon) 396
22.1 Oppsummering av kapittelets vurderinger og forslag 396
22.2 Innledning 397
22.3 Uttalelser fra Koronakommisjonen, Koronautvalget, Totalberedskapsmeldingen mv. 399
22.4 Departementets vurdering og forslag 403
22.4.1 Generelt om derogasjonshjemler og smittevernloven § 7-12 403
22.4.2 Videreføring av en generell fullmaktsbestemmelse i ny smittevernlov 405
22.4.3 Utbrudd av allmennfarlig smittsom sykdom – samfunnskritisk sykdom 409
22.4.4 Krav om nødvendighet for å oppnå bestemte formål 412
22.4.5 Ikke mulig med ordinær lovbehandling – «Fare ved opphold» 417
22.4.6 Myndighet til å anvende bestemmelsen 420
22.4.7 Krav om nødvendighet og forholdsmessighet - forholdet til smittevernloven § 1-5 422
22.4.8 Hensynet til barnets beste 423
22.4.9 Adgang til å fravike enhver lov eller kun opplistede lover? 424
22.4.10 Forholdet til Grunnloven, menneskerettsloven og Norges folkerettslige forpliktelser 426
22.4.11 Domstolenes uavhengighet 428
22.4.12 Domstolskontroll 430
22.4.13 Midlertidighet, meddelelsesplikt og forholdet til Stortinget 431

22.4.14 Spørsmål om lovfesting av krav om høring forut for anvendelse av fullmaktsbestemmelser 438
23 Behandling av biologisk materiale og personopplysninger 440
23.1 Oppsummering av forslag i kapittelet 440
23.2 Innledning 440
23.3 Kartleggingsundersøkelse og metodeutprøving 440
23.3.1 Gjeldende rett 440
23.3.2 Departementets vurderinger og forslag 441
23.4 Deling av gensekvenser fra mikroorganismer 442
23.4.1 Bakgrunn 442
23.4.2 Gjeldende rett 442
23.4.3 Departementets vurderinger og forslag 444
23.5 Unntak fra taushetsplikt og utbruddsregistre 445
23.5.1 Bakgrunn 445
23.5.2 Gjeldende rett 446
23.5.3 Departementets vurderinger og forslag 447
24 Hjemmel til å pålegge personer å teste seg dersom de har eksponert polititjenestepersonell for mulig smitte 448
24.1 Innledning – utredningens forslag 448
24.2 Høring av utredningens forslag som gjelder tjenestepersoner i politiet, brann- og redningsetaten og personell innenfor kriminalomsorgen 449
24.3 Utredningens forslag som gjelder ambulansepersonell og andre grupper helsepersonell 450
25 Straff, klage, overgangsbestemmelser og ikrafttredelse 451
25.1 Oppsummering av forslag i kapittelet 451
25.2 Innledning 452
25.3 Straff 452
25.3.1 Gjeldende rett 452

25.3.2 Regulering og praksis under koronapandemien 453
25.3.3 Andre land 454
25.3.4 Departementets vurderinger og forslag 455
25.4 Klage over vedtak 462
25.5 Gjennomføring og utfylling 463
25.6 Ikrafttredelse 463
25.7 Overgangsbestemmelser 463
26 Endringer i andre lover 465
27 Økonomiske og administrative konsekvenser 466
27.1 Administrative og økonomiske konsekvenser av loven som helhet 466
27.2 Kapittel 1: Innledende bestemmelser 467
27.3 Kapittel 2: Administrative organer og deres ansvar 467
27.4 Kapittel 3: Vaksinasjon 467
27.5 Kapittel 4: Helse- og omsorgstjenestens og helsepersonells plikter ved smitte 468
27.6 Kapittel 5: Rett til smittevernhjelp og plikter for smittede personer 468
27.7 Kapittel 6: Tvangstiltak rettet mot smittede personer 468
27.8 Kapittel 7 og 8: Kommunale og statlige smitteverntiltak 469
27.9 Kapittel 9: Smitteverntiltak for å motvirke at smittsomme sykdommer føres inn i landet mv. 470
27.10 Kapittel 10: Behandling av biologisk materiale og personopplysninger 471
27.11 Kapittel 11: Adgang til å fastsette forskrifter med lovs innhold, herunder fravike gjeldende lovgivning (derogasjon) 471
27.12 Kapittel 12: Straff, klage, ikrafttredelse og overgangsbestemmelser 471
28 Spesielle merknader 473
28.1 Smittevernloven 473

Til § 1-1 473
Til § 1-2 474
Til § 1-3 475
Til § 1-4 483
Til § 1-5 484
Til § 2-1 490
Til § 2-2 491
Til § 2-3 494
Til § 2-4 494
Til § 2-5 496
Til § 2-6 496
Til § 2-7 497
Til § 2-8 498
Til § 2-9 498
Til § 2-10 499
Til § 2-11 500
Til § 3-1 501
Til § 3-2 501
Til § 3-3 501
Til § 4-1 502
Til § 4-2 503
Til § 4-3 505
Til § 4-4 508
Til § 4-5 511
Til § 4-6 512
Til § 5-1 513
Til § 5-2 518

Til § 5-3 520
Til § 5-4 522
Til § 5-5 523
Til § 5-6 525
Til § 5-7 527
Til § 5-8 527
Til § 5-9 529
Til § 6-1 529
Til § 6-2 530
Til § 6-3 532
Til § 6-4 535
Til § 6-5 537
Til § 6-6 537
Til § 6-7 538
Til § 6-8 539
Til § 6-9 539
Til § 7-1 540
Til § 7-2 546
Til § 7-3 548
Til § 7-4 549
Til § 7-5 550
Til § 7-6 551
Til § 7-7 552
Til § 7-8 552
Til § 7-9 553
Til § 8-1 554
Til § 8-2 555

Til § 8-3 556
Til § 8-4 559
Til § 8-5 560
Til § 8-6 560
Til § 8-7 561
Til § 8-8 562
Til § 8-9 562
Til § 8-10 565
Til § 9-1 566
Til § 9-2 568
Til § 9-3 569
Til § 9-4 570
Til § 9-5 570
Til § 9-6 571
Til § 10-1 571
Til § 10-2 573
Til § 10-3 573
Til § 11-1 574
Til § 11-2 578
Til § 11-3 578
Til § 12-1 578
Til § 12-2 579
Til § 12-3 579
Til § 12-4 579
28.2 Pasientskadeloven 579
29 Forslag til regelverksendringer 581
Kapittel 1 Innledende bestemmelser 581

Kapittel 2 Administrative organer og deres ansvar 582

Kapittel 3 Vaksinasjon 585

Kapittel 4 Helse- og omsorgstjenestens og helsepersonells plikter ved smitte 586

Kapittel 5 Rett til smittevernhjelp og plikter for smittede personer 589

Kapittel 6 Tvangstiltak rettet mot smittede personer 592

Kapittel 7 Kommunale smitteverntiltak 595

Kapittel 8 Statlige smitteverntiltak 598

Kapittel 9 Smitteverntiltak for å motvirke at smittsomme sykdommer føres inn i landet mv. 601

Kapittel 10 Behandling av biologisk materiale og personopplysninger 603

Kapittel 11 Adgang til å fastsette forskrifter med lovs innhold, herunder fravike gjeldende lovgivning (derogasjon) 604

Kapittel 12 Straff, klage, ikrafttredelse og overgangsbestemmelser 605

Endringer i andre lover 605

1 Innledning

Om høringsforslaget og bakgrunnen for revisjonsarbeidet

Helse- og omsorgsdepartementet sender med dette forslag til ny lov om vern mot smittsomme sykdommer mv. (smittevernloven) på høring.

Forslaget viderefører på mange områder reguleringen som følger av gjeldende lov 5. august 1994 nr. 55 om vern mot smittsomme sykdommer (smittevernloven). I disse tilfellene redegjøres det for gjeldende rett og departementets vurdering og begrunnelse for å ikke foreslå endringer. I tillegg foreslås det en lang rekke større og mindre endringer. Det foreslås også at loven gis en ny inndeling og systematikk. Høringsnotatet er omfattende. For å lette arbeidet for høringsinstansene har derfor departementet innledningsvis i de fleste kapitlene inntatt en oppsummering av de vurderingene og forslagene som omtales i det aktuelle kapittelet.

Departementet har foretatt en bred og helhetlig revisjon av smittevernloven. Revisjonen har ikke vært avgrenset til bare koronapandemierfaringer, selv om disse erfaringene har vært sentrale for arbeidet. I arbeidet med revisjon av loven har departementet sett hen til en rekke sentrale dokumenter. I NOU-ene fra Koronakommisjonen og Koronautvalget er det inntatt en rekke vurderinger av gjeldende regelverk og forslag knyttet til fremtidig regelverk. Også NOU-ene til Totalberedskapskommisjonen og Forsvarskommisjonen har forslag og vurderinger som har vært relevante for regelverksarbeidet. Sistnevnte er fulgt opp gjennom Prop. 87 S (2023–2024) *Forsvarsløftet – For Norges trygghet – Langtidsplan for forsvarssektoren 2025–2036*. I blant annet Helseberedskapsmeldingen og Folkehelsemeldingen er det synliggjort føringer for smittevern- og beredskapsarbeidet fremover som har ligget til grunn for revisjonen. Også regjeringens Totalberedskapsmelding, som staker ut kursen for å styrke den sivile motstandskraften og Norges totalberedskap, har ligget til grunn for arbeidet med ny smittevernlov.

Til regelverksarbeidet har departementet mottatt omfattende vurderinger og forslag fra Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet. Disse innspillene er publisert på regjeringen.no sammen med dette høringsnotatet. Departementet har i arbeidet også hatt innspillsmøte med representanter fra akademia.

Arbeidet med høringsnotatet har videre sett hen til Kontroll- og konstitusjonskomiteens Koronahøring og de anbefalinger og forslag til vedtak som komiteen hadde i sin innstilling. Stortinget vedtok innstillingen i tråd med forslaget. Departementet har også merket seg Stortingets behandling og vedtagelse av nye bestemmelser i sivilbeskyttelsesloven om sivil arbeidskraftberedskap.

For nærmere redegjørelse for dokumenter og utredninger som har ligget til grunn for arbeidet, vises det særlig til høringsnotatets punkt 3.5.

Om dagens smittevernlov og grunnleggende hensyn i arbeidet med forslag til ny smittevernlov

Smittevernloven berører hele befolkningen og skal anvendes i det løpende smittevernarbeidet for å håndtere de «normale» eller dagligdagse hendelsene. Loven

brukes daglig i landets kommuner og på sykehusene, og de aller fleste innbyggerne berøres av regelverket en eller flere ganger gjennom livet. Dette kan skje i form av vaksinering eller behandling av ulike smittsomme sykdommer. Dette er helt normalt og udramatisk for samfunnet og helse- og omsorgstjenesten.

Samtidig må loven også gi myndighetene og helse- og omsorgstjenestene nødvendige hjemler til å håndtere alvorlige nasjonale og internasjonale smittevernkriser eller helsekriser for å beskytte befolkningen på en best mulig måte. Koronapandemien er et eksempel på en slik krise. Slike kriser inntreffer heldigvis sjelden, men det lar seg ikke gjøre å forutsi når eller på hvilken måte. Dette kan skje om ett år, om ti år eller om 50 år. Det eneste man vet, er at pandemier kommer til å oppstå også i fremtiden og at disse kan komme til å være både mindre eller mer alvorlig enn koronapandemien.

Departementets egne erfaringer fra håndtering av koronapandemien, og også Koronakommisjonen og Koronautvalgets vurderinger, tilsier at dagens regelverk i hovedsak er godt og at det langt på vei har inneholdt nødvendige hjemler. Høringsforslaget viderefører derfor de grunnleggende prinsippene som følger av den gjeldende smittevernloven. Dette betyr blant annet at smittevernhjelp fortsatt skal være gratis og som hovedregel basert på frivillighet og medvirkning, at loven fortsatt bør regulere individrettede og befolkningsrettede tiltak og at loven også skal regulere vaksinering og vaksinasjonsprogrammet.

I forslag til ny smittevernlov videreføres kommune og stat som de to sentrale nivåene i smittevernarbeidet. Kommunene skal fortsatt kunne fastsette både befolkningsrettede og individrettede smitteverntiltak. Det viktigste smittevernarbeidet skal fortsatt skje i kommunene og spesialisthelsetjenesten. Statens hovedoppgave vil dermed fortsatt være befolkningsrettede tiltak ved håndtering av større smittevernkriser, herunder pandemier. I høringsnotatet vurderes en rekke forslag for å tydeliggjøre forholdet mellom disse to nivåene for å unngå tvil om hvem som skal ha kompetanse til hva ved håndteringen av større smittevernkriser. Høringsnotatet vurderer også behovene for koordinering når flere kommuner er rammet, hvordan staten kan understøtte kommunene og hvordan staten kan og skal håndtere hendelser som kommunene ikke kan håndtere alene.

Departementet har også vurdert forholdet mellom departementet og underliggende statlige etater ved håndteringen av helsekriser og beredskapssituasjoner. I tråd med vurderinger i Helseberedskapsmeldingen legges det derfor opp til å sikre departement og regjering en mer sentral og tydelig rolle i håndteringen av fremtidige smittevernkriser.

Departementet har i forslag til ny smittevernlov ønsket å utforme et regelverk som kan vare over tid og som kan sikre at befolkningen har tillit til regelverket og myndighetenes bruk av det. Departementet har ønsket å utforme et regelverk som klart angir hvilke vilkår som må være oppfylt for å kunne anvende lovenes ulike bestemmelser. Dette gjelder ikke minst for bestemmelser som åpner for iverksettelse av inngripende tiltak og bestemmelser som gir fullmakt til å fastsette forskrifter med lovgivningsmessig innhold, og om nødvendig fravike gjeldende lovgivning.

Et regelverk som berører hele befolkningen og som åpner for iverksettelse av inngripende tiltak, må være tydelig og pedagogisk utformet. Under pandemien så vi at dagens regelverk på flere punkter var uklart. Lovforarbeidene ga også liten anvisning på hvordan enkelte bestemmelser var å forstå og hvilke fullmakter som kunne anvendes i ulike situasjoner. Med dette høringsforslaget ønsker departementet å utforme et regelverk som kan være et godt hjelpemiddel for rettsanvenderne, og da i første rekke landets kommuner som bruker dette regelverket hver dag. Det innebærer blant annet en mer pedagogisk utforming av loven og med tydeligere lovbestemmelser. Det innebærer også omfattende lovforarbeider som gjennom diskusjoner og bruk av eksempler forklarer de ulike bestemmelsenes innhold og anvendelsesområde, og synliggjør relevante rettslige vurderingstemaer.

Departementet har også ønsket å utforme et regelverk som i krise balanserer både hensynet til den utøvende og den lovgivende myndighet på en best mulig måte. Regelverket må på den ene siden sikre utøvende myndigheter nødvendige fullmakter til raskt å kunne håndtere alvorlige kriser og på den andre siden ivareta nødvendig og hensiktsmessig parlamentarisk kontroll under en pågående krise. For å få til dette, vil det være en styrke med mest mulig tverrpolitisk enighet om regelverket og de der foreslåtte prosessene for involvering av og kontroll fra Stortinget. Mest mulig tverrpolitisk enighet om regelverket vil være særlig viktig dersom det også i fremtiden oppstår situasjoner hvor det vurderes som nødvendig å ta i bruk regelverkets omfattende fullmakter for å håndtere alvorlige smittevernkriser. I regelverksarbeidet har derfor helse- og omsorgsministeren hatt to møter med partiene på Stortinget, hvor ministeren har redegjort for revisjonsarbeidet og hvilke problemstillinger som særlig vil bli vurdert.

Krav om forholdsmessighet ved smitteverntiltak – hensynet til Grunnloven, menneskerettigheter og internasjonale forpliktelser

Departementet foreslår at det fortsatt skal gjelde krav om forholdsmessighet ved iverksetting og utforming av smitteverntiltak, men at reguleringen utformes tydeligere enn i dag. Ved innføring av smitteverntiltak skal det gjøres en vurdering av egnethet, nødvendighet og forholdsmessighet der nytten av tiltakene veies opp mot belastningene tiltakene fører til. Det skal altså ikke innføres mer inngripende tiltak enn det som er strengt nødvendig for å oppnå formålet og tiltak skal heller ikke videreføres lengre enn det som er nødvendig for å oppnå formålet.

I høringsnotatet er det inntatt en omfattende redegjørelse for hva forholdsmessighetskravet innebærer, med eksempler på ulike tiltak og hvilke hensyn og konsekvenser som må veies mot hverandre. Forarbeidene skal slik sett gi rettsanvenderne et bedre grunnlag for å gjøre gode og riktige vurderinger.

Konstitusjonelle og folkerettslige regler har betydning for hva slags smittevernregelverk som kan fastsettes, hvem som kan fastsette slikt regelverk og hvordan fastsatt regelverk kan og skal praktiseres eller håndheves. Erfaringer fra koronapandemien, og også vurderingene fra Koronakommisjonen og Koronautvalget, tilsier at man ved fremtidig anvendelse av smittevernloven må være bevisst de begrensninger som følger av

Grunnloven, menneskerettsloven og Norges folkerettslige forpliktelser. I høringsnotatet gis det en overordnet gjennomgang av sentrale konstitusjonelle og folkerettslige rammer for og krav til smittevernregelverket. Også i tilknytning til høringsnotatets diskusjon om konkrete bestemmelser i forslaget til ny smittevernlov, blir utvalgte deler av dette regelverket redegjort for og vurdert mer konkret. Hensikten er å gi en kort fremstilling av regelverk som fremstår som særlig sentralt å vurdere eller ta hensyn til ved utforming og anvendelse av de fullmaktene som følger av smittevernloven. Også her skal forarbeidene gi rettsanvenderne et bedre grunnlag for å gjøre gode og riktige vurderinger.

Vurdering av barnets beste og samfunnsmessige konsekvenser ved iverksetting av smitteverntiltak

Ved iverksettelse og utforming av smitteverntiltak skal barnets beste være et grunnleggende hensyn og det skal gjøres vurderinger av samfunnsmessige konsekvenser. Dette følger av den forholdsmessighetsvurdering man etter smittevernloven skal gjøre ved iverksettelse og utforming av smitteverntiltak og for barns del følger det også av Grunnloven § 104.

Likevel har både Koronakommisjonen og Koronautvalget påpekt at barn og unge ble pålagt for store byrder i ulike faser av pandemien og at iverksatte smitteverntiltak i større grad kunne vært differensiert for å skjerme barn og unge. Departementet viser også til Stortingets vedtak 29. april 2025 hvor Stortinget sluttet seg til følgende vedtak foreslått i innstillingen i etterkant av Kontroll- og konstitusjonskomiteens koronahøring:

> «Stortinget ber regjeringen gjennomgå alle krise- og beredskapslover og, der det er naturlig, fremme forslag om en bestemmelse som sikrer at hensynet til barnets beste og å bevare en mest mulig normal hverdag for barn og unge skal vektlegges i all krisehåndtering.»

Særlig tidlig i pandemien var det også slik at vurderingene av de samfunnsmessige konsekvensene av ulike smitteverntiltak, ikke alltid var tydelige nok og at de vurderinger som lå bak ikke alltid var nok tverrsektorielle.

Departementet foreslår derfor å styrke bevisstheten omkring dette ved å uttrykkelig lovfeste at man som del av helhetsvurderingen forut for utforming og iverksetting av smitteverntiltak, skal vurdere og avveie blant annet hensynet til barnets beste og andre samfunnsmessige konsekvenser. I høringsnotatet er det grundig redegjort for hvordan hensyn til barns beste og samfunnsmessige konsekvenser kan vurderes i praksis.

Videreføring og utforming av lovens fullmaktshjemler

Smittevernloven gir myndighetene en rekke fullmakter til å iverksette til dels inngripende smitteverntiltak for å håndtere smittevernsituasjoner. Loven gir vide fullmakter til å iverksette tiltak for å forebygge og hindre smittespredning, blant annet tiltak for å hindre bevegelse inn til, eller ut av, definerte områder, innreiserestriksjoner, begrensninger for sammenkomster og sosial omgang, begrensninger for eller stengning av ulike virksomheter, begrensninger for eller stengning av fritidsaktiviteter og opplærings- og utdanningsvirksomheter, begrensninger i reisevirksomhet og innføring av karantene og isolering.

Departementet mener smittevernlovens fullmakter i all hovedsak bør videreføres i forslag til ny lov. Departementet foreslår imidlertid endringer som tydeliggjør hvilke ulike tiltak som kan iverksettes og hvilke vilkår som må være oppfylt. I departementets vurdering av lovforslaget er det også inntatt omfattende diskusjoner og bruk av eksempler for å forklare de ulike bestemmelsenes innhold og anvendelsesområde, og for å synliggjøre relevante rettslige vurderingstemaer. Slik sett skal ny lov og forarbeider være et bedre hjelpemiddel for rettsanvenderne sammenlignet med gjeldende lov og forarbeider.

Smittevernlovens nødrettshjemmel i § 7-12 («generalfullmakten»), gir adgang til å fastsette forskrifter med lovgivningsmessig innhold, og om nødvendig fravike gjeldende lovgivning (derogasjon).

Departementet mener smittevernloven fortsatt bør ha en slik hjemmel og foreslår å videreføre og presisere innholdet i gjeldende smittevernlov § 7-12 som en fullmaktshjemmel basert på konstitusjonell nødrett (nødrettshjemmel). Reguleringen foreslås inntatt som nytt kapittel 11 i forslag til ny lov. Adgang til å fastsette forskrifter med lovgivningsmessig innhold, og om nødvendig fravike gjeldende lovgivning, skal fortsatt være å anse som en sikkerhetsventil dersom de ordinære fullmaktshjemlene i smittevernloven ikke strekker til.

Departementet foreslår altså i hovedsak å videreføre det materielle innholdet i dagens § 7-12, men foreslår at reguleringen justeres på enkelte punkter for å tydeliggjøre når bestemmelsen kan anvendes og på hvilke vilkår. Det foreslås blant annet lovfestet at fastsettelse av midlertidige forskrifter med lovs innhold, herunder forskrifter som fraviker gjeldende lovgivning, bare kan skje dersom den konkrete situasjonen medfører at det ikke er forsvarlig tid eller mulighet til å gjennomføre en ordinær lovbehandling. Dette omtales i gjeldende lovbestemmelse som «fare ved opphold». Departementet foreslår videre å tydeliggjøre at det stilles krav til i hvilke situasjoner og med hvilket formål det skal være adgang til å fastsette slike forskrifter. Det foreslås at dette bare kan gjøres for å beskytte folkehelsen, ivareta befolkningens liv og helse eller sikre helse- og omsorgstjenestens evne og kapasitet til å sørge for forsvarlige og nødvendige helse- og omsorgstjenester til befolkningen. Departementet diskuterer også om det bør lovfestes at ved anvendelse av bestemmelsen kan derogasjonsforskrifter bare begrense rettigheter så langt dette er forenlig med Grunnloven, menneskerettsloven og Norges folkerettslige forpliktelser. Etter dette ber departementet om høringsinstansenes syn på følgende alternative forslag:

1. I smittevernloven inntas en bestemmelse som fastslår at derogasjonsforskrifter bare kan «begrense rettigheter så langt det er forenlig med Grunnloven og menneskerettsloven».
2. Det presiseres i forarbeidene at derogasjonsforskrifter bare kan «begrense rettigheter så langt det er forenlig med Grunnloven og menneskerettsloven», men dette lovfestes ikke.

Departementet foreslår også å videreføre dagens presisering av at beredskapsloven §§ 3 og 4 skal gjelde tilsvarende. Dette innebærer at beslutning om å fastsette forskrifter med lovs innhold, herunder fravike gjeldende lovgivning, skal snarest mulig etter vedtak av Kongen i statsråd meddeles Stortinget, regjeringen skal så snart som mulig legge frem lovforslag om bestemmelsene dersom de ikke er opphevet innen 30 dager, Stortinget skal øyeblikkelig sammenkalles dersom det ikke er samlet når bestemmelsene gis,

bestemmelsene kan oppheves av Kongen og Stortinget, og dersom bestemmelsene ikke tidligere er opphevet, faller de bort ved oppløsning av det første ordentlige storting som trer sammen etter at bestemmelsene er gitt. Etter departementets vurdering vil henvisningen til beredskapslovens §§ 3 og 4 innebærer en ytterligere forsterket parlamentarisk kontroll ved regjeringens bruk av fullmaktsbestemmelsen, sammenlignet med Stortingets ordinære parlamentariske kontroll med regjeringen.

Forarbeidene til gjeldende smittevernlov § 7-12 er svært knappe og gir liten veiledning ved anvendelse av bestemmelsen. Som nevnt ønsker departementet at ny smittevernlov skal være tydelig og pedagogisk utformet slik at loven blir et godt hjelpemiddel for rettsanvenderne. I tråd med dette er det i høringsnotatets kapittel 22 inntatt en omfattende redegjørelse for gjeldende smittevernlov § 7-12 og forslaget til ny regulering, herunder vurderinger og bruk av eksempler som forklarer de nye bestemmelsenes innhold og anvendelsesområde, og synliggjør relevante rettslige vurderingstemaer.

2 Høringsnotatets disponering og hovedinnhold mv.

2.1 Disponering og hovedinnhold

Høringsnotatets *kapittel 3* redegjør for bakgrunnen for regelverksarbeidet. Det gis en oversikt over hva smittsomme sykdommer er og hva som kjennetegner disse, hvordan smittevernarbeidet er organisert i Norge og hvilke utviklingstrekk man har sett og trolig vil se på dette feltet i årene som kommer. Det gis også en overordnet beskrivelse av grunnprinsipper og kjennetegn ved dagens smittevernregulering. Videre er det inntatt en omtale av flere sentrale nasjonale dokumenter i form av stortingsmeldinger, NOU-er og arbeidsgrupperapporter mv., som har vært av betydning for departementets arbeid med revisjon av henholdsvis smittevernloven og helseberedskapsloven. Gjennom disse dokumentene har regulering, organisering og utøvelse av smittevernarbeidet blitt belyst. Ikke minst har myndighetenes samlede håndtering av pandemien blitt grundig evaluert med forslag til en rekke større eller mindre regelverksendringer. Relevante vurderinger og forslag fra disse dokumentene blir nærmere omtalt i høringsnotatets øvrige kapitler der dette er særlig relevant.

I *kapittel 4* er det inntatt en overordnet beskrivelse av smittevernloven og annet regelverk med betydning for smittevern. I høringsnotatets øvrige kapitler er det i tilknytning til departementets vurderinger og forslag redegjort mer detaljert for de ulike bestemmelsene i smittevernloven.

Konstitusjonelle og folkerettslige regler har betydning for hva slags smittevernregelverk som kan fastsettes, hvem som kan fastsette slikt regelverk og hvordan fastsatt regelverk kan og skal praktiseres eller håndheves. I *kapittel 5* gis det en overordnet gjennomgang av sentrale konstitusjonelle og folkerettslige rammer for og krav til smittevernregelverket. Fremstillingen er ikke ment å være uttømmende. Hensikten er primært å gi en kort fremstilling av regelverk som fremstår som særlig sentralt å vurdere eller ta hensyn til ved utforming og anvendelse av de fullmaktene som følger av smittevernloven. I tilknytning til høringsnotatets diskusjon om konkrete bestemmelser i forslaget til ny smittevernlov, vil utvalgte deler av regelverket bli redegjort for og vurdert mer konkret.

I *kapittel 6* er det inntatt en overordnet redegjørelse for smittevernreguleringen i Danmark, Sverige og Finland.

I *kapittel 7* foreslår departementet å erstatte smittevernloven av 1994 med en ny smittevernlov, fremfor å kun foreslå endringer i eksisterende lov. Departementet foreslår dette dels fordi et helhetlig lovforslag vil gjøre det enklere for høringsinstanser og Stortinget å vurdere smittevernloven som helhet. I tillegg foreslås det endringer i en lang rekke bestemmelser, samt også strukturelle endringer sammenlignet med dagens lov. Også dette tilsier at det bør foreslås en ny lov fremfor kun en endringslov. Loven skal fortsatt gjelde både for det løpende forebyggende smittevernarbeidet og ved utbrudd av smittsomme sykdommer, epidemier og pandemier.

I *kapittel 8* foreslår ikke departementet endringer i lov, men omtaler erfaringer med regelverksprosesser under koronapandemien og hvordan de kan forbedres. Blant annet

omtales erfaringene med forskriftsarbeidet under koronapandemien, og det diskuteres hvordan arbeidet med å innhente befolkningens synspunkter på innretningen av smitteverntiltak kan organiseres bedre ved neste krise. Det understrekes at det i fremtidige kriser må være en målsetting å gjennomføre høringer eller andre formaliserte innspillsprosesser i større grad enn det som var tilfellet under koronapandemien. Videre diskuteres betydningen av å gjøre begrunnelsene for vedtak tilgjengelige for allmennheten, slik at de kan etterprøves og forstås. Også her understrekes det at det ved en fremtidig alvorlig smittesituasjon som rammer hele eller deler av landet, bør legges enda større vekt på skriftlig å formidle begrunnelser for hvorfor tiltak anses egnet, nødvendig og forholdsmessig, i tillegg til kunnskapsgrunnlag og anbefalinger fra etatene. I kapittelet diskuteres også valget mellom å gi smitteverntiltak som anbefaling, forskrift uten straffesanksjon eller forskrift med straffesanksjon, hvordan staten kan gi kommunene god veiledning i forbindelse med at de vedtar egne tiltak og gjennomfører statlige vedtak, og behovet for å få overprøvd forskriftsfestede smitteverntiltak.

De innledende bestemmelsene i smittevernloven om formål og virkeområde diskuteres i høringsnotatets *kapittel 9*. Bestemmelsene foreslås i stor grad videreført uten materielle endringer i lov. Når det gjelder lovens definisjonsbestemmelse foreslås det enkelte endringer. Departementet foreslår blant annet at det i definisjonen av allmennfarlig smittsom sykdom tas inn et moment om faren for betydelig overbelastning av helse- og omsorgstjenesten, og at det tas inn en ny definisjon av begrepet «eksponert person» som «en person som har økt risiko for å være smittet etter å ha vært eksponert for en smittet person, eller annen smittekilde». Departementet foreslår også å endre begrepet «alvorlig utbrudd av allmennfarlig smittsom sykdom» til «samfunnskritisk sykdom», med ny definisjon som «en allmennfarlig smittsom sykdom, hvor utbredelsen medfører eller risikerer å medføre alvorlige forstyrrelser av viktige samfunnsfunksjoner». Bestemmelsens innhold videreføres i all hovedsak.

I høringsnotatets *kapittel 10* diskuteres grunnleggende krav som må være oppfylt ved iverksettelse og videreføring av smitteverntiltak. Departementet foreslår i all hovedsak å videreføre dagens smittevernlov § 1-5 om grunnleggende krav ved iverksetting av smitteverntiltak, men med en del viktige presiseringer og tillegg.

De tre vilkårene «klar medisinskfaglig begrunnelse», «nødvendig av hensyn til smittevernet» og «fremstå tjenlig etter en helhetsvurdering» videreføres, med en til dels annen ordlyd og presiseringer av innhold i forarbeidene. Vilkåret «klar medisinskfaglig begrunnelse» skal fortsatt ikke tolkes for strengt. Det presiseres likevel at det stilles visse minimumskrav til den medisinskfaglige begrunnelsen, for eksempel medisinskfaglig kompetanse hos den eller de som gjør vurderingen og hva slags kunnskap vurderingene bygger på. Vilkåret «fremstå tjenlig etter en helhetsvurdering» endrer ordlyd til at smitteverntiltak skal «være forholdsmessige». Innholdet i vilkåret endres ikke, men det utdypes i forarbeidene hva som kreves i en forholdsmessighetsvurdering. I ny smittevernlov § 1-5 tas det inn et nytt ledd hvor det fremgår uttrykkelig av lovbestemmelsen at hensynet til smittevernet, barnets beste og samfunnsmessige

konsekvenser skal inngå i vurderingen og avveiningen av om smitteverntiltak er forholdsmessige.

I gjeldende smittevernlov er det ikke uttrykkelige krav til å offentliggjøre begrunnelse og avveininger av ulike hensyn ved fastsettelse av forskrifter som innfører smitteverntiltak. I ny smittevernlov § 1-5 foreslår imidlertid departementet et nytt krav om at den som fatter vedtaket om fastsettelse, videreføring og opphevelse av smitteverntiltak i forskrift, så snart som mulig skal formidle kunnskapsgrunnlaget og gi en skriftlig fremstilling av de begrunnelsene og avveiningene som ligger til grunn for vedtaket. Det følger av gjeldende smittevernlov § 1-5 at det ved iverksettelse av smitteverntiltak skal legges vekt på frivillig medvirkning fra den eller de tiltaket gjelder. Departementet foreslår ikke å videreføre denne ordlyden i bestemmelsen, men i ny § 6-1 om forholdsmessighet ved individuelle tvangstiltak. I omtalen av ny § 1-5 presiseres det at det som hovedregel vil være naturlig å vurdere om anbefalinger er tilstrekkelig når man vurderer innføring av befolkningsrettede tiltak, men at det ikke skal være et absolutt vilkår etter smittevernloven å prøve frivillighet først ved befolkningsrettede tiltak. Hensynet til frivillighet vil inngå i forholdsmessighetsvurderingen som følger av lovbestemmelsen.

I *kapittel 11* drøftes det om gjeldende regulering av ulike administrative organers ansvar etter smittevernloven skal videreføres i ny lov eller om det er behov for endringer. Departementet foreslår i hovedsak å videreføre gjeldende regulering av kommunenes, kommuneoverlegenes, de regionale helseforetakenes, smittevernnemndas, Folkehelseinstituttets og Statens helsetilsyns ansvar etter smittevernloven.

Når det gjelder statsforvalterens oppgaver foreslås det å videreføre gjeldende regulering, men det presiseres at statsforvalteren kan bistå blant annet med å koordinere og samordne informasjon, tiltak og aktiviteter mellom kommunene i fylket og staten. Det foreslås også å presisere hvilke av smittevernlovens bestemmelser som det skal føres tilsyn med.

Departementet foreslår å videreføre Helsedirektoratets ansvar for å medvirke til at befolkningens behov for tjenester og tiltak blir dekket i forbindelse med smittsomme sykdommer. Dette skal skje ved utføring av direktoratets myndighetsoppgaver. Helsedirektoratet kan videre pålegge helsepersonell å følge nærmere bestemte faglige retningslinjer. Departementet foreslår imidlertid ikke å videreføre Helsedirektoratets myndighet etter smittevernloven § 7-10 andre ledd til å «bestemme at kommuner, fylkeskommuner eller statlige institusjoner skal organisere eller utføre nærmere bestemte tjenester eller tiltak, samarbeide, eller følge nærmere bestemte retningslinjer når det er nødvendig for å sikre et effektivt og forsvarlig smittevern». Departementet foreslår heller ikke å videreføre den generelle hjemmelen i smittevernloven § 7-11 for departementet til å gi forskrifter om organisering, samarbeid, oppgaver og smittevernberedskap. Departementet mener at øvrige bestemmelser i loven gir tilstrekkelige forskriftshjemler. Gjeldende bestemmelser om bistandsplikt fra politiet og andre deler av den statlige forvaltningen, samt informasjonsplikt og unntak fra taushetsplikt når det foreligger fare for overføring av smittsom sykdom, foreslås i hovedsak videreført.

I *kapittel 12* foreslår departementet at det i ny smittevernlov innføres et eget kapittel om vaksinasjon. Deler av dagens vaksinasjonsbestemmelse videreføres, men foreslås delt opp

i flere bestemmelser. Departementet foreslår å fjerne hjemmelen til å påby vaksinasjon. Dersom spørsmålet om tvangsvaksinasjon skulle oppstå, bør det være opp til Stortinget å ta stilling til behovet for eventuelle lovendringer. Departementet foreslår også å fjerne hjemmelen til å pålegge personer som ikke er vaksinert å oppholde seg i bestemte områder og ta nødvendige forholdsregler, samt fjerne hjemmelen til å nekte dem deltakelse i organisert samvær med andre.

Regler om helse- og omsorgstjenestens og helsepersonells plikter ved smitte omtales i *kapittel 13*. Departementet foreslår å videreføre bestemmelsene om legens plikt til å undersøke smittede personer, legens plikt til å foreta smitteoppsporing og legens plikt til å gi informasjon og personlig smittevernveiledning. Det foreslås en noe utvidet adgang for legen til å kontakte kommuneoverlegen uten hinder av lovbestemt taushetsplikt der legen ikke ser seg i stand til å gjennomføre smittevernveiledning. Videre foreslås det å tydeliggjøre kommuneoverlegens adgang til å overta ansvaret for undersøkelser av smittede, smitteoppsporing og smittevernveiledning ved samfunnskritisk sykdom. Bestemmelsen om meldingsplikt for leger og varslingsplikt for enkelte grupper helsepersonell, og bestemmelsen om plikt for helsepersonell til å gjennomgå opplæring mv., videreføres. Bestemmelsen om unntak fra taushetsplikt videreføres, men bestemmelsens siste ledd om enkelte offentlige etaters mulighet til å kreve opplysninger uten hinder av taushetsplikten, flyttes til ny § 10-3. Det gjøres også justeringer for å klargjøre hjemmelsgrunnlaget ved behandling av slike opplysninger i en smittesituasjon.

Reguleringen av rett til smittevernhjelp og plikter for smittede personer foreslås i all hovedsak videreført, jf. *kapittel 14*. Dette gjelder blant annet rett til nødvendig smittevernhjelp for enhver som er smittet eller anses å være i fare for å bli smittet med en allmennfarlig smittsom sykdom, og plikt for de som er smittet med en allmennfarlig smittsom sykdom til å gi beskjed til og oppsøke lege, gi opplysninger om smittevei og ta imot og følge personlig smitteveiledning. Departementet foreslår også å videreføre dagens hjemler til å forby smittede å utføre arbeid eller delta i undervisning, pålegge plikt til å gjennomgå undersøkelse for arbeids- eller utdanningssøkere og arbeidstakere mv., og pålegge plikt for hele eller grupper av befolkningen til å gjennomgå blodprøvetaking eller andre tilsvarende undersøkelser som er medisinskfaglig forsvarlig og kan gjøres uten fare. Det foreslås også å videreføre dagens hjemmel for en helseinstitusjon til å kreve at en pasient skal la seg forhåndsundersøke når det gjelder en smittsom sykdom, før det blir foretatt en diagnostisk utredning, og før pasienten får behandling eller pleie.

Departementet foreslår imidlertid å endre dagens regulering slik at departementet i forskrift kan gjøre unntak fra smittedes plikt til å gi beskjed til lege, oppsøke lege for undersøkelse og gi opplysninger om hvor smitten stammer fra eller kan være ført videre. Det forutsettes her at smitten er så utbredt i samfunnet at det ikke er formålstjenlig at pliktene gjelder. Videre foreslås det å tydeliggjøre at departementet kan vedta forskrifter om saksbehandling og klage ved vedtak om å forby en smittet person med en allmennfarlig smittsom sykdom å utføre arbeid eller delta i undervisning, og at departementet i forskrift kan vedta at helseinstitusjoner har adgang til å fastsette krav om forhåndsundersøkelse som rutine for alle pasienter.

I *kapittel 15* foreslår departementet i all hovedsak å videreføre gjeldende bestemmelser om tvangstiltak mot smittede personer. Departementet foreslår imidlertid at gjeldende bestemmelse om gjennomføring av isolering på sykehus utvides til å omfatte også andre egnede institusjoner. Departementet foreslår også at en ny bestemmelse om frivillighet og forholdsmessighet innleder lovens kapittel 6 om tvangstiltak. Frivillig medvirkning fra den tiltaket gjelder skal være forsøkt før det treffes vedtak om tvangstiltak, og tvangstiltak kan ikke brukes når det etter sakens art og forholdene ellers vil være et uforholdsmessig inngrep.

Beslutningsnivå for befolkningsrettede smitteverntiltak diskuteres i *kapittel 16*. Departementet foreslår i hovedsak å videreføre modellen med at både kommunene og staten (ved samfunnskritisk sykdom) kan vedta befolkningsrettede smitteverntiltak for å forebygge eller motvirke overføring av allmennfarlig smittsom sykdom. Det foreslås å flytte Helsedirektoratets kompetanse til å vedta smitteverntiltak for hele eller deler av landet til Kongen, med mulighet for å delegere kompetanse til departementet og underliggende organer innenfor rammen av Grunnloven § 28. Det foreslås at staten skal ha myndighet til å fastsette smitteverntiltak også når det ikke haster.

Det foreslås å videreføre kommuneoverlegens kompetanse til å vedta smitteverntiltak når det haster, men med tillegg av å lovfeste at kommuneoverlegen så snart som mulig skal orientere om hastevedtaket til kommunestyret eller den som er delegert kompetansen, slik at de kan vurdere behovet for eventuell omgjøring. Departementet foreslår at staten som utgangspunkt bør ha ansvar for å vurdere om det av hensyn til å beskytte den samlede befolkningens liv og helse, er nødvendig å vedta smitteverntiltak som bidrar til å opprettholde regional og nasjonal kapasitet i spesialisthelsetjenesten eller nasjonale forsyningslinjer.

Departementet foreslår å videreføre og lovfeste forholdet mellom forskrifter vedtatt av kommunen og staten. Det innebærer at kommunene må gjennomføre tiltak vedtatt av staten. Staten kan ikke oppheve kommunale forskrifter, men kan utøve lovlighetskontroll etter kommuneloven. Kommunene kan derfor vedta forskrifter om tiltak som ikke gjør unntak fra statlige forskrifter, for eksempel andre eller strengere tiltak. I forlengelsen av dette foreslås det å videreføre og presisere en snever hjemmel for at Kongen, når det er nødvendig for å sikre et effektivt og forsvarlig smittevern mot samfunnskritisk sykdom, kan forskriftsfeste begrensninger i kommunenes adgang til på et senere tidspunkt å vedta strengere lokale vedtak enn staten om nærmere bestemte forhold. Dette kan blant annet være aktuelt for vedtak om å stenge skoler og avgrensning av områder i kommunene for inn- og utreise. Loven vil ikke hjemle en generell forskrift om at kommuner ikke kan vedta andre eller strengere tiltak enn staten.

I *kapittel 17* om befolkningsrettede tiltak som begrenser kontakt mellom mennesker, foreslår departementet i hovedsak å videreføre en generell hjemmel for kommunene og staten til å vedta påbud som har til formål å begrense kontakten mellom mennesker overalt hvor de kan samles, når det er nødvendig for å forebygge eller motvirke en allmennfarlig smittsom sykdom. Departementet foreslår imidlertid at det i loven inntas flere eksempler

på aktuelle tiltak som kan iverksettes med hjemmel i loven, og at det i loven også gis flere eksempler på hvor tiltak kan gjelde.

Det presiseres at portforbud ikke kan vedtas med hjemmel i smittevernlovens ordinære fullmakter, og at påbud med hjemmel i lovens ordinære fullmakter som har til formål å begrense kontakten mellom mennesker, ikke kan gis virkning for domstolene, Stortinget og folkevalgte organer i kommuner og fylkeskommuner. Kommuner kan ikke vedta begrensninger i kontakt mellom mennesker med virkning for de lokalene og arealene som Forsvaret, politiet og helseforetak har forbeholdt for sine ansatte, samarbeidende personell og pasientbehandling. Videre kan vedtak om begrensninger i kontakten mellom mennesker kun gjelde i inntil 30 dager, med mindre særlige grunner tilsier en lenger periode. Kravet om at den som har satt i verk tiltaket straks skal oppheve vedtaket eller begrense omfanget av det når det ikke lenger er nødvendig, foreslås videreført.

I *kapittel 18* diskuteres befolkningsrettede smitteverntiltak i form av isolering og begrensninger i bevegelsesfriheten. Departementet foreslår å videreføre gjeldende forskriftshjemmel som gjør det mulig ved samfunnskritisk sykdom å gi nasjonale forskrifter om isolering og smittekarantene. Departementet foreslår også å videreføre adgangen til å fastsette andre begrensninger i bevegelsesfriheten og nærmere krav til undersøkelser i forbindelse med, eller til erstatning for, isolering, smittekarantene eller begrensninger i bevegelsesfriheten. Departementet foreslår å lovfeste en særskilt meddelelsesplikt til Stortinget dersom det gis forskrifter om isolering, smittekarantene og andre begrensninger i bevegelsesfriheten. Departementet foreslår også å lovfeste at Kongen kan vedta forbud mot innreise til eller utreise fra et område, når det er nødvendig for å forebygge en samfunnskritisk sykdom eller for å motvirke at den blir overført. Kongen kan også vedta karantene for personer som har oppholdt seg i et område som er omfattet av forbudet.

Når det gjelder regulering av kommunens kompetanse til å vedta befolkningsrettede smitteverntiltak, foreslås det endringer for å tydeliggjøre at kommunene ved forskrift kan avsperre geografiske områder, omtalt som sanitærbarriere (cordon sanitaire), men ikke vedta isolering og smittekarantene for en ubestemt krets personer. Når formålet er å hindre overføring av smitte til kommunen fra andre deler av landet eller nabokommuner med høyere smittetrykk, også noen ganger kalt «søringkarantene» under koronapandemien, bør staten vurdere behovet for begrensninger i bevegelsesfriheten. Kommuner skal imidlertid kunne vedta forbud mot innreise til eller utreise fra hele eller deler av kommunens område, når formålet er å forhindre spredning av smitte enten innad i den enkelte kommune eller fra kommunen til andre deler av landet hvor det er vesentlig lavere smittetrykk.

Befolkningsrettede smitteverntiltak i form av tiltak mot spredning av smitte over landets grenser, diskuteres i *kapittel 19*. Departementet foreslår i hovedsak å videreføre Kongens hjemmel til å gi forskrifter for å motvirke at smittsomme sykdommer føres inn i landet, spres i landet eller spres til andre land. Tiltakene kan gjelde smittede eller eksponerte personer, men også dyr, transportmidler, varer og gjenstander som kan tenkes å overføre smittsomme sykdommer. Det foreslås å presisere i loven at forskriftene blant annet kan

omfatte krav om innreisekarantene, inkludert krav til hvor og hvordan innreisekarantenen skal gjennomføres, krav til å fremvise dokumentasjon og krav om å la seg undersøke for allmennfarlig smittsom sykdom. Departementet foreslår videre en hjemmel for Kongen i statsråd til å gi forskrifter med krav om at innreisekarantene må gjennomføres på et nærmere pålagt oppholdssted som for eksempel karantenehotell. Hjemmelen kan anvendes når det foreligger en samfunnskritisk sykdom. Slike forskrifter skal snarest mulig meddeles Stortinget.

Det foreslås videre en begrenset hjemmel i smittevernloven om at Kongen i statsråd i forskrift kan fastsette begrensninger på reiser til Norge, herunder innreiserestriksjoner og smitteverntiltak, som vedtatt av Rådet for den europeiske union i gjennomføringsrettsakter om begrensninger på reiser til Unionen i medhold av grenseforordningen artikkel 21a, jf. grenseloven § 8 nr. 1. Slike restriksjoner vil bare gjelde Schengen-områdets yttergrense.

Forslagene har til hensikt å ivareta en generell innretning av hjemlene slik at de kan benyttes i ulike scenarier av ulike smittsomme sykdommer, gi veiledning for hvilke tiltak som ligger i kjernen av fullmaktshjemlene og angi vilkår for noen særlig inngripende tiltak.

Departementet drøfter i punkt 19.6.3.4, men foreslår ikke, en hjemmel som gir Kongen i statsråd fullmakt til å gi forskrifter om nasjonale innreiserestriksjoner for utlendinger. Dersom det oppstår behov for slik regulering, vil det måtte fremmes et ordinært lovforslag. Dersom ordinær lovprosess vil være tidsmessig uforsvarlig, umulig eller vesentlig vanskeliggjort på grunn av den konkrete situasjonen, vil det være mulig å benytte den ekstraordinære kompetansen til å vedta forskrifter etter ny smittevernlov kapittel 11, som i det vesentlige tilsvarer gjeldende § 7-12, jf. høringsnotatet kapittel 22. Departementet ber høringsinstansene om å uttale seg om behovet for en slik lovfestet beredskapsfullmakt for nasjonale innreiserestriksjoner.

I *kapittel 20* diskuteres hjemmel for en spesiell form for tilpasning av smitteverntiltak. Det diskuteres i hvilken grad smittevernloven bør gi hjemmel for å tilpasse smitteverntiltak basert på den enkeltes sannsynlighet for å bli smittet, spre smitte og bli alvorlig syk, slik at det gjelder egne regler for de som har lavere risiko på disse områdene. Gjeldende smittevernlov gir hjemmel til å vedta slike tilpasninger av smitteverntiltak når det anses medisinskfaglig begrunnet, nødvendig og forholdsmessig, men regulerer i liten grad rammene for slike vedtak særskilt.

I kapittelet foreslår departementet i hovedsak å lovfeste hjemmel for at Kongen ved samfunnskritisk sykdom kan forskriftsfeste at personer ikke skal ilegges karantene, isolasjon eller innreiserestriksjon når det foreligger informasjon om vaksinasjonsstatus, gjennomgått sykdom, resultat av test for sykdom eller andre forhold som tilsier at personens evne til å videreføre smitte er vesentlig redusert. Det foreslås videre å lovfeste hjemmel for at Kongen ved samfunnskritisk sykdom kan gi forskrifter om at personers vaksinasjonsstatus, gjennomgått sykdom eller resultat av test for sykdom kan inngå i avgrensningen av, eller gi unntak fra, smitteverntiltak som begrenser kontakt mellom mennesker. Det innebærer for eksempel at flere kan være til stede på sammenkomster hvor det stilles krav til negativ test, gjennomgått sykdom eller vaksinering. Departementet foreslår imidlertid at det bare skal kunne stilles krav om gjennomgått sykdom eller

vaksinering når også testing er et reelt alternativ. Det foreslås derfor ikke hjemmel til å beslutte at kun vaksinerte eller de som har gjennomgått sykdom kan være til stede. Det foreslås heller ikke hjemmel til å innføre omfattende restriksjoner på nødvendige tjenester som dagligvarer, apotek mv. eller andre grunnleggende samfunnsområder for personer som ikke er testet, ikke har gjennomgått sykdom eller ikke er vaksinert.

Departementet foreslår å lovfeste en presisering av at alder kan inngå i avgrensningen av, eller gi unntak fra, smitteverntiltak, når det er begrunnet i at ulik alder gir ulik risiko for å smitte, bli smittet eller utvikle alvorlig sykdom. Diskrimineringslovgivningen vil gi rammene for hvilke tilpasninger som er lovlige. Departementet foreslår å lovfeste nye permanente bestemmelser om at Kongen kan forskriftsfeste krav til dokumentasjon når vaksinasjonsstatus, gjennomgått sykdom eller testresultat inngår i avgrensningen av, eller gir unntak fra, smitteverntiltak etter loven.

Det foreslås at kommunene bare kan vedta tilpassede smitteverntiltak for den sosiale omgangen ut fra om personer har testet negativt, gjennomgått sykdom eller er vaksinert når Kongen i forskrift gir anledning til det.

Departementet ber særskilt om høringsinstansenes syn på to alternative reguleringer i loven. Det første alternativet er om loven bør tillate unntak fra eller lettelser i begrensninger i den sosiale omgangen for personer som har gjennomgått sykdom eller er vaksinert, *uten at testing er et reelt alternativ*. Det andre alternativet er om loven uttrykkelig bør *forby unntak* fra eller lettelser i smitteverntiltak som begrenser den sosiale omgangen, for personer som har testet negativt for sykdom, har gjennomgått sykdom eller er vaksinert. Dette alternativet innebærer at det må fremmes lovforslag når behovet for slik tilpasning av smitteverntiltak oppstår i en konkret smittesituasjon.

I *kapittel 21* redegjøres det for enkelte andre smitteverntiltak som kan fastsettes med hjemmel i loven. Departementet foreslår i all hovedsak å videreføre bestemmelsene om smitteverntiltak i gjeldende smittevernlov kapittel 4, inkludert hjemler for pålegg om rengjøring, desinfeksjon, destruksjon og smittesanering, transport av smittefarlig materiale, obduksjon og gravferd og transport av lik, tiltak for å motvirke helsetjenesteassosierte infeksjoner og plikt for massemedier til å gi befolkningen informasjon utformet av Helsedirektoratet.

Departementet foreslår endringer i form av å tydeliggjøre at pålegg til massemedier skal gjelde informasjon til befolkningen av betydning for å håndtere smittesituasjonen. Pålegget kan stille krav til informasjonens plassering og hyppighet og i hvilket tidsrom den skal vises. Informasjonen skal merkes med avsender. Det foreslås at også samferdselsaktører skal kunne pålegges å gi informasjon. Departementet omtaler også hjemmel til å stenge virksomhet eller eiendom som er kilde til smitte, men foreslår ikke å regulere dette i smittevernloven.

I *kapittel 22* vurderer departementet gjeldende smittevernlov § 7-12, hvor Kongen er gitt fullmakt til å kunne fastsette forskrifter med lovs innhold og om nødvendig fravike gjeldende lovgivning. Departementet foreslår at dagens § 7-12 oppheves og erstattes av nytt kapittel 11 i ny lov. Ved utbrudd av samfunnskritisk sykdom (etter nåværende lov;

ved alvorlig utbrudd av en allmennfarlig smittsom sykdom), eller når det er fare for slikt utbrudd, foreslås det at Kongen i statsråd kan fastsette midlertidige forskrifter med lovs innhold, herunder fravike gjeldende lovgivning (derogasjon). Det foreslås at ny lovregulering skal inneholde følgende elementer:

- Fastsettelse av midlertidige forskrifter med lovs innhold, herunder forskrifter som fraviker gjeldende lovgivning, kan bare skje dersom den konkrete situasjonen medfører at det ikke er forsvarlig tid eller mulighet til å gjennomføre en ordinær lovbehandling («fare ved opphold»)
- Forskrifter skal vedtas av Kongen i statsråd
- Det stilles krav til i hvilke situasjoner og med hvilket formål det skal være adgang til å fastsette forskrifter. Dette kan bare gjøres for å
  - beskytte folkehelsen,
  - ivareta befolkningens liv og helse eller
  - sikre helse- og omsorgstjenestens evne og kapasitet til å sørge for forsvarlige og nødvendige helse- og omsorgstjenester til befolkningen
- Av forslag til ny lov § 1-5 følger at forskrifter skal være forholdsmessig, og at hensynet til barnets beste skal ivaretas
- Forskrifter skal være midlertidige
- Videreføre dagens lovfesting av at beredskapsloven §§ 3 og 4 skal gjelde tilsvarende. Dette innebærer at
  - beslutning om å fastsette forskrifter med lovs innhold, herunder fravike gjeldende lovgivning, skal snarest mulig etter vedtak av Kongen i statsråd meddeles Stortinget
  - regjeringen skal så snart som mulig legge frem lovforslag om bestemmelsene dersom de ikke er opphevet innen 30 dager
  - Stortinget skal øyeblikkelig sammenkalles dersom det ikke er samlet når bestemmelsene gis
  - bestemmelsene kan oppheves av Kongen og Stortinget og
  - dersom bestemmelsene ikke tidligere er opphevet, faller de bort ved oppløsning av det første ordentlige storting som trer sammen etter at bestemmelsene er gitt
- Forskrifter skal ikke innskrenke ordinær domstolskontroll. Det presiseres at ved prøving av vedtak kan retten prøve alle sider av saken
- Det foreslås ikke å «ramme inn» bestemmelsen ved å liste opp hvilke konkrete lover eller rettsområder som kan fravikes
- Det foreslås ikke å lovfeste krav om å gjennomføre høring før fastsettelse av forskrift som fraviker lov. I henhold til eksisterende lovverk skal dette gjennomføres dersom det sett hen til situasjonens alvorlighet og graden av hast er mulig og hensiktsmessig.

Departementet ber i tillegg om høringsinstansenes syn på følgende alternative forslag:

1. I smittevernloven inntas en bestemmelse som fastslår at derogasjonsforskrifter bare kan «begrense rettigheter så langt det er forenlig med Grunnloven og menneskerettsloven».
2. Det presiseres i forarbeidene at derogasjonsforskrifter bare kan «begrense rettigheter så langt det er forenlig med Grunnloven og menneskerettsloven», men dette lovfestes ikke.

Behandling av biologisk materiale og personopplysninger diskuteres i *kapittel 23 i høringsnotatet*. Departementet foreslår et nytt kapittel 10 i smittevernloven om behandling og bruk av biologisk materiale og personopplysninger. Gjeldende smittevernlov § 3-7 om kartleggingsundersøkelse og metodeutprøving foreslås videreført i sin helhet i ny § 10-1. For å sikre at Folkehelseinstituttet og andre institusjoner med nasjonale referansefunksjoner har en klar hjemmel til å dele sekvensdata om den genetiske koden til mikrober med internasjonale organisasjoner, foreslås det en helt ny bestemmelse i § 10-2 om dette. Bestemmelsen bygger på gjeldende smittevernlov § 7-9. Gjeldende smittevernlov § 2-2 åttende ledd om utbruddsregistre foreslås videreført med en endring i ny § 10-3. Forslaget skal sikre klar hjemmel til å innhente og behandle personopplysninger ved smitteutbrudd, herunder til å opprette registre med sammenstilte opplysninger i tråd med formålet og vilkårene i bestemmelsens første ledd.

I *kapittel 24* redegjøres det for utredningen «Tvungen testing for allmennfarlige smittsomme sykdommer ved eksponering for mulig smitte i polititjenesten», datert 28. mars 2019. Utredningen ble foretatt av professor Tor-Geir Myhrer ved Politihøgskolen på oppdrag fra Oslo politidistrikt. I september 2019 ble utredningen oversendt Justis- og beredskapsdepartementet fra Politidirektoratet, som støttet forslaget til lovendring. Utredningen følger som vedlegg til høringsnotatet.

I utredningen foreslås en lovhjemmel i smittevernloven for tvungen testing av en person som har vært involvert i en hendelse der en polititjenesteperson m.fl. kan ha blitt utsatt for smittefare, selv om det ikke er konkrete holdepunkter for at den involverte personen var smitteførende. Formålet med testingen er raskt å få avklart om tjenestepersonen faktisk ble eksponert for smittestoffer. Det fremgår at slik tvangstesting bare vil være aktuelt i de tilfellene hvor personen ikke samtykker til å la seg teste frivillig.

Høringsinstansene bes uttale seg om utredningens forslag om at det i smittevernloven skal inntas en lovhjemmel for tvungen testing av en person som har vært involvert i en hendelse der en *polititjenesteperson* kan ha blitt utsatt for smittefare, selv om det ikke er konkrete holdepunkter for at den involverte personen var smitteførende. Ettersom behovet for hjemmel for tvungen testing for *brann- og redningspersonell og personell innenfor kriminalomsorgen* ikke er utredet nærmere, er det etter Justis- og beredskapsdepartementets syn behov for å foreta ytterligere vurderinger av utredningens forslag når det gjelder nevnte tjenestepersoner. Det bes likevel om høringsinstansenes syn på denne delen av forslaget i utredningen.

Justis- og beredskapsdepartementet vil, i samarbeid med Helse- og omsorgsdepartementet, på bakgrunn av høringsinstansenes innspill vurdere videre oppfølging etter høringen.

Utredningen foreslår lovregulering som også omfatter *ambulansepersonell*. Helse- og omsorgsdepartementet presiserer imidlertid at departementet ikke ønsker å foreslå slik regulering nå. Utredningens hovedfokus har vært rettet mot polititjenestepersoner og behovet for regulering når det gjelder ambulansepersonell er ikke utredet på en slik måte at departementet nå kan ta stilling til om det bør foreslås lovregulering i tråd med utredningsforslaget. Det vil også være vanskelig å vurdere behovet for slik regulering for ambulansepersonell uten å samtidig vurdere dette for helsepersonell generelt. Helse- og

omsorgsdepartementet ber imidlertid høringsinstansene om overordnet tilbakemelding på om det vurderes nødvendig med denne type lovregulering for helsepersonell, og for hvilke grupper helsepersonell det i så fall særlig antas å være slikt behov.

Kapittel 25 drøfter bestemmelsene om straff, klage, overgangsbestemmelser og ikrafttredelse. Departementet foreslår å videreføre bestemmelser om straff for overtredelse av loven og vedtak truffet med hjemmel i loven. Departementet mener at det av hensyn til å sikre etterlevelse av smitteverntiltak er nødvendig å kunne straffe overtredelse av både smittevernloven og forskrifter og enkeltvedtak med hjemmel i loven. Departementet foreslår å videreføre strafferammen for forsettlig eller uaktsom overtredelse av smittevernloven eller vedtak gitt med hjemmel i loven, slik at dette straffes med bot eller fengsel inntil 2 år. Dersom overtredelsen har tap av menneskeliv eller betydelig skade på kropp eller helse som følge, er straffen bot eller fengsel inntil 4 år. Departementet foreslår å endre straffebestemmelsen fra et blankettstraffeforbud for overtredelse av alle bestemmelser i loven, til en straffebestemmelse som gjelder overtredelse av positivt opplistede lovbestemmelser.

Departementet foreslår å videreføre at statsforvalteren skal avgjøre klage over kommunalt eller interkommunalt vedtak såfremt ikke noe annet er bestemt i loven. Den generelle hjemmelen i gjeldende smittevernlov § 8-4 til å gi forskrifter til gjennomføring og utfylling av loven, foreslås ikke videreført. Departementet mener de forskriftshjemlene som er inntatt i lovens ulike bestemmelser vil være tilstrekkelige. Departementet foreslår å lovfeste en overgangsordning, slik at forskrifter og enkeltvedtak med hjemmel i gjeldende smittevernlov også vil gjelde etter at forslaget til ny smittevernlov har trådt i kraft. Departementet foreslår også at Kongen kan gi overgangsbestemmelser.

Endringer i andre lover omtales i *kapittel 26*. Økonomiske og administrative konsekvenser av forslag til ny smittevernlov er redegjort for i høringsnotatets *kapittel 27*. Spesielle merknader til lovforslaget er inntatt i *kapittel 28*, mens selve lovforslaget er inntatt i *kapittel 29*.

2.2 Forholdet til Svalbard

Svalbard er en del av Kongeriket Norge, jf. lov 17. juli 1925 nr. 11 om Svalbard § 1. Utgangspunktet for norsk lovgivnings anvendelse på Svalbard er svalbardloven § 2. Etter § 2 første ledd gjelder norsk privatrett, strafferett og lovgivningen om rettspleien for Svalbard når ikke annet er fastsatt. Etter § 2 andre ledd gjelder andre lovbestemmelser ikke, med mindre det er bestemt særskilt.

Etter smittevernloven § 1-2 tredje ledd kan Kongen gi forskrift om smittevernlovens anvendelse på Svalbard og Jan Mayen. Med hjemmel i blant annet denne bestemmelsen er det fastsatt forskrift 22. juni 2015 nr. 747 om anvendelse av helselover og -forskrifter for Svalbard og Jan Mayen. Hovedhensikten med forskriften er å modernisere helselovgivningen for Svalbard og Jan Mayen, og å legge reguleringen tettere opp til fastlandslovgivningen.

Ulike forhold, blant annet av praktisk og administrativ karakter, kan innebære at ikke alt regelverk kan eller bør få anvendelse på Svalbard fullt ut. Svalbard er heller ingen kommune i henhold til kommuneloven, og en del av de helse- og omsorgstjenestene som en kommune plikter å sørge for på fastlandet, gjelder ikke for Svalbard. Heller ikke pasient- og brukerrettighetsloven gjelder på Svalbard. Dette må blant annet sees i sammenheng med at Svalbard ikke skal være et livsløpssamfunn. Av forskriften § 3 fremgår blant annet at det regionale helseforetaket Helse Nord RHF «skal sørge for akuttmedisinsk beredskap og andre helsetjenester på Svalbard i den utstrekning dette er nødvendig og hensiktsmessig ut fra de stedlige forholdene.»

Av forskriften § 9 fremgår at smittevernloven og enkelte forskrifter gjelder for Svalbard. Bestemmelsen lyder:

«§ 9 Smittevernlovens anvendelse for Svalbard

Lov 5. august 1994 nr. 55 om vern mot smittsomme sykdommer gjelder for Svalbard med unntak av kapittel 6 og § 7-1.

Forskrifter gitt med hjemmel i smittevernloven som gjelder for Svalbard, er

a. forskrift 1. januar 1995 nr. 100 om allmennfarlige smittsomme sykdommer

b. forskrift 12. september 1996 nr. 903 om innførsel, transport og annen håndtering av materiale som er smittefarlig for mennesker

c. forskrift 20. juni 2003 nr. 739 om innsamling og behandling av helseopplysninger i Nasjonalt vaksinasjonsregister kapittel 2

d. forskrift 20. juni 2003 nr. 740 om innsamling og behandling av helseopplysninger i Meldingssystem for smittsomme sykdommer og i Tuberkuloseregisteret og om varsling om smittsomme sykdommer kapittel 2 og 3

e. forskrift 21. desember 2007 nr. 1573 om varsling av og tiltak ved alvorlige hendelser av betydning for internasjonal folkehelse (IHR-forskriften)

f. forskrift 13. februar 2009 nr. 205 om tuberkulosekontroll kapittel 1, § 2-1 første ledd bokstav b, § 2-2 til § 2-4, § 3-1, § 3-2 første og tredje ledd, § 3-3 første ledd og § 3-4, § 4-1, § 4-3, § 4-5 til § 4-8 og § 4-10 første ledd.

Meldingsplikt og varslingsplikt etter smittevernloven § 2-3 gjelder bare etter forskriftene i andre ledd bokstav d, e og f, og bare helsepersonell i den offentlige helsetjenesten. Alt helsepersonell og andre myndigheter plikter likevel å varsle Sysselmesteren etter IHR-forskriften. Sysselmesteren varsler videre til Nasjonalt folkehelseinstitutt og Statsforvalteren i Troms og Finnmark.

Universitetssykehuset Nord-Norge HF – Longyearbyen sykehus har for Svalbard myndigheten som etter loven og forskriftene er lagt til kommunelegen.

Longyearbyen lokalstyre har for Longyearbyen arealplanområde myndigheten som etter loven og forskriftene er lagt til kommunen.

Sysselmesteren har for Svalbard utenfor Longyearbyen arealplanområde myndigheten som etter loven og forskriftene er lagt til kommunen.

Myndigheten etter fjerde ledd utøves i samråd med Longyearbyen lokalstyre og Sysselmesteren. Myndigheten etter femte og sjette ledd utøves i samråd med

Universitetssykehuset Nord-Norge HF – Longyearbyen sykehus, som også kan fatte hastevedtak etter smittevernloven § 5-8.

Universitetssykehuset Nord-Norge HF – Longyearbyen sykehus har plikten etter lovens § 3-8 til å tilby det nasjonale programmet for vaksinering mot smittsomme sykdommer.

Statsforvalteren etter loven og forskriftene er Statsforvalteren i Troms og Finnmark.

Kommunen etter forskrift om tuberkulosekontroll er den offentlige helsetjenesten på Svalbard. Plikt til å gjennomgå undersøkelse etter tuberkulosekontrollforskriften § 3-1 bokstav a gjelder personer fra land med høy forekomst av tuberkulose som skal oppholde seg mer enn tre måneder på Svalbard. Personer som har gjennomgått tuberkuloseundersøkelse i løpet av de siste tre måneder før ankomst til Svalbard, er ikke underlagt plikt til å gjennomgå undersøkelse. Tilfredsstillende dokumentasjon for gjennomgått undersøkelse må kunne fremlegges. Vedtak etter forskrift om tuberkulosekontroll § 3-4 fattes av den offentlige helsetjenesten på Svalbard.»

Forskrift om anvendelse av helselover og -forskrifter for Svalbard og Jan Mayen har ingen særregulering når det gjelder smittevernlovens anvendelse for Jan Mayen. Det innebærer at smittevernloven ikke gjelder for Jan Mayen.

Som det vil fremgå av punkt 9.5 om lovens virkeområde, foreslår departementet å videreføre dagens regulering om at Kongen ved forskrift kan bestemme i hvilken utstrekning smittevernloven skal gis anvendelse på Svalbard og Jan Mayen. Forutsatt at Stortinget vedtar ny smittevernlov, vil departementet foreta eventuelle tekniske endringer i forskriften og også vurdere om det som følge av ny lov også er behov for materielle endringer i forskriftens regulering av smittevernlovens anvendelse på Svalbard.

2.3 Personvernmessige konsekvenser av forslaget

I høringsnotatets punkt 4.9 er det redegjort for personopplysningsloven og personvernforordningen. Det vises til denne redegjørelsen.

Ytelse av smittevernhjelp til den enkelte pasient forutsetter ofte at tjenestene må innhente, nedtegne og utveksle vurderinger om behov for helsehjelp og tjenestetilbud. Etter personvernregelverket skal tjenestene ha et rettslig grunnlag (behandlingsgrunnlag) for behandling av personopplysninger når personopplysninger behandles automatisk eller skal inngå i et register. Behandlingsgrunnlaget vil normalt være personvernforordningen artikkel 6 nr. 1 bokstav c (rettslig forpliktelse) eller bokstav e (allmennhetens interesse eller utøve offentlig myndighet).

Nedtegnelser som tjenestene gjør i en muntlig utveksling av opplysninger, faller inn under personvernregelverket. Slike nedtegnelser vil normalt inngå i en systematisert samling av opplysninger som tjenesten har om pasienten, for eksempel pasientjournal. Helse- og omsorgstjenesten kan nedtegne opplysninger som er relevante og nødvendige for å kunne yte «sine» lovpålagte tjenester. Nedtegnelser vil ha behandlingsgrunnlag i forordningen artikkel 6 nr. 1 bokstav a, c eller e, eventuelt også artikkel 9 nr. 2, samt i de supplerende rettsgrunnlagene som gjelder for helse- og omsorgstjenesten, jf. for eksempel smittevernloven § 6-1, helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1, spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a, pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 og § 2-2 og helsepersonelloven §§ 39 og

40. Dersom opplysningene er underlagt lovbestemt taushetsplikt, vil det rettslige grunnlaget for tilgang til opplysningene også være del av det supplerende rettsgrunnlaget.

Departementet vil videre påpeke at den enkelte tjenesten vil ha behandlingsansvaret for personopplysningene, og dermed ansvar for å følge personvernregelverket for alle personopplysningene som de behandler, inkludert opplysninger som de deler med eller mottar fra andre offentlige tjenester. Oppmerksomhet og kunnskap om plikten til å sikre god oppfølging av regelverket, også prinsippene for behandling av personopplysninger etter forordningen artikkel 5, er avgjørende for tilliten mellom helse- og omsorgstjenesten og pasientene.

Som redegjort for i punkt 2.1 og punkt 3.4 videreføres de grunnleggende prinsippene i smittevernloven av 1994 med dette forslaget. Dette innebærer blant annet at smittevernhjelp skal være gratis og som klar hovedregel basere seg på frivillighet og medvirkning. Loven regulerer både individrettede og befolkningsrettede tiltak, vaksinering og vaksinasjonsprogrammet. Forslaget innebærer også at smittevernlovens adgang til å utfylle, supplere eller fravike lov ved forskrift innenfor strenge vilkår videreføres. På mange punkter foreslås det mindre presiseringer av gjeldende rett, samtidig som lovens systematikk og oppbygging endres vesentlig.

Smittevernarbeidet skal fortsatt som hovedregel skje i kommunene. Kommunene og staten skal videreføres som de to sentrale nivåene i smittevernarbeidet, og begge skal kunne fastsette befolkningsrettede smitteverntiltak. Lovforslaget innebærer at forholdet mellom regjeringen og Stortinget i kriser tydeliggjøres og styrkes. Forslaget til ny smittevernlov vil opprettholde evnen til å reagere på en fremtidig alvorlig smittesituasjon med forholdsmessige og rettidige tiltak. Forslaget innebærer imidlertid ikke utvidede plikter for befolkningen, kommunene, det enkelte helse- og omsorgspersonell eller øvrige aktører, eller økt behov for helsepersonellressurser.

Departementet mener at de endringene som foreslås i forslaget til ny smittevernlov, kun innebærer beskjedne personvernkonsekvenser sammenlignet med dagens lov. For ytterligere redegjørelse for personvernkonsekvensene av forslagene vises det også til drøftelsen i høringsnotatets øvrige kapitler og punkter hvor dette utdypes ytterligere der hvor det anses relevant.

3 Bakgrunn – utviklingstrekk, sentrale dokumenter og behov for regelverksrevisjon

3.1 Innledning

Smittevernloven har til hensikt å beskytte både enkeltindividet og samfunnet. I dette kapittelet gis det en oversikt over hva smittsomme sykdommer er, hvordan smittevernarbeidet er organisert i Norge og hvilke utviklingstrekk man har sett og trolig vil se på dette feltet i årene som kommer.

Dagens lov trådte i kraft i 1995 og har i all hovedsak vist seg å fungere godt. Likevel har erfaringer og tilbakemeldinger vist at det behov for enkelte endringer og presisering av noen bestemmelser.

De siste årene er det også utarbeidet en rekke stortingsmeldinger, offentlige utredninger, arbeidsgrupperapporter og andre typer dokumenter som omhandler helseberedskaps- og smittevernarbeidet i Norge i lys av koronapandemien. Gjennom disse har regulering, organisering og utøvelse av smittevernarbeidet blitt belyst. Ikke minst har myndighetenes samlede håndtering av pandemien blitt grundig evaluert. I disse arbeidene har det blitt foreslått en rekke større eller mindre endringer i regelverket, men også endringer i hvordan man organiserer og utfører smittevernarbeidet. I punkt 3.5 gis det en oversikt over de mest sentrale av disse dokumentene. Utvalgte deler fra disse dokumentene vil også bli grundigere redegjort for i tilknytning til departementets konkrete regelverksforslag i dette høringsnotatet.

3.2 Smittsomme sykdommer - utviklingstrekk

Begrepet smittsomme sykdommer brukes ofte om sykdommer som skyldes smittestoff som overføres mellom mennesker. Etter smittevernloven er en smittsom sykdom definert som «en sykdom eller smittebærertilstand som er forårsaket av mikroorganismer eller andre smittestoff som kan overføres fra, til eller mellom mennesker», jf. loven § 1-3 nr. 1. Med mikroorganismer menes bakterier, virus, sopp eller parasitter. En smittet person er en «en person som har eller etter en faglig vurdering antas å ha en smittsom sykdom», jf. loven § 1-3 nr. 2.

Tidligere var epidemier og ulike typer infeksjonssykdommer de dominerende folkesykdommene i Norge, jf. *Folkehelserapporten – Helsetilstanden i Norge, Smittsomme sykdommer og smittevern* (FHI, 30. oktober 2023). Mange døde av meslinger, difteri, tuberkulose, influensa og andre infeksjoner. De siste hundre årene har imidlertid smittsomme sykdommer blitt et mindre folkehelseproblem totalt sett. Dette skyldes særlig høyere levestandard med innføring av moderne kloakksystemer, trygg drikkevannsforsyning, bedre ernæring og boligforhold, bedret smittevern og utvikling av vaksiner, antibiotika og andre antimikrobielle midler.

De hovedgruppene av infeksjonssykdommer som har størst innvirkning på folkehelsen i Norge i dag er:

- Influensa og andre luftveisinfeksjoner
- Blodbårne og seksuelt overførbare infeksjoner
- Sykdommer som smitter fra mat, vann og dyr
- Helsetjenesteassosierte infeksjoner (infeksjoner som oppstår som følge av opphold eller behandling i helseinstitusjoner)

Smittevernloven er avgjørende for det løpende smittevernarbeidet i Norge. Vaksinasjonsprogram, infeksjonskontroll, overvåking, melding og varsling og internasjonalt samarbeid er forutsetninger for å forebygge smittsomme sykdommer, og gjør at vi sjelden har behov for ytterligere tiltak.

Gjennom økt internasjonal handel, migrasjon og reising øker risikoen for smittespredning over landegrenser. Smittestoffer som er etablert eller oppstår i andre deler av verden, kan føres inn i landet, og dersom forholdene ligger til rette for det, kan det få til dels alvorlige konsekvenser for folkehelsen i Norge. Erfaringer fra ebolaepidemien i Vest-Afrika i 2014-2016, zikaepidemien i Sør- og Mellom-Amerika i 2015, koronapandemien fra 2020, og utbruddene av mpox (apekopper) i Afrika fra 2022, har vist at verken Norge eller verdenssamfunnet har vært godt nok forberedt på å håndtere slike trusler. Klimaendringer fører til endret utbredelse av smittsomme sykdommer, slik som virusinfeksjonen vestnilfeber, som er myggbåren og har fått fotfeste i sørlige deler av Europa. Endringer i matproduksjon og et globalt matmarked gir sårbarhet for smittespredning og utbrudd av matbårne infeksjoner som enterohemoragisk E. coli. Demografiske endringer med en eldre befolkning, økt urbanisering og økt befolkningstetthet gir sårbarhet for smittespredning.

Med en økt forekomst av antimikrobiell resistens (AMR) og spredning av nye resistensmekanismer, kan dagens muligheter for å behandle infeksjonssykdommer bli mindre. AMR er en global utfordring. Gjennom vaksinasjon har vi fått kontroll med flere svært smittsomme sykdommer, som meslinger, kikhoste og difteri. Dersom oppslutningen om vaksinasjon faller, øker risikoen for smittespredning og utbrudd. Verdens helseorganisasjon har omtalt økt forekomst av AMR og motstand mot vaksiner blant de viktigste globale helsetruslene.

Det er nødvendig at hvert enkelt land har beredskap, kompetanse og kapasitet til å reagere raskt nok. I tillegg er internasjonalt samarbeid viktig. Dette er nærmere redegjort for i høringsnotatets punkt 4.11 om IHR-regelverket og annet internasjonalt regelverk, punkt 5.5 om EØS-avtalen og kapittel 19 om befolkningsrettede tiltak i form av tiltak mot spredning av smitte over landets grenser. I kapittel 19 omtales blant annet grenseloven, grenseforordningen og Schengen-samarbeidet.

Pandemien tydeliggjorde hvordan smittsomme sykdommer kan få store samfunnsmessige konsekvenser. I mars 2020 innførte Norge og de fleste land i verden de mest omfattende tiltakene siden andre verdenskrig for å beskytte liv og helse, etterfulgt av omfattende tiltak for å beskytte økonomien. Koronapandemien viste hvor sårbare Norge og verden er for smittsomme sykdommer som spres lett over landegrensene. Norge, i likhet med svært mange land i verden, var ikke fullt ut forberedt på en slik langvarig helsekrise som rammet hele samfunnet. Mange av de inngripende tiltakene ble ikke avviklet før etter nesten to år.

3.3 Organisering av smittevernarbeidet i Norge

Smittevernloven gir grunnlaget for det daglige arbeidet med å forebygge og håndtere smittsomme sykdommer. Det løpende forebyggende arbeidet gjøres blant annet med vaksinasjon og infeksjonskontroll ihelse- og omsorgstjenesten, samt gjennom lovens varslings- og meldeplikter. I tillegg gir folkehelseloven grunnlag for krav om hygiene og forebygging av smitte fra miljøet.

Hovedansvaret for smittevernarbeidet er lagt til den kommunale helse- og omsorgstjenesten gjennom helse- og omsorgstjenesteloven og smittevernloven. Kommunen skal sørge for at alle som bor eller midlertidig oppholder seg i kommunen er sikret nødvendig smittevernhjelp. Dette kan være forebyggende tiltak, nødvendige undersøkelser, behandling og pleie utenfor institusjon eller pleie i sykehjem eller annen kommunal helseinstitusjon. Kommunen skal ifølge forskrift om nasjonalt vaksinasjonsprogram tilby og gjennomføre vaksinering mot smittsomme sykdommer til personer som bor eller midlertidig oppholder seg i kommunen, i henhold til det nasjonale vaksinasjonsprogrammet.

Kommunen skal ha en kommuneoverlege med ansvar for oppgaver innen smittevern. Kommuneoverlegen har etter smittevernloven også kompetanse til å fatte vedtak for å ivareta smittevernet.

De regionale helseforetakene skal sørge for at befolkningen i helseregionen er sikret nødvendig smittevernhjelp ved spesialistundersøkelse, laboratorieundersøkelse, poliklinisk behandling og sykehusbehandling, forsvarlig isolering på sykehus og annen spesialisthelsetjeneste. De regionale helseforetakene har også rådgivningsfunksjoner innen smittevern i helseinstitusjoner og infeksjonsmedisinsk, sykehushygienisk og medisinsk-mikrobiologisk kompetanse. De regionale helseforetakene skal innenfor sin helseregion, og dersom kommunene ønsker det, sørge for at det utarbeides tilbud om nødvendig smittevernbistand til de kommunale institusjonene som omfattes av forskrift om smittevern ihelse- og omsorgstjenesten.

Folkehelseinstituttet har et operativt fagansvar, med viktige overvåkings- og rådgivingsfunksjoner i tillegg til ansvar for kunnskapsoppsummeringer og forskning. Folkehelseinstituttet kan behandle helseopplysninger og andre personopplysninger som er nødvendige for å gjennomføre disse oppgavene. Folkehelseinstituttet skal gi smittevernfaglige råd og bistand til helsepersonell, kommuner, fylkeskommuner og statlige virksomheter i forbindelse med oppklaring og kontroll av utbrudd av smittsomme sykdommer. Folkehelseinstituttet har tre døgnåpne beredskapstelefoner innen smittevernet: smittevernvakta, mikrobiologisk beredskapsvakt og nasjonal vannvakt. Folkehelseinstituttet er nasjonalt kontaktpunkt for varslingssystem for utbrudd og andre folkehelsekriser for WHO og det europeiske smittevernbyrået (ECDC).

Helsedirektoratet har myndighetsoppgaver og bidrar med fortolking av regelverket. Helsedirektoratet skal ifølge forskrift om smittevern ihelse- og omsorgstjenesten ha en overordnet strategi for smittevernet i helse- og omsorgstjenesten. Direktoratet skal også

fastsette normer på områder hvor dette er et hensiktsmessig virkemiddel, samt formulere krav til utdanning i smittevern for helsepersonell.

Statsforvalteren skal ha særlig oppmerksomhet rettet mot smittevernet i fylket. Dette innebærer blant annet at statsforvalteren skal ha oversikt over og kunnskap om lokale planer om smittevern, og yte bistand ved behov. Statsforvalteren er klageinstans for kommunale vedtak etter smittevernloven. Statsforvalteren skal orienteres når begjæring om tvangstiltak etter smittevernloven oversendes til smittevernnemnda.

Helse- og omsorgsdepartementet har ansvaret for helsepolitikk, folkehelse og helselovgivning, og skal sørge for at befolkningen får gode og likeverdige helse- og omsorgstjenester. Departementet har det overordnede ansvar for smittevernet i landet.

Mattilsynet er et statlig, landsdekkende forvaltningsorgan som er med på å sikre forbrukerne trygg mat og trygt drikkevann. Tilsynet skal fremme folke-, plante-, fiske- og dyrehelse, miljøvennlig produksjon og etisk forsvarlig fiske- og dyrehold. Mattilsynet har også oppgaver knyttet til kosmetikk og legemidler, og fører tilsyn med dyrehelsepersonell. Mattilsynets viktigste oppgave innen smittevernet er å bidra til å sikre forbrukerne helsemessig trygg mat og trygt drikkevann.

Veterinærinstituttet er et biomedisinsk beredskaps- og forskningsinstitutt med fiskehelse, dyrehelse, dyrevelferd, mattrygghet og fôrtrygghet som kjerneområder. Veterinærinstituttet har ansvar for å samle, analysere og presentere epidemiologiske data om infeksjonssykdommer som kan smitte fra dyr til mennesker (zoonoser) og aktuelle smittestoffer (zoonotiske agens) i Norge. Dataene brukes som grunnlag for å forebygge eventuell smittespredning av zoonoser gjennom fôr, mat, dyr og dyreprodukter. Veterinærinstituttet koordinerer også overvåking av antibiotikaforbruk og -resistens innen veterinærmedisin.

Det er i kapittel 11 redegjort nærmere for administrative organer og deres oppgaver og ansvar etter smittevernloven.

3.4 Grunnprinsipper og kjennetegn ved dagens smittevernlov

3.4.1 Innledning

Når det gjelder smittevernlovens forhistorie vises det til Ot.prp. nr. 91 (1992-1993) *Om lov om vern mot smittsomme sykdommer (smittevernloven)*, og da særlig proposisjonens Del I, punkt 3. Det vises også til Prop. 91 L (2018-2019) *Endringer i smittevernloven (lovrevisjon)*. Som det fremgår av forarbeidene, har Norge helt fra sunnhetsloven av 1860 hatt nasjonalt fastsatte regler for forebygging og behandling av smittsomme sykdommer.

Smittevernloven gir rammene for det løpende personrettede smitteforebyggende arbeidet.

Rettighetene og pliktene som er knyttet til de allmennfarlige smittsomme sykdommene sikrer for eksempel at personer med seksuelt overførbare infeksjoner har tilgang til gratis helsehjelp og behandling, og krever samtidig at en som er smittet bidrar til smittesporing for å begrense smittespredning.

3.4.2 Frivillighet og samtykke

I utgangspunktet er mottagelse av helsehjelp basert på frivillighet og samtykke. Dette gjelder også for smittsomme sykdommer. Det gjøres imidlertid enkelte unntak fra frivillighetsprinsippet når det er nødvendig for å forebygge eller motvirke smittespredning for å ivareta utsatte personer eller samfunnet som helhet. Slike inngrep i frivillighetsprinsippet begrunnes i samfunnsvernet.

3.4.3 I hovedsak er nødvendig smittevernhjelp gratis

Smittevernhjelp skal være tilgjengelig for alle. Dette er nødvendig for å kunne forebygge og motvirke smittsomme sykdommer og smittespredning i samfunnet. Pasienten betaler ikke egenandel ved nødvendig undersøkelse, behandling og kontroll for allmennfarlige smittsomme sykdommer. Det gjelder alle som oppholder seg i Norge, selv om vedkommende ikke er medlem i folketrygden.

3.4.4 Plikt til å melde fra om smittsom sykdom og plikt til å la seg undersøke

Alle som oppholder seg i Norge som er eller kan være smittet med en allmennfarlig smittsom sykdom, har plikt til å gi beskjed og oppsøke lege for nødvendig helsehjelp. Den som er smittet har plikt til å gi opplysninger og medvirke til smittevernarbeidet, ta imot smittevernveiledning og om nødvendig isolere seg for å unngå å smitte andre. Retten til smittevernhjelp og gratis undersøkelse, behandling og kontroll skal legge til rette for at den enkelte kan oppfylle plikten.

3.4.5 Undersøkelse og behandling kan unntaksvis skje ved tvang, herunder isolering på sykehus

Når det er nødvendig for å forebygge en allmennfarlig smittsom sykdom eller motvirke at den blir overført, skal legen eller eventuelt kommuneoverlegen be en smittet person om å la seg undersøke av lege. Dersom en smittet person motsetter seg en slik undersøkelse, kan det fattes vedtak om at vedkommende skal legges inn på sykehus til legeundersøkelse og eventuelt til kortvarig isolering. Slik tvungen legeundersøkelse eller kortvarig isolering kan bare gjennomføres for å klarlegge om det foreligger en allmennfarlig smittsom sykdom, og bare når det er nødvendig for å motvirke overføring av en slik sykdom til andre og undersøkelsen kan skje uten fare. Tvungen isolering kan vedtas for opptil sju dager. Vedtak skal fattes av smittevernnemnda, men kommuneoverlegen og vakthavende infeksjonsmedisinske overlege ved sykehus i helseregionen kan sammen fatte hastevedtak hvis hensynet til smittevernet tilsier det. Det skal særlig legges vekt på åpenbar fare for smitteoverføring.

3.4.6 Leger har plikt til å undersøke smittede personer og plikt til å oppspore smittekilder

Leger har plikt til å undersøke pasienter som kan ha en allmennfarlig smittsom sykdom. En lege som har sikker kunnskap eller har mistanke om en allmennfarlig smittsom sykdom

som skyldes overføring av smitte fra en person til en annen, skal foreta smitteoppsporing dersom dette er gjennomførbart og hensynet til smittevernet krever det.

3.4.7 Alle har rett til nødvendig smittevernhjelp

Enhver som oppholder seg i riket har rett til smittevernhjelp, jf. smittevernloven § 6-1 første ledd. Det presiseres at smittevernhjelp er å anse som en del av retten til nødvendige helse- og omsorgstjenester etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 a første og annet ledd og § 2-1 b første og annet ledd.

Retten til nødvendig smittevernhjelp gjelder også personer uten permanent tilknytning til riket, jf. forskrift 16. desember 2011 nr. 1255 om rett til helse- og omsorgstjenester til personer uten fast opphold i riket § 5 bokstav d.

3.4.8 Individrettede og befolkningsrettede tiltak

Smittevernloven gir myndighetene adgang til å fastsette til dels svært inngripende tiltak. Overfor den enkelte, for hele befolkningen eller grupper av befolkningen kan myndighetene blant annet bestemme:

- Redusert kontakt mellom mennesker for å unngå smitteoverføring (begrensninger i sosial omgang)
- Stenging av virksomheter for å redusere kontakt mellom mennesker eller for å unngå smitte fra miljøet.
- Isolering og karantenetiltak

3.4.9 Vaksiner og vaksinasjonsprogrammet

I henhold til smittevernloven § 3-8 første og andre ledd skal departementet fastlegge et nasjonalt program for vaksinering mot smittsomme sykdommer og har også ansvar for å sikre nødvendig vaksineforsyning og vaksineberedskap. Kommunen skal tilby befolkningen deltagelse i vaksinasjonsprogrammet.

Gjennom vaksinasjonsprogrammet sikres hele befolkningen tilbud om vaksinasjon mot flere alvorlige sykdommer. Barn og ungdom får tilbud om vaksiner mot tolv ulike sykdommer gjennom kommunenes helsestasjon- og skolehelsetjeneste. Voksne og risikogrupper får tilbud om vaksine mot sesonginfluensa og mot covid-19.

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.

Vaksinasjon skal ha en nytte for den enkelte, og frivillighetsprinsippet legges også til grunn for tilbudet om vaksiner som inngår i vaksinasjonsprogrammet. Vaksinasjonsprogrammet skal gi alle innbyggere lik tilgang til vaksinasjonstilbudet.

3.5 Sentrale dokumenter

3.5.1 Innledning

Som nevnt er det de siste årene utarbeidet en rekke stortingsmeldinger, offentlige utredninger, rapporter eller andre typer dokumenter som omhandler helseberedskaps- og smittevernarbeidet i Norge. Gjennom disse har regulering, organisering og utøvelse av smittevernarbeidet blitt grundig belyst. Ikke minst har myndighetenes samlede håndtering av pandemien blitt grundig evaluert. I disse arbeidene har det blitt foreslått en rekke større eller mindre endringer i regelverket, men også endringer i hvordan man organiserer og utfører smittevernarbeidet og helseberedskapen.

I dette kapittelet gis det en oversikt over de mest sentrale av disse dokumentene. Utvalgte deler fra disse dokumentene vil bli grundigere redegjort for i tilknytning til departementets konkrete regelverksforslag.

3.5.2 NOU 2019: 13 Når krisen inntreffer

Beredskapshjemmelsutvalget ble oppnevnt for å vurdere om det også utenfor de tilfellene som reguleres av beredskapsloven, bør innføres en sektorovergripende fullmaktsbestemmelse som gir regjeringen hjemmel for midlertidig å supplere og om nødvendig gjøre unntak fra gjeldende lovgivning. Utvalget ble også bedt om å vurdere om det ved siden av dette bør utformes en hjemmel for midlertidig å suspendere enkeltpersoners lovfestede rettigheter, eventuelt modifisere hvordan rettighetene må oppfylles. Utvalget avga sin utredning NOU 2019: 13 *Når krisen inntreffer* 14. juni 2019.

Utvalget viser til at daglige kriser, ulykker o.l. bør håndteres av den alminnelige beredskapen. For ekstraordinære kriser, for eksempel krig, krigslignende tilstander eller andre situasjoner hvor rikets sikkerhet eller statsstyret er truet, og for andre kriser som befinner seg i øvre deler av krisespekteret, har utvalget vurdert om ulike kategorier av kriser kan håndteres innenfor gjeldende regelverk, herunder beredskapsloven av 1950 eller annen sektorspesifikk beredskapslovgivning. I forlengelsen av dette har utvalget vurdert om man for ekstraordinære krisesituasjoner har behov for en sektorovergripende fullmaktshjemmel og en suspensjonshjemmel for individuelle rettigheter. Basert på en gjennomgang og vurdering av ulike krisescenarioer, mener utvalget at det kan være behov for en sektorovergripende fullmaktshjemmel og suspensjonshjemmel som gjør at myndighetene raskt kan sette i verk helt nødvendige, men inngripende, tiltak for å redusere et stort og alvorlig skadeomfang.

Utvalget har understreket den plikten som utøvende myndigheter etter Grunnloven § 3 har til å handle når krisen inntreffer. I den grad nødvendige tiltak ikke har tilstrekkelig lovhjemmel og det ikke er tid til å vente på Stortingets behandling av lovforslag, vises det til at regjeringen enten vil måtte avstå fra å utøve sin handleplikt eller handle på grunnlag av ulovfestet nødrett.

Etter en vurdering av fordeler og ulemper ved en sektorovergripende krisefullmaktslov, har utvalget kommet til at det er flere fordeler enn ulemper med en sektorovergripende

fullmaktshjemmel, så lenge en slik fullmaktshjemmel inneholder stramme og konkrete skranker og vilkår for bruk. Det vises til at en sektorovergripende fullmaktshjemmel samtidig bør inkludere en hjemmel til å suspendere rettigheter gitt i annen lovgivning, slik at denne formen for suspensjon underlegges de samme prosessreglene, og ikke overlates til ulovfestet nødrett alene. Utvalget understreker at en sektorovergripende fullmaktshjemmel bør inneholde klare materielle (innholdsmessige) og prosessuelle begrensninger. For å synliggjøre og lette tilgangen til hvilke begrensninger som følger med hjemmelen, har utvalget foreslått en egen krisefullmaktslov.

Den ekstraordinære krisesituasjonen bør være av alvorlig og kvalifisert karakter. Den må true kritiske samfunnsfunksjoner eller andre tungtveiende samfunnsinteresser og være forårsaket av en særlig alvorlig hendelse. En annen materiell begrensning av absolutt karakter er at hjemlene ikke kan omfatte en rett til å derogere fra, det vil si fravike, Grunnloven eller menneskerettigheter gitt i internasjonale konvensjoner som Norge har sluttet seg til og gjort til norsk lov.

De prosessuelle begrensningene som utvalget foreslår, innebærer for det første at beslutningen om å aktivere hjemmelen må treffes av Kongen i statsråd, i form av en krisefullmakt. Behandling i statsråd sikrer at ikke noen av regjeringens statsråder i realiteten tar beslutninger uten at alle statsrådene er kjent med sakens alvor og hvilke virkemidler man ønsker å iverksette. Statsrådsbehandling sikrer videre at det må utarbeides skriftlig dokumentasjon om behovet for å aktivere hjemmelen, i statsrådsforedraget.

Utvalget foreslår videre at regjeringen må legge frem kriseforskriften og begrunnelsene bak denne for Stortinget innen ti dager. Hvis slik konsultasjon med Stortinget ikke skjer innen fristen, vil forskriften automatisk falle bort. Det foreslås at Stortinget uansett kan oppheve regjeringens beslutning på et hvilket som helst tidspunkt med minst en tredjedel av stemmene.

Videre foreslås det en ytterligere prosessuell begrensning ved at kriseforskriften kun kan være virksom i opptil seks måneder, selv om Stortinget er konsultert. Denne prosessuelle begrensningen er satt for å sikre et enda sterkere mindretallsvern, og for å gjenopprette normaltilstanden med Stortinget som lovgiver. Skal tiltakene være virksomme utover seks måneder, må regjeringen sørge for å skaffe seg ordinære lovhjemler i Stortinget, alternativt få gjennomslag for en egen unntakslov, i god tid før fristen løper ut.

Det redegjøres mer utdypende for enkelte av utvalgets konkrete vurderinger og forslag andre steder i høringsnotatet, særlig i kapittel 22.

3.5.3 NOU 2021: 6 Myndighetenes håndtering av koronapandemien. Rapport fra Koronakommisjonen

Regjeringen nedsatte 24. april 2020 en uavhengig kommisjon for å gjennomgå og evaluere alle sider ved myndighetenes håndtering av koronapandemien. Kommisjonen har undersøkt relevante sider ved håndteringen av koronapandemien, og la frem sin rapport 14. april 2021.

Kommisjonens hovedbudskap er oppsummert i sytten punkter:

3. Myndighetenes håndtering av pandemien har samlet sett vært god.
4. Myndighetene visste at en pandemi var den nasjonale krisen som var mest sannsynlig, og som ville ha de mest negative konsekvensene. Likevel var de ikke forberedt da den omfattende og alvorlige koronapandemien kom.
5. Regjeringen har i beredskapsarbeidet ikke tatt hensyn til hvordan risiko i én sektor avhenger av risikoen i andre sektorer.
6. Regjeringen visste at det var stor sannsynlighet for at det ville bli vanskelig å skaffe smittevernutstyr under en pandemi.
7. Kommisjonen vurderer at det var riktig å sette inn inngripende smitteverntiltak 12. mars 2020.
8. Beslutningene om å innføre de inngripende smitteverntiltakene 12. mars 2020 skulle vært truffet av regjeringen, ikke Helsedirektoratet.
9. I begynnelsen av koronapandemien forsikret ikke myndighetene seg om at smitteverntiltakene var i tråd med Grunnloven og menneskerettighetene.
10. Under koronapandemien har norske myndigheter brukt smitteverntiltak i et omfang som ingen hadde forestilt seg eller planlagt for.
11. Kommisjonen mener myndighetene jevnlig må vurdere strategien for hvordan pandemien håndteres.
12. Det er en styrke at kommunene har et stort ansvar for smittevern i Norge.
13. Smittevernloven har vært et viktig verktøy i krisehåndteringen, men den bør revideres.
14. Myndighetene har samlet sett lykkes godt med kommunikasjonen ut til befolkningen.
15. Regjeringen manglet en plan for å håndtere importsmitte da det kom en ny smittebølge i Europa høsten 2020.
16. Alle er berørt av pandemien, men den har rammet skjevt.
17. Barn og unge bærer en stor byrde under pandemien, og konsekvensene kan vise seg å vare utover i livsløpet til dem som er unge i dag.
18. De økonomiske kostnadene ved pandemien blir høye.
19. Det er for tidlig å konkludere om de langsiktige konsekvensene av pandemien.

I tillegg til hovedbudskapene inneholder rapporten en lang rekke vurderinger og anbefalinger, samt også prinsipper som etter kommisjonens vurdering bør ligge til grunn for fremtidig regelverk eller konkrete forslag om regelverksendringer. Kommisjonens vurderinger knytter seg i hovedsak til smittevernloven og myndighetenes anvendelse av dette regelverket. Departementet legger imidlertid til grunn at en rekke av kommisjonens vurderinger og anbefalinger har overføringsverdi til en vurdering av også helseberedskapsloven. Det redegjøres mer utdypende for enkelte av kommisjonens konkrete vurderinger og forslag til tiltak andre steder i høringsnotatet.

3.5.4 NOU 2022: 5 Myndighetenes håndtering av koronapandemien – del 2. Rapport fra Koronakommisjonen

Etter at kommisjonen hadde levert sin første rapport 14. april 2021, jf. punkt 3.5.3, fortsatte kommisjonen med tilnærmet samme mandat. Kommisjonen la frem sin andre rapport 26. april 2022.

Kommisjonen viser innledningsvis til at mange av funnene fra den første rapporten (NOU 2021: 6) har blitt forsterket gjennom arbeidet med den andre rapporten, samtidig som kommisjonen også har gjort flere nye funn. Kommisjonen trekker frem følgende sentrale funn:

- Landets befolkning og norske myndigheter har samlet sett håndtert pandemien godt. Norge er blant de landene i Europa som har hatt lavest dødelighet, lavest tiltaksbyrde og minst reduksjon i økonomisk aktivitet.
- En rekke enkeltpersoner har gjort en innsats langt utover det som kan forventes. I helsetjenesten, statsforvaltningen, kommunene og en rekke næringer er det utvist en imponerende omstillingsevne og fleksibilitet.
- Myndighetene var ikke tilstrekkelig forberedt til å kunne møte og håndtere en pandemi av et slikt alvor og omfang som den som rammet Norge og resten av verden.
- Pandemien medførte i perioder stor belastning på enkelte av landets intensivavdelinger. Intensivberedskapen på sykehusene var for dårlig da pandemien rammet Norge.
- Kommunelegefunksjonen var ikke godt nok rustet til å håndtere pandemien, og kommunelegene fikk en krevende arbeidssituasjon under pandemien.
- Regjeringen har utøvd sterk sentral styring av håndteringen av pandemien. Den har truffet beslutninger i så vel viktige saker, som små og avgrensede saker.
- Gjennom kreativitet og handlekraft lyktes myndighetene meget godt i arbeidet med å skaffe vaksiner til befolkningen. Prosessene viste imidlertid at systemene for å anskaffe vaksiner var sårbare. Norge var avhengig av velvilje og hjelp fra EU og enkeltland i Europa.
- Vaksineringen av befolkningen var vellykket og resulterte i en høy vaksinasjonsgrad. Regjeringen kunne likevel med en tidligere geografisk prioritering av vaksiner til områder med høyt smittetrykk, i større grad nådd egne mål om å ivareta helse og redusere forstyrrelser i samfunnet.
- For å begrense smitte ved innreise fra utlandet innførte myndighetene inngripende tiltak overfor enkeltpersoner. Tiltakene var preget av hastverk og stadige justeringer. Dette var krevende både for de som skulle utforme og iverksette tiltakene, og de som skulle etterleve dem.
- Myndighetenes kommunikasjon om pandemien, smitteverntiltak og vaksinasjon har vært god, og den har nådd fram til de fleste i befolkningen. Kommunikasjonen har bidratt til å skape tillit. Myndighetenes informasjon nådde imidlertid i varierende grad fram til innvandrerbefolkningen.
- Kommuneleger, kommuner, politiet på grensen og andre som skulle håndtere smitteverntiltak lokalt, fikk informasjon om nye anbefalinger og regler samtidig som resten av befolkningen, enten på pressekonferanser eller på regjeringens eller helsemyndighetenes hjemmesider. Dette bidro til å gjøre arbeidssituasjonen svært krevende for dem som skulle håndtere smittevernet lokalt.
- Innvandrerbefolkningen i Norge var overrepresentert blant de smittede og alvorlig syke og underrepresentert blant de vaksinerte. Myndighetene var ikke tilstrekkelig forberedt til å håndtere de økonomiske, praktiske og sosiale barrierene mot testing, isolering og vaksinering som fantes blant mange med innvandrerbakgrunn. Det tok lang tid å iverksette målrettede tiltak mot denne delen av befolkningen.
- Pandemien har forsterket sosiale og økonomiske ulikheter i befolkningen.
- Smitteverntiltakene har rammet barn og unge hardt. Myndighetene har ikke i tilstrekkelig grad klart å skjerme barn og unge i tråd med egen målsetting.

I tillegg til disse hovedfunnene inneholder rapporten en lang rekke vurderinger og anbefalinger, samt også prinsipper som etter kommisjonens vurdering bør ligge til grunn for fremtidig regelverk eller konkrete forslag om regelverksendringer. Kommisjonens vurderinger også i denne del-rapporten knytter seg i hovedsak til smittevernloven og myndighetenes anvendelse av dette regelverket. Som nevnt legger imidlertid departementet til grunn at en rekke av kommisjonens vurderinger og anbefalinger har overføringsverdi til en vurdering av også helseberedskapsloven. Det redegjøres mer utdypende for enkelte av kommisjonens vurderinger og forslag til tiltak andre steder i høringsnotatet.

3.5.5 Ekspertgrupperapporter om infrastruktur, kompetanse og juridiske hjemler for kunnskapsproduksjon i kriser

3.5.5.1 Innledning

Blant annet pandemihåndteringen viste at dagens praksis og regelverk ikke er optimalt utformet for kunnskapsproduksjon i kriser. I et samarbeid mellom Arbeids- og inkluderingsdepartementet, Barne- og familiedepartementet, Finansdepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet, Justis- og beredskapsdepartementet, Kunnskapsdepartementet, Kommunal- og distriktsdepartementet, Nærings- og fiskeridepartementet og Utenriksdepartementet ble derfor «Kjernegruppen for et bedre kunnskapssystem for håndtering av kriser» opprettet. Kjernegruppen etablerte to ekspertgrupper for å utrede hvilken infrastruktur, kompetanse og juridiske hjemler som er nødvendig for kunnskapsproduksjon i kriser. Deres arbeid har resultert i to rapporter.

3.5.5.2 Juridiske og etiske problemstillinger knyttet til innsamling, tilgjengeliggjøring, deling og bruk av data, samt bruk av randomiserte forsøk, i kriser

I *«Rapport 30. juni 2022 fra ekspertgruppe nedsatt av Kjernegruppen for et bedre kunnskapssystem for håndtering av kriser (Rege m.fl. (2022))»* har ekspertgruppen vurdert juridiske og etiske problemstillinger knyttet til innsamling, tilgjengeliggjøring, deling og bruk av data, samt bruk av randomiserte forsøk. Rapporten må sees i sammenheng med en rapport utarbeidet av en annen ekspertgruppe som omtales nedenfor.

I rapporten foreslås det blant annet følgende endringer:

1. Endringer i helseberedskapsloven § 2-4 for å styrke beredskapsregistre som verktøy i kriser. Det foreslås blant annet å:
    1. klargjøre at loven omfatter både helseopplysninger og andre personopplysninger
    2. utvide adgangen til å opprette et beredskapsregister
    3. gi hjemmel for å kreve opplysninger fra flere virksomheter
    4. gi hjemmel for å kreve opplysninger direkte fra innbyggerne
    5. klargjøre at helseberedskapsloven går foran helseregisterloven med forskrifter
    6. lovfeste at kostnader ved overføring av opplysninger skal dekkes av avleverende virksomhet
    7. klargjøre at opplysningene kan kreves direkte fra databehandlere

    8. klargjøre at godkjenning fra de regionale komiteene for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) ikke er nødvendig for det dataansvarlige forvaltningsorganets forskning på data i det aktuelle beredskapsregisteret
    9. forenkle eksterne aktørers tilgang til beredskapsregistre
    10. hjemle opprettelse av beredskapsregistre ved beredskapsøvelser
2. Endringer i helseforskningsloven slik at rene registerstudier ikke skal trenge forhåndsgodkjenning fra REK
3. Endringer i forvaltningsloven § 13g slik at bestemmelsen ikke bare omfatter informasjonsdeling mellom forvaltningsorganer, men også andre rettssubjekter innenfor den offentlige sfæren som er underlagt lovbestemt taushetsplikt. I tillegg bør det vurderes om det i krisesituasjoner skal kunne gjøres unntak fra eller lempes på kravet om «etablert samarbeid» som gjelder virksomheter som omfattes av særlige taushetspliktregler, som for eksempel helsesektoren eller NAV.
4. Endringer i helseregisterloven og helseregisterforskriftene som avklarer at opplysninger alltid kan tilgjengeliggjøres og sammenstilles for forsknings- og statistiske formål dersom lovens øvrige vilkår er oppfylt
5. Styrke de rettslige vurderingene ved bruk og deling av data
6. Vurdere om det bør fastsettes en ny generell lov om deling av data
7. Bedre tilgang til sanntidsdata i normalsituasjon og i krise, blant annet ved å tillegge hensynet til ferskhet og behovet for sanntidsdata avgjørende vekt i vurderinger ved datautleveringer
8. Bedre tilgang til rådata i normalsituasjon og i krise ved å tillegge hensynet til behovet for rådata avgjørende vekt i vurderinger ved datautleveringer
9. Bedre ivaretakelse av forskningsetiske krav i normalsituasjon og krise, blant annet ved forebyggende tiltak knyttet til beredskapsplaner for forskningsetiske vurderinger på tvers av fagfelt
10. Styrke de rettslige og etiske vurderingene ved bruk av randomiserte forsøk i forvaltningen
11. Bedre kunnskapssystem i normaltid

En rekke av rapportens forslag vil direkte og indirekte ha betydning for smittevernarbeidet. Ekspertgruppens forslag følges ikke direkte opp i dette høringsnotatet, men departementet viser til høringsnotat om forslag til ny helseberedskapslov hvor en rekke av rapportens forslag følges opp.

3.5.5.3 Effektiv og sikker infrastruktur for deling og bruk av relevant statistikk og data i kriser

I *«Rapport 30. juni 2022 fra ekspertgruppe nedsatt av Kjernegruppen for et bedre kunnskapssystem for håndtering av kriser (Markussen m.fl. (2022))»* har ekspertgruppen vurdert tiltak for å oppnå effektiv og sikker infrastruktur for deling og bruk av relevant statistikk og data i kriser. Rapporten må sees i sammenheng med ovennevnte ekspertgrupperapport.

I rapporten foreslås det blant annet følgende tiltak for å styrke beredskapen for kunnskapsproduksjon:

1. Etterleve kravet om «Orden i eget hus»
2. Brukerorientert deling av data i og mellom sektorer

3. Infrastruktur for bedre informasjonsdeling mellom lokalt, regionalt og sentralt nivå
4. Infrastruktur for og kunnskap om bruk av helt oppdaterte data
5. Planer og kapasitet til å gjennomføre befolkningsundersøkelser m.m. i tilknytning til et beredskapsregister
6. Prosedyrer for anonymisering av data for deling
7. Beredskap for kunnskapsproduksjon og formidling av statistikk

Ekspertgruppens forslag følges ikke opp i dette høringsnotatet. Departementet viser imidlertid til departementets høringsnotat av 11. oktober 2024 om forslag til endringer i helseforskningsloven, helseregisterloven og helsepersonelloven og Prop. 109 L (2024-2025) *Endringer i helseforskningsloven mv. (vilkår for medisinsk og helsefaglig forskning og for bruk av helseopplysninger i forskning)*, hvor enkelte av ekspertgruppens forslag følges opp. Stortinget har vedtatt endringer i helseforskningsloven, helseregisterloven og helsepersonelloven i tråd med forslaget i lovproposisjonen, jf. Innst. 400 L (2024-2025) og Lovvedtak 106 (2024-2025).

3.5.6 Meld. St. 15 (2022-2023) Folkehelsemeldinga – Nasjonal strategi for utjamning av sosiale helseforskjellar

I Folkehelsemeldingen presenterer regjeringen den samlede innsatsen for å fremme bedre folkehelse og god livskvalitet i befolkningen. Regjeringen har lagt til grunn at kommunene fortsatt skal ha ansvar for å verne innbyggerne sine mot helsetrusler. Det forutsetter at kommunene kan ivareta dette på en forsvarlig måte blant annet ved tilstrekkelig samfunnsmedisinsk og annen kompetanse innen smittevern, miljørettet helsevern og strålevern. Når det gjelder smittevern varsles det blant annet at regjeringen vil sikre at det kommunale smittevernet er forankret på tvers av ulike sektorer, og at smitteverntiltak blir vurdert i et bredere folkehelse- og livskvalitetsperspektiv.

Stortinget sluttet seg i all hovedsak til regjeringens forslag, jf. Innst. 398 S (2022-2023). Departementet foreslo så enkelte lovendringer i Prop. 82 L (2024-2025) *Endringer i folkehelseloven m.m. (krav til systematisk og kunnskapsbasert folkehelsearbeid, helsemessig beredskap)*. Stortinget har vedtatt lovendringene i tråd med forslaget i lovproposisjonen, jf. Innst. 332 L (2024-2025) og Lovvedtak 81 (2024-2025). Lovendringene innebærer ingen vesentlige endringer i grunnleggende ansvar og oppgaver for kommuner, fylkeskommuner og virksomheter, men klargjør ansvaret og legger bedre til rette for samarbeid, helhet og systematikk. For staten innebærer endringene at ansvaret speiler ansvaret til kommunene og fylkeskommunene.

3.5.7 NOU 2023: 16 Evaluering av pandemihåndteringen. Rapport fra Koronautvalget

Kongen i statsråd oppnevnte i april 2022 et utvalg som skulle evaluere myndighetenes håndtering av koronapandemien samlet sett, og i tillegg evaluere omikronhåndteringen i perioden fra 1. november 2021 til tentativt 1. mai 2022. Utvalget leverte sin utredning 2. juni 2023.

Utvalgets overordnede vurderinger og anbefalinger er inntatt i utredningens kapittel 16. Generelt om regelverket påpeker utvalget i punkt 16.2.2 blant annet:

> «Koronautvalget vurderer at regelverket ga norske myndigheter et godt utgangspunkt for å håndtere pandemien. Muligheten til å kunne handle raskt er avgjørende for å kunne beskytte liv og helse i en akutt krisesituasjon. Særlig var smittevernloven og helseberedskapsloven sentrale da pandemien traff oss. Disse ga hjemmel for at både lokale og nasjonale myndigheter kunne vedta nødvendige smitteverntiltak.
>
> Samtidig var ikke regelverket tilstrekkelig tilpasset en langvarig krise. Under pandemien ble det nødvendig å vedta en rekke midlertidige reguleringer i ulike sektorregelverk (…).»

Når det gjelder de mange og hurtige endringene i regelverket og begrunnelsene for de ulike smitteverntiltakene, uttaler utvalget:

> «Videre måtte smitteverntiltakene tilpasses smittesituasjonen, og bestemmelser som regulerte tiltakene ble endret hyppig. Hyppige tiltaksendringer ga kommunikasjonsutfordringer med tanke på å sørge for at befolkningen til enhver tid skulle vite hvilke regler som gjaldt, men viste samtidig at myndighetene kontinuerlig forsøkte å tilpasse regelverket til den gjeldende situasjonen. Med raske regelverksprosesser i en krise må kravene vi stiller til saksbehandlingen ta høyde for at krisen kan håndteres selv om tidsfaktoren er av avgjørende betydning. Krisens karakter og hastegrad må være avgjørende for kravene som stilles til saksbehandling og begrunnelser.
>
> Vedtak og bruken av koronaloven er eksempler på at det under kriser kan være nødvendig å effektivisere lovgivningsprosessen for å begrense skadevirkninger. Disse erfaringene bør brukes med tanke på beredskap for fremtidige kriser. Utvalget mener koronaloven kan være et utgangspunkt for eventuell fremtidig krisefullmaktslovgivning.
>
> Selv om gjeldende regelverk overordnet sett ga myndighetene muligheter til effektiv håndtering av pandemien, viser erfaringene fra pandemien at det er behov for videreutvikling av regelverket for å håndtere en langvarig krise. (…).»

Utvalget diskuterer i punkt 16.2.2 også betydningen av Grunnloven § 28 for spørsmålet om hvem som har myndighet til å beslutte omfattende smitteverntiltak:

> «Med fullmakter i smittevernloven og helseberedskapsloven hadde myndighetene mulighet til å handle raskt i pandemiens akutte faser. Imidlertid er fullmaktsbestemmelsene vedtatt uten at forarbeidene har vurdert bestemmelsene opp mot Grunnloven § 28 og kravet om statsrådsbehandling av «saker av viktighet». Grunnlovens krav om statsrådsbehandling innebærer at fullmaktene i smittevernloven og helseberedskapsloven må vike når vedtak kan betegnes som «saker av viktighet», da Kongen i statsråd først må treffe et vedtak. Muligheten til å handle raskt gjelder i særlig grad i starten av en krise, der krisens skadeevne ikke er kjent, og det er viktig at regelverket gir nødvendig beslutningsmyndighet og virkemidler. Eventuelle unntak fra statsrådsbehandling i kriser bør kun være aktuelt der krisen har en hastegrad som tilsier at liv og helse kan gå tapt.»

I utredningens punkt 16.2.3 anbefaler utvalget blant annet at regjeringen i arbeidet med å gjennomgå regelverket bør sikte mot at adgangen til å handle raskt etter smittevernloven og helseberedskapsloven får en bedre forankring i Grunnloven. Det påpekes videre at myndighetene i alt arbeid med pandemiberedskap bør sørge for at planverket er generisk og anvendbart overfor ulike typer pandemier og kriser. Myndighetene bør også sørge for

at alvorlige og langvarige kriser som rammer bredt i samfunnet får en større plass i beredskapsarbeidet enn det har hatt frem til i dag.

Det redegjøres mer utdypende for enkelte av utvalgets vurderinger og forslag til tiltak andre steder i høringsnotatet, jf. blant annet kapittel 10 og kapittel 22.

3.5.8 Endringer i organisering, roller og ansvar i den sentrale helseforvaltningen

Regjeringen har gjennomført enkelte endringer i organiseringen av den sentrale helseforvaltningen. Endringene ble omtalt i revidert nasjonalbudsjett for 2023, jf. Prop. 118 S (2022-2023) side 100-102. De organisatoriske endringene skal samle fagmiljøer for å bedre utnyttelsen av ressurser og fagkompetanse, og for å etablere et skarpere organisatorisk skille mellom helseforvaltningens kjerneoppgaver – myndighetsutøvelse, tilsyn og kunnskapsproduksjon. Samlet skal endringene resultere i en mer kostnadseffektiv og hensiktsmessig organisering med mulighet for bedre støtte til kommunal sektor, tilrettelegging for videre digitalisering og styrket helseberedskap.

Formålet med omorganiseringen er ikke å redusere den samlede ressursbruken, men å oppnå gevinster i form av blant annet bedre støtte til kommunene, bedre utnyttelse av helsedata, tettere kobling mellom digitaliseringsarbeidet og tjenesteutviklingen, styrket forsyningssikkerhet for legemidler og medisinsk utstyr, bedre beslutningsgrunnlag for innføring av legemidler og medisinsk utstyr og større synergier mellom det brede folkehelsearbeidet og arbeidet i helse- og omsorgstjenestene. Når det gjelder de konkrete endringene for de ulike etatene uttales det:

> «Helsedirektoratet rendyrkes som en utvidet og mer helhetlig myndighetsetat med «følge-med funksjoner» og rådgivningsfunksjoner innen hele helse- og omsorgstjenesten og folkehelseområdet. Tiltaket innebærer en samling av myndighetsfunksjoner, gjennomføringsfunksjoner og ansvar for registeranalyser og statistikk innen helse- og omsorgstjeneste- og det brede folkehelsefeltet i Helsedirektoratet. Dette betyr blant annet at deler av folkehelsefeltet flyttes fra Folkehelseinstituttet til Helsedirektoratet. Videre skal myndighetsoppgavene innen digitaliseringsområdet styrkes og kobles tettere til tjenesteutviklingen. Dette innebærer at Helsedirektoratet og Direktoratet for e-helse slås sammen gjennom en virksomhetsoverdragelse.
>
> Folkehelseinstituttet rendyrkes som en mer spisset kunnskapsetat med ansvar for kunnskapsoppsummeringer og forskning. Innenfor smittevern og miljømedisin vil imidlertid Folkehelseinstituttet som i dag ha operativt fagansvar, herunder overvåknings-, gjennomførings- og rådgivningsfunksjoner. Regelverksfortolkning og formelle myndighetsoppgaver vil samles i Helsedirektoratet. Helseregistrene i Helsedirektoratet, Kreftregisteret som ligger under Helse Sør-Øst RHF og Helseregisterområdet inklusiv Helsedataservice i Direktoratet for e-helse flyttes til Folkehelseinstituttet og samles med instituttets registre. Referanselaboratoriene og øvrige laboratorier videreføres i Folkehelseinstituttet inntil videre. Plassering av laboratoriedrift og laboratoriefunksjoner innen mikrobiologi/smittevern i den sentrale helseforvaltningen utredes med mål om en mer hensiktsmessig, kostnadseffektiv og tverrsektoriell organisering på sikt.
>
> Statens legemiddelverk styrkes og endrer navn til Direktoratet for medisinske produkter. Etaten vil som i dag ha ansvar for legemidler og medisinsk utstyr (medisinske produkter),

inkludert regulatoriske virkemidler for å sikre tilgang til produktene (forsyningssikkerhet) og en forsterket rolle for nasjonale innkjøp. Etaten får et helhetlig ansvar for metodevurderinger for medisinske produkter og miljøet i Folkehelseinstituttet som driver med metodevurderinger innen dette området flyttes til Direktoratet for medisinske produkter. Anskaffelsesansvaret innen vaksinefeltet flyttes også fra Folkehelseinstituttet til etaten. Ansvaret for området «blod, celler og vev» flyttes fra Helsedirektoratet til Direktoratet for medisinske produkter, mens øvrige oppgaver innen bioteknologifeltet blir værende i Helsedirektoratet.

Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet videreføres som i dag, men det formaliseres et forpliktende samarbeid med Helsedirektoratet for å styrke informasjons- og kommunikasjonsarbeidet ved en eventuell atomhendelse. Forholdet til den helhetlige helseberedskapen følges opp i den kommende stortingsmeldingen om helseberedskap, herunder samarbeidsmodeller, ivaretakelse av samfunnsperspektivet ved vurdering av tiltak og behov for revisjon av Kgl. res. av 23. august 2013 som regulerer myndighet etter strålevernloven til Kriseutvalget for atomberedskap. Helse- og omsorgsdepartementet vil i dialog med Utenriksdepartementet sikre at endringer er i samsvar med internasjonale forpliktelser innen atomsikkerhetsområdet.»

Etter gjennomført høring foreslo Helse- og omsorgsdepartementet nødvendige lovendringer for å gjennomføre slike organisatoriske endringer i den sentrale helseforvaltningen som beskrevet i revidert nasjonalbudsjett, jf. Prop. 11 L (2023-2024) *Forslag til endringar i helselovgivinga (organisatoriske endringar i sentral helseforvaltning)*. Lovendringene gjelder direkte for Helsedirektoratet, Folkehelseinstituttet og Statens legemiddelverk. Stortinget har sluttet seg til endringsforslagene som trådte i kraft 1. januar 2024. For nærmere redegjørelse for administrative organer og deres ansvar, vises det også til høringsnotatets kapittel 11.

3.5.9 Meld. St. 5 (2023-2024) En motstandsdyktig helseberedskap – Fra pandemi til krig i Europa

3.5.9.1 Innledning

Meld. St. 5 (2023-2024) *En motstandsdyktig helseberedskap – fra pandemi til krig i Europa* ble fremmet i statsråd 24. november 2023. Stortinget har i all hovedsak sluttet seg til meldingens retning og forslag, jf. Innst. 220 S (2023-2024).

I Helseberedskapsmeldingen presenterer regjeringen den politiske og strategiske retningen for norsk helseberedskap. Regjeringen vil sikre en motstandsdyktig helseberedskap som har som formål å verne liv og helse. Verden vi lever i betyr at vi må jobbe mer med sikkerhet og beredskap fremover, og at forebygging og beredskap må gis økt prioritet ihelse- og omsorgstjenesten. Det understrekes at nasjonal beredskap er viktig, men også at Norge er avhengig av internasjonalt samarbeid for å løse en rekke helsekriser.

I meldingen foreslår regjeringen flere grep for å styrke den norske helseberedskapen, blant annet endringer i den sentrale helseforvaltningen, se omtale i høringsnotatet punkt 3.5.8.

3.5.9.2 Ny modell for helseberedskap

For å styrke helseberedskapen skisseres det en ny helseberedskapsmodell som skal sørge for avklarte roller og ansvar i helse- og omsorgssektoren og bidra til styrket og mer

systematisk arbeid med sikkerhet og beredskap, jf. meldingens punkt 2.2.1. Etter den nye modellen vil Helse- og omsorgsdepartementet ta en mer aktiv strategisk rolle i helseberedskapsarbeidet, både når det gjelder planlegging og forberedelse, og ved håndtering av konkrete helsekriser. Den nye modellen endrer ikke etablerte systemer på tvers av sektorer, men skal bedre arbeidet innad i helse- og omsorgssektoren. Modellen har som formål å styrke etterlevelsen av kravene til departementenes arbeid med samfunnssikkerhet slik de er nedfelt i Samfunnssikkerhetsinstruksen punkt IV.

Modellen innebærer etablering av et *helseberedskapsråd* som samler sektoren og ledes av Helse- og omsorgsdepartementet, *seks utvalg på etatsnivå* og et *rådgivende ekspertutvalg for helsekriser*. En slik modell skal gi bedre grunnlag for det strategiske beredskapsarbeidet gjennom tydeligere styring, prioritering og koordinering av helsesektoren i det daglige og i kriser. Gjennom systematisk arbeid med risiko- og sårbarheter, planverk og øvelser skal helsesektoren være best mulig forberedt til å møte hendelser i hele krisespekteret.

Helseberedskapsrådet ble etablert i 2024 og samler nå de mest sentrale lederne fra helsesektoren. Det er nedsatt utvalg for de seks særskilte risikoområdene, blant annet et utvalg for sivilt-militært helseberedskapssamarbeid og et utvalg for smittevern og pandemi.

3.5.9.3 En motstandsdyktig helseberedskap

I meldingens kapittel 3 diskuteres flere sentrale elementer for å etablere og videreutvikle en motstandsdyktig helseberedskap. Det påpekes at det ved en helsekrise vil være mål om å redusere sårbarhet og begrense konsekvenser for samfunnet og befolkningen så mye som mulig. Fire elementer trekkes frem som særlig viktige:

- En fleksibel helse- og omsorgstjeneste
- Tillit og kompetanse i befolkningen
- En sterk frivillig sektor og et sterkt næringsliv
- Europeisk og global motstandsdyktighet

Det fremgår blant annet at arbeidet med revisjon av helseberedskapsloven (og smittevernloven) vil være et sentralt element i dette arbeidet. I tillegg påpekes det en rekke konkrete problemstillinger av regelverksmessig art som skal vurderes med tanke på å oppnå en mer effektiv og motstandsdyktig helseberedskap. For nærmere redegjørelse viser departementet her særlig til høringsnotatets punkt 14.6 og 14.7, samt til kapitlene 20, 21 og 25.

3.5.9.4 Særskilte risikoområder

I meldingens kapittel 4 løftes det frem seks risikoområder som krever særskilt oppmerksomhet i årene som kommer for å redusere sannsynlighet for og redusere konsekvenser av hendelser:

- Sammensatte trusler og krig
- Digitale trusler og sårbarheter
- Forsyningssikkerhet med vekt på tilgang til medisinske mottiltak
- Pandemi og smittevern

- Trygg vannforsyning
- Atomhendelser som truer liv og helse

3.5.10 Prop. 11 L (2024–2025) Endringer i sivilbeskyttelsesloven (sivil arbeidskraftberedskap)

I lov 25. juni 2010 nr. 45 om sivil beskyttelse og beredskap (sivilbeskyttelsesloven) kapittel VII A er det nylig vedtatt bestemmelser som gir hjemmel til å regulere sivile arbeids- og tjenesteforhold og pålegge sivil arbeidsplikt (sivil arbeidskraftberedskap) når riket er i krig, krig truer eller rikets selvstendighet er i fare, jf. Prop. 11 L (2024–2025) *Endringer i sivilbeskyttelsesloven (sivil arbeidskraftberedskap)*.

Proposisjonens forslag omhandler situasjoner hvor nasjonale sikkerhetsinteresser er truet og hvor trusselen har materialisert seg på en slik måte at skaden er nærliggende og aktuell. Slike situasjoner, som ligger øverst i krisespekteret, vil kunne kreve at staten trekker på samfunnets samlede ressurser for å understøtte forsvaret av landet, ivareta sivilsamfunnets grunnleggende funksjonalitet og beskytte sivilbefolkningen. Det foreslås også hjemmel til å regulere forberedende tiltak til sivil arbeidskraftberedskap i fredstid.

Lovproposisjonen følger opp anbefalingen fra NOU 2023: 14 *Forsvarskommisjonen av 2021*, punkt 13.5.4, som peker på behovet for at myndighetene i krise og krig må ha tilstrekkelige hjemler for å kunne pålegge private borgere og bedrifter plikt til å yte nødvendig bistand for å møte nasjonale trusler med samfunnets felles ressurser. Slik rammeregulering med fullmaktsbestemmelser er også i tråd med anbefalingene fra Totalberedskapskommisjonen i NOU 2023: 17 *Nå er det alvor*, punkt 31.8.2.

Stortinget vedtok bestemmelsene langt på vei i tråd med regjeringens forslag, men med enkelte prinsipielle endringer, jf. Innst. 199 L (2024-2025), Lovanmerkning 2 (2024-2925) og Lovvedtak 46 (2024-2025). Bestemmelsene trådte i kraft 1. juli 2025.

I lovproposisjonen påpekes det at en sikkerhetspolitisk krise eller krig kan arte og utvikle seg på ulike måter, og at behovene for tiltak kan endre seg over tid. Situasjonen kan også utløse behov for tiltak i geografisk avgrensede deler av landet eller i bestemte sektorer. For å kunne sikre at tilgjengelige arbeidskraftressurser i landet kan benyttes til å ivareta sentrale behov i sikkerhetspolitisk krise og krig, understrekes viktigheten av at regjeringen har tilstrekkelige fullmakter til å mobilisere sivil arbeidskraft. Det vises til at beredskapsloven § 3 gir regjeringen vide fullmakter til blant annet å skrive ut arbeidskraft til militære og sivile formål i sikkerhetspolitisk krise og krig. Det påpekes imidlertid at de grunnleggende forutsetningene for å ta i bruk fullmaktene etter beredskapsloven er at det ikke er tid til ordinær stortingsbehandling i den konkrete situasjonen, og at regjeringen snarlig skal sende lovforslag til Stortinget. Med henvisning til dette har departementet lagt til grunn at lovforslaget vil gi mer treffsikre og forutsigbare fullmakter som plasserer ansvaret for håndtering av sivil arbeidskraftberedskap hos regjeringen.

I tråd med forslaget i proposisjonen er det vedtatt lovregulering av sivil arbeidskraftberedskap som gir de ytre rammene for regulering av det sivile arbeidslivet i sikkerhetspolitisk krise og krig, og der Kongen gis fullmakter til å fastsette i forskrift

nærmere detaljer i innretningen, inkludert til å gi bestemmelser som utfyller, supplerer eller fraviker lov, jf. sivilbeskyttelsesloven § 28 a.

I de nye bestemmelsene gis regjeringen fullmakt til ved forskrift å iverksette flere tiltak, der alvoret i og omfanget av situasjonen avgjør hvilke tiltak som tas i bruk, jf. §§ 28 c til 28 f. Kongen i statsråd kan beslutte å ta fullmaktene i bruk «for å understøtte forsvaret av landet, beskytte sivilbefolkningen eller ivareta samfunnets grunnleggende funksjonalitet» når «riket er i krig, krig truer eller rikets selvstendighet er i fare», jf. § 28 a.

Virkemiddelbruken skal til enhver tid oppfylle krav om nødvendighet og forholdsmessighet, jf. § 28 b første og andre ledd. Forslaget skal bidra til best mulig utnyttelse av samfunnets samlede arbeidskraftressurser for å beskytte rikets selvstendighet. Forslaget legger til rette for at en rekke sentrale spørsmål kan tas stilling til på forhånd og gir virkemidler som kan understøtte sivil arbeidskraftberedskap som tiltak i det sivile krigsforberedende arbeidet som foregår i fredstid.

Av § 28 b første ledd fremgår det at forskriftene «skal meddeles Stortinget snarest mulig etter at de er vedtatt og tidligst kan tre i kraft 48 timer etter meddelelse, med mindre det er fare ved opphold.» Forskriftene kan bare gjelde for inntil tre måneder om gangen. Av bestemmelsens tredje ledd fremgår det at forskriftene skal forelegges partene i arbeidslivet for uttalelse før de vedtas, «med mindre det er åpenbart unødvendig eller vil medføre en uforsvarlig forsinkelse».

Bestemmelsene er som nevnt et supplement til eksisterende beredskapslovgivning, og legger til rette for at det i sikkerhetspolitisk krise og krig kan vedtas forskrifter om sivil arbeidskraftberedskap, inkludert arbeidsplikt. Det nye lovkapittelet inneholder tre sentrale situasjonsbetingede bestemmelser om sivil arbeidskraftberedskap der Kongen gis fullmakt til å gi forskrifter om følgende:

- Adgangen til å etablere og avslutte arbeids- og tjenesteforhold (§ 28 c)
- Regulering av arbeids- og tjenesteforhold (§ 28 d) og
- Pålegg om arbeidsplikt (§ 28 e).

Når det gjelder betydningen av de nye lovbestemmelsene opp mot smittevernloven, vises det særlig til høringsnotatets kapittel 22 når det gjelder fullmaktsbestemmelser som gir adgang til å fravike lov.

3.5.11 Meld. St. 9 (2024–2025) Totalberedskapsmeldingen - Forberedt på kriser og krig

Totalberedskapsmeldingen ble fremlagt 10. januar 2025. I meldingen setter regjeringen retningen for en omlegging av den sivile delen av totalforsvaret og for den sivile motstandskraften. Regjeringen skal sørge for at det sivile samfunnet er forberedt på krise og krig, og utvikle et samfunn som understøtter militær innsats og som motstår sammensatte trusler.

Hovedbudskapet i meldingen er at en helhetlig styrking av Norges beredskap krever innsats fra alle. I meldingen pekes det på tre hovedmål som skal ligge til grunn for regjeringens arbeid med å styrke det sivile samfunnets motstandskraft:

1. Sivilsamfunnet skal være forberedt på krise og krig
2. Sivilsamfunnet skal motstå sammensatte trusler
3. Sivilsamfunnet skal understøtte militær innsats

I meldingen beskrives syv strategiske prioriteringer for regjeringens arbeid med sikkerhet og beredskap. Regjeringen skal:

1. Sikre bosetting, god grunnberedskap og levende lokalsamfunn i hele landet.
2. Utnytte samfunnets samlede ressurser bedre i forebygging og krisehåndtering, herunder involvere næringsliv og frivillige i beredskapsarbeid lokalt, regionalt og nasjonalt.
3. Styrke digital motstandskraft og nasjonal kontroll over kritisk infrastruktur og strategisk viktige virksomheter, naturressurser, eiendom og verdier.
4. Styrke motstandskraften i befolkningen og bevare høy grad av tillit i samfunnet.
5. Styrke forsyningssikkerheten, herunder matsikkerheten.
6. Sikre tettere samarbeid mellom sivile sektorer og forsvarssektoren.
7. Styrke sivil evne til å understøtte alliert militær innsats i rammen av NATO og gjennom styrket nordisk og europeisk beredskapssamarbeid.

Helse- og omsorgstjenesten er en del av grunnberedskapen og må kunne ivareta sine kjerneoppgaver overfor befolkningen samtidig som de må kunne støtte militær innsats. Planlegging og styrking av beredskapen skal skje mer tverrsektorielt og langsiktig, se også redegjørelsen i punkt 3.5.9 om helseberedskapsmeldingen.

Det vil bli redegjort nærmere for enkelte av meldingens vurderinger og tilrådinger andre steder i høringsnotatet, jf. særlig kapittel 22 og meldingens omtale av behovet for å vurdere om dagens beredskapslovgivning inneholder nødvendige hjemler for å håndtere påregnelige krisesituasjoner.

3.5.12 Kontroll- og konstitusjonskomiteens koronahøring

Daværende justis- og beredskapsminister Emilie Mehl og daværende helse- og omsorgsminister Ingvild Kjerkol holdt 18. april 2024 en redegjørelse for Stortinget om en samlet gjennomgang av myndighetenes håndtering av koronapandemien. Stortinget vedtok at redegjørelsen skulle sendes kontroll- og konstitusjonskomiteen for behandling. Som ledd i behandlingen av redegjørelsen avholdt komiteen en åpen kontrollhøring 2. desember 2024. Komiteen besluttet at høringen skulle omhandle, men ikke begrense seg til, følgende problemstillinger:

1. Hvordan var myndighetenes styring og samhandling under pandemien? Var Stortinget i tilstrekkelig grad involvert?
2. Hva er de langsiktige konsekvensene av pandemien og myndighetenes håndtering, herunder helsemessige, sosiale, økonomiske og samfunnsmessige konsekvenser?
3. Hvordan har situasjonen for barn og unge vært under og i etterkant av pandemien?
4. Har vi et egnet regelverk som grunnlag for smitteverntiltak?
5. Er vi bedre rustet for å møte en ny pandemi?

Komiteens innstilling, Innst. 151 S (2024–2025) *Innstilling fra kontroll- og konstitusjonskomiteen om Redegjørelse av helse- og omsorgsministeren og justis- og*

beredskapsministeren om en samlet gjennomgang av myndighetenes håndtering av koronapandemien, ble avgitt 4. mars 2025.

Komiteens vurderinger og tilrådinger vil bli redegjort for flere steder i høringsnotatet. I dette punktet gis det kun en oversikt over det som synes å være komiteens mest sentrale vurderinger og tilrådinger.

Når det gjelder pandemiens konsekvenser for barn og unge viser komiteen til at barn og unge ble hardt rammet av pandemitiltakene, og at lange perioder med stenging av skoler, barnehager og fritidstilbud betydde en stor endring i barn og unges hverdag. Komiteen viser i den forbindelse til at både Koronakommisjonen og Koronautvalget fant at myndighetene ikke hadde oppfylt egne mål om å skjerme barn og unge. Som eksempel på dette viser komiteen blant annet til stengingen av skoler og barnehager i mars 2020, innføring av rødt nivå i videregående skoler i desember 2021, begrensninger på utendørsaktiviteter, at det i for liten grad ble praktisert differensiering av tiltak for å skjerme barn og unge mest mulig og at barn og unge i for liten grad ble involvert eller gitt anledning til å medvirke. Oppsummeringsvis viser komiteen her til Koronautvalgets anbefalinger, jf. NOU 2023: 16, side 238:

- «I fremtidige kriser bør det være en tydelig sammenheng mellom de gruppene som regjeringen ønsker å prioritere, og den faktiske innretningen på krisehåndteringen. Et eksempel på en slik prioritert gruppe under koronapandemien var barn og unge.
- Når situasjonen tillater det, bør myndighetene søke å involvere og konsultere representanter for barn og unge i større grad enn det som var tilfellet under koronapandemien.
- Myndighetene bør sørge for at hensynet til barn og unge gjennomgående tas inn som en del av beslutningsgrunnlaget for tiltak i kriser.»

Komiteen slutter seg til disse anbefalingene og ber regjeringen legge dem til grunn i det videre beredskapsarbeidet. Videre mener komiteen at «det er viktig at disse anbefalingene, og erfaringene og erkjennelsene de bygger på, får prege smittevernloven og annet lovverk som regulerer krisehåndtering». På denne bakgrunn fremmet komiteen følgende forslag:

> «Stortinget ber regjeringen gjennomgå alle krise- og beredskapslover og, der det er naturlig, fremme forslag om en bestemmelse som sikrer at hensynet til barnets beste og å bevare en mest mulig normal hverdag for barn og unge skal vektlegges i all krisehåndtering.»

Komiteen viser til at Grunnloven og menneskerettighetene setter rammer for hva slags inngrep myndighetene kan gjøre overfor landets innbyggere. Disse rettighetene gjelder også i krisetider. Samtidig viser komiteen til at det også er en sentral menneskerettslig plikt for myndighetene å sikre liv og helse. Komiteen understreker at for at et tiltak skal være lovlig, må det blant annet være nødvendig og forholdsmessig, og at tiltakenes forholdsmessighet var et gjentakende tema for politisk og juridisk debatt under pandemien. Komiteen understreker at både nasjonale og lokale myndigheter må ha rutiner og kompetanse til å gjøre gode vurderinger av nødvendighet, forholdsmessighet og lovlighet. Komiteen viser til at økt bevissthet rundt forholdsmessighet og inngrep i menneskerettighetene kan sikres hos nasjonale og lokale myndigheter blant annet ved at lovverket stiller nærmere krav til hva man særlig skal ta i betraktning ved

forholdsmessighetsvurderingen. Komiteen ber regjeringen «vurdere dette i forbindelse med revideringen av smittevernloven og oppdatering av annen krise- og beredskapslovgivning.»

Når det gjelder vurdering av myndighetenes samhandling under pandemien, og spesielt om viktigheten av statsrådsbehandling, understreker komiteen blant annet at «bevissthet om Grunnlovens krav ikke bare er viktig i seg selv, men at det bestemte kravet er der for å sikre at makten skal ligge hos statsapparatets politiske ledelse og med det sikre tydelige ansvarsforhold som igjen bidrar til åpenhet og mulighet for kontroll. Komiteen vil på det sterkeste understreke at slike hensyn ikke bare bør forsøkes ivaretatt i krisetider, men at de er særlig viktige i slike situasjoner.»

Når det gjelder Koronautvalgets anbefaling om at adgangen til å handle raskt etter smittevernloven og helseberedskapsloven bør ha en tydeligere forankring i Grunnloven, advarer komiteen mot «endringer som har som mål å heve terskelen for behandling i statsråd, og mener erfaringen fra pandemien tvert imot er at det er fullt mulig å kombinere rask handling med slik forankring.»

Når det gjelder spørsmål om regjeringens fullmakter, høringer og parlamentarisk kontroll, understreker komiteen at smittevernlovens fullmakter ikke endrer ansvarsforholdet mellom regjeringen og Stortinget, eller Stortingets rett og plikt til å kontrollere regjeringen. Komiteen påpeker imidlertid at «løpende kontroll med det regjeringen foretok seg med hjemmel i smittevernloven, i praksis ble begrenset, til tross for at Stortinget var samlet og fungerte tilnærmet som normalt mesteparten av pandemiperioden.» I forlengelse av dette uttaler komiteen:

> «Komiteen vil peke på at fullmaktene i smittevernloven har sitt grunnlag i behovet for å handle raskt i en situasjon med stor smittespredning, hvor tiden ikke tillater vanlige forberedelser med høring og ordinær saksbehandling i Stortinget. Komiteen understreker at fullmaktene er godt begrunnet og nødvendige.»

Komiteen påpeker imidlertid at selv en ekstraordinært rask behandling i Stortinget vil bidra til mer åpenhet og innsyn, og dermed kanskje også mer tillit og legitimitet, enn beslutninger som kun tas av regjeringen på grunnlag av fullmakter. Komiteen viser til at «smittevernlovens utforming er tilpasset akutte kriser, men at loven bærer preg av ikke å være skapt for en krise så langvarig som en to år lang pandemi.»

Komiteen slutter seg til Koronakommisjonen anbefaling om at det ved revisjon av loven bør vurderes om det er grunn til å skille mellom langvarige tiltak og mer hastepregede tiltak med kort virketid, og at behovet for parlamentarisk kontroll er større ved langvarige, omfattende og inngripende tiltak. Komiteen mener på denne bakgrunn at «mer løpende og sterkere forankring i Stortinget må vektlegges ved den kommende revisjonen av smittevernloven.»

I forlengelsen av dette understreker komiteen at «hensynet til Stortingets kontrollmulighet ikke er det eneste argumentet for å tilstrebe en mest mulig normal saksbehandling også i krisetid. Hensynet til åpenhet er også fundamentalt. Mangel på åpenhet kan ikke bare

bidra til manglende tillit i befolkningen, men til at viktige innspill og gode ideer ikke når fram.»

Komiteen viser til Koronakommisjonens anbefaling om at myndighetene også under kriser bør følge grunnleggende saksbehandlingsregler så langt det er mulig, og at det i situasjoner hvor det ikke er tid til ordinære høringer, bør etableres rutiner for å innhente synspunkter fra berørte aktører og sektorer. Komiteen viser også til at dersom man ikke rekker høring før et vedtak fattes, kan man bruke etterhøringer.

Når det gjelder de ulike modellene for parlamentarisk kontroll som gjaldt i ulike faser av pandemien, uttaler komiteen:

> «Komiteen viser til at Graver i sitt innspill foreslår en «bred faglig og politisk vurdering av modeller for demokratisk og parlamentarisk kontroll med regjeringens bruk av ekstraordinære fullmakter under en unntakssituasjon». Komiteen er enig i at det trengs en helhetlig vurdering av dette. Komiteen viser til at erfaringene med pandemien på dette området ennå ikke er fulgt opp.»

En samlet komite tilrådde Stortinget å gjøre blant annet følgende vedtak:

I

> Stortinget ber regjeringen gjennomgå alle krise- og beredskapslover og, der det er naturlig, fremme forslag om en bestemmelse som sikrer at hensynet til barnets beste og å bevare en mest mulig normal hverdag for barn og unge skal vektlegges i all krisehåndtering.

II

> Stortinget ber presidentskapet igangsette arbeid, og eventuelt nedsette et utvalg, for å vurdere modeller for demokratisk og parlamentarisk kontroll med regjeringens bruk av ekstraordinære fullmakter i krisesituasjoner.

Komiteens innstilling ble behandlet av Stortinget 29. april 2025, som traff vedtak i samsvar med innstillingen.

3.6 Departementets samlede vurdering av behovet for revisjon av lovgivningen

Stortinget har gjennom anmodningsvedtak bedt om at det gjøres en regelverksrevisjon, jf. Vedtak nr. 84, 17. november 2020, truffet i forbindelse med Stortingets behandling av Dokument 8:109 S (2019–2020), jf. Innst. 56 S (2020–2021):

> «Stortinget ber regjeringen foreta en helhetlig revisjon av smittevernloven etter at koronakommisjonen har levert sin rapport.»

Regjeringen ga i Prop. 1 S (2023-2024) følgende redegjørelse for oppfølging av anmodningsvedtaket:

> «Oppfølging av vedtaket må ses i sammenheng med de to delrapportene som Koronakommisjonen avga hhv. 14. april 2021 (NOU 2021: 6 Myndighetenes håndtering av koronapandemien) og 26. april 2022 (NOU 2022: 5 Myndighetenes håndtering av koronapandemien – del 2). Oppfølging av vedtaket må også ses i sammenheng med at regjeringen 29. april 2022 nedsatte et uavhengig utvalg som skulle evaluere myndighetenes håndtering av covid-19-pandemien samlet sett, og i tillegg evaluere omikronhåndteringen i

perioden fra 1. november 2021 til tentativt 1. mai 2022. Utvalget leverte sin rapport til statsministeren 2. juni 2023 (NOU 2023: 16 Evaluering av pandemihåndteringen – rapport fra Koronautvalget). Utvalget har i sitt arbeid sett hen til Koronakommisjonens to delrapporter. Utvalgets rapport er nå på høring med høringsfrist 16. oktober 2023.

Oppfølging av vedtaket må også ses i sammenheng med regjeringens stortingsmelding om folkehelsepolitikken (Meld. St. 15 (2022–2023) og Stortingets behandling av denne (Innst. 398 S (2022–2023)), pågående arbeid med stortingsmelding om helseberedskap og pågående gjennomgang av organisering, roller og ansvar i den sentrale helseforvaltningen som omtalt i revidert nasjonalbudsjett for 2023, jf. Prop. 118 S (2022–2023).

Basert på bl.a. ovennevnte dokumenter tar regjeringen sikte på å sende på høring forslag til endringer i smittevernloven, helseberedskapsloven og andre relevante lover i løpet av våren 2024. Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.»

Som redegjort for i punkt 3.5 er det i en rekke offentlige utredninger, rapporter og stortingsmeldinger påpekt behov for både enkeltstående endringer og en mer helhetlig revisjon av regelverket om smittevern og helseberedskap. Også departementets egne erfaringer med smittevernloven, helseberedskapsloven og beslektet regelverk, ikke minst gjennom pandemihåndteringen, tilsier at det er behov for slik regelverksrevisjon.

Utviklingstrekk de siste årene, herunder endret sikkerhetspolitisk situasjon, tilsier i seg selv at det er behov for revisjon av regelverket om smittevern og helseberedskap. Regelverket må sette helse-, omsorgs- og sosialtjenesten i stand til å håndtere hendelser i hele krisespekteret, fra ulykker og uhell til pandemier, terror og væpnet konflikt. Dette spekteret, og trusselbildet det bygger på, har endret seg i løpet av de drøyt tretti årene som har gått siden smittevernloven ble vedtatt.

Ovennevnte offentlige utredninger, rapporter og stortingsmeldinger har inngått som grunnlagsmateriale i departementets arbeid med dette høringsnotatet. I tråd med oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet 26. januar 2023 har også Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet utarbeidet omfattende innspill til departementets regelverksarbeid. Etatenes innspill er oversendt departementet 31. mars, 15. juni og 25 september 2023. Etatenes vurderinger og påpekt behov for en rekke regelverksendringer, med konkrete endringsforslag, har vært sentralt for departementets arbeid. Det gis ikke her en samlet redegjørelse for etatenes innspill, men som det vil fremgå, er etatenes vurderinger og forslag knyttet til både mer overordnede eller avgrensede problemstillinger presentert en rekke steder i høringsnotatet. Etatenes innspill, sammen med departementets oppdragsbrev, publiseres på departementets og etatenes hjemmesider ved utsendelse av dette høringsnotatet.

Samlet sett mener departementet det er behov for en helhetlig revisjon av smittevernloven som dette høringsnotatet innebærer. Høringsnotatet må også sees i sammenheng med høringsnotatet om forslag til ny helseberedskapslov.

4 Overordnet beskrivelse av gjeldende rett

4.1 Innledning

I dette kapittelet beskrives gjeldende smittevernlov på et overordnet nivå. I kapittelet gis det også en oversikt over øvrig regelverk med særlig betydning for smittevern.

Smittevernloven, folkehelseloven og helseberedskapsloven har alle til hensikt å beskytte befolkningen og samfunnet mot trusler rettet mot folkehelsen, som smittsomme sykdommer. Matloven har til formål blant annet å sikre helsemessig trygge næringsmidler og fremme helse. Spesialisthelsetjenesteloven, helse- og omsorgstjenesteloven og helsepersonelloven stiller blant annet krav til tjenestene og til helsepersonellet.

Personvernforordningen fastsetter regler om vern av fysiske personer i forbindelse med behandling av personopplysninger samt regler om fri utveksling av personopplysninger. Forordningen sikrer vern av fysiske personers grunnleggende rettigheter og friheter, særlig deres rett til vern av personopplysninger. Videre har internasjonalt regelverk som IHR-forskriften og annet EU-regelverk, relevans for det norske smittevernarbeidet.

4.2 Smittevernloven

I tillegg til å regulere det daglige smittevernarbeidet utenom helsekriser, er lov 5. august 1994 nr. 55 om vern mot smittsomme sykdommer (smittevernloven) også en beredskapslov med fullmaktshjemler som kommer til anvendelse ved lokale smittevernutbrudd, epidemier og pandemier. Hensikten er at loven skal fungere i de mange og ofte høyst ulike situasjonene som kan oppstå. Loven er derfor generell og gjelder i utgangspunktet alle smittsomme sykdommer. Videre omfatter loven både person-, objekt- og miljørettede tiltak. Loven hjemler både rettigheter og plikter for smittede personer som går utover de vanlige pasient- og brukerrettighetene.

Smittevernlovens formål er «å verne befolkningen mot smittsomme sykdommer ved å forebygge dem og motvirke at de overføres i befolkningen, samt motvirke at slike sykdommer føres inn i Norge eller føres ut av Norge til andre land». Loven pålegger kommuner, helseforetak, statsforvaltere og sentrale helsemyndigheter en rekke oppgaver, i tillegg til å inneholde særskilte fullmakter for kommuner og sentrale helsemyndigheter til å bekjempe smittsomme sykdommer i utbruddssituasjoner.

Smittevernlovens regulering av ansvar og roller er basert på blant annet erfaringer fra smittsomme sykdommers opptreden i Norge, hvilke tiltak som har vist seg effektive i håndteringen av smittesituasjoner og hvilket myndighetsnivå som har hatt best forutsetninger for å organisere og iverksette nødvendige tiltak i ulike situasjoner. Norsk smittevernberedskap bygger på en to-nivåmodell der det skilles mellom lokal og nasjonal beslutningsmyndighet.

Ettersom en smittsom sykdom med alvorlig potensiale kan dukke opp hvor som helst i landet, er det kommunene som har primæransvaret innen smittevernberedskapen, og kommuneoverlegene som er gitt myndighet til å fatte vedtak i hastesaker. Denne

organiseringen sikrer at alle deler av landet har grunnleggende smittevernberedskap til enhver tid. På statlig nivå er det Helsedirektoratet (samt Kongen og Helse- og omsorgsdepartementet som overordede organer) som på nærmere vilkår er gitt kompetanse til å iverksette smitteverntiltak for hele eller deler av landet.

Ved utbrudd eller fare for utbrudd av en «allmennfarlig smittsom sykdom» utløses flere hjemler i loven til å iverksette smitteverntiltak og tvangstiltak for å forebygge eller motvirke overføring av sykdommen. Loven har videre særskilte hjemler ved mer ekstraordinære situasjoner, betegnet som «alvorlig utbrudd» av allmennfarlig smittsom sykdom. Etter forarbeidene vil et utbrudd anses som «alvorlig» hvis det dreier seg om en «allmennfarlig smittsom sykdom med utpreget spredningstendens og det vil kreves omfattende tiltak for å bringe utbruddet under kontroll». I en slik situasjon vil det blant annet være aktuelt å vurdere vedtak om møteforbud, stenging av virksomhet, begrensning i kommunikasjon, isolering og smittekarantene for hele eller deler av landet etter smittevernloven §§ 4-1 og § 4-3 a.

Grunnleggende krav ved smitteverntiltak er fastsatt i smittevernloven § 1-5. Smitteverntiltak etter loven skal være basert på en klar medisinskfaglig begrunnelse, være nødvendig av hensyn til smittevernet og fremstå tjenlig etter en helhetsvurdering. Ved iverksettelse av smitteverntiltak skal det legges vekt på frivillig medvirkning fra den eller de tiltaket gjelder, jf. § 1-5 første ledd. Tvangstiltak kan ikke brukes når det etter sakens art og forholdene ellers vil være et uforholdsmessig inngrep, jf. § 1-5 andre ledd.

Loven fastsetter både rettigheter og plikter for smittede. Smittevernhjelp er å anse som en del av retten til nødvendige helse- og omsorgstjenester, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 første og andre ledd og § 2-2 første og andre ledd. Videre fastsetter loven plikter og myndighet for helsepersonell og tjenestene.

Loven skiller mellom individrettede tiltak som gjelder den enkelte pasient som er smittet eller utredes for en smittsom sykdom, og befolkningsrettede tiltak som er rettet mot ubestemte personer og samfunnet ellers.

Etter smittevernloven § 7-11 kan departementet i forskrift gi bestemmelser om samarbeid, og om hvilket ansvar og hvilke oppgaver kommuner, r og regionale helseforetak skal ha etter smittevernloven, helse- og omsorgstjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven i forbindelse med smittsomme sykdommer.

Loven har en særlig fullmakt for Kongen i § 7-12, som omtales som en nødrettshjemmel eller en generalfullmakt. Bestemmelsen kommer kun til anvendelse i en nødssituasjon der ingen andre fullmakter kan anvendes, og hvor det ikke er tid eller mulighet for å fremme en ordinær lovsak. I slike situasjoner kan Kongen gi bestemmelser av lovgivningsmessig innhold, og om nødvendig gjøre avvik fra gjeldende lovgivning.

4.3 Folkehelseloven

Lov 24. juni 2011 nr. 29 om folkehelsearbeid (folkehelseloven) har som formål å bidra til en samfunnsutvikling som fremmer folkehelse og utjevner sosiale helseforskjeller. Slik bidrar loven blant annet til forebygging av smittsomme sykdommer. Loven skal legge til

rette for et langsiktig og systematisk folkehelsearbeid og gir bestemmelser for kommuner, fylkeskommuner og statlige myndigheter. Loven endres med virkning fra 1. januar 2026.

Folkehelseloven stiller krav om at kommunen og fylkeskommunen skal ha nødvendig oversikt over helsetilstanden i befolkningen og de positive og negative faktorene som kan virke inn på denne. Kommunen skal i henhold til loven §§ 27 og 28 ha samfunnsmedisinsk kompetanse og beredskap. Kommuneoverlegen har myndighet til å fatte hastevedtak på vegne av kommunen i saker innen miljørettet helsevern, smittevern og helsemessig beredskap, og har blant annet ansvar for epidemiologiske analyser. Folkehelseinstituttet skal i henhold til loven § 25 og forskrift om oversikt over folkehelsen, utforme folkehelseprofiler til hver enkelt kommune og fylkeskommune. Profilene skal baseres på opplysninger fra blant annet helseregistre.

Loven har et eget kapittel 3 om miljørettet helsevern. Miljørettet helsevern omfatter de faktorene i miljøet som til enhver tid direkte eller indirekte kan ha innvirkning på helsen. Disse omfatter blant annet biologiske, kjemiske, fysiske og sosiale miljøfaktorer. Kommunen skal etter loven § 9 første ledd føre tilsyn med disse faktorene, noe som også omfatter forhold som påvirker smitte. Etter lovens kapittel 2 skal kommunen ha oversikt over både helsetilstanden i befolkningen og faktorer på påvirker denne. Dette betyr at kommunen også etter folkehelseloven skal ha oversikt over den epidemiologiske situasjonen i kommunen, og de miljø- eller samfunnsforholdene som påvirker smitte eller risiko for smitte. Videre skal kommunen iverksette nødvendige tiltak i alle sektorer og med alle sine virkemidler dersom smittsomme sykdommer i kommunen er en folkehelseutfordring.

Videre setter forskrift 25. april 2003 nr. 486 om miljørettet helsevern krav til alle typer virksomheter, både kommunale og private virksomheter som direkte eller indirekte kan påvirke folkehelsen, herunder smittesituasjonen. Dette kan omfatte krav til hygiene i virksomheter der allmenheten har adgang, og innebære for eksempel krav til renhold, sanitærsystemer, skadedyrbekjempelse, avfallsrutiner mv. Etter forskrift om miljørettet helsevern er det krav om at virksomheter og eiendommer skal planlegges, bygges, tilrettelegges, drives og avvikles på en helsemessig tilfredsstillende måte, slik at de ikke medfører fare for helseskade eller helsemessig ulempe. Dette omfatter også å forebygge smitte, samt også å sette i verk tiltak ved smitte. Ved en miljøhendelse eller mistanke om utbrudd av sykdom knyttet til helseskadelige miljøfaktorer, har kommunen etter forskriften en tiltaksplikt for å iverksette nødvendige tiltak for å forebygge, håndtere og begrense negative helsekonsekvenser.

Flere av kommunens hjemler etter folkehelseloven tilsvarer de tiltakshjemlene som ligger i smittevernloven, for eksempel stenging av virksomheter. Ansvar og oppgaver innen miljørettet helsevern kan delegeres etter bestemmelsene i kommuneloven. Ofte delegeres ansvaret og oppgavene til kommuneoverlegen. Kommunens myndighet kan utøves av kommuneoverlegen dersom det av tidsnød er nødvendig for å ivareta kommunens oppgaver, for eksempel ved stansing av en virksomhet med overhengende fare for liv og helse.

Forskrift om miljørettet helsevern regulerer også blant annet kommunens helseberedskap ved miljøhendelser, jf. forskriften § 5. Etter forskriften § 6 har kommunen en plikt til å varsle statsforvalteren og Folkehelseinstituttet om miljøhendelser som kan representere en trussel for befolkningens helse.

4.4 Matloven

Hovedformålet med lov 19. desember nr. 124 om matproduksjon og mattrygghet mv. (matloven) er å sikre helsemessig trygge næringsmidler. Med dette menes det at næringsmidler må overholde kravene til næringsmiddeltrygghet, slik at de ikke forårsaker sykdommer hos mennesker. Loven skal også fremme helse, kvalitet og forbrukerinteresser langs hele produksjonskjeden, samt ivareta miljøvennlig produksjon. Videre skal loven fremme god plante- og dyrehelse.

Matlovens virkeområde er formulert vidt for å fange opp hele kjeden fra fjord og jord til bord, og for å kunne fange opp alle forhold som har direkte eller indirekte innvirkning på næringsmidler og innsatsvarer. Etter § 2 omfatter loven alle forhold i forbindelse med produksjon, bearbeiding og distribusjon av innsatsvarer og næringsmidler, herunder drikkevann. Loven omfatter også alle forhold i forbindelse med produksjon av materialer og gjenstander som er bestemt til å komme i kontakt med, eller kan ha innvirkning på innsatsvarer eller næringsmidler. Videre omfatter loven all bruk av innsatsvarer og alle forhold vedrørende plante- og dyrehelse, herunder produkter, gjenstander og organismer som kan føre med seg smitte.

Ved utbrudd av matbårne smittsomme sykdommer er oppklaringen og håndteringen av utbruddet et samspill mellom smittevernloven og matloven. I slike tilfeller er tiltak som har med smittede personer å gjøre hjemlet i smittevernloven, mens tiltak som er rettet mot maten og matomgivelser hjemlet i matloven.

I matloven § 27 a, som trådte i kraft 1. juli 2024 og er en kodifisering av det som også tidligere var gjeldende rett, er det tydeliggjort at Mattilsynet skal være oppmerksom på forhold knyttet til lovens virkeområde som kan gi sykdom hos mennesker. Det er i bestemmelsen også tydeliggjort at Mattilsynet skal bidra til forebygging, oppklaring og håndtering av slike sykdommer, eventuelt i samarbeid med helsemyndighetene, jf. Prop. 137 L (2022-2023) *Endringer i matloven og kosmetikkloven (behandling av personopplysninger og smittesporing m.m.)*. Bestemmelsen innebærer en tydeliggjøring av dette ansvaret etter mønster fra smittevernloven § 4-10, hvor Mattilsynet har informasjons- og bistandsplikt.

Dyrehelseforskriften har til formål å fremme forebygging og bekjempelse av dyresykdommer som kan overføres til dyr eller mennesker. Forskriften gjennomfører dyrehelseforordningen ((EU) 2016/429 av 9. mars 2016 om smittsomme dyresykdommer og om endring og opphevelse av visse rettsakter på dyrehelseområdet) jf. forskriften § 4. Forskriften gjennomfører også forordning (EU) 2018/1882 om kategorisering av listeførte sykdommer, jf. § 5.

4.5 Spesialisthelsetjenesteloven

Lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven) har regler om ansvar, plikter, rettigheter og organisering for spesialister eller virksomheter som yter spesialisthelsetjenester. Loven § 2-2 stiller krav om at alle som tilbyr og yter spesialisthelsetjeneste skal organisere virksomheten på en måte som sikrer forsvarlige helsetjenester.

Loven gjelder både private og offentlige virksomheter som tilbyr spesialisthelsetjenester, også de som ikke har avtale med de regionale helseforetakene. Foruten sykehustjenester og spesialistpoliklinikker, omfatter den offentlige spesialisthelsetjenesten blant annet ambulansetjenester, laboratorievirksomhet og finansiering av visse privatpraktiserende lege- og psykologspesialister.

Av loven § 2-1 fremgår det at staten har det overordnede ansvaret for at befolkningen gis nødvendig spesialisthelsetjeneste. De statlig eide regionale helseforetakene har ifølge spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a første ledd ansvaret for å «sørge for at personer med fast bopel eller oppholdssted innen helseregionen tilbys spesialisthelsetjeneste». De skal sørge for at pasientenes rett til øyeblikkelig og nødvendig helsehjelp blir finansiert og oppfylt ved enten å gi oppdrag til egne helseforetak, eller ved å kjøpe tjenester fra private. Dette omtales som sørge-for-ansvaret.

De regionale helseforetakene skal utarbeide beredskapsplan etter helseberedskapsloven § 2-2, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 b. Etter smittevernloven § 7-3 skal det regionale helseforetaket sørge for at befolkningen i helseregionen med hensyn til smittsom sykdom er sikret nødvendig spesialistundersøkelse, laboratorieundersøkelse, poliklinisk behandling og sykehusbehandling, forsvarlig isolering på sykehus, og annen spesialisthelsetjeneste.

4.6 Helse- og omsorgstjenesteloven

Lov 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) gjelder for helse- og omsorgstjenester som ytes av kommunen og av private som har avtale med kommunen. Loven gir kommunene et tydeligere og mer helhetlig ansvar, samt større frihet til å organisere og tilpasse tilbudet i samsvar med lokale behov.

Kommunen har etter loven § 3-2 første ledd nr. 3 ansvar for å yte hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner. Kommunen plikter etter loven § 5-2 å utarbeide en beredskapsplan for sin helse- og omsorgstjeneste i samsvar med helseberedskapsloven. Planen skal samordnes med kommunens øvrige beredskapsplaner. Formålet med beredskapsplanen er å sikre at befolkningen kan tilbys nødvendig helse- og omsorgstjenester under krig og ved kriser og katastrofer i fredstid.

Kommunenes ansvar etter smittevernloven er i utgangspunktet knyttet til å yte nødvendig smittevernhjelp gjennom de kommunale helse- og omsorgstjenestene, jf. smittevernloven § 7-1. Smittevernhjelp er etter smittevernloven § 6-1 å anse som en del av retten til

nødvendige helse- og omsorgstjenester, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 første og andre ledd og § 2-2 første og andre ledd.

Det følger av helse- og omsorgstjenesteloven § 5-5 blant annet at «[k]ommunen skal ha en eller flere kommuneleger som skal utføre de oppgaver kommunelegen er tillagt i lov eller instruks». Kommuneoverlegen skal blant annet ha løpende oversikt over de infeksjonsepidemiologiske forholdene i kommunen og utarbeide forslag til plan for helse- og omsorgstjenestenes arbeid med vern mot smittsomme sykdommer. Kommuneoverlegen er pålagt flere oppgaver innen smittevernet, jf. blant annet smittevernloven § 7-2.

4.7 Helsepersonelloven

Lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell mv. (helsepersonelloven) gjelder helsepersonell og virksomheter som yter helsehjelp i Norge, og har til formål å bidra til sikkerhet for pasienter og kvalitet i helse- og omsorgstjenesten samt tillit til helsepersonell og helse- og omsorgstjenesten.

Det enkelte helsepersonell er i helsepersonelloven § 4 pålagt å utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellets kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig. For det enkelte helsepersonell innebærer forsvarlighetskravet i utgangspunktet en plikt til å opptre i samsvar med de til enhver tid gjeldende faglige normer og lovbestemte krav til yrkesutøvelsen.

Hva som kan forventes av helsepersonell og av virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester, vil kunne være vesentlig annerledes i en krisesituasjon enn i en normalsituasjon. Hva som anses som forsvarlig i den konkrete situasjonen, vil måtte vurderes innenfor rammene av de ressursene helse- og omsorgstjenesten har til rådighet og den situasjonen man står i. Dette innebærer at handlinger som i en normalsituasjon ville blitt vurdert som uforsvarlige, kan fremstå som forsvarlige i en krisesituasjon.

Helsepersonelloven er en generell lov, og det er særreguleringer i smittevernloven, blant annet om helsepersonells og virksomheters særlige plikter. For eksempel har leger etter smittevernloven §§ 3-5 og 3-6 plikt til å undersøke smittede personer og plikt til å foreta smitteoppsporing. Etter smittevernloven § 4-9 har helsepersonell plikt til å gjennomgå opplæring, følge faglige retningslinjer og gjennomføre tiltak for å kunne delta i de særlige oppgaver som smittevernarbeidet krever.

Smittevernloven § 2-2 gir unntak fra helsepersonells taushetsplikt etter helsepersonelloven § 21 og pålegger i enkelte tilfeller opplysningsplikt. Videre pålegger smittevernloven § 2-3 enkelte helsepersonellgrupper meldings- og varslingsplikt i forbindelse med smitte.

Etter smittevernloven § 3-3 kan en helseinstitusjon kreve at en pasient skal la seg forhåndsundersøke når det gjelder en smittsom sykdom, før det blir foretatt en diagnostisk utredning, og før pasienten får behandling eller pleie.

4.8 Helseberedskapsloven

Lov 23. juni 2000 nr. 56 om helsemessig og sosial beredskap (helseberedskapsloven) er en ramme- og fullmaktslov for beredskapsarbeidet i helse- og omsorgstjenesten og sosialtjenesten. Som rammelov regulerer loven det grunnleggende beredskapsarbeidet som skal skje i virksomheten som omfattes av loven. Som fullmaktslov gir loven fullmakter på nasjonalt nivå til å omdisponere, omorganisere og prioritere helsesektorens ressurser uavhengig av grunnleggende ansvarsforhold, i eller ved fare for situasjoner der alminnelige ansvarsforhold eller ressurser innen helsesektoren ikke strekker til. Helseberedskapslovens utgangspunkt er at samme ansvarsfordeling gjelder i kriser som i normalsituasjon, jf. loven § 2-1 (ansvarsprinsippet).

Formålet med helseberedskapsloven er å verne befolkningens liv og helse, og å bidra til at nødvendig helsehjelp, helse- og omsorgstjenester og sosiale tjenester kan tilbys befolkningen under krig og ved kriser og katastrofer i fredstid. Utgangspunktet er at helse- og omsorgstjenesten og sosialtjenestens virksomhet er samfunnsmessig viktig, både av hensyn til det sivile samfunn, det enkelte individ og totalforsvaret. Loven omfatter nærmere angitte offentlige og private virksomheter eller tjenesteytere som tilbyr helse- og omsorgstjenester eller sosialtjenester.

Plikt til beredskapsforberedelser og beredskapsarbeid fremgår av loven § 2-2. Planplikten gjelder hele krisespekteret, se også helse- og omsorgstjenesteloven § 5-2 og spesialisthelsetjenesteloven § 2-1b som pålegger kommuner og regionale helseforetak å utarbeide beredskapsplaner. Planene skal være omforente, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 6-2 første ledd nummer 11. Også smittevernloven §§ 7-1 og 7-3 pålegger en planplikt, og det samme gjør folkehelseloven § 28 (miljørettet helsevern). Helseberedskapsloven § 2-2 oppstiller også plikt for «staten» til å utarbeide beredskapsplaner.

De ulike planpliktene er utdypet i forskrift om krav til beredskapsplanlegging og beredskapsarbeid mv. etter lov om helsemessig og sosial beredskap (planforskriften), som gjelder for stat, kommune, fylkeskommune, regionalt helseforetak, helseforetak, Mattilsynet og vannverk.

Fullmaktsbestemmelsene i loven får for det første anvendelse når riket er i krig eller når krig truer, jf. § 1-5 nr. 1. For at fullmaktsbestemmelsene skal komme til anvendelse også «ved kriser og katastrofer i fredstid», må «Kongen» treffe beslutning om det, jf. § 1-5 nr. 2.

«Kriser og katastrofer i fredstid» er ikke definert i loven, blant annet fordi «det skal være et politisk ansvarlig organ som treffer beslutning om bestemmelsenes anvendelse i fredstid». I forarbeidene vises det til «en situasjon av ekstraordinær karakter der det akutte hjelpebehov ikke kan dekkes av tilgjengelige ressurser og ordinære ansvarsforhold og kommandoforhold ikke strekker til, og omlegging eller ekstra tilførsel av ressurser er nødvendig». Eksempler kan være massiv pasientpågang eller massetilstrømning av flyktninger til en kommune på grunn av atomulykke, naturkatastrofe, terrorhandlinger,

sammenbrudd i infrastruktur, evakuering på grunn av radioaktivt nedfall eller krig, masseskadesituasjoner, store epidemier eller masseforgiftningssituasjoner.

Det er ifølge forarbeidene ikke nødvendig at en krise eller katastrofe har inntruffet, og heller ikke noe krav om at en krise eller katastrofe med sikkerhet vil oppstå. Det er tilstrekkelig at det har funnet sted hendelser eller skjedd en utvikling som gjør at det er «er stor sannsynlighet for at en ekstraordinær krise eller katastrofesituasjon vil oppstå i nærmeste fremtid, og konsekvensene for befolkningens liv og helse er meget alvorlige om situasjonen oppstår».

I loven kapittel 3 er det bestemmelser om rekvisisjon av fast eiendom, rettigheter og løsøre. I kapittel 4 følger regler om tjenesteplikt, beordring og registrering. Av kapittel 5 fremgår øvrige fullmaktsbestemmelser om ansvars-, oppgave- og ressursfordeling og om omlegging og omsetningsrestriksjoner.

4.9 Personopplysningsloven og personvernforordningen

EUs personvernforordning er gjennomført i norsk rett ved lov 15. juni 2018 nr. 38 om behandling av personopplysninger (personopplysningsloven) § 1. Personvernforordningen fastsetter regler om vern av fysiske personer i forbindelse med behandling av personopplysninger, samt regler om fri utveksling av personopplysninger.

Det er presisert i artikkel 1 at forordningen sikrer vern av fysiske personers grunnleggende rettigheter og friheter, særlig deres rett til vern av personopplysninger. Personvernforordningen skal leses i lys av andre menneskerettigheter. Loven og forordningen gjelder ved «helt eller delvis automatisert behandling av personopplysninger og ved ikke-automatisert behandling av personopplysninger som inngår i eller skal inngå i et register» med mindre annet er bestemt i lov eller med hjemmel i lov, jf. personopplysningsloven § 2.

Personvernforordningen bygger på noen grunnleggende prinsipper som følger av artikkel 5:

- Prinsippene om lovlighet, rettferdighet og åpenhet
- Prinsippet om formålsbegrensning
- Prinsippet om dataminimering
- Prinsippet om riktighet
- Prinsippet om lagringsbegrensninger
- Prinsippet om integritet og konfidensialitet
- Prinsippet om ansvar

Prinsippene gir uttrykk for både grunnleggende hensyn som personvernforordningen skal ivareta, og konkrete krav til hvordan personopplysninger skal behandles. Prinsippene er selvstendige regler som stiller krav til all behandling av personopplysninger. I tillegg skal de brukes i tolkningen av andre bestemmelser i forordningen og personvernbestemmelser i andre lover, blant annet lover som regulerer behandling av personopplysninger i helse- og omsorgssektoren.

Personvernforordningen artikkel 6 oppstiller de grunnleggende vilkårene for når behandling av personopplysninger kan finne sted, det vil si kravene til rettslig grunnlag (behandlingsgrunnlag) for behandling av personopplysninger. All behandling av

personopplysninger må ha grunnlag i et av de seks alternative behandlingsgrunnlagene i bokstav a til f. Dersom grunnlaget for behandlingen er artikkel 6 nr. 1 bokstav c (rettslig forpliktelse) eller e (oppgave i allmennhetens interesse og offentlig myndighetsøvelse), må det i tillegg finnes et supplerende rettsgrunnlag for behandlingen i EØS-retten eller nasjonal rett.

Personvernforordningen artikkel 9 oppstiller særskilte krav ved behandling av enkelte kategorier av personopplysninger som regnes som særlig sensitive, såkalte «særlige kategorier av personopplysninger». Dette omfatter blant annet helseopplysninger. Disse kravene gjelder i tillegg til kravet om behandlingsgrunnlag. Etter artikkel 9 nr. 1 er behandling av særlige kategorier av personopplysninger som utgangspunkt forbudt. I artikkel 9 nr. 2 bokstav a til j oppstilles det nærmere avgrensede unntak fra forbudet. Artikkel 9 nr. 2 bokstav g åpner for behandling som er nødvendig av hensyn til «viktige allmenne interesser». Behandlingen må «stå i et rimelig forhold til det mål som søkes oppnådd». Artikkel 9 nr. 2 bokstav i åpner for å behandle særlige kategorier av personopplysninger når det er nødvendig av allmenne folkehelsehensyn, blant annet «vern mot alvorlige grenseoverskridende helsetrusler». Disse unntakene forutsetter at behandlingen er tillatt i EØS-retten eller nasjonal rett, der det også må fastsettes egnede og særlige tiltak for å verne den registrertes rettigheter og friheter.

Den behandlingsansvarlige er ansvarlig for at behandlingen skjer i tråd med reglene i personopplysningsloven og personvernforordningen. Behandlingsansvaret påhviler i utgangspunktet den «som alene eller sammen med andre bestemmer formålet med behandlingen av personopplysninger og hvilke midler som skal benyttes», jf. personvernforordningen artikkel 4 nr. 7.

Personvernforordningen kapittel III gir regler om den registrertes rettigheter, blant annet rett til informasjon og innsyn, retting, sletting og til å protestere mot behandlingen. Det vises til Prop. 56 LS (2017–2018) kapittel 10 for en generell omtale av den registrertes rettigheter etter forordningen.

Når det gjelder personopplysningsloven og personvernforordningens konkrete betydning for dette høringsforslaget, vises det til punkt 2.3.

4.10 Helseregisterloven

Lov 20. juni 2014 nr. 43 om helseregistre og behandling av helseopplysninger (helseregisterloven) supplerer personopplysningsloven og personvernforordningen.

Formålet med loven er å legge til rette for innsamling og annen behandling av helseopplysninger, for å fremme helse, forebygge sykdom og skade og gi bedre helse- og omsorgstjenester. Loven skal sikre at behandlingen foretas på en etisk forsvarlig måte, ivaretar den enkeltes personvern og brukes til individets og samfunnets beste.

Loven gjelder bruk av helseopplysninger i helseregistre som SYSVAK (Nasjonalt vaksinasjonsregister) og MSIS (Meldingssystem for smittsomme sykdommer). Helseregisterloven § 19 d fastsetter at opplysningene i helseregistre ikke kan gjøres tilgjengelige for påtalemyndighetene eller brukes i forsikringsøyemed eller av arbeidsgivere, selv om den registrerte samtykker.

4.11 IHR-regelverket og pandemiavtalen

Verdens helseorganisasjon (WHO) vedtok i 2005 Det internasjonale helsereglementet (IHR 2005), som trådte i kraft 15. juni 2007. Formålet med IHR er å forebygge og motvirke alvorlige hendelser av betydning for internasjonal folkehelse, og sikre en internasjonalt koordinert oppfølging, samtidig som man unngår unødvendig forstyrrelse av internasjonal trafikk og handel. IHR inneholder regler for varsling og vern mot internasjonale helsetrusler, og Verdens helseorganisasjon (WHO) kan etter regelverket erklære en internasjonal folkehelsekrise dersom en hendelse utgjør en helsetrussel mot andre land og fordrer koordinering av tiltak. Norge er et av 196 land som har sluttet seg til IHR.

Forskrift 21. desember 2007 nr. 1573 om varsling av og tiltak ved alvorlige hendelser av betydning for internasjonal folkehelse mv. (IHR-forskriften) er gitt med hjemmel i smittevernloven, helseberedskapsloven, helseregisterloven og personvernforordningen, og gjennomfører hovedelementene i IHR.

IHR-forskriften omhandler blant annet informasjon til Verdens helseorganisasjon og andre land og gir bestemmelser om organiseringen av dette i Norge både på varslings- og responssiden. Reglementet forplikter landene til å etablere et kontaktpunkt for varsling til og mottak av varsel fra Verdens helseorganisasjon, ved alvorlige hendelser av betydning for internasjonal folkehelse, jf. forskriften § 3. Kontaktpunktet i Norge er Folkehelseinstituttet.

IHR-reglementet gjelder i utgangspunktet når det oppstår en alvorlig hendelse av betydning for internasjonal folkehelse. I IHR-forskriften § 2 tredje ledd defineres dette som «en folkehelserisiko eller helsetrussel som kan spres over landegrensene, og som kan kreve en internasjonalt koordinert bekjemping. Hendelsen kan være av fysisk, biologisk, kjemisk eller ukjent opprinnelse.» Samtidig fremgår det av merknadene til IHR-forskriften § 1 at formålet med forskriften «er ikke bare å etterkomme forpliktelsene overfor Verdens helseorganisasjon og Kommisjonen, men også å bidra til at den norske befolkningen til enhver tid er best mulig beskyttet mot alvorlige internasjonale helsetrusler».

På bakgrunn av erfaringene fra koronapandemien fremforhandlet medlemslandene en revisjon av IHR, som ledet frem til vedtak om endringer i 2024. Pakken med endringer ble vedtatt ved konsensus, det vil si uten avstemning, av den syttisjuende Verdens helseforsamling, som er det høyeste beslutningsorganet i Verdens helseorganisasjon, den 1. juni 2024.

Hovedinnholdet av endringene i IHR er:

1. Ny definisjon av pandemikrise - «pandemic emergency» - for å utløse mer effektivt internasjonalt samarbeid som svar på hendelser som er i fare for å bli, eller er, en pandemi
2. Bestemmelser om styrket tilgang til helseprodukter og finansiering for kapasitetsbygging for å forberede og respondere på internasjonale folkehelsekriser, særlig for lavinntektsland

3. Etablering av en komité for å fremme og støtte samarbeid mellom statspartene for effektiv implementering av IHR
4. Krav om å utpeke nasjonal IHR-myndighet for koordinering av gjennomføringen innen og mellom land og
5. Økt detaljnivå av kapasitetene som land skal ha på plass på lokalt, regionalt og nasjonalt nivå.

Ved kongelig resolusjon 4. april 2025 har Norge sluttet seg til endringene. I resolusjonen er det blant annet uttalt:

> «Helsereglementet er folkerettslig bindende og 2024-endringene må derfor vurderes opp mot den alminnelige prosedyren for traktatinngåelse. Endringene anses som en sak av viktighet og som etter Grl. § 28 bør besluttes av Kongen i statsråd. Det følger av Grl. § 26 andre ledd at traktater «om saker som er av særlig stor viktighet, og i alle tilfeller traktater hvis iverksettelse etter Grunnloven nødvendiggjør en ny lov eller stortingsbeslutning, blir først bindende når Stortinget har gitt sitt samtykke dertil». Videre følger det av Grl. § 115 første ledd at Stortinget med tre fjerdedelsflertall kan «samtykke i at en internasjonal sammenslutning som Norge er tilsluttet eller slutter seg til, på et saklig begrenset område skal ha rett til å utøve beføyelser som etter denne Grunnlov ellers tilligger statens myndigheter». Da IHR ble vedtatt i 2005 ble reglementet ikke forelagt Stortinget før gjennomføring. IHR-reglementet ble delvis implementert gjennom IHR-forskriften ved Kongelig resolusjon av 21. desember 2007 om forskrift og varsling av og tiltak ved alvorlige hendelser av betydning for internasjonal folkehelse (IHR-forskriften), publisert i Norsk Lovtidend, 2007 hefte 13, s 1917. Gjennomføring av 2024-endringene vil ikke kreve lovendring og endringsbehovene i forskrift er begrensede. Endringer i forskriften vil i hovedsak være tekniske og begrepsmessige endringer. Det vil måtte vurderes om det må fremgå av forskriften at Helse- og omsorgsdepartementet er nasjonal IHR-myndighet.
>
> Tilslutning til IHR og 2024-endringene innebærer ikke suverenitetsavståelse. Etter Helse- og omsorgsdepartementets vurdering er ikke IHR eller endringene som nå er vedtatt av en slik art at Stortingets samtykke til tilslutning er nødvendig i medhold av Grl. §§ 26 eller 115. Dette gjelder også endringene sett i sammenheng med allerede vedtatt regelverk.»

IHR-forskriften gjennomfører som nevnt deler av IHR (2005) i norsk rett og etablerer Folkehelseinstituttet som et nasjonalt IHR-kontaktpunkt. Dette kontaktpunktet skal være tilgjengelig på 24-timers basis for varsling til og kommunikasjon med WHO. Kontaktpunktet skal informere Helse- og omsorgsdepartementet, Helsedirektoratet og andre relevante myndigheter om slik varsling og kommunikasjon. Deler av IHR (2005) er også innarbeidet i norsk rett gjennom blant annet smittevernloven § 4-3 og folkehelseloven § 29. IHR-forskriften gjennomfører også EUs beslutning om grensekryssende helsetrusler i norsk rett. Forskriften regulerer blant annet varslinger til og fra WHO og Europakommisjonen, og mulige smitteverntiltak i tråd med WHOs anbefalinger.

Det pågår også forhandlinger om en ny, bindende internasjonal avtale for forebygging og håndtering av pandemier.

Pandemiavtalen skal utfylle Det internasjonale helsereglementet (IHR) og bidra til en forbedring i medlemslandenes kapasitet til å forebygge og håndtere pandemier, samt sikre økt likeverdighet i tilgang til medisinske mottiltak. Avtalen skal også bidra til en styrket

kjede for utvikling av og tilgang på medisinske mottiltak, forbedret utveksling av informasjon om helsetrusler, forsterket samarbeid på tvers av humanhelse-, dyrehelse- og klimasektorene og styrking av helsesystemer.

Pandemiavtalen ble vedtatt av Verdens helseforsamling i mai 2025. Avtalen vil imidlertid først bli gjenstand for nasjonale ratifikasjonsprosesser og kunne tre i kraft når de nylig oppstartede forhandlingene om et eget vedlegg til pandemiavtalen om tilgang til patogener og fordelsdeling som følge av dette (Access and Benefit sharing mechanism), er sluttført.

5 Konstitusjonelle og folkerettslige rammer

5.1 Innledning

Konstitusjonelle og folkerettslige regler har betydning for hva slags smittevernregelverk vi kan fastsette i Norge, hvem som kan fastsette slikt regelverk og hvordan fastsatt regelverk kan og skal praktiseres eller håndheves.

I dette kapittelet gis det en overordnet gjennomgang av sentrale konstitusjonelle og folkerettslige rammer for og krav til smittevernregelverket. Fremstillingen er ikke ment å være uttømmende. Hensikten er primært å gi en kort fremstilling av regelverk som fremstår som særlig sentralt å vurdere eller hensynta både ved utforming og anvendelse av de fullmakter som følger av smittevernloven. I tilknytning til høringsnotatets diskusjon om konkrete bestemmelser i forslaget til ny smittevernlov, vil utvalgte deler av regelverket bli redegjort for og vurdert mer konkret. De endelige vurderingene av hvilke begrensninger dette regelverket setter for anvendelse av smittevernloven, blant annet hvilke tiltak som kan innføres og i hvilken form og utstrekning, må gjøres konkret ved kommunene og statens anvendelse av smittevernloven.

De temaene som omtales i dette kapittelet er også behandlet mer inngående i andre dokumenter. Departementet viser her særlig til NOU 2019: 13 *Når krisen inntreffer* (særlig kapittel 8), NOU 2023: 16 *Evaluering av pandemihåndteringen* (særlig punkt 8.8 og punkt 8.9), NOU 2023: 17 *Nå er det alvor – Rustet for en usikker fremtid* (særlig punkt 31.3), Prop. 11 L (2024-2025) *Endringer i sivilbeskyttelsesloven (sivil arbeidskraftberedskap)* (særlig kapittel 3) og *Kriseregulering – Lovgivning under koronakrisen*, (Red. Benedikte M. Høgberg, Eirik Holmøyvik, Christoffer C. Eriksen), Fagbokforlaget 2023 (særlig kapittel 8).

De ulike statsorganenes myndighet er fastsatt gjennom Grunnloven. I henhold til Grunnloven er det Stortinget som vedtar lover. Samtidig følger det dels av Grunnloven selv, og dels gjennom konstitusjonell nødrett, at Kongen rent unntaksvis kan gi nye lover og også gi midlertidige bestemmelser som fraviker gjeldende lovgivning.

Menneskerettigheter er regulert i Grunnloven kapittel E og i internasjonale menneskerettighetskonvensjoner Norge har sluttet seg til. Fem menneskerettighetskonvensjoner er tatt inn i lov 21. mai 1999 nr. 30 om styrking av menneskerettighetenes stilling i norsk rett (menneskerettsloven), som fastslår at disse konvensjonene går foran nasjonale lovbestemmelser når det oppstår konflikter mellom norsk lov og en internasjonal menneskerettighet, jf. loven §§ 2 og 3. De fem menneskerettighetskonvensjonene er:

- Europarådets konvensjon 4. november 1950 om beskyttelse av menneskerettighetene og de grunnleggende friheter (EMK)
- FNs internasjonale konvensjon 16. desember 1966 om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter (ØSK)
- FNs internasjonale konvensjon 16. desember 1966 om sivile og politiske rettigheter (SP)

– FNs internasjonale konvensjon 20. november 1989 om barnets rettigheter (BK)
– FNs internasjonale konvensjon 18. desember 1979 om avskaffelse av alle former for diskriminering av kvinner (KDK)

Norge ratifiserte FN-konvensjonen om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne (CRPD) i 2013. Konvensjonen er dermed bindende for Norge og skal vektlegges ved tolkningen og anvendelsen av norsk rett. Regjeringen fremmet i august 2025 forslag om at konvensjonen skal inkorporeres i menneskerettsloven (Prop. 162 L (2024-2025). Inkorporering innebærer at konvensjonen gjelder som norsk lov og vil gå foran annen lovgivning ved eventuell motstrid.

Menneskerettighetene forplikter staten til å beskytte borgerne mot uforholdsmessige inngrep i frihetsrettigheter og mot hendelser som kan true retten til liv og helse. Det er en klar sammenheng mellom retten til beskyttelse mot trusler og ivaretakelse av friheter. Under pandemien ble det for eksempel gjort kortvarige inngrep i den enkeltes bevegelsesfrihet ved pålegg om isolering eller karantene for å hindre smittespredning som kunne true andres liv og helse. I tillegg ble det fastsatt omfattende befolkningsrettede tiltak, blant annet i form av stengning av skoler og barnehager. Dette ble gjort både fordi sykdommen i seg selv kunne medføre alvorlig helserisiko og død for enkelte pasienter, og fordi en ukontrollert og rask spredning av sykdommen ville overbelastehelse- og omsorgstjenesten slik at denne ikke ville være i stand til å sørge for akutt helsehjelp for andre alvorlige eller livstruende skader eller sykdommer.

5.2 Nødrett og derogasjon

5.2.1 Konstitusjonell nødrett og derogasjon fra Grunnloven og formell lov

I høringsnotatet kapittel 22 foreslår departementet å videreføre den adgangen Kongen har etter smittevernloven § 7-12 til å gi bestemmelser av lovgivningsmessig innhold og om nødvendig gjøre avvik fra gjeldende lovgivning (derogasjon). Smittevernloven § 7-12 er en nødrettshjemmel som søker å kodifisere konstitusjonell nødrett. Bestemmelsen er bygget over samme lest som beredskapsloven § 3, og må derfor også forstås i lys av de grunnleggende forutsetningene og prinsippene som følger av konstitusjonell nødrett.

Konstitusjonell nødrett kan beskrives som den retten statsorganer har i en nødssituasjon til å overskride de grensene som normalt gjelder for deres myndighet i henhold til forfatningen. Terskelen for konstitusjonell nødrett er ulovfestet og ikke aktualisert i nyere tid, men det er ikke tvilsomt at terskelen er høy. Det mest kjente eksempelet på konstitusjonell nødrett i norsk historie er da Kongen og regjeringen styrte landet alene under andre verdenskrig uten hensyn til Grunnlovens regler om Stortingets medvirkning.

Konstitusjonell nødrett innebærer at myndighetene i en krisesituasjon kan fravike Grunnloven. Konstitusjonell nødrett kan for det første danne grunnlag for at et statsorgan rettmessig utøver myndighet som normalt hører under et annet statsorgan, eksempelvis at Kongen i visse situasjoner overtar Stortingets oppgaver og blant annet gir midlertidige bestemmelser som fraviker gjeldende lovgivning. Beredskapsloven av 1950 er i stor grad en konkretisering av kompetanse utløst av konstitusjonell nødrett. Anvendelse av

konstitusjonell nødrett kan også skje ved at myndighetene foretar disposisjoner som er i strid med Grunnlovens bestemmelser, eventuelt også Grunnlovens menneskerettigheter.

Konstitusjonell nødrett stiller krav om forholdsmessighet ved at tilsidesettelsen av reglene i Grunnloven ikke kan gå lenger enn nødstilstanden gir grunnlag for. De samfunnsinteressene som blir skadelidende ved å følge Grunnlovens regler i krisesituasjonen, må veie klart tyngre enn interessene som blir satt til side ved konstitusjonell nødrett.

Tradisjonelt har oppfatningen vært at de fleste bestemmelsene i Grunnloven i prinsippet kan settes til side ved konstitusjonell nødrett. Det må likevel legges til grunn at i hvert fall forbudet mot tortur (Grunnloven § 93) og kjernen i forbudet mot tilbakevirkende straffelover (Grunnloven § 97) ikke kan fravikes med grunnlag i konstitusjonell nødrett.

Myndighetspraksis fra andre verdenskrig viser at konstitusjonell nødrett kan berettige fravikelse av Grunnloven §§ 49 og 75 bokstav a om at Stortinget er lovgivende myndighet på vegne av folket. Dette innebærer at regjeringen helt ekstraordinært og midlertidig kan tre inn i Stortingets rolle dersom vesentlige samfunnsinteresser ellers vil lide. Nødrettsgrunnlaget kan imidlertid bare benyttes så langt nødrettsgrunnen består, slik at Grunnloven bare kan fravikes når den ekstraordinære situasjonen ikke tillater ordinær stortingsbehandling for å gjennomføre nødvendige lovendringer. Dette innebærer at en skal søke tilbake til normaltilstanden så snart som mulig ved å legge lovproposisjon frem for Stortinget. I beredskapsloven § 3 er disse forutsetningene konkretisert til vilkår om «fare ved opphold», og at reglene av lovgivningsmessig innhold «snarest mulig» skal legges frem for Stortinget som lovforslag dersom reglene ikke er opphevet innen 30 dager etter at de er meddelt Stortinget.

Ved lov kan Stortinget gi regjeringen adgang til å gi mer detaljerte regler i form av forskrifter, men regjeringen kan ikke gå lenger enn det fullmaktene fra lovgiver gir grunnlag for. Ved generelle fullmaktshjemler kan imidlertid regjeringen bli gitt adgang til å gi forskrift om utfylling og supplering som går utover det handlingsrommet som ellers følger av loven, selv om det ikke nødvendigvis er tale om å gi forskrift i motstrid med lov. Fullmaktsbestemmelser som også gir adgang til å gi forskrifter som kan fravike lovbestemmelser, utgjør såkalte *derogasjonsfullmakter*. Det skilles gjerne mellom *svak derogasjon*, som innebærer at kun loven derogasjonsbestemmelsen inngår i kan fravikes, og *sterk derogasjon*, som betyr at forvaltningsorgan også kan fravike andre lover.

Derogasjon foreligger altså bare når det gis kompetanse til å gi regler med et innhold som strider mot regler med høyere rang. Derogasjon krever klar hjemmel, men er relativt vanlig i lovverket. Som regel er derogasjon da begrenset til konkrete fravikelser fra bestemmelser gitt ved lov som ikke nødvendigvis utfordrer det grunnleggende maktfordelingsprinsippet. Derogasjon er altså ikke i seg selv i et spenningsforhold til demokratisk legitimitet. Dette kan imidlertid bli utfordret dersom det gis svært vide og generelle fullmakter til å fravike gjeldende lover eller hvor det er få eller uklare materielle og prosessuelle vilkår knyttet til derogasjonen.

Det kan være glidende overganger mellom fullmakter som gir adgang til å utfylle lover og derogasjonsfullmakter. Myndighet til å gi forskrifter som fraviker bestemmelser i lov, forutsetter at det foreligger en klar hjemmel. Det finnes flere eksempler på ordinære fullmaktshjemler som åpner for derogasjon i lovverket, se for eksempel plan- og bygningsloven § 20-7 andre ledd og matloven § 33 andre ledd. Det finnes også eksempler på ordinære fullmaktshjemler med derogasjonsadgang i beredskapslovgivningen, se for eksempel havne- og farvannsloven § 2 sjette ledd, næringsberedskapsloven § 13 og helseberedskapsloven § 6-2 andre ledd.

5.2.2 Derogasjon fra menneskerettighetskonvensjoner

To av de ovennevnte menneskerettighetskonvensjonene som er gjort til norsk rett ved menneskerettsloven, har bestemmelser om derogasjon. Både EMK artikkel 15 og SP artikkel 4 hjemler midlertidig fravikelse fra konvensjonsfestede rettigheter i krisesituasjoner. Disse bestemmelsene er i hovedsak likt utformet.

Av EMK artikkel 15 første ledd fremgår at det ved krig eller annen offentlig nødstilstand som truer nasjonens liv, «kan enhver høy Kontraherende Part treffe tiltak som fraviker dens plikter ifølge denne konvensjon i den utstrekning situasjonens krav gjør det strengt nødvendig, forutsatt at slike tiltak ikke er uforenlige med dens andre plikter etter internasjonal rett.» Av bestemmelsens andre ledd følger at fravikelse fra artikkel 2 (retten til liv) bare kan gjøres for død som følge av lovlige krigshandlinger, og at det ikke kan gjøres fravikelse fra artikkel 3 (torturforbudet), artikkel 4 første ledd (slaveri) og artikkel 7 (ingen straff uten lov). SP artikkel 4 nr. 2 slår fast at følgende rettigheter ikke kan settes til side: retten til liv (artikkel 6), forbudet mot tortur og umenneskelig eller nedverdigende behandling eller straff (artikkel 7), forbudet mot slaveri og trelldom (artikkel 8 nr. 1 og 2), forbudet mot gjeldsfengsel (artikkel 11), det strafferettslige lovkravet, herunder forbudet mot tilbakevirkende straff (artikkel 15), retten til overalt å bli anerkjent som en person i rettslig henseende (artikkel 16) og retten til tankefrihet, samvittighetsfrihet og religionsfrihet (artikkel 18).

Det stilles krav om proporsjonalitet for at tilsidesettelse av ellers gjeldende menneskerettighetskrav er rettmessig. I Brannigan og McBride mot Storbritannia (1993) har EMD uttalt at den i vurderingen av proporsjonalitet vil se hen til hvilke rettigheter som blir berørt av derogasjonen, samt bakgrunnen for, og varigheten av, nødstilstanden (avsnitt 43). Proporsjonalitetskrav blir strengere der krisens intensitet og alvor avtar over tid.

5.3 Grunnleggende rettslige rammer etter Grunnloven, menneskerettighetene og Norges folkerettslige forpliktelser

5.3.1 Innledning

Utgangspunktet er at tiltak som myndighetene iverksetter må være forenlige med borgernes grunnleggende rettigheter etter Grunnloven, menneskerettighetene og Norges folkerettslige forpliktelser. Dette gjelder også i en krisesituasjon. Det er imidlertid adgang

til å gjøre inngrep i flere av de menneskerettslige forpliktelsene Norge er bundet av dersom inngrepet er foreskrevet ved lov, nødvendig i et demokratisk samfunn for å ivareta nærmere bestemte formål og forholdsmessig. Forholdsmessighet innebærer at et tiltak skal stå i forhold til det målet som ønskes oppnådd ved tiltaket. I NOU 2023: 17 *Evaluering av pandemihåndteringen*, punkt 31.3, er dette omtalt slik:

> «Kravet om at inngrepet må være nødvendig i et demokratisk samfunn innebærer blant annet at det må være proporsjonalt i forhold til formålet som søkes oppnådd. Inngrepet må altså ikke være mer inngripende enn det som er nødvendig for å oppnå formålet. Det må i den enkelte krisesituasjon vurderes konkret hvilke inngrep som er nødvendige og forholdsmessige. Enkelte menneskerettigheter er absolutte, hvilket betyr at det ikke kan gjøres inngrep i dem. Det gjelder for eksempel forbudet mot tortur.
>
> Vilkårene for å gjøre inngrep i ulike menneskerettigheter medfører at det stilles krav til utredning og begrunnelse for de inngrepene som er aktuelle i en krise. Begrunnelsen må synliggjøre at vilkårene for å gjøre inngrep er oppfylt, og hvordan ulike hensyn og rettigheter er veid opp mot hverandre.»

Med menneskerettigheter menes i denne sammenheng rettsregler som skal ivareta rettsstatlige og demokratiske verdier og sørge for at enkeltmenneskets grunnleggende interesser blir ivaretatt. Menneskerettighetene omfatter den grunnleggende rettslige beskyttelse som individet har, både i møte med myndighetene og i møte med andre individer. Motsvarende vil myndighetenes legitime kompetanse til å treffe beslutninger bli begrenset av menneskerettighetene.

Fullmaktsbestemmelsene i smittevernloven og helseberedskapsloven gir hjemmel til å iverksette inngripende tiltak for den enkelte. Slike tiltak kan «utfordre» eller gripe inn i bestemmelser etter Grunnloven og menneskerettigheter. Slike inngrep er «lovlige» dersom deres utforming og anvendelse er innenfor de rammer som følger av Grunnloven og menneskerettighetene.

5.3.2 Handlingsplikt som landets utøvende myndighet

Ved alvorlige kriser påhviler det regjeringen en generell plikt til å handle. Dette kan utledes av Grunnloven § 3 om at Kongen og regjeringen er landets utøvende myndighet. Slik handlingsplikt er også nedfelt i ordinær lovgivning som smittevernloven, helseberedskapsloven og øvrig beredskapslovgivning.

Utbruddet av den allmennfarlige smittsomme sykdommen covid-19 gjorde det nødvendig å iverksette raske tiltak for å begrense smittespredning, for å beskytte liv og helse og for å sørge for opprettholdelse av samfunnskritiske funksjoner. De situasjonsbetingede tiltakene regjeringen iverksatte var i hovedsak besluttet med grunnlag i eksisterende hjemler i smittevernloven og helseberedskapsloven.

5.3.3 Saker av viktighet skal behandles av Kongen i statsråd

Under pandemien var bruken av smittevernloven og helseberedskapsloven begrunnet i behovet for å begrense og kontrollere spredningen av covid-19, og særlig for å kunne handle raskt i den innledende fasen av pandemien. Behovet for å handle raskt fremgår av

føre-var-prinsippet og av flere av smittevernlovens bestemmelser, blant annet smittevernloven § 1-1 og § 4-1 andre ledd. Fullmaktene i smittevernloven og helseberedskapsloven er vedtatt av Stortinget uten at forholdet til Grunnloven er omtalt i forarbeidene. Blant annet er det ikke omtalt at Grunnloven § 28 stiller krav om at «saker av viktighet» skal behandles av Kongen i statsråd.

Grunnlovens krav om statsrådsbehandling innebærer at fullmaktene i smittevernloven og helseberedskapsloven må vike når vedtak kan betegnes som «saker av viktighet», fordi slike vedtak først må behandles av Kongen i statsråd. Selv om det er hjemmel i lov for å innføre et gitt tiltak i en krisesituasjon, og beslutningsmyndigheten i utgangspunktet ligger til et departement eller direktorat, innebærer altså Grunnloven § 28 at det likevel kan være behov for at beslutningen treffes av Kongen i statsråd. Bestemmelsen skal sikre at hele regjeringen står bak viktige avgjørelser. Statsrådsbehandling vil i større grad også medføre at Stortinget kan føre kontroll med viktige forvaltningsavgjørelser.

Kravet om statsrådsbehandling vil for regjeringen innebære en avgrensning av kompetansen til å delegere beslutningsmyndighet til underordnede organer, for eksempel et departement eller et direktorat, og vil slik sett også innebære et inngrep i regjeringens adgang til selv å organisere sitt arbeid.

Når en beslutning er lagt til Kongen, kan myndigheten normalt delegeres til et underordnet forvaltningsorgan, for eksempel et departement. Slik delegering må imidlertid besluttes av Kongen i statsråd. Uavhengig av lovens angivelse av kompetent myndighet til å treffe beslutninger, følger det av Grunnloven § 28 at «saker av viktighet» skal besluttes av Kongen i statsråd. Som uttalt i Rt. 1992 side 141 er det antatt at regjeringen selv i betydelig grad må kunne avgjøre hvorvidt en sak er av slik viktighet at statsrådsbehandling er nødvendig. Videre følger det av Rt. 1952 side 932 at vurderingen av om en sak er av viktighet, må sees i lys av regjeringens andre gjøremål.

Kravet i Grunnloven § 28 om at viktige saker skal behandles i statsråd, vil uansett være styrende for hvilke beslutninger som likevel skal løftes til statsråd. Om en sak er en «sak av viktighet» vil bero på en konkret, skjønnsmessig vurdering. Departementet legger til grunn at vurderingen av om en sak er av viktighet, vil måtte ses i lys av situasjonen og hvilke andre gjøremål regjeringen har i den aktuelle situasjonen. Generelt vil det være relevant å blant annet se hen til om saken innebærer inngrep i privatpersoners personlige eller økonomiske sfære, om saken har nasjonal eller lokal virkning, hvor omfattende saken er, hvor omfattende økonomiske konsekvenser saken har og om saken er prinsipiell eller politisk omdiskutert. Det må legges til grunn at terskelen for at en sak skal være «en sak av viktighet» er høy, og at regjeringen har et betydelig rom for skjønn i vurderingen. I sikkerhetspolitisk krise eller krig vil vurderingen av hva som anses som en sak av viktighet kunne bli vurdert annerledes sammenlignet med situasjonen i fredstid.

5.3.4 Lovkravet

Lovkravet, eller legalitetsprinsippet, kommer til uttrykk i Grunnloven § 113 hvor det fremgår at myndighetenes inngrep overfor den enkelte må ha grunnlag i lov. Videre heter det i Grunnloven § 96 første ledd at «[i]ngen kan dømmes uten etter lov (…)».

Tilsvarende krav om hjemmel i lov for inngripende myndighetstiltak følger av menneskerettighetskonvensjonene. EMKs lovkrav står her sentralt. EMK artikkel 7 nr. 1 gir uttrykk for lovkravet på strafferettens område. På forvaltningsrettslige områder er lovkravet regulert i ulike rettighetsbestemmelser som ett av flere grunnvilkår for å kunne gjøre inngrep i rettighetene. For eksempel må inngrep i privat- og familieliv være i samsvar med loven, jf. EMK artikkel 8 nr. 2. Lovkravet følger etter dette dels av Grunnloven og dels av menneskerettighetskonvensjoner som Norge har sluttet seg til.

Lovkravet stiller krav til forankring i lov gitt av Stortinget, og til lovgrunnlagets klarhet. Også forskrifter vil kunne oppfylle legalitetsprinsippets klarhetskrav. Dette forutsetter at tiltaket har tilstrekkelig hjemmel i forskriften, og at forskriften har tilstrekkelig hjemmel i lov. Lovkravet stiller krav til den språklige utformingen av både hjemmelslover og forskrifter for at den enkelte skal ha mulighet til å forutse sin rettsstilling. Lovkravet innebærer at inngrep, straff og fravikelse fra annen lovgivning må ha forankring i formell lov vedtatt av Stortinget.

5.3.5 Retten til liv og helse

Selv om smitteverntiltak kan tenkes å gripe inn i og begrense menneskerettighetene, har tiltakene til hensikt å beskytte grunnleggende menneskerettigheter som retten til liv og helse. I forbindelse med grunnlovsrevisjonen i 2014 ble det også foreslått en tydeligere rett til *helse* i Grunnloven § 111. En slik bestemmelse kunne gitt en tydeligere grunnlovsmessig forankring av smittevernloven og helseberedskapsloven. Forslaget fikk imidlertid ikke tilstrekkelig flertall, og helse som menneskerettighet fremgår dermed ikke av Grunnloven. ØSK artikkel 12 anerkjenner retten for enhver til den høyest oppnåelige helsestandard både fysisk og psykisk, men omfanget av statens forpliktelser er ikke helt klart. Etter bestemmelsen skal statene blant annet «forebygge, behandle og kontrollere epidemiske […] sykdommer». Tilsvarende anerkjenner BK artikkel 24 barnets rett til å nyte godt av den høyest oppnåelige helsestandard.

Ved grunnlovsvedtak 13. mai 2014 ble Grunnloven § 93 om retten til *liv* tilføyd. Bestemmelsen slår fast at staten «skal beskytte retten til liv og bekjempe tortur, slaveri, tvangsarbeid og andre former for umenneskelig eller nedverdigende behandling.» Det foreligger dermed en rettslig forpliktelse for myndighetene til å avstå fra å ta liv, men også en forpliktelse til å beskytte innbyggernes rett til liv. Det er presisert at bestemmelsen om retten til liv generelt skal tolkes i lys av den tilsvarende bestemmelsen i EMK artikkel 2 nr. 2, jf. Dokument 16 (2011-2012) punkt 19.6.1. Retten til liv er også vernet i SP artikkel 6 nr. 1 og BK artikkel 6.

5.3.6 Likhetsprinsippet og diskrimineringsforbud

Grunnloven § 98 slår fast at alle er like for loven og at ingen skal utsettes for usaklig eller uforholdsmessig forskjellsbehandling. Av EMK artikkel 14 fremgår det at de rettighetene og frihetene som følger av konvensjonen, skal sikres «uten diskriminering på noe grunnlag slik som kjønn, rase, farge, språk, religion, politisk eller annen oppfatning, nasjonal eller sosial opprinnelse, tilknytning til en nasjonal minoritet, eiendom, fødsel

eller annen status.» Etter de øvrige menneskerettighetskonvensjonene som er gjort til norsk lov med forrang fremfor annen ordinær lovgivning, dvs. SP artikkel 26, ØSK artiklene 24 – 26, BK og KDK, er det inntatt særskilte bestemmelser om diskrimineringsvern.

Diskrimineringsvernet i Grunnloven § 98 første ledd innebærer en plikt til å likebehandle, ved at det slås fast at «[a]lle er like for loven». Andre ledd har et negativt formulert diskrimineringsforbud: «Intet menneske må utsettes for usaklig eller uforholdsmessig forskjellsbehandling». Dette forbudet krever først en vurdering av om det foreligger en forskjellsbehandling, og deretter en avveining av begrunnelsen for å forskjellsbehandle opp mot hensynet til de individene som rammes av den ulike behandlingen.

De ulike diskrimineringsgrunnlagene er ikke listet opp i Grunnloven. Diskrimineringsgrunnlagene i likestillings- og diskrimineringsloven er kjønn, graviditet, permisjon ved fødsel eller adopsjon, omsorgsoppgaver, etnisitet, religion, livssyn, funksjonsnedsettelse, seksuell orientering, kjønnsidentitet, kjønnsuttrykk og alder. Denne listen dekker alle de konvensjonsfestede diskrimineringsgrunnlagene. Det er imidlertid klart at listen ikke angir uttømmende hvilke grunnlag for diskriminering som kan påberopes etter Grunnloven. Den avgjørende vurderingen opp mot diskrimineringsvernet er om forskjellsbehandlingen er usaklig eller uforholdsmessig.

5.3.7 Forsamlingsfriheten

Forsamlingsfriheten er vernet etter Grunnloven § 101 som lyder:

> «Enhver har rett til å danne, slutte seg til og melde seg ut av foreninger, herunder fagforeninger og politiske partier.
>
> Alle kan møtes i fredelige forsamlinger og demonstrasjoner.»

Bestemmelsen gir kun et vern om såkalt «fredelige» forsamlinger. I forarbeidene til bestemmelsen er det blant annet uttalt at det skal settes en «høy terskel for å definere en forsamling som ikke-fredelig, særlig dersom forsamlingen har et politisk, religiøst eller kulturelt budskap», jf. Dokument 16 (2011-2012) punkt 29.5.3.2. I kjernen av forsamlingsfriheten ligger vernet av demonstrasjoner og politiske forsamlinger. Retten til forsamlingsfrihet kan påberopes både av arrangøren og deltagerne i forsamlingen.

Forsamlingsfriheten gjelder for alle forsamlinger, og uavhengig av hva formålet med forsamlingen er. Det konkrete vernet om forsamlingsretten vil trolig være sterkere dersom individene i forsamlingen i tillegg til forsamlingsfriheten også kan påberope seg en annen menneskerettighet. Dette kan for eksempel være hvor formålet med forsamlingen er en politisk demonstrasjon (ytringsfriheten) eller en religiøs markering (religionsfriheten). Under pandemien ble forsamlinger og den enkeltes forsamlingsfrihet berørt gjennom covid-19-forskriftens reguleringer av blant annet antallsbegrensninger for ulike arrangementer innendørs og utendørs, begravelser, religiøse sammenkomster og butikker.

Grunnloven § 101 er blant annet inspirert av EMK artikkel 11. I bestemmelsens andre ledd er det uttalt at retten til forsamlings- og foreningsfrihet ikke skal «bli undergitt andre innskrenkninger enn de som er foreskrevet ved lov og er nødvendige i et demokratisk

samfunn av hensyn til den nasjonale sikkerhet eller offentlige trygghet, for å forebygge uorden eller kriminalitet, for å beskytte helse eller moral eller for å beskytte andres rettigheter og friheter. Denne artikkel skal ikke hindre at lovlige innskrenkninger blir pålagt utøvelsen av disse rettigheter for medlemmene av de væpnede styrker, av politiet og av statsforvaltningen.»

5.3.8 Retten til respekt for privatliv, familieliv og hjem – retten til frihet og sikkerhet

Retten til respekt for privatliv, familieliv og hjem er vernet av Grunnloven § 102, EMK artikkel 8, SP artikkel 17 og BK artikkel 16. Ulike smitteverntiltak vil etter omstendighetene gripe inn i borgernes rett til respekt for sitt privatliv, familieliv og hjem, for eksempel ved at de begrenser borgernes autonomi, muligheten til å utøve familieliv på tvers av landegrenser eller å pleie sosiale relasjoner eller adgangen til å motta besøk i eget hjem.

Grunnloven § 102 gjelder retten til privatliv og lyder:

> «Enhver har rett til respekt for sitt privatliv og familieliv, sitt hjem og sin kommunikasjon. Husransakelse må ikke finne sted, unntatt i kriminelle tilfeller.
>
> Statens myndigheter skal sikre et vern om den personlige integritet.»

Grunnloven § 102 gir ikke anvisning på noen adgang til eller vilkår for å gjøre inngrep i rettigheten. Høyesterett har imidlertid lagt til grunn at det kan gjøres inngrep i retten etter Grunnloven § 102 første ledd første punktum dersom inngrepet har en tilstrekkelig hjemmel, forfølger et legitimt formål og er forholdsmessig, se Rt. 2014 side 1105 avsnitt 28 og Rt. 2015 side 93 avsnitt 60.

EMK artikkel 8 gjelder rett til respekt for privatliv og familieliv og SP artikkel 17 gjelder adgang til å gjøre inngrep i privatlivet. EMK artikkel 8 nr. 2 fastsetter at det kan gjøres inngrep i rettigheten når dette er i samsvar med lov og «er nødvendig i et demokratisk samfunn av hensyn til (…) å beskytte helse». I kravet om at inngrepet må skje i samsvar med lov ligger det både et krav om at det må være hjemmel i nasjonal rett og et krav om at det nasjonale rettsgrunnlaget må oppfylle krav om tilgjengelighet for den det retter seg mot og være tilstrekkelig klart utformet. I tillegg må tiltaket være nødvendig ut fra formålet og forholdsmessig.

EMK artikkel 5 regulerer retten til frihet og sikkerhet. Det er gitt unntak for en rekke opplistede tilfeller, og det oppstilles også et legalitetskrav i denne bestemmelsen. I artikkel 5 nr. 1 bokstav e gis det unntak for «lovlig frihetsberøvelse av personer for å hindre spredning av smittsomme sykdommer (…)». Inngrep forutsetter at mindre inngripende tiltak må være vurdert til ikke å være tilstrekkelig. Spredning av den smittsomme sykdommen må være farlig for allmennheten, og frihetsberøvelse må være siste utvei. En avsagt storkammerdom fra Den europeiske menneskerettsdomstol (EMD) i saken Vavricka mfl. mot Tsjekkia, 8. april 2021, trekker opp enkelte rammer for statens handlingsrom til å knytte rettsvirkninger til vaksinestatus. Se omtale i punkt 20.3.2.

5.3.9 Barns særskilte rettigheter

At barn har særskilte rettigheter følger av Grunnloven § 104 som lyder:

> «Barn har krav på respekt for sitt menneskeverd. De har rett til å bli hørt i spørsmål som gjelder dem selv, og deres mening skal tillegges vekt i overensstemmelse med deres alder og utvikling.
>
> Ved handlinger og avgjørelser som berører barn, skal barnets beste være et grunnleggende hensyn.
>
> Barn har rett til vern om sin personlige integritet. Statens myndigheter skal legge forholdene til rette for barnets utvikling, herunder sikre at barnet får den nødvendige økonomiske, sosiale og helsemessige trygghet, fortrinnsvis i egen familie.»

Barns særlige rettigheter er mer utfyllende regulert i FNs barnekonvensjon (BK). Av BK artikkel 3 første ledd fremgår blant annet at barnets beste skal være et grunnleggende hensyn ved alle handlinger som berører barn. Barns rett til å uttale seg og bli hørt er et sentralt prinsipp i barnekonvensjonen artikkel 12.

Ved utforming av lover og regler som vedrører barn eller kan få konsekvenser for barn, skal det foretas en vurdering av barns rettigheter etter barnekonvensjonen og Grunnloven. Hensynet til barn må likedan ivaretas ved anvendelse av eksisterende lover, for eksempel ved utforming av smitteverntiltak med hjemmel i smittevernloven. Dette kan tilsi at enkelte smitteverntiltak ikke gis anvendelse overfor barn eller at de gis en annen og mindre inngripende anvendelse overfor barn.

5.3.10 Bevegelsesfriheten

Retten til bevegelsesfrihet innenfor rikets grenser, retten til fritt å velge sitt bosted og retten til å forlate sitt land følger av Grunnloven § 106 som lyder:

> «Enhver som oppholder seg lovlig i riket, kan fritt bevege seg innenfor rikets grenser og velge sitt bosted der.
>
> Ingen kan nektes å forlate riket med mindre det er nødvendig av hensyn til en effektiv rettsforfølgelse eller for avtjening av verneplikt. Norske statsborgere kan ikke nektes adgang til riket.»

Rett til bevegelsesfrihet følger også av EMK tilleggsprotokoll 4 artikkel 2 og SP artikkel 12. Etter EMK kan bevegelsesfriheten innskrenkes av hensyn til å «beskytte helse» og «beskytte andres rettigheter og friheter» dersom det er forholdsmessig. Formålet med begrensningen i retten til bevegelsesfrihet er eksempelvis å forebygge og motvirke at smittsomme sykdommer overføres i befolkningen. Det må innfortolkes tilsvarende adgang til å gjøre inngrep i rettigheten etter Grunnloven § 106 som det som følger av EMK.

5.3.11 Retten til religionsfrihet

Religionsfriheten er beskyttet i Grunnloven § 16 første punktum, EMK artikkel 9 og SP artikkel 18. Grunnloven § 16 første punktum fastsetter at «[a]lle innbyggere i riket har fri religionsutøvelse».

Smitteverntiltak som omfatter religiøse samlinger vil kunne utgjøre et inngrep i retten til religionsfrihet, både for den religiøse sammenslutningen som sådan og for enkeltindividene. Det kan gjøres inngrep i retten til religionsutøvelse etter EMK artikkel 9 nr. 2 for å beskytte «helse». I tilfellene hvor hensynet til befolkningens rett til liv og helse skal avveies mot individets rett til å utøve sin religion, har staten en bred skjønnsmargin, se den avsagte dommen fra EMD i saken Polat mot Østerrike, 20. juli 2021 avsnitt 80.

5.3.12 Retten til utdanning

Retten til utdanning er fastslått i Grunnloven § 109. Av bestemmelsens første ledd fremgår at:

> «Enhver har rett til utdannelse. Barn har rett til å motta grunnleggende opplæring. Opplæringen skal ivareta den enkeltes evner og behov og fremme respekt for demokratiet, rettsstaten og menneskerettighetene.»

Det følger av andre ledd at myndighetene skal «sikre adgang til videregående opplæring og like muligheter til høyere utdanning på grunnlag av kvalifikasjoner.» Retten til utdanning må også sees i sammenheng med Grunnloven § 104 om at barnets beste skal være et grunnleggende hensyn ved handlinger og avgjørelser som berører barn.

Barns rett til utdanning følger også av BK artikkel 28 og mer allment av ØSK artikkel 13.

5.3.13 Det kommunale selvstyret

Det kommunale selvstyret har lenge vært en del av samfunnsordningen i Norge, og handler grunnleggende sett om kommunenes rett til å styre seg selv. Grunnloven § 49 andre ledd grunnlovfester prinsippet: «Innbyggerne har rett til å styre lokale anliggender gjennom lokale folkevalgte organer. Nærmere bestemmelser om det lokale folkevalgte nivå fastsettes ved lov».

I innstillingen fra Stortingets kontroll- og konstitusjonskomité er det blant annet understreket at bestemmelsen ikke er ment å være noen «skranke for den funksjons- og oppgavefordeling innen offentlig forvaltning som Stortinget gjennom ordinær lovgivning finner hensiktsmessig», jf. Innst. 182 S (2015–2016) side 7. Bestemmelsen viser samtidig betydningen av at lokale og sentrale myndigheter kan ha ulike oppgaver. Respekt for det kommunale selvstyret er også folkerettslig forankret. Etter Europarådets konvensjon om lokalt selvstyre er norske styresmakter blant annet forpliktet til å hjemle begrensninger i det lokalt selvstyre ved lov.

Grunnloven § 49 andre ledd er ikke til hinder for at det gis bestemmelser i lov som begrenser det kommunale selvstyret. Det følger av kommuneloven § 2-2 første ledd at begrensninger i det kommunale og fylkeskommunale selvstyret kan gjøres så lenge det er nødvendig for å ivareta nasjonale mål.

5.4 Wien-konvensjonene om diplomatisk og konsulært samkvem mv.

Norge er bundet av Wien-konvensjonen om diplomatisk samkvem av 1961 (WKDS) og Wien-konvensjonen om konsulært samkvem av 1963 (WKKS). Forpliktelsene etter Wien-konvensjonene, og andre regler og avtaler som gir privilegier, immunitet og ukrenkelighet, innebærer visse begrensninger når det gjelder smitteverntiltak. Begrensningene gjelder blant annet innreiserestriksjoner, innreisekarantene, isolasjon og smittekarantene, krav om test, blodprøvetaking eller andre tilsvarende undersøkelser, tvungen legeundersøkelse eller legemiddelbehandling, stengning av eller krav til virksomheter, samt pålegg om rengjøring, desinfeksjon eller destruksjon av gjenstander eller lokaler.

Bestemmelsene i Wien-konvensjonene som kan innebære begrensninger når det gjelder smitteverntiltak, kommer til anvendelse for diplomater, administrativt og teknisk personale ved ambassader og utsendte konsulære tjenestepersoner som tjenestegjør i Norge, samt deres medfølgende familiemedlemmer. Akkrediterte/tilmeldte diplomater vil være bosatt i Norge, mens såkalt sideakkrediterte/-tilmeldte diplomater gjerne er bosatt i våre naboland med ansvar også for sin hjemstats forbindelser til Norge. Tilmeldt diplomatisk og konsulært personell og medfølgende familiemedlemmer er omfattet av utlendingsforskriftens § 1-4 og § 1-5, som på nærmere vilkår gir unntak fra kravet om oppholdstillatelse for utlendinger.

Wien-konvensjonene har blant annet bestemmelser om hvordan tilmeldte diplomater, administrativt og teknisk personale og utsendte konsulære tjenestepersoner, samt medfølgende familiemedlemmer, skal behandles i mottakerstaten. Reglene er ikke gitt for det enkelte individs skyld, men for å tilrettelegge for internasjonalt samarbeid mellom stater. Konvensjonenes formål er å beskytte statenes representanter hos hverandre, slik at de ikke skal kunne tvinges til å handle i strid med senderstatens interesser ved at de utsettes for, eller trues med, tilbakeholdelse, tvang, økonomiske sanksjoner, utilbørlig press osv. Konvensjonene er laget nettopp med tanke på å sørge for at diplomatisk samkvem, bistand til egne borgere og mellomstatlig kommunikasjon skal fungere også under vanskelige forhold, inkludert i krise og konflikt. At det foreligger en krisesituasjon som naturkatastrofe eller pandemi gir i seg selv ikke grunnlag for å fravike konvensjonenes bestemmelser.

Det grunnleggende utgangspunktet etter Wien-konvensjonene er at diplomater, administrativt og teknisk personale og utsendte konsulære tjenestepersoner, samt deres medfølgende familiemedlemmer, skal følge norske lover og bestemmelser (WKDS art. 41.1 og WKKS art. 55.1). Samtidig har de visse privilegier og immunitet med hensyn til blant annet fri innreise, fri bevegelighet, forbud mot krenkelse av deres person og forbud mot arrest og tilbakeholdelse mv.

Wien-konvensjonene og andre regler og avtaler som gir privilegier, immunitet og ukrenkelighet innebærer visse begrensninger når det gjelder hvilke smitteverntiltak som kan pålegges. De mest sentrale begrensningene er følgende:

1. Utenriksstasjonens område er ukrenkelig. Norske tjenestepersoner kan ikke trenge inn på stasjonens område uten med stasjonssjefens samtykke (WKDS art. 22.1 og WKKS art. 31.1 og 31.2).
2. Stasjonens område kan ikke direkte eller indirekte stenges eller gjøres utilgjengelig av norske myndigheter (WKDS art. 22.2 og art. 25 og WKKS art. 28 og 31.3).
3. En ambassade og utsendtes transportmidler og andre gjenstander skal ikke utsettes for ransaking, rekvisisjon, beslagleggelse eller tvangsfullbyrdelse (WKDS art. 22.3 og 30.2).
4. Diplomater, administrativt og teknisk personale og utsendte konsulære tjenestepersoner, samt medfølgende familiemedlemmer, er ukrenkelige. De kan ikke undergis arrest eller på annen måte holdes tilbake, eller underkastes fysiske maktmidler eller annen inngripen, tvangsisolering m.m. (WKDS art. 29 og art. 37 og WKKS art. 41.2). I statspraksis har denne regelen vært tolket strengt. De eneste unntak fra dette forbudet i statspraksis har vært der det har vært umiddelbar fare for liv eller helse og mottakerstaten på grunnlag av selvforsvarsprinsipper har foretatt helt kortvarige pågripelser eller hvor mottakerstaten har gjort tiltak for å begrense gjennomføringen av handlingen. Tiltakene har da vært begrenset til hva som har vært helt nødvendig i det enkelte tilfellet, for eksempel fratakelse av våpen eller fratakelse av bilnøkler for å hindre videre kjøring. Og de har kun vært rettet mot den enkelte som selv har utgjort en konkret risiko. Forbudet mot tilbakeholdelse av diplomater, administrativt og teknisk personale og utsendte konsulære tjenestepersoner, samt medfølgende familiemedlemmer, er således strengere enn hva som skal anses som «vilkårlig arrest» etc. under den europeiske menneskerettighetskonvensjonen (EMK). Wien-konvensjonenes regler innebærer visse begrensninger når det gjelder adgangen til å pålegge testkrav og obligatoriske medisinske undersøkelser for diplomater, administrativt og teknisk personale og utsendte konsulære tjenestepersoner, samt medfølgende familiemedlemmer. Personene kan ikke *pålegges* for eksempel obligatoriske medisinske undersøkelser, men kan anmodes om å følge regler om dette.
5. Boligen til diplomater og administrativt og teknisk personale, samt medfølgende familiemedlemmer, er ukrenkelige. Norske tjenestepersoner kan ikke trenge inn i slike uten med stasjonssjefens samtykke (WKDS art. 30.1).
6. Diplomater, administrativt og teknisk personale og utsendte konsulære tjenestepersoner, samt medfølgende familiemedlemmer, har full bevegelsesfrihet og kan reise fritt innen Norges territorium, med unntak av områder hvor det av hensyn til mottakerstatens sikkerhet ikke er adgang eller hvor adgangen er avhengig av tillatelse (WKDS art. 26 og WKKS art. 34). Man kan unnta særskilte områder i mottakerstaten, for eksempel militære områder, men ikke pålegge slikt personell et bestemt oppholdssted. Bevegelsesfriheten gjelder også inn- og utreise til Norge, og også for tredjelands diplomater i transitt (WKDS art. 40 og WKKS art. 54). Dersom det treffes nasjonale vedtak om restriksjonsområder, antas det imidlertid at disse må gjelde også for de nevnte personene. Personellet kan som hovedregel ikke pålegges portforbud eller karantene, men kan anmodes om å overholde regler om dette. Wien-konvensjonene slår også fast at mottakerstaten skal legge forholdene til rette for at stasjonen kan utøve sine funksjoner (WKDS art. 25 og WKKS art. 28). Også dette kan få betydning for utforming av smitteverntiltak, for eksempel ved utforming av krav om innreisekarantene.

7. Diplomater og konsulære tjenestepersoner skal ha rett til å besøke en borger av senderstaten som sitter i fengsel, varetektsarrest eller på annen måte er tilbakeholdt, til å tale og korrespondere med ham og til å skaffe ham juridisk bistand (WKKS art. 36.1.c). Slikt personell må likevel respektere smittevernregler som er iverksatt og kan nektes adgang om de ikke respekterer dem.

Disse reglene innebærer grenser for hvilke smitteverntiltak som kan pålegges tilmeldte utenlandske diplomater og konsulært personell uten at Norge bryter sine folkerettslige forpliktelser. Dette vil det være nødvendig å vurdere ved utforming av smitteverntiltak, for eksempel smitteverntiltak som innebærer innreiserestriksjoner, innreisekarantene, generelle regler om karantene og isolasjon og krav om test. Departementet viser i den forbindelse til at den nå opphevede covid-19-forskriften av den grunn inneholdt en rekke unntak og særregulering for personell omfattet av Wien-konvensjonene.

Immunitets- og ukrenkelighetsreglene forvaltes ikke av den enkelte som har rettigheter etter reglene, men av den senderstaten som vedkommende representerer. Fravikelse fra punkt 1, 3, 4 og 5 kan kun gjøres etter immunitetsavkall formidlet mellom senderstatens utenriksdepartement og Utenriksdepartementet (WKDS art. 32 og WKKS art. 45), med unntak av i tilfeller hvor det er en akutt og umiddelbar fare for tap av liv.

Det finnes enkelte andre persongrupper som er omfattet av immunitets- og ukrenkelighetsregler etter andre regler enn de som følger av Wien-konvensjonene. Det gjelder egne regler basert på folkerettslig sedvanerett og folkerettslige avtaler, eksempelvis for statsoverhoder, ledere for FN og FN-organisasjoner, samt personer som er tilknyttet mellomstatlige organisasjoner eller konvensjonsorganer, og som er tilmeldt Norge.

5.5 EØS-rettslige rammer

Både EØS-avtalen og Schengen-samarbeidet har regler som åpner for at det ut fra hensynet til folkehelsen kan gjøres inngrep i rettigheter knyttet til innreise og personbevegelighet.

Innføring av smitteverntiltak kan reise enkelte problemstillinger knyttet til EØS-avtalen. Smitteverntiltak som innreiseregulering, innreisekarantene, begrensninger knyttet til butikker, arrangementer eller salg av varer og tjenester, kan berøre flere sentrale regler på EØS-området. Blant annet kan den frie flyten av arbeidskraft, etableringsfriheten og konkurransesituasjonen påvirkes av slike tiltak.

Retten til fri bevegelighet for personer er en av de grunnleggende frihetene i EØS-avtalen. Den kommer blant annet til uttrykk gjennom EØS-avtalens artikkel 28 om fri bevegelighet for arbeidstakere. Det følger av artikkel 28 nr. 3 at den frie bevegeligheten skal gi rett til blant annet å ta arbeid og opphold, med forbehold om de begrensninger som er begrunnet ut fra hensynet til offentlig orden, sikkerhet og folkehelse. Tilsvarende begrensninger som er begrunnet ut fra hensynet til folkehelsen gjelder for etablereringsfriheten (artikkel 31) og adgangen til å yte tjenester (artikkel 36), jf. avtalens artikkel 33 og 39.

Videre fastsetter Europaparlaments- og rådsdirektiv 2004/38/EF av 29. april 2004 om unionsborgeres og deres familiemedlemmers rett til å bevege seg og oppholde seg fritt på medlemsstatenes territorium («fri bevegelighetsdirektivet») artikkel 5, en rett til innreise for statsborgere i EØS-statene. Det følger av artikkel 27 og 28 at inngrep i retten til fri bevegelighet bare er tillatt dersom tiltakene er nødvendige, forholdsmessige og basert på objektive og ikke-diskriminerende kriterier. Artikkel 29 nr. 1 fastsetter videre følgende:

«Sykdommer som kan gi grunnlag for å begrense den frie bevegelighet, er bare sykdommer som kan være epidemiske i henhold til Verdens helseorganisasjons gjeldende bestemmelser samt infeksjonssykdommer eller smittsomme parasittære sykdommer dersom de omfattes av vernetiltak som gjelder for vertsstatens egne borgere.»

Smitteverntiltak for å begrense smitte over grensen må med andre ord oppfylle et legitimt formål som for eksempel å beskytte folkehelsen, slik at restriksjoner i den frie bevegeligheten i prinsippet kan rettferdiggjøres under EØS-avtalen. Videre må tiltaket være ikke-diskriminerende og forholdsmessig. Kravet om forholdsmessighet innebærer at tiltaket må være egnet for å oppnå formålet, og at det må forfølge formålet på en «konsistent og systematisk måte», jf. blant annet EFTA-domstolens uttalelse i sak E-8/17 Kristoffersen, avsnitt 118.

EØS-statene har en betydelig skjønnsmargin når de skal velge hvilket nivå for beskyttelse av befolkningen som staten skal sikte mot når trusler mot liv og helse truer folkehelsen. Se omtale av dette i punkt 10.3.4.

6 Overordnet om andre nordiske lands rett

6.1 Innledning

I dette punktet redegjøres det for hovedinnretningen av lovgivningen i andre nordiske land. Gjeldende rett i andre land vil også omtales nærmere der det er relevant for spørsmålene som behandles i de øvrige kapitlene.

6.2 Danmark

I Danmark reguleres smittevern av lov 27. februar 2021 nr. 285 om epidemier m.v. (epidemiloven), som trådte i kraft 1. mars 2021.

I mars 2020 vedtok Folketinget i Danmark flere hastelover for å håndtere koronapandemien, herunder en endring av den daværende epidemiloven. Endringen hadde en solnedgangsklausul som innebar at hele epidemiloven skulle bortfalle den 1. mars 2021. Det var derfor behov for en ny epidemilov.

Det fremgår av forarbeidene til epidemiloven (Lovforslag nr. L 134, Folketinget 2020-21, s. 16) at det var avgjørende for regjeringen å sikre at myndighetene har de verktøy som måtte vise seg nødvendig for å sikre myndighetenes handlemuligheter og effektiv ressursutnyttelse med tanke på å beskytte samfunnet og enkeltpersoner mot smittsomme sykdommer.

Epidemilovens formål og virkeområde, herunder definisjoner av ulike smittsomme sykdommer, har store likhetstrekk med den norske smittevernloven. Epidemiloven skiller mellom «alment farlige sygdomme», «samfundskritiske sygdomme» og øvrige smittsomme sykdommer, noe som har betydning for hvilke av lovens regler som kan anvendes.

Det følger av loven § 3 at enhver forvaltningsmyndighet etter anmodning skal yte veiledning og bistå Styrelsen for Patientsikkerhed og andre myndigheter som ivaretar oppgaver etter loven. Det er flere myndigheter som er gitt ansvar og oppgaver i loven. Styrelsen for Patientsikkerhed er gitt myndighet på mange områder, det er blant annet de som har myndighet til å gi pålegg om individrettede tiltak. Styrelsen har også noen steder myndighet til å pålegge kommunene å innføre tiltak. Indenrigs- og sundhedsministeren har flere ansvarsområder, og også andre ministre er enkelte steder gitt hjemmel til å fastsette regler for hele eller deler av landet, etter forhandling med indenrigs- og sundhedsministeren, og motsatt.

Epidemiloven kapittel 5 omhandler individrettede tiltak, som pålegg om undersøkelse, isolering, behandling og sanering. Isolering kan pålegges personer som er smittet eller mistenkt smittet av en allmennfarlig smittsom sykdom, og isoleringen gjennomføres på egnet sted, fortrinnsvis personens hjem. Epidemiloven kapittel 6 omhandler befolkningsrettede tiltak, som møteforbud, antallsbegrensning, stedsbegrensning og avsperring av bestemte områder. Etter både kapittel 5 og 6 kan politiet bistå til gjennomføring av tiltakene. Videre følger det av kapittel 6 at det kan gis restriksjoner eller

forbud mot adgang til eller bruk av eksempelvis helse- og omsorgsinstitusjoner, offentlige og private dagtilbud, skoler og andre utdanningsinstitusjoner, transportmidler og lokaler som fysiske eller juridiske personer råder over og hvor offentligheten har tilgang.

I likhet med norsk lovgivning er det bestemmelser om iverksettelse av tiltak mot innføring av allmennfaglige smittsomme sykdommer i landet, herunder innreisekarantene.

Med den nye epidemiloven har danske myndigheter ikke lenger hjemmel til å påby vaksinasjon mot en epidemisk sykdom eller andre sykdommer.

Epidemiloven har bestemmelser som skal ivareta rettssikkerheten, herunder krav om overholdelse av prinsipper om forholdsmessighet, bruk av det minst inngripende virkemiddel og klageadgang over enkeltvedtak. Loven har bestemmelser om straff og ransaking. Videre har loven regler for utveksling av personopplysninger og opplysningsplikt.

Danmark har etter den nye loven en epidemikommisjon, som blant annet skal avgi innstilling til Folketinget før forskrifter omfattet av parlamentarisk kontroll kan gis.

Ved vedtakelsen av den nye epidemiloven ble det også vedtatt endringer i annen lovgivning, herunder folkehelseloven (sundhedsloven) og legemiddelloven.

6.3 Sverige

I Sverige er smittevern regulert i Smittskyddslag (2004:168) av 7. april 2004. Loven har også en tilhørende forskrift Smittskyddsförordning (2004:255). Under koronapandemien ble det i tillegg innført bestemmelser i lov (2021:4) om særskilte restriksjoner for å hindre spredning av sykdommen covid-19.

Hver enkelt region har ansvar for smittevern, slik de også har ansvaret for øvrig helsevern. Hver region har en smittevernlege (smittskyddsläkaren) som har en sentral rolle som kan sammenlignes med kommuneoverlegens rolle i Norge. På nasjonalt nivå er det myndighetsorganet Folkhälsomyndigheten som har ansvar.

Svensk lovgivning har i likhet med norsk og dansk lovgivning, inndelt smittsomme sykdommer etter tre alvorlighetsgrader (smittsom, allmennfarlig og samfunnskritisk). De allmennfarlige sykdommene og visse andre sykdommer er i tillegg benevnt som «anmälningspliktiga sjukdomar» og «smittspårningspliktiga sjukdomar».

I smittskyddslagen kapittel 2 er det regler om den enkeltes plikt til å forebygge smittespredning, myndighetenes ansvar for å gi informasjon om forebyggende tiltak, nasjonalt vaksinasjonsprogram, helsepersonells ansvar for å melde sykdom og epidemiologisk overvåkning. Loven kapittel 3 og 4 har bestemmelser om utredning av sykdomstilfeller og smitteverntiltak (individrettede tiltak). Undersøkelser kan gjennomføres ved tvang. Ved mistanke om at personer som kommer til Sverige er smittet av en samfunnskritisk sykdom, kan personen pålegges helsekontroll. Ved risiko for spredning av en samfunnskritisk sykdom i et område, kan området sperres av. Et vedtak om sperring betyr at den som oppholder seg i området har forbud mot å forlate det, og at den som er på utsiden av området har forbud mot å besøke det. I smittskyddslagen er det

ikke videre hjemler til å fastsette befolkningsrettede tiltak, som for eksempel antallsbegrensninger på arrangementer og stengning av virksomheter som samler flere mennesker.

I Sverige kan karantenereglene bare brukes ved samfunnskritisk sykdom, og kun pålegges personer som mistenkes å være smittet. Karantene gjennomføres på nærmere bestemt og egnet oppholdssted, eksempelvis i personens eget hjem. Isolering kan kun pålegges smittede personer, og isolasjonen skal som hovedregel gjennomføres i institusjon.

Tiltak etter den svenske smittevernloven må være basert på vitenskap og dokumentert erfaring, og må gjennomføres med respekt for menneskeverdet og enkeltpersoners integritet. Ved tiltak som berører barn skal det legges vekt på barnets beste. Tiltak som den enkelte motsetter seg, kan bare treffes dersom det ikke finnes andre alternativer. Loven har bestemmelser om erstatning, klage og behandling i forvaltningsretten.

Den svenske regjeringen besluttet 29. juni 2023 å igangsette en utredning for å gjennomgå den rettslige reguleringen av smittevernet for å bedre tilpasse denne til situasjoner med omfattende smittespredning. Utredningen om stärkt framtida smittskydd (S 2023:08) skal sluttføres senest 30. januar 2026. Utredningen skal blant annet:

> «analysera och ta ställning till om smittskyddslagen (2004:168) ska anpassas till situationer med omfattande smittspridning,
>
> analysera och föreslå nya bestämmelser för att motverka trängsel,
>
> analysera och ta ställning till om en handlingsprincip ska införas,
>
> lämna underlag till en nationell strategi för hantering av pandemier,
>
> analysera och ta ställning till vissa organisatoriska frågor som rör smittskyddsläkare,
>
> analysera och föreslå hur ett nationellt samordningsansvar för vårdhygienfrågor bör utformas, och
>
> lämna nödvändiga författningsförslag».

En delutredning, Stärkt pandemiberedskap (SOU 2025:48), med forslag om lovendringer som legger til rette for rask begrensning av smittespredning ved en pandemi ble levert 23. april 2025. Departementet har i arbeidet med høringsnotatet ikke hatt anledning til å vurdere forslagene i den svenske delutredningen, men vil se hen til denne i det videre lovarbeidet.

6.4 Finland

I Finland reguleres smittevern i smittevernloven (Tartuntatautilaki 1227/2016). Det fremgår av forarbeidene til loven (Han 13/2016) at det ble gjort en større lovrevisjon for å tydeliggjøre smittevernloven gjennom ny struktur og inndeling. Loven består av ni kapitler: generelle bestemmelser, organisering av forebyggende tiltak og myndigheter, identifisering og sporing av smittede personer og personer som med rimelighet kan mistenkes å være smittet, melding om smittsomme sykdommer, utlevering av opplysninger og registre, vaksinasjoner, tiltak for å begrense spredning av infeksjon, bruk av legemidler, medisinsk utstyr og verneutstyr, gebyrer og godtgjørelser og diverse bestemmelser.

Sosial- og helsedepartementet har det overordnede ansvaret for smittevernet. Det praktiske forebyggende arbeidet gjennomføres i kommunehelsetjenesten. Samkommunene i sykehusdistriktet har ansvar for å støtte kommunene, og kommunene har en smittevernlege.

Finsk smittevernlov skiller mellom smittsom og allmennfarlig smittsom sykdom, i tillegg til sykdommer som krever overvåkningstiltak. Loven inneholder ikke en generell bestemmelse med krav til forholdsmessighet, men det stilles krav til at stenging av virksomhet, forbud mot møter, karantene og andre tiltak er nødvendige for å hindre smittespredning. Karantenereglene kan benyttes ved sykdom som er allmennfarlig eller med grunn kan mistenkes å være allmennfarlig, og kan pålegges personer som mistenkes å være smittet. Isolering kan pålegges personer som er smittet, eller som med rimelig grunn antas å være smittet. Vaksinasjon er frivillig, men regjeringen har hjemmel til å fastsette obligatorisk vaksinasjon.

7 Ny smittevernlov og ny struktur

7.1 Ny lov

Departementet foreslår å erstatte smittevernloven av 1994 med en ny smittevernlov.

Dagens smittevernlov gjennomgikk en mindre revisjon i 2019, jf. Prop. 91 L (2018-2019). Loven har i utgangspunktet stått seg godt og den har langt på vei nødvendige hjemler for å håndtere smittsomme sykdommer, herunder pandemier. Det er likevel behov for å drøfte endringer i flere bestemmelser, inkludert vilkår for innføring av smitteverntiltak og hvem som skal kunne vedta disse. Forslaget om endret systematikk og kapittelinndeling i punkt 7.3 forutsetter flytting og omnummerering av paragrafer i store deler av loven. Det foreslås også en rekke tekniske endringer, blant annet som følge av endret begrepsbruk. Lovteknisk sett tilsier dette at smittevernloven bør foreslås som en ny lov, fremfor at det kun foreslås endringer i gjeldende lov.

En ny lov vil videre gjøre det enklere for høringsinstanser og Stortinget å vurdere smittevernloven som helhet. Det er også mer forenelig med formålet om å foreta en helhetlig revisjon av smittevernloven å behandle alle sider av loven samlet, fremfor kun utvalgte deler. Dette gir blant annet grunnlag for å gi innspill også på deler av smittevernloven som departementet foreslår videreført uendret.

Samling av forarbeider til loven i ett dokument, både for bestemmelser som endres og bestemmelser som videreføres uten materielle endringer, vil gjøre det enklere for de mange brukerne av loven å orientere seg om plikter og rettigheter og finne nyttig veiledning ved behov i senere alvorlige smittesituasjoner. En samlet fremstilling og vurdering kan på denne måten bidra til en styrket beredskap og rettssikkerhet.

Departementet har i dag også sendt på høring forslag til ny helseberedskapslov. I tillegg viser departementet til Prop. 109 L (2024-2025) *Endringer i helseforskningsloven mv. (vilkår for medisinsk og helsefaglig forskning og for bruk av helseopplysninger i forskning)*, hvor det blant annet ble foreslått endringer som vil gjøre det lettere å få tilgang til kunnskap i kriser. Stortinget har vedtatt lovendringene i tråd med forslaget. Disse lovene vil virke sammen med smittevernloven når alvorlige utbrudd av allmennfarlig smittsomme sykdommer oppstår, noe som tilsier at de bør holdes opp mot en samlet redegjørelse av alle bestemmelsene i en ny smittevernlov.

7.2 En samlet smittevernlov, ikke en rendyrket pandemilov

Gjeldende smittevernlov regulerer både det løpende arbeidet med smittsomme og allmennfarlig smittsomme sykdommer primært rettet mot enkeltindivider, og håndtering av alvorlige utbrudd av slike sykdommer som krever inngripende smitteverntiltak rettet mot befolkningen i hele eller deler av landet.

Det kan være mulig å dele opp reguleringen av det løpende individrettede smittevernet og håndtering av smittevern i helsekrise i ulike lover. Smittevernloven kunne i så fall vært gjort om til en pandemilov for ekstraordinære situasjoner, mens lovens bestemmelser om

individrettet smittevern, forundersøkelser og forebygging kunne vært flyttet til helse- og omsorgstjenesteloven, folkehelseloven, helseforetaksloven og spesialisthelsetjenesteloven. Ulempene med dette er en mer fragmentarisk regulering og behov for omfattende gjentakelser eller henvisninger til annen lovgivning. De organisatoriske bestemmelsene bør også holdes samlet fordi ansvaret for forebygging og håndtering av helsekrise henger tett sammen. Departementet foreslår derfor å videreføre ordningen med én lov som regulerer dette samlet.

7.3 Ny kapittelinndeling

Smittevernloven er i dag delt inn i følgende åtte kapitler:

- Kapittel 1. Innledende bestemmelser
- Kapittel 2. Informasjon til smittede personer, unntak fra taushetsplikt, meldinger og varsler
- Kapittel 3. Undersøkelser og vaksinasjoner
- Kapittel 4. Andre smitteverntiltak
- Kapittel 4A (Opphevet)
- Kapittel 5. Plikter for smittede personer – tvangstiltak
- Kapittel 6 Rett til smittevernhjelp mv.
- Kapittel 7 Administrative organer og deres ansvar
- Kapittel 8 Straff, erstatning, klage, ikrafttredelse og overgangsbestemmelser

Departementet foreslår å endre lovens systematikk for å gjøre den mer tilgjengelig og oversiktlig. Rekkefølgen på lovens kapitler bør i større grad tilsvare behovet for tiltak i ulike stadier av et mulig smitteforløp: først klar oppgavefordeling i forvaltningen som grunnlag for det løpende smittevernarbeidet og for å kunne møte en krise, så forebyggende tiltak som undersøkelser og vaksinasjon, deretter tiltak i helse- og omsorgstjenesten rettet mot enkeltindivider, deretter tiltak rettet mot befolkningen og virksomheter som vedtas av kommuner eller på nasjonalt nivå, og endelig smitteverntiltak som skal motvirke at smittsomme sykdommer føres inn i landet eller spres til andre land.

Når departementet foreslår to ulike kapitler med bestemmelser om henholdsvis kommunenes og statens anledning til å fatte vedtak om forskriftsfestede smitteverntiltak, skyldes dette et ønske om å gjøre arbeidet i helsekrise enklere for kommunene og tydeliggjøre hvem som har ansvar for å vurdere tiltak. Plikter, rettigheter og forskriftshjemler innenfor de ulike kategoriene bør også samles i større grad enn i dagens lov. Den danske epidemiloven av 27. februar 2021 bygger på en lignende grunnstruktur.

Forslag til ny struktur:

- Kapittel 1 Innledende bestemmelser
- Kapittel 2 Administrative organer og deres ansvar
- Kapittel 3 Vaksinasjon
- Kapittel 4 Helse- og omsorgstjenestens og helsepersonells plikter ved smitte
- Kapittel 5 Rett til smittevernhjelp og plikter for smittede personer
- Kapittel 6 Tvangstiltak rettet mot smittede personer
- Kapittel 7 Kommunale smitteverntiltak

- Kapittel 8 Statlige smitteverntiltak
- Kapittel 9 Smitteverntiltak for å motvirke at smittsomme sykdommer føres inn i landet eller spres til andre land
- Kapittel 10 Behandling av biologisk materiale og personopplysninger
- Kapittel 11 Adgang til å fastsette forskrifter med lovs innhold, herunder fravike gjeldende lovgivning (derogasjon)
- Kapittel 12 Straff, klage, ikrafttredelse og overgangsbestemmelser

8 Prosess og veivalg ved bruk av lovens forskriftshjemler i krise

8.1 Oppsummering av kapittelet

I dette kapittelet foreslår ikke departementet endringer i lov, men omtaler erfaringer med regelverksprosesser under koronapandemien og hvordan de kan forbedres. Blant annet omtales:

- erfaringene med forskriftsarbeidet under koronapandemien og hvordan arbeidet med å innhente befolkningens synspunkter på innretningen av smitteverntiltak kan organiseres bedre ved neste krise. I fremtidige kriser må det være en målsetting å gjennomføre høringer eller andre formaliserte innspillsprosesser i større grad enn det som var tilfellet under koronapandemien. Det inkluderer blant annet konkret vurdering av hastegrad, formaliserte høringer om innførte tiltak, opprettelse av ulike nettverk og rådgivende ekspertorgan og prosesser for å innhente synspunkter fra barn. Dersom det ikke er mulig å gjennomføre høring før tiltak vedtas, kan det likevel avholdes formell høring etter vedtaket (etterhøringer). Dette vil gi bedre grunnlag for å vurdere konsekvenser og behov for tilpasninger.
- betydningen av å gjøre begrunnelsene for vedtak tilgjengelige for allmennheten, slik at de kan etterprøves og forstås. Erfaringene fra pandemien tilsier at det ved en fremtidig alvorlig smittesituasjon som rammer hele eller deler av landet bør legges enda større vekt på skriftlig å formidle begrunnelser for hvorfor tiltak anses egnet, nødvendig og forholdsmessig, i tillegg til kunnskapsgrunnlag og anbefalinger fra etatene. Disse begrunnelsene bør gjøres tilgjengelige innen kort tid på regjeringen.no.
- valget mellom å gi et smitteverntiltak som anbefaling, forskrift uten straffesanksjon eller forskrift med straffesanksjon, må bero på en konkret vurdering av hva som anses nødvendig og forholdsmessig for å oppnå ønsket etterlevelse og beskyttelsesnivå.
- hvordan staten kan gi kommunene god veiledning i forbindelse med at de vedtar egne tiltak og gjennomfører statlige vedtak. Grunnleggende veiledning om smitteverntiltak må være bedre tilgjengelig for kommunene allerede ved starten av den neste alvorlige smittesituasjonen som berører hele eller deler av landet. Folkehelseinstituttets veiledning tilpasset konkrete smittesituasjoner i den enkelte kommune, og statsforvalterens rolle i å koordinere innspill fra kommunene og tilrettelegge for regionale tiltakspakker, vil også neste gang være avgjørende for å lykkes med et godt samlet smittevern.
- behovet for å få overprøvd forskriftsfestede smitteverntiltak. Domstolene bør også i en fremtidig helsekrise ivareta behovet for å vurdere lovligheten av forskrifter. Tilpassede klageordninger bør vurderes konkret når behovet oppstår. Statsforvalterens adgang til å føre lovlighetskontroll med kommuners forskrifter foreslås ikke endret.

Høringsinstansene bes særskilt om å uttale seg om:

- hvordan høringer eller andre formaliserte innspillsprosesser kan og bør gjennomføres i krise.
- hvordan statlige myndigheter bør bistå og samarbeide med kommuner når det er behov for omfattende smitteverntiltak i hele eller deler av landet.

8.2 Innledning

I dette kapittelet drøfter departementet hvordan prosesser før og etter at befolkningsrettede smitteverntiltak vedtas bør innrettes for å bidra til at tiltakene har god effekt, tilpasses samfunnets behov, etterleves og etterprøves ved behov.

I punkt 8.3 omtales erfaringene med forskriftsarbeidet under koronapandemien og hvordan arbeidet med å innhente befolkningens synspunkter på innretningen av smitteverntiltak kan organiseres bedre ved en neste helsekrise. Deretter omtales i punkt 8.4 betydningen av å gjøre begrunnelsene for vedtak tilgjengelige, slik at de kan etterprøves og forstås. Valget mellom å gi smitteverntiltak som forskrifter eller anbefalinger drøftes i punkt 8.5, og bruk av forskrifter og enkeltvedtak drøftes i punkt 8.6. I punktene 8.7 og 8.8 drøftes veiledning til kommunene i forbindelse med at de vedtar egne tiltak og gjennomfører statlige vedtak. I punkt 8.9 omtales særskilte klageordninger og lovlighetskontroll.

8.3 Høring og innspill til beslutningsgrunnlag

8.3.1 Gjeldende rett

Ifølge forvaltningsloven § 37 skal forskrifter som hovedregel sendes på høring. Dette kan unnlates dersom det «ikke vil være praktisk gjennomførlig», det kan «vanskeliggjøre gjennomføring av forskriften eller svekke dens effektivitet» eller «må anses åpenbart unødvendig». I veilederen til Utredningsinstruksen punkt 3.3.5 utdypes unntakene med følgende eksempel:

> «Høring kan være vanskelig å gjennomføre i praksis i tilfeller der man står overfor stramme tidsrammer. For eksempel kan det være behov for tiltak som krever snarlig iverksettelse for å forhindre alvorlige utfall for liv, helse og miljø. Alvorlige krisesituasjoner er eksempler på når høring kan være vanskelig å gjennomføre i praksis.
>
> Samtidig er det viktig å huske på at høringer kan bidra til nyttige innspill som ellers ikke ville blitt fanget opp. Høringer bidrar også til åpenhet rundt reguleringsprosesser som kan ha betydning for tiltakenes legitimitet i befolkningen, og på sikt også for tilliten til myndighetene. En kortere høringsfrist vil være et bedre alternativ enn å unnlate høring der det er mulig (jamfør kapittel 3.3.2). Tydelig kommunikasjon er viktig for dem som må rette seg etter lov- og/eller forskriftskrav som iverksettes raskt, for å sikre at de får en reell mulighet til å innrette seg etter disse.
>
> Det kan også være aktuelt å sende krisetiltak på høring etter at de er iverksatt, dersom de ikke ble sendt på høring i forkant. Slik kan man innhente informasjon fra de berørte og eventuelt justere tiltakene».

Grunnloven § 104 bestemmer at barn har rett til å bli hørt i spørsmål som gjelder dem selv, og at deres mening skal tillegges vekt i overensstemmelse med deres alder og

utvikling. Barns rett til å bli hørt på systemnivå gjelder barn som gruppe, også ved utforming av lokal og nasjonal politikk.

8.3.2 Erfaringer fra koronapandemien

8.3.2.1 Koronakommisjonen og Koronautvalget

Koronakommisjonen pekte i NOU 2021: 6 s. 275 på at manglende høringer ved innføring av eller endringer i allerede fastsatte smitteverntiltak, var en svakhet i pandemihåndteringen:

> «Under koronakrisen har det til tider vært et spenningsforhold mellom behovet for å få på plass regelverk raskt og behovet for en god demokratisk høringsprosess. Vi anerkjenner at det enkelte ganger har vært behov for å iverksette tiltak raskt. Vi mener likevel at høring, eventuelt etterfølgende høring, kunne bidratt til nødvendige korrigeringer og at myndighetene skulle lagt til rette for det.»

Kommisjonen anbefalte også på side 390 i større grad å sikre at barn blir hørt:

> «Kommisjonen anbefaler at beslutningstagere på alle nivåer etablerer gode prosedyrer for å involvere barn og unge i beslutninger som berører dem. Prosedyrene bør utformes med tanke på at de også skal fungere i kritiske situasjoner.»

Koronautvalget konkluderte med at saksbehandlingen gjennom pandemien i det store og hele oppfylte de kravene som må stilles under en krise, men at høringsinstituttet kunne vært benyttet på en bedre måte, se omtale i NOU 2023: 16 s. 116-117:

> «Forvaltningsloven og utredningsinstruksen tar høyde for at kriser kan gjøre det nødvendig med unntak fra høringer, for eksempel ved behov for rask iverksettelse av tiltak for å beskytte liv og helse. Beslutning om å ikke gjennomføre høring skal være begrunnet. Regjeringens forslag om lovendringer ble sendt på høringer, men ofte med svært korte frister. Forskrifter om smitteverntiltak ble i all hovedsak vedtatt uten forutgående høringer. En endring fra normalsituasjonen var at forskrifter ble justert fortløpende, og tilbakemeldinger om utfordringer med gjennomføring var gjerne utgangspunkt for justeringer av reglene. Myndighetene hadde dialog med aktører i ulike sektorer som ga verdifull informasjon blant annet om behovet for forskriftsendringer. I tillegg la regjeringen til rette for hyppige pressekonferanser og pressemeldinger.
>
> Koronapandemien ga verdifulle erfaringer når det gjelder regelverksutvikling og saksbehandling i en krise. I enkelte tilfeller kunne høringsinstituttet vært benyttet på en bedre måte. Det ble samtidig utviklet flere modeller for å få innspill på regelverksutviklingen. Koronautvalget mener at kravene til saksbehandlingen under en pandemi må vurderes i lys av tiden som er til rådighet utfra krisens karakter. I dette ligger at krisens karakter og hastegrad er avgjørende for hva som er forsvarlig saksbehandling og begrunnelser. For eksempel kan høringer forkortes, eller unnlates når det må iverksette tiltak raskt for å hindre at smittespredningen kommer ut av kontroll. Under pandemien virket etterfølgende justeringer og dialog til en viss grad kompenserende for begrensninger i saksbehandlingen. Koronautvalget er kjent med at utredningsinstruksen skal revideres på bakgrunn av blant annet erfaringer fra pandemihåndteringen.
>
> Koronautvalget er av den oppfatning at saksbehandlingen gjennom pandemien i det store og hele oppfylte de kravene som må stilles under en krise, og at de raske endringene i forskriftene ivaretok behovet for tilpasninger etter tilbakemeldinger. Koronautvalget er

samtidig enig i at det for kommunene ville vært gunstig å trekke inn juridisk kompetanse tidligere og mer aktivt i smittevernarbeidet, slik koronakommisjonen påpekte».

Koronautvalget understreket også på side 90 viktigheten av dialog med berørte parter for å øke treffsikkerheten til smitteverntiltak:

> «Den aller viktigste lærdommen utvalget ser er at differensiering er den beste strategien for å lette den totale tiltaksbyrden og særlig beskytte de mest utsatte og sårbare. Det er forståelig at man i en akuttsituasjon er nødt til å innføre smitteverntiltak med bred pensel, men så snart den første akutte fasen er over bør de ansvarlige myndigheter gjennomgå tiltakene og i samråd med berørte parter se etter muligheter for bedre treffsikkerhet gjennom økt differensiering. Det er særlig viktig å vurdere differensiering som bidrar til å lette tiltaksbyrden for de mest utsatte og sårbare».

Utvalget utdyper dette slik på side 99:

> «I kriser må saksbehandlingen tidvis gå raskt, slik at normale høringer og annen involvering i forkant ikke alltid vil være mulig. Utvalget mener likevel at myndighetene i større grad kunne involvert barn og unge når tiden tillot det».

Betydningen av brede involveringsprosesser ved utarbeiding av strategier, rammeverk og mulige tiltakspakker for ulike scenarier omtales slik av Koronautvalget på s. 135-136:

> «I forbindelse med regjeringens arbeid med ny strategi og beredskapsplan våren 2022, gjennomførte regjeringen en bred involverings- og forankringsprosess. Helsedirektoratet fikk i oppdrag å komme med vurderinger og anbefalinger, og skulle koordinere arbeidet med FHI, Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap og andre relevante aktører. Sektorer som ble berørt av smitteverntiltakene ble bedt om å komme med skriftlige innspill og vurderinger av tiltakspakkene. Det ble også gjennomført innspillsmøte med eksterne aktører. For eksempel inviterte helse- og omsorgsministeren og arbeids- og inkluderingsministeren til et møte med partene i arbeidslivet og ekspertgruppen for samfunnsøkonomiske vurderinger. […. Formålet med møtet var å lytte til innspill om innretningen av smitteverntiltakene og tiltakspakkene fremover. Koronautvalgets hovedinntrykk er at arbeidet med å justere strategien denne gangen var mer systematisk og likere forankrings- og høringsprosesser som gjennomføres i en normal situasjon.
>
> […]
>
> Koronautvalget mener at regjeringen og nasjonale myndigheter i håndteringen av pandemien burde arbeidet mer langsiktig fra våren 2021 og utover høsten 2021. I en mindre akutt fase av pandemien er det større handlingsrom for å bruke ressursene til langsiktig planlegging. I forbindelse med håndteringen av omikronvarianten ville regjeringen hatt nytte av en verktøykasse med konkrete planer for smitteverntiltak og kompenserende tiltak tilpasset ulike risiko- og tiltaksnivåer. Det ville bidratt til større forutsigbarhet i håndteringen av den nye virusvarianten omikron i perioden november 2021 frem til våren 2022».

8.3.2.2 Departementets erfaringer

Under koronapandemien ble forslag til lovendringer sendt på høring. Forskrifter som innførte og endret smitteverntiltak ble imidlertid ikke sendt på høring. Bakgrunnen for dette var regjeringens strategi om å gjøre raske endringer for effektivt å møte forverringer i smittesituasjonen og for å sikre forholdsmessigheten i tiltakene ved forbedringer i smittesituasjonen.

Høringsinstituttet skal blant annet sikre at beslutningstakerne er kjent med hva berørte aktører mener om et forslag til tiltak. Under pandemien var departementene godt kjent med hva ulike aktører mente om ulike tiltak og hvordan tiltakene burde innrettes, særlig fordi man var i løpende prosess og justerte tiltakene etter innspill og behov.

Helsedirektoratet og Helse- og omsorgsdepartementet hadde kontinuerlig kontakt, informasjonsutveksling og dialog med berørte aktører i forbindelse med vurdering av forskriftsendringer, blant annet med tros- og livssynsamfunn, kulturlivet, partene i arbeidslivet, reiseliv og handelsnæringen. Andre departementer hadde også møter og dialog med aktører i sine sektorer, noen ganger med deltakelse fra Helsedirektoratet og Helse- og omsorgsdepartementet. Alle departementer var i ulik grad involvert i arbeidet med forskriftsfestede smitteverntiltak og deltok i arbeidet med å forberede regjeringens vedtak. Det ble også nedsatt ekspertgrupper for å belyse ulike sider ved pandemihåndteringen: Holden-utvalget, Koordineringsgruppen for tjenester til sårbare barn og unge, Ekspertgruppe om innvandrere, Norge mot 2025 og Etikkutvalget.

Det ble også gjennomført prosesser for bred involvering av berørte aktører blant annet i utarbeidelsen av planer og strategier, for eksempel «Langsiktig strategi og plan for håndteringen av covid-19-pandemien» av 7. mai 2020 og «Langsiktig koronastrategi for å normalisere hverdagen» av 5. april 2022. Statsforvalterne innhentet også kommunenes synspunkter før de ga råd om innretning av regionale smitteverntiltak som senere ble vedtatt av departementet.

Som alternativ til formelle høringer la departementet til rette for hyppige pressekonferanser, pressemeldinger og publisering av annen relevant informasjon på regjeringen.no, og tiltaksplaner og innspill for løpende vurdering av justeringer. Formelle høringsrunder ble i stor utstrekning også erstattet av muligheten til å reagere på og gi innspill på de gjeldende reglene, det vil si en løpende høringsprosess.

Departementene og Helsedirektoratet mottok løpende svært mange spørsmål, tilbakemeldinger og innspill fra privatpersoner, næringsliv og andre til den enhver tid gjeldende forskriftsreguleringen. Media tok i stor utstrekning opp hensiktsmessigheten og konsekvensene av tiltakene. Uheldige utslag fikk stor plass og ble ofte besvart fra departementet. Befolkningen og alle berørte aktører var vel kjent med utviklingen i smittesituasjonen, hvilke tiltak som ble iverksatt til enhver tid og at det ville være aktuelt med innskjerpelser eller lettelser i disse tiltakene ved endringer i smittesituasjonen. Departementet befant seg derfor i en kontinuerlig endrings- og høringsprosess, med tilbakemeldinger om forbedringsbehov i mange kanaler.

Følgende kjennetegnet etter hvert regjeringens og departementets beslutningsprosess for forskrifter:

- Helse- og omsorgsdepartementet ga etatene (primært Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet) oppdrag om å vurdere behov for tiltak eller endringer i tiltak.
- Oppdragene forutsatte normalt innhenting av innspill fra berørte instanser og andre etater, men begrenset tid og ressurser gjorde gjennomgående at skriftlige høringer av mulige tiltak i svært begrenset grad kunne gjennomføres uten at det ville svekket

tiltakenes effektivitet, jf. forvaltningsloven § 37 fjerde ledd bokstav a og b. Etatene mottok innspill i møter med berørte aktører, men i mindre grad i tilknytning til oppdragsleveranser. Ved behov for regionale tiltak koordinerte statsforvalterne kommunenes syn.

- Etatene leverte svar på oppdrag så snart som mulig, med begrunnelser og forslag til forskriftsendringer. Disse ble spredt til berørte departementer.
- De ansvarlige avdelingene i Helse- og omsorgsdepartementet (og noen ganger også i andre departementer) startet umiddelbart arbeidet med beslutningsnotat, regjeringsnotat eller RCU-notat (RCU er forkortelse for regjeringen Solbergs coronautvalg, som bestod av statsministeren og utvalgte statsråder som av regjeringen hadde fått fullmakt til å beslutte uten ordinær regjeringsbehandling). Politisk ledelse responderte raskt internt med føringer for oppfølging. Utkast til beslutningsgrunnlag og tiltak forelå i løpet av få dager eller timer, avhengig av hastegrad og omfang.
- Både regjeringskonferanser og RCU-behandling fulgte i utgangspunktet de samme prosedyrene som til vanlig, men det var kortere foreleggelsesfrister for departementene og kortere tid fra saker ble meldt opp til de ble behandlet, avhengig av hastegrad og omfang.
- Berørte departementer ble forelagt utkastet og fikk kort tid til å gi merknader, ofte 1-2 dager. Merknader måtte innarbeides og hensyntas. For å kompensere for forkortede foreleggelsesfrister, ble det fra høsten 2021 innført en rutine med møter med berørte departementer som ledd i saksbehandlingen i HOD. Her ble leveranser fra Helsedirektoratet og FHI gjennomgått, i tillegg til innledende vurderinger og anbefalinger fra embetsverket i HOD.
- Saken ble så meldt opp til regjerings- eller RCU-behandling svært nært i tid til beslutningspunkt, ofte 1-2 dager, men også kortere. Beslutninger ble noen ganger fattet av HOD alene eller utvalgte departementer, etter fullmakt gitt i foregående regjeringskonferanser, for eksempel i julen 2021 da fullmakt ble gitt statsministeren, finansministeren, helse- og omsorgsministeren og kunnskapsministeren.
- Ved behov for vedtak av Kongen i statsråd måtte kongelig resolusjon forberedes og meldes opp etter regjerings- eller RCU-behandlingen. Dette tok også noe tid og enkelte ganger ble det gjennomført ekstraordinært statsråd.
- Pressekonferanse ble ofte avholdt samme dag eller dagen etter beslutning i regjeringen eller statsråd.
- Med unntak av endringer vedtatt i statsråd, ble forskriftsendringene ofte vedtatt samme dag som pressekonferansen. Noen ganger gjenstod arbeid med forskriftsutformingen og foreleggelse av forskrift for berørte departementer i dagene etter offentliggjøring.
- Forskriftsendringene trådte som regel i kraft kort tid etter pressekonferanse og vedtak.

8.3.3 Departementets vurdering

8.3.3.1 Involvering, dialog og kunnskapsinnhenting i helsekrise

Av hensyn til å opprettholde befolkningens tillit til at smittesituasjonen håndteres på en god måte, og dermed etterlevelsen av smitteverntiltakene, er det viktig å legge enda bedre til rette for involvering, innspillsmuligheter og dialog om veivalg i fremtidige helsekriser.

Arbeidet med smitteverntiltak under koronapandemien viste at det er krevende å utforme regelverk og anbefalinger på et tilstrekkelig detaljert nivå. På den ene siden må slikt regelverk og anbefalinger oppleves som enkelt å forstå. På den andre siden må regelverket og anbefalingene samtidig ta høyde for ulike problemstillinger, tilpasningsbehov, interesser og stadig ny kunnskap om epidemien, øvrige tiltak (inkludert vaksinasjon) og scenarioer for videre utvikling. Det var også en utfordring å formidle regler og anbefalinger klart og tydelig, uten å utelate viktige nyanser eller presiseringer.

Smitteverntiltak vil også ha en rekke samfunnsmessige konsekvenser og berøre deler av befolkningen og virksomheter i ulik grad. Dette må tas i betraktning når smitteverntiltak vedtas og endres i takt med utviklingen av smitten og beskyttelsesbehovet. Behovet for særregulering og unntak vil erfaringsmessig vokse i takt med tiltakenes varighet. Det er derfor viktig å innhente kunnskap om konsekvenser av smitteverntiltak og synspunkter på blant annet valg av virkemidler og utformingen av forskriftsbestemmelser, fra de som berøres av endringene.

8.3.3.2 Høring er hovedregelen

Høring av lov- og forskriftsforslag skal gjennomføres, med mindre det er svært gode grunner for å unnlate det. Høring bidrar til at beslutningsgrunnlaget er bedre og mer representativt belyst. Det kan også bidra til å redusere behovet for hyppige endringer i tiltaksnivå eller justeringer av disse. Hyppige endringer skaper stor uforutsigbarhet både for kommuner som har ansvar for tiltakene og som skal sørge for at de etterleves, og for næringsliv og befolkningen generelt. Høring er også viktig for å formidle begrunnelsene for nødvendige beslutninger og forebygge manglende etterlevelse. I fremtidige kriser må det derfor være en målsetting å gjennomføre høringer eller andre formaliserte innspillsprosesser i større grad enn det som var tilfellet under koronapandemien.

Departementet mener at forvaltningslovens regler om forberedelse av forskrifter bør gjelde uendret også i en fremtidig krise. Forvaltningsloven oppstiller krav til forvaltningen som må vurderes konkret. Uavhengig av om en beslutning om prosess tas i en helsekrise eller ikke, vil det avgjørende for om høring kan unnlates være en konkret vurdering av om det «ikke vil være praktisk gjennomførlig», «kan vanskeliggjøre gjennomføring av forskriften eller svekke dens effektivitet» eller «må anses åpenbart unødvendig», jf. forvaltningslovens § 37.

Regjeringen og departementet må også i en fremtidig helsekrise vurdere dette ved hver enkelt anledning.. Det kan da for eksempel være slik at utviklingstakten eller faremomentene ved den aktuelle allmennfarlige smittsomme sykdommen gir bedre tid til å gjennomføre høringer, uten at tiltak av den grunn blir uforholdsmessige. Fremtidige regjeringer vil også kunne velge en annen strategi med mindre hyppige endringer og

lengre tid til forberedelser. I tilfeller hvor det ikke er tilrådelig å gjennomføre høringer før vedtak fattes, kan saken likevel opplyses ved en form for etterhøring som omtalt i punkt 8.3.3.2.

Omfattende og reelle høringsprosesser vil stille enda større krav til statsforvaltningen enn det som var tilfellet under pandemien, med tanke på organisering, koordinering og avsetning av personellressurser til å forberede og følge opp høringene. Det bør derfor vurderes nærmere hvordan slike prosesser rent praktisk kan gjennomføres i helsekrise og hva det vil kreve av endringer i organiseringen og prioritering av andre mer løpende oppgaver.

Koronakommisjonens anbefaler å utdype veiledning til utredningsinstruksen i NOU 2021: 6 på side 276:

> «Utredningsinstruksen (Instruks om utredning av statlige tiltak) åpner for at den kan fravikes i visse tilfeller. Men den har ikke konkret rettledning om hvordan en slik alternativ prosess bør være. Vi foreslår at det lages et tydelig rammeverk for hvordan man kan gjennomføre raskere lov- og forskriftsprosesser under en krise uten at de går på bekostning av grunnleggende demokratiske hensyn og rettssikkerheten.»

I Meld. St. 9 (2024-2025) *Totalberedskapsmeldingen* varsles det, basert på erfaringer fra pandemien, at regjeringen vil vurdere behovet for egne retningslinjer for gjennomføring av lov- og forskriftsprosesser under kriser som av tidshensyn ikke kan følge vanlige prosedyre.

8.3.3.3 Forhold som kan tilsi unntak fra høring eller utsatt høring

Koronautvalget uttalte følgende på s. 117 i NOU 2023: 16:

> «Koronautvalget mener at kravene til saksbehandlingen under en pandemi må vurderes i lys av tiden som er til rådighet utfra krisens karakter. I dette ligger at krisens karakter og hastegrad er avgjørende for hva som er forsvarlig saksbehandling og begrunnelser. For eksempel kan høringer forkortes, eller unnlates når det må iverksette tiltak raskt for å hindre at smittespredningen kommer ut av kontroll. Under pandemien virket etterfølgende justeringer og dialog til en viss grad kompenserende for begrensninger i saksbehandlingen.»

Departementet mener at erfaringene fra koronapandemien tilsier at det i praksis kan være vanskelig å gjennomføre høringer om smitteverntiltak som haster i forkant av konkrete forskriftsendringer. Det skyldes primært behovene for å overholde kravene til forholdsmessighet og et effektivt smittevern.

Som beskrevet i punkt 8.3.2 ble forskrifter om selve smitteverntiltakene ikke sendt på høring under koronapandemien. Forskrifter vedtatt med hjemmel i midlertidig lov 27. mars 2020 nr. 17 lov om forskriftshjemmel til å avhjelpe konsekvenser av utbrudd av Covid-19 mv. (koronaloven) for å avdempe virkningene av smitteverntiltak på ulike samfunnsområder ble imidlertid sendt på høring med kort frist. Det samme gjaldt mange forskrifter som regulerte kompensasjonsordninger. Forskjellen i praktiseringen av høringsinstituttet kan forklares med en vesentlig forskjell mellom forskrifter som regulerte smitteverntiltak og forskrifter som tilpasset *øvrig* regelverk til en hverdag med smitteverntiltak: Smittevernloven og menneskerettighetene krever at smitteverntiltakene

til enhver tid må være nødvendige og forholdsmessige, samtidig som de må være tilstrekkelig effektive for å beskytte befolkningen. De samme hensynene gjør seg ikke gjeldende for tilpasning av annet regelverk som følge av de direkte smitteverntiltakene.

På generelt grunnlag vil høring før tiltak vedtas trolig utsette innføring eller endringer av eksisterende tiltak med minimum 1–2 uker, avhengig av høringsfrist og tid til reell bearbeiding. Det skyldes blant annet at høring innebærer en mer tid- og arbeidskrevende prosess, slik at det går lenger tid fra endringsbehovet oppstår til endringene kan iverksettes. Ved gjennomføring av høring må følgende trinn legges til i prosessen frem mot vedtak av smitteverntiltak:

- Utkast til høringsnotat må utformes på bakgrunn av anbefalinger fra Helsedirektoratet, Folkehelseinstituttet og andre kilder til vurdering av virkning og konsekvenser.
- Utkast til høringsnotat forelegges for berørte departementer.
- Innspill fra berørte departementer innarbeides og endelig høringsnotat ferdigstilles.
- Høringsnotatets forslag avklares i regjering.
- Høringsfrist bør settes til i hvert fall 2-3 dager og trolig lenger for å få reflekterte innspill.
- Høringsinnspillene må bearbeides og vurderes for at det skal være en reell høring. Det vil kunne komme svært mange innspill til endringsforslagene. Til illustrasjon fikk høringsforslaget om videreføring av lovhjemmel til å regulere koronasertifikat våren 2022 over 22 300 innspill, hvorav over 22 000 var fra privatpersoner.
- Til slutt må departementene, og deretter regjeringen, på nytt ta stilling til resultatet av høringen og behovet for eventuelle endringer.

I en situasjon hvor tiltak eller endringer i tiltak høres før de vedtas, vil alle være klar over at etatenes anbefalinger og regjeringens vurderinger i høringsnotatet gjelder situasjonen på et tidspunkt som ligger minst 1-2 uker før det vil bli aktuelt med innstramminger eller lettelser.

Ved forslag om innstramminger vil mange begynne å stramme inn på egen atferd allerede ved høringen. Ved forslag om lettelser vil mange se mindre grunn til å følge de fremdeles gjeldende reglene. Andre vil forholde seg lojalt til de eksisterende tiltakene. Resultatet kan bli større usikkerhet og variasjoner i etterlevelsen av tiltak i perioden mellom høring sendes ut og forskriftsendringer vedtas. Dette kan gjøre situasjonen særlig vanskelig blant annet for uteliv og annen næringsvirksomhet som samler mange mennesker.

I tillegg vil det oppstå betimelige rettslige spørsmål om tiltakene faktisk er nødvendige og forholdsmessige så lenge etter at de materielle vurderingene ble gjort, jf. smittevernloven § 1-5. Eventuelle høringer av forskrifter i forkant av at smitteverntiltak blir innført, justert eller opphevet, kan derfor føre til godt begrunnede krav om å gjennomføre endringene umiddelbart. Høringer i forkant av forskriftsendringer vil også ytterligere komplisere kommunikasjonen av tiltak. Befolkningen får enda et lag av tiltak å forholde seg til: foreslåtte tiltak. Det vil kunne være krevende for befolkningen å forholde seg til at dette er tiltak som ikke enda er innført, men som kan bli det eller bli endret eller ikke innført i det hele tatt. Dette vil særlig bli utfordrende i situasjoner hvor det allerede er innført tiltak, og de foreslåtte tiltakene enten er innstramminger eller lempinger, eventuelt en kombinasjon av begge.

På denne bakgrunn mener departementet at forvaltningslovens vilkår for å unnlate høring av forskriftsendringer som haster, og som innfører, strammer inn eller letter på smitteverntiltak, ofte vil kunne være oppfylt under en pandemi. Det kan føre til at høring av endringer som haster ikke vurderes å være «praktisk gjennomførbart». Den utsettelsen i tid som en høring av slike forskrifter krever, kan også «vanskeliggjøre gjennomføring av forskriften eller svekke dens effektivitet». Departementet vil likevel understreke at det må gjøres en konkret vurdering av muligheten for å avholde høring før ethvert vedtak av tiltak etter fullmaktshjemlene i smittevernloven.

8.3.3.4 Etterhøring - høring av allerede vedtatte forskriftsfestede tiltak

I tilfeller hvor forvaltningslovens vilkår er oppfylt for å unnlate høring av nye eller endrede krisetiltak, kan det som nevnt i veileder til Utredningsinstruksen punkt 3.3.5 være et alternativ å gjennomføre høringer av forskriftsendringene etter at de er vedtatt (etterhøring).

Etterhøringene kan gjelde konkrete endringer kort tid etter at forskriftsbestemmelser er vedtatt eller som utgangspunkt for justeringer av utvalgte regelverksområder eller det samlede regelverket. Dette vil kunne gi alle berørte lik formell tilgang og oppfordring til å formidle synspunkter på hvordan tiltakene virker inn i deres hverdag, spille inn forslag til konkrete tilpasningsbehov og delta i en formell, strukturert og offentlig debatt om alle sider av regelverket. Flere av høringene vil trolig måtte gjennomføres med korte frister, men man kan også tenke seg høringer på utvalgte områder som strekker seg over uker og måneder.

8.3.3.5 Innhenting av vurderinger på andre måter enn formell høring

Som omtalt i punkt 8.3.2, tok departementet under koronapandemien i betraktning innspill som direkte og indirekte ble formidlet til ulike deler av statsforvaltningen og i samfunnsdebatten. Det vil også i fremtidige kriser være viktig å avholde innspillsmøter med berørte aktører, besvare spørsmål fra publikum og næringsliv og følge med på det offentlige ordskiftet som supplement til høringer. Dette gir verdifulle innspill til behovet for små og store justeringer.

Man kan for eksempel opprette ulike nettverk som kan gis en særlig rolle i arbeidet med å vurdere hvordan regelverket bør utformes og endres. Eksempler på dette er ulike utvalg, ekspertgrupper eller nettverk bestående av kommuneleger, representanter for kommunene, partene i arbeidslivet, akademia, berørte grupper, medborgerpanel mv. Det kan også vurderes å rette konkrete henvendelser om bistand til vurderinger til organer som Norges institusjon for menneskerettigheter (NIM), Sivilombudet og Barneombudet. Disse kan bidra med ekspertise innenfor ulike sektorer eller fagfelt. Organisering av slike grupper kan tenkes lagt til statsforvalteren, Helsedirektoratet, Folkehelseinstituttet, departementene eller andre deler av statsforvaltningen for innspill på ulike sektorer, som ledd i deres arbeid med å vurdere tiltak og konsekvenser.

I Helseberedskapsmeldingen, Meld. St. 5 (2023-2024) *En motstandsdyktig helseberedskap*, fremgår det at departementet vil etablere en mekanisme for opprettelse av et rådgivende ekspertutvalg for helsekriser. Sammensetning og oppgaver beskrives slik på side 17 flg.:

«Kompetanse som vil være viktig er blant annet medisinskfaglig, helseøkonomisk, samfunnsøkonomisk, juridisk og etisk kompetanse. Ekspertutvalget bør i sitt arbeid også innhente vurderinger fra statsforvalter, kommuner, KS, spesialisthelsetjenesten, ideelle aktører, frivillige organisasjoner og næringsliv, som beskriver hvordan krisen påvirker ulike sektorer og vurderer konsekvenser av aktuelle tiltak. Ekspertutvalget vil sikre større tilgang på kunnskapsressurser og bidra til et bredere kunnskapsgrunnlag i kriser, herunder samfunnsøkonomiske vurderinger av aktuelle smittevern- og beredskapstiltak. Ekspertutvalget vil være egnet for å synliggjøre usikkerhet og uenigheter knyttet til ulike tiltak.

Ekspertutvalgets hovedoppgaver ved krisehåndtering:

- Utrede og gjennomføre helhetlige vurderinger for et bredere kunnskapsgrunnlag for strategi og håndtering av kriser som faller innenfor helse- og omsorgsministerens konstitusjonelle ansvarsområde.
- Ha kontakt mot kunnskapsmiljøer for å trekke på bredere kompetanse og større ressurser for analyser.
- Gjennomføre samfunnsøkonomiske analyser av smittevern- og beredskapstiltak og utrede hvordan negative konsekvenser av tiltak kan reduseres ved bedre målretting av tiltakene.
- Ved behov nedsette spesifikke tematiske grupper for å dekke sentrale kunnskapsbehov (for eksempel modelleringsgrupper).»

Som ledd i de rådgivende ekspertutvalgenes arbeid i krise, kan det tenkes at man oppretter en tematisk gruppe bestående blant annet av jurister som løpende gir råd om hvordan smitteverntiltakene konkret bør utformes i anbefalinger og forskrifter for å ivareta kravene til forholdsmessighet, forutberegnelighet, riktig detaljeringsgrad og et så enkelt forståelig regelverk som mulig, gitt beslutning om et bestemt beskyttelsesnivå.

Kunnskapen som skal understøtte beslutninger i kriser må ha høy kvalitet, være relevant og kunne fremskaffes raskt. Statusbeskrivelser, fortløpende analyse, sanntidsforskning og gode effektstudier krever produksjon og innhenting av nye data og statistikk, rask tilgang til og bruk av eksisterende data, mulighet for deling og kobling av data, samarbeid om analyser på tvers av enheter og sektorer, tilstrekkelig nett- og beregningskapasitet og tilstrekkelig kapasitet til å oppsummere og formidle relevant innsikt. Regjeringen har nedsatt Kjernegruppen for et bedre kunnskapssystem for håndtering av kriser, som består av representanter for departementer og deres underliggende organer. Gruppen skal bidra til at norske myndigheter har mest mulig og raskest mulig pålitelig kunnskap til støtte for beslutninger i fremtidige kriser.

Departementet viser også til at Universitetet i Bergen har opprettet Pandemisenteret, som har til formål å produsere samfunnsrelevant kunnskap for forebygging og håndtering av pandemier i et langsiktig perspektiv, mens Universitetet i Oslo har opprettet Senter for pandemi- og én-helseforskning. Disse tverrfaglige sentrene må forventes å kunne bidra med verdifull informasjon og kunnskap i en fremtidig pandemi, men også i forberedelsene til å møte dette.

Grunnloven § 104 bestemmer at barn har rett til å bli hørt i spørsmål som gjelder dem selv. Dette vil også gjelde i forbindelse med at kommuner og stat vurderer smitteverntiltak

som vil berøre barn. I NOU 2023: 16 punkt 16.2.9 om barn og unges situasjon under pandemien uttaler Koronautvalget at «involveringen av barn og unges organisasjoner og representanter burde vært bedre, både på nasjonalt og lokalt nivå», og at «slik involvering vil gjøre tiltakene mer treffsikre og potensielt styrke etterlevelsen». Utvalget anbefaler derfor at «når situasjonen tillater det, bør myndighetene søke å involvere og konsultere representanter for barn og unge i større grad enn det som var tilfellet under koronapandemien». Departementet mener at det i en fremtidig alvorlig smittesituasjon er viktig at det innhentes synspunkter fra barn og unge på de arenaene som treffer ulike grupper berørte barn, i tillegg til de synspunktene som formidles av organisasjoner, fagfolk og etater ved svar på formelle høringer. Departementet ser blant annet behov for i fremtidige alvorlige smittesituasjoner å gi etater og ekspertgrupper i oppdrag også å innhente synspunkter fra barn. Det kan blant annet være aktuelt å innhente synspunkter fra ungdomsråd. Bufdir har utarbeidet en veileder om barn og unges medvirkning på systemnivå, som vil gi god veiledning om hvordan innspill kan innhentes i praksis.

Kommunene vedtar også smitteverntiltak og vil stå overfor mange av de samme utfordringene med å gjennomføre høring av smitteverntiltak som omtalt ovenfor. Kommunene bør derfor også vurdere ulike måter å fremme offentlig høring av regelverk over tid i en krisesituasjon. Dette inkluderer etablering av god dialog og koordinering av tiltak med kommuner i samme bo- og arbeidsregion, og med næringsliv, organisasjoner og politiet.

8.4 Åpenhet om begrunnelser for smitteverntiltak

I NOU 2023: 16 s. 220 uttaler Koronautvalget at «[å]penhet om beslutningsgrunnlag, uenigheter og usikkerhet har bidratt til å styrke befolkningens tillit til pandemihåndteringen». Dette utdypes slik i punkt 15.4 på side 223:

> «Beslutningsgrunnlaget fra Hdir og FHI ble publisert enten samtidig med offentliggjøring av regjeringens beslutninger eller noe i forkant av beslutningene. Åpenhet om beslutningsgrunnlaget var viktig for tilliten til og oppslutningen om smitteverntiltakene. På regjeringens pressekonferanser sto helsemyndighetene i hovedsak sammen med statsrådene ved fremleggelsen av tiltak for å kunne presentere faglige begrunnelser for i tiltak og svare på spørsmål.
>
> I enkelte tilfeller var rådene fra etatene forskjellige, og noen ganger var ikke regjeringens beslutninger helt i tråd med rådene fra etatene. Det utfordret kommunikasjonen, men som regel ble dette likevel håndtert på en god måte. […]
>
> Koronautvalget vurderer at norske myndigheter samlet sett viste åpenhet både om beslutninger og om usikkerheten som preget flere faser av pandemien. Dette var tillitsskapende for befolkningen. Blant annet har Sivilombudet påpekt flere tilfeller der ulike myndighetsorganer ikke har etterlevd bestemmelsene om innsyn i offentleglova i tilstrekkelig grad. Utvalget anerkjenner viktigheten av at både media og befolkningen for øvrig skal kunne få innsyn i offentlig dokumentasjon, men har samtidig forståelse for at situasjonen for disse virksomhetene under pandemien var så presset at en i sanntid ikke maktet å etterleve regelverket i tilstrekkelig grad.»

Departementet ble ved flere anledninger under koronapandemien kritisert for at begrunnelser for hvorfor de forskriftsfestede smitteverntiltakene var egnet, nødvendig og forholdsmessig enten ble gjort offentlig kjent for sent eller at de var for lite utfyllende. Koronautvalget viser på side 162 i NOU 2023: 16 til at det skjedde en utvikling gjennom pandemien, og at håndteringen i siste fase fra høsten 2021 viser «at det ble trukket på erfaring fra tidligere i pandemien, med tydelige begrunnelser og mer systematisert omtale av tiltakenes byrde i beslutningsgrunnlagene».

Departementet mener at det er viktig at begrunnelsen for at smitteverntiltak oppfyller lovens vilkår gjøres kjent for befolkningen så snart som mulig etter at de er vedtatt. Dette er nødvendig for å legge til rette for kontroll, innspill til og etterlevelse av tiltakene. Under pandemien ble dette søkt ivaretatt med å publisere etatenes vurderinger og anbefalinger noen timer før pressekonferanse hvor tiltakene ble presentert. Når smitteverntiltak ble forskriftsfestet ved vedtak av Kongen i statsråd, fremgikk begrunnelsen av de kongelige resolusjonene. Disse ble gjort offentlig tilgjengelige.

I perioder ble også begrunnelser for andre vedtak beskrevet på nettsidene til regjeringen noen dager etter at vedtaket var fattet. Denne omtalen måtte baseres på vurderinger i regjeringens r-notater og eventuelle justeringer etter de muntlige drøftingene i regjeringskonferansene. Regjeringsnotatene er kortfattede fremstillinger og anbefalinger til internt bruk for regjeringen. De er unntatt offentlighet, men ble gjort tilgjengelige for Koronakommisjonen og Koronautvalget for å ivareta etterprøvbarhet. Det kan derfor i de tilfellene hvor regelverk ikke fastsettes ved kongelig resolusjon, være behov for å bruke noe tid i etterkant av regjeringens vedtak for å kunne gjengi de vurderingene som ligger til grunn for konklusjonene.

Arbeidet med å gjøre begrunnelser tilgjengelig for befolkningen vil forenkles dersom det i større grad gjennomføres formelle høringer av eksisterende tiltak eller veivalg med tanke på prioritering av samfunnsområder og strategi for smittehåndteringen. Begrunnelser for tiltakene og valg mellom alternative løsninger vil måtte beskrives i departementets høringsnotater. Høringsinstansene vil bidra til å belyse de ulike hensynene enda bedre til neste gang smitteverntiltak endres. Det er derfor en klar sammenheng mellom gjennomføring av høringer og åpenhet om beslutningsgrunnlaget, vurderinger og begrunnelser for tiltak.

Departementet mener at erfaringene fra koronapandemien tilsier at det ved en fremtidig alvorlig smittesituasjon som rammer hele eller deler av landet, bør legges enda større vekt på å formidle begrunnelser for hvorfor tiltak anses egnet, nødvendige og forholdsmessige, i tillegg til kunnskapsgrunnlag og anbefalinger fra etatene. Disse begrunnelsene bør gjøres tilgjengelige på regjeringens nettsider innen kort tid.

Departementet foreslår i kapittel 10 å lovfeste i smittevernloven § 1-5 at den som fatter vedtaket om fastsettelse, videreføring og opphevelse av smitteverntiltak i forskrift så snart som mulig skal formidle kunnskapsgrunnlaget og gi en skriftlig fremstilling av de begrunnelsene og avveiningene som ligger til grunn for vedtaket. Dette vil bidra til å sikre tilstrekkelig forberedelse og offentliggjøring av begrunnelser i forbindelse med at både staten og kommunene vedtar forskrifter.

8.5 Smitteverntiltak som anbefalinger eller forskriftsfestede plikter

8.5.1 Valg av virkemidler

Normer er skrevne og uskrevne regler som styrer og påvirker individers atferd i et samfunn. Normer kan være formelle og uformelle. Formelle normer er ifølge Store norske leksikon typisk skriftlige regler, retningslinjer, lover eller forskrifter som er nedfelt i reglement eller lov- og forskriftsverk. Når det er oppstått allmennfarlig smittsom sykdom hos enkeltindivider eller i deler av befolkningen, vil det være behov for å fastsette normer for atferd som reduserer risikoen for smitteoverføring. Normene kan for eksempel gå ut på å opprettholde god hygiene, holde avstand til andre, begrense deltakelse i aktiviteter som samler mange mennesker og ta forhåndsregler etter reise til utlandet.

Samtidig med at det tas beslutning om hvilken atferd som fremstår som nødvendig for å oppnå det ønskede beskyttelsesnivået, må det tas stilling til om normene skal gis som anbefalinger (retningslinjer) om hvordan atferden *bør* være, eller som pålegg om hvordan atferden *skal* være (plikt). En plikt innebærer at man må gjøre, tåle eller unnlate noe. Legalitetsprinsippet innebærer at plikter vedtatt som ledd i utøvelse av offentlig myndighet, må følge av lov eller forskrift med hjemmel i lov, se omtale i punkt 5.3.4.

Smittevernloven gir i stor grad hjemler for at plikter kan fastsettes i forskrift. Loven selv fastsetter kun på enkelte områder plikter for personer som er smittet. Under koronapandemien fastsatte derfor regjeringen, kommunene, Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet detaljerte normer for hvordan befolkningen burde eller skulle innrette sin atferd på disse områdene.

Pliktregler reiser spørsmål om behovet for håndheving. Bør en lov eller forskrift som pålegger plikter, inneholde egne regler for å sikre at de som er pålagt pliktene, faktisk oppfyller disse, eller kan man legge til grunn at tilfredsstillende etterlevelse av loven kan oppnås på annen måte? Når man vurderer å innføre pliktregler, er det derfor nødvendig å ta stilling til behovet for å håndheve brudd på reglene med bøter eller fengsel, og eventuelt anledningen til å bruke tvang. Slik håndheving krever også hjemmel i lov eller forskrift med hjemmel i lov.

Man kan på bakgrunn av dette tenke seg i hvert fall følgende grader av normering:

Anbefaling: Frivillighet og samtykke er utgangspunktet for all kontakt mellom helsepersonell og pasient i en behandlingsrelasjon. Den løpende smittevernhjelpen overfor enkeltpersoner er derfor i stor grad basert på anbefalinger. Regjeringen ga også anbefalinger under koronapandemien, blant annet om avstand mellom personer i private hjem. Den enkelte vurderer egen atferd opp mot en anbefalt retningslinje, og avveier selv hensynet til egen og andres helse. Det må forventes stor variasjon i hvordan befolkningen velger å følge anbefalinger, avhengig av blant annet kriseforståelse, syn på sykdommen, lokal smittespredning og livssituasjon.

Plikt fastsatt i lov eller forskrift, uten straff: Et eksempel på dette er smittevernloven § 5-1, som bestemmer at «[d]en som har grunn til å anta at han selv eller noen han har

omsorgen for, er smittet med en allmennfarlig smittsom sykdom, skal snarest gi beskjed til lege og oppsøke legen for nødvendig undersøkelse». Overtredelse av plikten kan ikke straffes, jf. loven § 8-1.

Plikt fastsatt i lov eller forskrift, med straff: Et eksempel på dette er den forskriftsfestede plikten under store deler av koronapandemien for personer til å oppholde seg i karantene på egnet sted etter opphold i utlandet. Overtredelse kunne straffes med bøter eller fengsel. Karantenen kunne imidlertid ikke gjennomføres ved tvang.

8.5.2 Departementets vurdering

Valget mellom å gi et smitteverntiltak som anbefaling, forskrift uten straffesanksjon eller forskrift med straffesanksjon, må bero på en konkret vurdering av hva som anses nødvendig og forholdsmessig for å oppnå ønsket etterlevelse og beskyttelsesnivå.

Departementet mener at befolkningens tillit til myndighetene er viktig, og at anbefalinger i mange tilfeller vil kunne være tilstrekkelig. Det minst inngripende tiltaket skal vurderes først. Innbyggernes frivillige medvirkning skal derfor være et moment i nødvendighetsvurderingen når tiltak iverksettes etter smittevernloven, jf. smittevernloven § 1-5. I forkant av at det vedtas forskrift med plikter, skal det derfor vurderes om en konkret anbefaling basert på frivillighet vil være tilstrekkelig til å hindre smittespredning.

Samtidig mener departementet at det av beredskapshensyn er nødvendig at smittevernloven gir regjeringen, departementet og kommunene mulighet til å forskriftsfeste plikter fremfor kun å utstede anbefalinger. Er situasjonen alvorlig nok, kan det være behov for straffesanksjonerte forskrifter med påbud og forbud. Jo større behovet for koordinering og samlet atferdsendring er for å sikre effektiv håndtering eller beskyttelse av befolkningen, desto mer nærliggende kan det være å vedta plikter. Det kan for eksempel være nødvendig å bruke straffesanksjonerte forskrifter for å oppnå tilstrekkelig likebehandling og etterlevelse av tiltak overfor serveringssteder og annen næringsvirksomhet som samler mange mennesker.

I sin hovedrapport av 6. april 2022 skriver «Holden-ekspertutvalget (covid-19)» på side 77 blant annet at befolkningens atferd vil endre seg under en pandemi også uten bruk av kontaktreduserende smitteverntiltak. Det legges til grunn at selvregulering kan skje i stort omfang, men at selvregulering både kan ha ønskede og utilsiktede konsekvenser:

> «Hvis tiltak oppfattes som for svake, vil befolkningen regulere egen adferd og unngå aktiviteter som utgjør en smitterisiko. Denne selvreguleringen vil også kunne medføre økonomiske tap i form av tapt produksjon og verdiskaping, og redusert mobilitet. Det kan argumenteres for at redusert kontaktrate gjennom selvregulering gir mindre tiltaksbyrde, dels fordi folk kan avveie risikoen for smitte mot den nytten de har av aktiviteten som gir kontakt, og dels fordi de setter pris på å velge selv. På den annen side kan det argumenteres for at smitteverneffekten av kontaktreduksjon kan være mindre når den skjer gjennom selvregulering enn hvis den følger av smitteverntiltak, fordi det ved selvregulering, vil være en større del av befolkningen som ikke reduserer sin aktivitet og kontakt».

Når staten eller kommunene gir anbefalinger om for eksempel hygiene, avstand, sosial kontakt eller andre atferdsendringer, vil befolkningen erfaringsmessig søke å følge disse.

Det var særlig tilfellet i de tidlige fasene av koronapandemien, men er ifølge Folkehelseinstituttet også karakteristisk for individrettet smittevernarbeid. Anbefalinger kan legge et sosialt press på befolkningen, og i noen tilfeller oppleves som inngripende og noe mer enn retningslinjer for folks eget skjønn. Anbefalinger kan derfor også være et effektivt virkemiddel for å påvirke og styre atferd.

Departementet mener at vurderingen av hvilke smitteverntiltak det er nødvendig å forskriftsfeste for å oppnå ønsket effekt og etterlevelse, må gjøres konkret når behovet for å innføre smitteverntiltak oppstår. I vurderingen vil det være relevant å se hen til en rekke faktorer, for eksempel sykdommens smittsomhet og alvorlighet og hvilke andre tiltak som er eller vurderes fastsatt.

Departementet mener at vurderingen av om smitteverntiltak bør gis som anbefalinger eller forskrift, ikke skal påvirkes av om det er behov for forskriftsfesting for å utløse rett til sykepenger eller andre rettigheter for enkeltpersoner.

Regulering av plikt som ikke kan straffesanksjoneres kan være mer virkningsfullt enn en anbefaling, fordi det oppstår et større sosialt press om overholdelse. Det skyldes at plikter fastsatt ved lov, og i noe mindre grad forskrifter, er et sterkere uttrykk for viktigheten av normene og samfunnets forventninger til atferd enn det som følger av en anbefaling. Dette er ifølge forarbeidene begrunnelsen for at smittevernloven § 5-1 om smittedes plikt til å gi lege beskjed og oppsøke lege for nødvendige undersøkelser er lovfestet, selv om det ikke er knyttet straff til overtredelse. Under koronapandemien ble det også gjort unntak fra straff ved overtredelse av enkelte bestemmelser i covid-19-forskriften, slik som kommunens plikt til å sørge for tilbud om oppholdssted, arrangørers plikt til å ha oversikt over de som er til stede og arrangørers plikt til å utpeke ansvarlig person mv.

Anbefalinger om hvordan personer bør innrette sin atferd, bør etter departementets oppfatning ikke reguleres i forskrift, ettersom det kan føre til større usikkerhet om de rettslige konsekvensene. Behovet for en pedagogisk oversikt over samlede plikter og anbefalinger kan uansett gis på regjeringens nettsider eller i annen kommunikasjon.

Jo lenger en situasjon med smitteverntiltak varer, desto større risiko vil det være for at befolkningens oppslutning om og forståelse for myndighetenes tiltak svekkes (tiltakstrøtthet). Det kan medføre at anbefalinger over tid vil miste noe effekt, og at det kan være større grunn til å legge vekt på muligheten til å håndheve brudd på nødvendige påbud og forbud. Ved vurderingen av om det skal gis straffesanksjonerte plikter i forskrift, vil det blant annet være relevant om trussel om straff vil virke allmennpreventivt eller mot sin hensikt. Folkehelseinstituttet har i innspill til departementet vist til at man i en oppsummering av studier fra 58 land fant støtte for at restriktive tiltak fører til høy grad av etterlevelse. Faktorer som medvirker sterkt til at tiltakene etterleves er høy tillit til myndighetene og en oppfatning av at den informasjonen som gis, er sannferdig. Tiltak som oppleves som sterkt påtvungne, kan utløse det som i psykologien kalles «reaktans», en motreaksjon der den enkelte forsvarer sin rett til selv å bestemme over sin atferd. Se også omtale av straff i kapittel 25, inkludert forhold som bør tas i betraktning ved forskriftsfesting av påbud om isolering og karantene.

Smittevernloven regulerer straffbarhet for overtredelse av forskrifter fastsatt med hjemmel i loven. Forskrifter med påbud og forbud vedtatt med hjemmel i loven kan derfor straffes, med mindre annet er bestemt. Departementet foreslår i kapittel 25 at eventuelle unntak fra straffbarhet bør følge av smittevernloven, og at det derfor ikke bør åpnes for å forskriftsfeste plikter hvor forskriften samtidig gjør unntak fra straffbarhet. Dette innebærer at straffbarheten av å overtre smitteverntiltak må inngå i vurderingen av om tiltaket er tilstrekkelig konkretisert og mulig å håndheve, og om det i stedet bør gis som anbefaling.

Det er derfor viktig å utforme så klare smitteverntiltak som mulig, uavhengig av om normene utformes som anbefalinger eller plikter. Helsedirektoratets befolkningsundersøkelser under koronapandemien viste at om lag 90 prosent av respondentene foretrakk klare lover og regler. Også andre funn tyder på at befolkningen foretrekker en tydelig håndtering av pandemien fra myndighetene. Anbefalinger overlater i prinsippet et stort rom for skjønn hos den enkelte til å avveie ulike hensyn og behov i varierte livssituasjoner, og dermed i hvilken grad de etterleves. Erfaringer fra koronapandemien viste imidlertid at befolkningen også etterspurte detaljerte retningslinjer i de tilfellene hvor det ikke ble gitt forskrifter. Dersom man beslutter å straffesanksjonere brudd på fastsatte tiltak, vil legalitetsprinsippet i Grunnloven § 96 kreve at straffebud fastsetter et visst minimum av objektive kjennemerker ved den straffbare handlingen. Ordlyden i straffebud skal være så klar og presis som mulig, slik at man på forhånd kan vite hvilke handlinger eller unnlatelser som er straffbare.

8.6 Enkeltvedtak eller forskrift ved innføring av tiltak

Smitteverntiltak som besluttes innført eller iverksatt overfor enkeltindivider eller hele eller deler av befolkningen med hjemmel i smittevernloven, vil regnes som vedtak etter forvaltningsloven, jf. § 2 første ledd bokstav a. Beslutning om slike tiltak er «avgjørelse som treffes under utøvelse av offentlig myndighet og som generelt eller konkret er bestemmende for rettigheter eller plikter til private personer (enkeltpersoner eller andre private rettssubjekter». Vedtak som gjelder en eller flere bestemte personer følger forvaltningslovens regler om enkeltvedtak, mens vedtak som gjelder et ubestemt antall eller en ubestemt krets av personer følger reglene om forskrifter.

Smitteverntiltak rettet mot hele eller deler av befolkningen vedtatt med hjemmel i loven kapittel 4, vil normalt være forskrifter. Forvaltningsloven kapittel VII gjelder forskrifter, og inneholder regler om utredningsplikt, høring og uttalelser fra interesserte i § 37.

Dersom tiltaket retter seg mot en bestemt krets av personer, skal pålegg gis i form av et enkeltvedtak. Reglene i forvaltningsloven som gjelder enkeltvedtak, blant annet om saksforberedelse av enkeltvedtak i forvaltningsloven kapittel IV, vil da gjelde, for eksempel krav til forhåndsvarsel i § 16. Vedtak etter smittevernloven kapitler 3 og 5 om blant annet undersøkelser av og plikter for enkeltpersoner, vil normalt være enkeltvedtak. Det kan også fattes enkeltvedtak etter smittevernloven § 4-1 om møteforbud, stenging av virksomhet mv. Enkeltvedtak kan påklages etter reglene i forvaltningsloven og statsforvalteren er klageinstans etter smittevernloven § 8-4.

Smittevernloven har ingen særskilt regulering av kravene til saksbehandling eller rettigheter knyttet til vedtak.

Departementet ser ikke behov for en særskilt regulering i smittevernloven av når det skal treffes enkeltvedtak eller forskrifter. Det må gjøres konkrete vurderinger av om et vedtak skal regnes som enkeltvedtak eller forskrift.

I rundskriv I-2021-6 om kommunale smitteverntiltak anbefalte departementet at kommunene laget regler som ikke krever at det i en beredskapssituasjon brukes ressurser på å behandle søknader om å gi dispensasjoner eller tillatelser. Kommunene ble i stedet oppfordret til å vurdere om det var behov for forskriftsfestede unntak som i større grad gjorde tiltakene forholdsmessige.

8.7 Veiledning om fastsettelse av kommunale smitteverntiltak

8.7.1 Erfaringer fra koronapandemien

I NOU 2021: 6 omtaler kommisjonen statens veiledning om smittevernloven slik på s. 276:

> «Før pandemien fantes det i liten grad relevant veiledningsmateriell om fullmaktsbestemmelsene i smittevernloven. Som vi skriver i kapittel 19.6.7 mener vi ikke at det er grunnlag for å kritisere Helsedirektoratet for dette. Vi anser det for å være et resultat av at covid-19-pandemien har blitt håndtert annerledes enn myndighetene var forberedt på. Vi slår likevel fast at det gjorde det ekstra vanskelig å forvalte regelverket riktig i den første perioden. Det ble bedre underveis i pandemien. Kommisjonen mener at myndighetene har gjort en stor innsats med å utvikle veiledning. Vi konstaterer at det er krevende å utvikle konsistent og faglig godt forankret veiledning under så stort tidspress.»

I NOU 2022: 5 fremhever kommisjonen på side 105 at rådgivningen fra FHI var svært nyttig for kommunelegenes arbeid. Det vises blant annet til at FHI utarbeidet en nettbasert koronaveileder med oppdatert informasjon, sendte brev til alle landets kommuneleger, arrangerte nettseminarer for drøfting av problemstillinger, utarbeidet en håndbok for kommunelegene, opprettet team som veiledet og reiste ut ved behov, tilbød døgnåpen telefonvakt og telefontjeneste for enklere smittevernrådgivning. Kommisjonen uttaler:

> «De aller fleste kommunelegene vi har intervjuet, har gitt uttrykk for at bistanden fra FHI har vært svært nyttig for arbeidet deres. Under pandemien har kommunelegene hatt et stort ansvar og arbeidspress, men mange har opplevd at de ikke i tilstrekkelig grad har hatt et apparat internt i kommunen der de kunne få faglig støtte og drøfte problemer. FHI har i den forbindelse spilt en viktig rolle for mange. Også kommuneleger som har hatt et slikt støtteapparat, har gitt uttrykk for at det har vært nyttig å drøfte og forankre beslutningene sammen med FHI som nasjonalt fagorgan på smittevernområdet.»

Kommisjonen omtaler Helsedirektoratets oppgaver overfor kommunene slik på s. 106 flg.:

> «For det første skal Helsedirektoratet arbeide med faglig oppfølging overfor kommunene. Dette omfatter å utarbeide veiledning og retningslinjer for det lokale smittevernarbeidet. For det andre skal direktoratet føre tilsyn med forholdene i landet på smittevernområdet og kontrollere at veiledningene og rådene som er gitt, blir overholdt. For det tredje kan direktoratet gi kommunene pålegg om å følge nærmere bestemte retningslinjer når det er nødvendig for å sikre et effektivt og forsvarlig smittevern. Samlet sett medfører dette at Helsedirektoratet har betydelig innflytelse på smittevernarbeidet i kommunene, og

> direktoratets virksomhet har dermed også vært en faktor når det gjelder kommunelegenes situasjon under pandemien.»

Kommisjonen går deretter gjennom erfaringene og konkluderer med at Helsedirektoratet etablerte tiltak for å forsøke å avhjelpe situasjonen i kommunene, men at det varierte om kommunene hadde hatt nytte av disse. Det vises til at direktoratet blant annet innhentet oversikt over smittevernplaner i kommunene og iverksette tiltak, bistod kommuner som ikke hadde noen oppdatert smittevernplan, sendte en rekke brev med retningslinjer, rutiner og råd om beredskap og smittevernarbeid, sørget for igangsetting av løpende rapportering fra kommunene, deltok på møter med kommunene og opprettet en juridisk vakttelefon. Det vises til at veiledningen fra FHI og Helsedirektoratet noen ganger ikke var koordinert, spesielt tidlig i pandemien.

I NOU 2022:5 viser kommisjonen på s. 108 til at det under koronapandemien i noen tilfeller var uklart for kommunelegene om Helsedirektoratets vurderinger i forbindelse med dialog om aktuelle smitteverntiltak var å anse som råd eller pålegg. Kommisjonen uttaler:

> Når sentrale helsemyndigheter likevel involverer seg direkte i det lokale smittevernarbeidet, må det kunne forventes en viss grad av tydelighet og notoritet, blant annet på grunn av det ansvaret kommunen og kommunelegen har etter smittevernloven. Det er imidlertid grunn til å understreke at flere kommuneleger vi har intervjuet, har forklart at de opplever at Helsedirektoratet stort sett har opptrådt ryddig og vært til hjelp for pandemihåndteringen lokalt, og at rollefordelingen mellom direktoratet og FHI har fungert godt.

I NOU 2022: 6 omtales statsforvalternes veiledning i punkt 5.7. De skal ifølge smittevernloven § 7-4 «ha særlig oppmerksomhet rettet mot smittevernet i fylket, herunder ha oversikt over og kunnskap om lokale planer om smittevern, samt yte bistand ved behov». Statsforvalterne koordinerte rapportering fra kommunene til Helsedirektoratet, avholdt drøftings- og innspillsmøter og ga juridisk bistand ved innføring av lokale smittevernregler og iverksetting av statlige tiltak. Kommisjonen fremhever på side 109 at statsforvalterne gjennom møter, veiledning og anmodninger la til rette for samordning av tiltak mellom kommuner i regionene, blant annet i forbindelse med vedtak av covid-19-forskriftens kapitler om ulike tiltaksnivåer for grupper av kommuner.

I NOU 2023: 16 fremhevet Koronautvalget s. 218 behovet for juridisk veiledning:

> «Siden tilgangen på juridisk kompetanse er begrenset i mange kommuner var juridisk bistand et av statsforvalternes viktigste bidrag overfor kommunene. I enkelte kommuner måtte kommunelegen vedta forskrifter eller fatte vedtak uten særlig tilgang på juridisk kompetanse til å forvalte smittevernloven. En del lokale vedtak viste seg å være lovstridige i sitt innhold eller ikke fattet etter riktig prosedyre. Dette gjaldt spesielt lokale karantenebestemmelser. Ofte omgjorde kommunene selv slike vedtak etter dialog med statsforvalteren.»

Departementet ga veiledning til kommuner om ulike smitteverntiltak i Rundskriv I-4 /2020 om lokale karanteneregler eller innreiserestriksjoner, Rundskriv I-5/2020 om regelverk og anbefalinger og Rundskriv I-7/2020 og I-6/2021 om kommunale smitteverntiltak.

8.7.2 Departementets vurdering

Departementet mener at de som skal vurdere smitteverntiltak skal ha tilgang til god veiledning, både i form av generell veiledning i lovens forarbeider, rundskriv og ulike veiledere, og dialog med rådgivning tilpasset den konkrete smittesituasjonen når behovet for bistand oppstår. Dette vil ikke bare gjelde i pandemier som berører hele landet over lengre tid, men også i det løpende arbeidet med å håndtere lokale smitteutfordringer av ulik størrelse. Beredskapsarbeidet må innrettes slik at det foreligger god grunnleggende veiledning og tilgang for kommunene til å trekke på statlige kompetansemiljøer ved behov. Det bør også utvikles modellforskrifter som kommunene kan ta utgangspunkt i, slik departementet gjorde i rundskriv I-2021-6. Dette kan også bøte noe på den mangelen på tilgang til juridisk kompetanse i noen kommuner som Koronautvalget trekker frem.

Pandemien har vist oss at statlig veiledning kan lette kommunenes arbeid og gjøre lokalt regelverk likere og mer målrettet. Departementet er enig i at grunnleggende veiledning om smitteverntiltak må være bedre tilgjengelig for kommunene ved den neste alvorlige smittesituasjonen som berører hele eller deler av landet. Dette lovarbeidet er et skritt i et slikt beredskapsarbeid, sammen med oppdatering av smittevernveileder for kommuneoverlegene og en kommende gjennomgang av behovet for annet veiledningsmateriell og opplæring.

I en langvarig pandemi vil det også være nødvendig å gi oppdatert informasjon om konkrete vurderinger av smittesituasjonen, effektiviteten av tiltak og deres konsekvenser. Folkehelseinstituttets veiledning tilpasset konkrete smittesituasjoner i den enkelte kommune fungerte godt under pandemien og er også tilgjengelig i det løpende smittevernarbeidet. Statsforvalterens rolle i å koordinere innspill fra kommunene og tilrettelegge for regionale tiltakspakker vil også neste gang være avgjørende for å lykkes med et godt samlet smittevern.

Departementet mener at det fremgår klart av smittevernloven at Helsedirektoratet ikke i møter med kommuner kan gi pålegg om hvordan kommunen skal innrette sine smitteverntiltak, ettersom pålegg krever vedtak og forskriftsfesting. Erfaringene fra pandemien tilsier likevel at det ved kontakt underveis i en krisepreget smittesituasjon innledningsvis kan være behov for å tydeliggjøre hva samarbeidet og bidraget fra statlige etater går ut på. Departementets forslag i kapittel 16 om å overføre Helsedirektoratets kompetanse til å vedta befolkningsrettede tiltak til Kongen, vil også være egnet til å tydeliggjøre etatenes rolle i samarbeidet med kommunene.

Se nærmere omtale av roller og ansvar for Helsedirektoratet, Folkehelseinstituttet og Statsforvalteren i kapittel 11.

8.8 Veiledning ved gjennomføring av statlige smitteverntiltak lokalt

8.8.1 Erfaringer fra koronapandemien

I NOU 2022: 5 oppsummerer kommisjonen på s. 113 utfordringene for kommunene og kommunelegene med å følge opp og gjennomføre statlige smitteverntiltak lokalt slik:

> «Tiltakene er offentliggjort på pressekonferanser, i all hovedsak uten høringer i forkant og med korte frister for ikrafttredelse. Det har heller ikke vært etablert et godt nok system for å avklare spørsmål om regelverket. Samlet har dette ført til at det ikke bare har vært den lokale smittesituasjonen, men også offentliggjøringen av de statlige tiltakene som i mange tilfeller har ført til en form for krisehåndtering i kommunene.»

Dette utdypes slik på side 111:

> «Kommunenes muligheter for å få avklart tolkningsspørsmål og lignende hos sentrale myndigheter har til tider vært begrensede. Ved flere anledninger har tiltak blitt offentliggjort i eller rett før helgen. På grunn av åpningstidene til Helsedirektoratets vakttelefon har det ofte ikke vært mulig for kommunelegene å få nødvendige avklaringer før de nye reglene trer i kraft. I tilfellene der vakttelefonen har vært åpen før reglene trådte i kraft, har det hendt at trykket på tjenesten har vært så stort at noen kommuneleger ikke har kommet gjennom. HOD, som er det ansvarlige departementet for covid-19-forskriften, har ikke etablert noen egne ordninger for å bistå kommunene med avklaringer av regelverket.
>
> I samtaler med kommisjonen har mange kommuneleger forklart at informasjonsflyten fra sentrale myndigheter lenge har vært et frustrasjonsmoment.»

De iverksatte tiltakene fra departementet og Helsedirektoratet for å forbedre situasjonen for kommunene blir vurdert slik:

> «Fra sensommeren 2021 innførte departementet informasjonsmøter med kommuner/kommuneleger i forkant av pressekonferansene. Hensikten var å møte kommunenes behov for å forberede seg på endringer i tiltakene. Enkelte kommuneleger har gitt uttrykk overfor kommisjonen for at det tok uforholdsmessig lang tid før slike møter ble innført, og at de dessuten ikke dekket behovet fullt ut, blant annet fordi det var begrensede muligheter for faglige avklaringer, innspill og diskusjoner i disse møtene. Vi har inntrykk av at de fleste kommunelegene likevel har opplevd at informasjonsmøtene var en forbedring.
>
> I samtaler med kommisjonen har flere kommuneleger pekt på hensyn som taler for at kommunelegene som kommunenes fagpersoner på smittevern bør bli involvert, og ikke bare informert, i forkant av myndighetenes beslutninger.
>
> For det første kan det føre til økt etterlevelse av tiltakene hvis kommunene er bedre forberedt. For det andre kan det bidra til at de som har et lovfestet ansvar for smittevernet, i større grad opplever at pandemiarbeidet er en felles oppgave. Dette kan skape sterkere motivasjon og vilje til å stå i oppgavene over tid. For det tredje kan det være nyttig for statlige beslutningstagere å få løftet fram innspill fra de fagpersonene som håndterer smittevernoppgavene i kommunene. Dette kan føre til mer treffende tiltak og mer nyanserte regler. Det vil redusere behovet for å justere reglene.»

8.8.2 Departementets vurdering

Departementet er enig i vurderingen av at arbeidet med å følge opp og gjennomføre de statlige smitteverntiltakene under koronapandemien ble vanskeliggjort av mangelen på høring, rask ikrafttredelse etter at vedtak ble kommunisert til befolkningen og begrenset kapasitet til å besvare tolkningsspørsmål.

Mangelen på høring i forkant av innføring, endring og avvikling av smitteverntiltak under koronapandemien er omtalt i punkt 8.3. Også ved neste pandemi vil det være vanskelig å gjennomføre høringer av konkrete endringer i smitteverntiltak før de vedtas, men det er da viktig å innhente synspunkter på en annen, mer formalisert og forutsigbar måte. Se vurderingen av hvordan dette kan tenkes ivaretatt i punkt 8.3.

Veiledningsmateriell i form av svar på ofte stilte spørsmål og tolkninger ble under pandemien gjort tilgjengelig på nettsidene til regjeringen, Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet, og oppdatert løpende. Forvaltningen besvarte også svært mange enkelthenvendelser om hvordan reglene og anbefalingene skulle forstås. I en fremtidig alvorlig smittesituasjon med tiltak for hele eller deler av landet, bør arbeidet i større grad innrettes slik at informasjonen gjøres lettere og raskere tilgjengelig. Dette gjelder både skriftlig materiell, men også veiledningstjenester som kan besvare kommunenes spørsmål. Erfaring fra koronapandemien, gjennomføring av tilpassede høringer og andre måter å organisere regelverksarbeidet på vil også kunne lede til mer hensiktsmessige, lettere forståelige eller mer detaljerte regler som i seg selv gir bedre veiledning enn det tilfellet var under koronapandemien.

Det kan også være behov for i større grad å koordinere informasjonen på ulike statlige nettsider og i kommunikasjonen med kommunene. Dette er imidlertid et svært krevende arbeid som under pandemien skjedde under sterkt tidspress, samtidig med og etter utarbeidelsen av beslutningsgrunnlaget for regjeringens vedtak av forskriftsendringer. Det krever også koordinering mellom flere departementer og etater. Det vil derfor også i en fremtidig alvorlig smittesituasjon med behov for raske endringer i tiltakene, være behov for over tid å utvikle, utdype og forbedre veiledning om hvordan statlige smitteverntiltak skal forstås og gjennomføres.

Behovet for å informere godt om vedtatte smitteverntiltak kan også tilsi at det innvilges noe mer tid til informasjonsarbeid før tiltak eller endringer i disse trer i kraft. Dette må vurderes konkret, og endringenes hastegrad vil trolig variere i ulike faser. Departementet mener at det neste gang det blir aktuelt med statlige smittevernvedtak for hele eller deler av landet, bør legges større vekt på behovet for å få ut god informasjon til befolkningen og de som skal sørge for gjennomføring av tiltakene.

Departementet mener det vil være viktig å gjennomføre informasjonsmøter med kommunene om endringer i statlige smitteverntiltak så tidlig som mulig. Det bør også ses på muligheten for å involvere representanter for kommunelegene i det forberedende arbeidet med anbefalte tiltak i Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet. Kommunene og kommuneoverlegene bør også gis en rolle i det senere arbeidet med hvordan tiltakene kan kommuniseres på en god måte.

8.9 Muligheten for å prøve befolkningsrettede smitteverntiltak

8.9.1 Særskilte klageordninger

Enkeltvedtak fattet med hjemmel i smittevernloven kan påklages i tråd med saksbehandlingsreglene i forvaltningsloven. Det eksisterer ikke en tilsvarende klagemulighet for forskrifter. Domstolene kan imidlertid prøve forskrifters gyldighet i forbindelse med konkrete saker om straff. Det var flere eksempler på dette under koronapandemien.

I Innst. 151 S (2024–2025) Innstilling fra kontroll- og konstitusjonskomiteen om Redegjørelse av helse- og omsorgsministeren og justis- og beredskapsministeren om en samlet gjennomgang av myndighetenes håndtering av koronapandemien, omtaler komiteen behovet for å vurdere særskilte klagenemnder slik på side 15:

> «Komiteen viser til at få saker knyttet til pandemitiltak ble behandlet i domstolene, selv om noen av de mest inngripende tiltak knyttet til håndteringen av pandemien er blitt prøvd for retten. Disse dekker et svært stort antall enkeltinngrep. Komiteen bemerker likevel at den tid rettslig behandling tar, fører til at mange saker først kom til avklaring i retten etter at pandemien var over.
>
> Komiteen merker seg det professor Holmøyvik skriver i sitt høringsinnspill:
>
> «*Grunnen til at vi fekk så få søksmål om smitteverntiltak var lovlege, er truleg at domstolane og prosesslovgjevinga ikkje er rigga til å kontrollere forskriftsbaserte smitteverntiltak som er kortvarige og stadig i endring. Felles for dei sivile søksmåla om smitteverntiltak, var at tiltaka for lengst var oppheva då tingretten kom med sin dom*.»
>
> Komiteen viser også til andre utfordringer for rettssikkerhetsgarantiene under en krise som pandemien, som den økonomiske risikoen ved å gå til sivilt søksmål og delvis nedstenging av domstolene i perioder med nasjonale smitteverntiltak. Komiteen merker seg innspill fra Moltumyr Høgberg og Eriksen ved UiO, hvor det foreslås å vurdere nedsetting av hurtigbehandlende klagenemnder for å ta stilling til lovligheten av tiltak. Komiteen ber regjeringen vurdere dette i revisjonsarbeidet.»

Departementet mener at det i en helsekrise vil være vanskelig å etablere omfattende individuelle klageordninger. Det kan også være uheldig å etablere klageordninger for enkeltpersoner på siden av domstolene som med bindende virkning skal kunne avgjøre gyldigheten av viktige befolkningsrettede smitteverntiltak, uten den grundigheten som forutsettes ved domstolsbehandling.

Departementet viser til omtalen i punkt 8.3, hvor det fremgår at man i en fremtidig smittesituasjon med behov for forskriftsfestede nasjonale smitteverntiltak, i større grad skal søke å gjennomføre høringer og prosesser for involvering av befolkningen i forkant av forskriftsfesting av tiltak og for løpende innspill til vurderinger av behov for justeringer. Dette vil kunne ivareta noe av behovet for å vurdere befolkningsrettede smitteverntiltak og om det er behov for justeringer.

Det vil også kunne nedsettes ekspertutvalg, nemnder eller lignende som enten av eget initiativ eller på forespørsel fra departementet gjør selvstendige vurderinger av behovet

for generaliserte unntak eller andre endringer som ivaretar forholdsmessigheten. I slike utvalg vil det være naturlig å inkludere juridisk ekspertise.

Ut over dette bør behovet for eventuelle klageordninger vurderes konkret i den enkelte situasjonen. Departementet foreslår derfor ikke særskilt regulering i lov av klageordninger i smittevernloven.

8.9.2 Lovlighetskontroll

Departementet kan gjennomføre lovlighetskontroll etter kommuneloven § 27-1 for å etterprøve kommunale smitteverntiltak. Kommuneloven § 27-1 bestemmer at tre eller flere medlemmer av kommunestyret eller fylkestinget sammen kan kreve at departementet kontrollerer om et vedtak er lovlig. Hvis særlige grunner tilsier det, kan også departementet på eget initiativ kontrollere om et vedtak er lovlig.

Departementets myndighet til å gjennomføre lovlighetskontroll med kommunale vedtak er delegert til statsforvalteren, mens det er departementet som gjennomfører lovlighetskontroll med fylkeskommunale vedtak. Statsforvalteren kan ta stilling til om et endelig vedtak har et lovlig innhold, er truffet av noen som har myndighet til å treffe et slikt vedtak og om det har blitt til på lovlig måte. Vedtaket kan oppheves hvis det er ugyldig, men statsforvalteren kan ikke selv fatte nytt vedtak.

Statsforvalterne er generelt tilbakeholdne med å gjennomføre lovlighetskontroll av eget tiltak. Ifølge de spesielle merknadene til bestemmelsen i Prop. 46 L (2017-2018) er den ment som en sikkerhetsventil i tilfeller hvor det er usikkerhet om vedtakets gyldighet. Det kan også legges vekt på blant annet vedtakets karakter, sakens viktighet, hvem som eventuelt ber om lovlighetskontroll, tidsaspektet og om lovlighetskontroll kan bidra til å skape ro i saken.

I boken Kriseregulering punkt 29.2.3 understrekes behovet for lovlighetskontroll:

> «Ikke bare oppsto det utfordringer med de større kommunale reguleringer som hytteforbud og søringkarantene, men enkelte kommuner etablerte også andre regler som reiste betydelige legalitetsutfordringer. I den forbindelse kan nevnes forbud mot fest i solgroper, forbud mot bruk av handlevogner i butikkene, forbud mot besøk i private hjem, klemmeforbud og jurisdiksjonsutfordringer i form av pålegg om å følge bostedskommunens regler ved besøk i annen kommune. Ikke bare var dette regelverket uoversiklig, viktigere er at legalitetskontroll med disse reglene var fraværende i enkelte fylkeskommuner, mens man i andre sammenhenger så at statsforvalteren grep inn med veiledning til kommunene.»

Departementet mener at erfaringene under koronapandemien ikke i seg selv begrunner endringer i kommunelovens bestemmelser om lovlighetskontroll. Loven gir statsforvalterne anledning til å utøve et skjønn om det er behov for og hensiktsmessig å gjennomføre lovlighetskontroll med kommunenes vedtak av smitteverntiltak. Det er derfor rom for å justere praksis ved neste alvorlige smittesituasjon dersom det skulle vise seg nødvendig. Spørsmålet om når statsforvalterne av eget initiativ bør kontrollere lovligheten av kommunale vedtak, vil også kunne drøftes av statsforvalterne og departementene i fellesskap når en konkret alvorlig smittesituasjon oppstår og senere ut fra erfaring med hvilke tiltak som faktisk vedtas. Uavhengig av statsforvalternes mulighet til selv å ta

initiativ til lovlighetskontroll, kan også tre medlemmer av kommunestyret eller fylkestinget kreve dette.

Behovet for lovlighetskontroll vil trolig også påvirkes av muligheten for å forebygge uforholdsmessige tiltak gjennom generell og konkret veiledning. Ved neste pandemi vil kommunene ha tilgang til bedre veiledning og mulighet til å trekke på erfaringer fra koronapandemien.

Alle forskrifter skal ifølge forvaltningsloven § 38 kunngjøres i Norsk Lovtidend. Kunngjorte forskrifter gjøres offentlig tilgjengelig av Lovdata. Statsforvalterne vil derfor på enkel måte kunne holde oversikt over og følge med på kommunenes forskriftsvedtak.

Lovlighetskontroll gjelder spørsmål om gyldighet av kommunens vedtak, ikke om kommunens vedtak er hensiktsmessig. Se omtale i punkt 16.8 om forholdet mellom kommunale og statlige vedtak.

9 Innledende bestemmelser – formål, virkeområde, definisjoner mv.

9.1 Oppsummering av forslag i kapittelet

I dette kapittelet foreslår departementet i hovedsak følgende:

- videreføre gjeldende formålsbestemmelse i ny lov § 1-1 og presisere i forarbeidene at hensynet til å unngå betydelig overbelastning av helse- og omsorgstjenesten vil være relevant for å oppnå formålet om å verne befolkningen.
- videreføre gjeldende virkeområdebestemmelse i ny lov § 1-2, men presiseringen av at lovens bestemmelser «om tjenester og tiltak» skal gjelde for enhver, foreslås opphevet. Endringen har ingen materiell betydning.
- videreføre definisjonene av begrepene «smittsom sykdom», «smittet person» og «allmennfarlig smittsom sykdom» i loven § 1-3. Departementet foreslår at momentet om faren for betydelig overbelastning av helse- og omsorgstjenesten, tas inn i definisjonen av begrepet allmennfarlig smittsom sykdom.
- innføre begrepet «eksponert person» i § 1-3 som «en person som har økt risiko for å være smittet etter å ha vært eksponert for en smittet person, eller annen smittekilde».
- endre begrepet «alvorlig utbrudd av allmennfarlig smittsom sykdom» i § 1-3 til «samfunnskritisk sykdom», med ny definisjon: «en allmennfarlig smittsom sykdom, hvor utbredelsen medfører eller risikerer å medføre alvorlige forstyrrelser av viktige samfunnsfunksjoner». Bestemmelsens innhold videreføres i all hovedsak. Endringen medfører at loven i utgangspunktet vil ha tilnærmet samme nivåinndeling som Danmark og Sverige.
- Kongen, ikke Helsedirektoratet, avgjør når en allmennfarlig smittsom sykdom utgjør en samfunnskritisk sykdom.
- videreføre § 1-4 om at departementet i forskrift fastsetter hvilke sykdommer som er allmennfarlige smittsomme sykdommer.

Departementet ber særskilt om høringsinstansenes syn på forslaget om å endre begrepet «alvorlig utbrudd av allmennfarlig smittsom sykdom» til «samfunnskritisk sykdom».

9.2 Innledning

De innledende bestemmelsene i smittevernlovens kapittel 1 setter rammer for resten av loven og dennes anvendelse. I dette kapittelet omtales lovens formål (§ 1-1), virkeområde (§ 1-2), definisjoner (§ 1-3) og forskriftshjemmelen til å fastsette hva som etter loven er å betegne som allmennfarlige smittsomme sykdommer (§ 1-4). Når det gjelder loven § 1-5 om grunnleggende krav ved iverksettelse av smitteverntiltak omtales denne bestemmelsen i høringsnotatets kapittel 10.

9.3 Regulering i andre land

I Sveriges smittskyddslag fremgår de generelle bestemmelsene i kapittel 1. Formålet med loven er etter § 1:

> «Samhällets smittskydd skall tillgodose befolkningens behov av skydd mot spridning av smittsamma sjukdomar.»

Videre følger det av § 2 at virkeområde for loven er «föreskrifter om smittskyddsåtgärder som riktar sig till människor.». Definisjonene fremgår av § 3:

> **«**Med smittsamma sjukdomar avses i denna lag alla sjukdomar som kan överföras till eller mellan människor och som kan innebära ett inte ringa hot mot människors hälsa.
>
> Med allmänfarliga sjukdomar avses smittsamma sjukdomar som kan vara livshotande, innebära långvarig sjukdom eller svårt lidande eller medföra andra allvarliga konsekvenser och där det finns möjlighet att förebygga smittspridning genom åtgärder som riktas till den smittade.
>
> Med samhällsfarliga sjukdomar avses allmänfarliga sjukdomar som kan få en spridning i samhället som innebär en allvarlig störning eller överhängande risk för en allvarlig störning i viktiga samhällsfunktioner och som kräver extraordinära smittskyddsåtgärder.
>
> De allmänfarliga sjukdomarna och vissa andra smittsamma sjukdomar skall anmälas eller bli föremål för smittspårning enligt bestämmelserna i denna lag. Sådana sjukdomar benämns anmälningspliktiga sjukdomar respektive smittspårningspliktiga sjukdomar.
>
> De allmänfarliga sjukdomarna anges i bilaga 1 och de samhällsfarliga sjukdomarna i bilaga 2 till denna lag.»

I Danmarks epidemilov er lovens formål og virkeområde regulert i kapittel 1, §§ 1 og 2:

> **«§ 1.** Formålet med loven er at beskytte samfundet og enkeltpersoner mod de sygdomme, der er nævnt i § 2, ved at udrydde eller forebygge, forhindre, inddæmme og begrænse udbredelsen og indførelsen her i landet.
>
> **§ 2.** Loven omfatter smitsomme sygdomme, alment farlige sygdomme og samfundskritiske sygdomme.

Stk. 2. Ved en smitsom sygdom forstås en sygdom eller en tilstand, som er forårsaget af mikroorganismer eller andre smitstoffer, som kan overføres fra, til eller imellem mennesker.

Stk. 3. Ved en alment farlig sygdom forstås en smitsom sygdom, der er særlig smitsom, har høj dødelighed eller kan give alvorlige eller varige skader, og som kan

1) medføre behandling, sygefravær eller rehabiliteringsforløb af langvarig karakter,

2) få så stor udbredelse, at sygdommen bliver en væsentlig trussel mod folkesundheden, eller

3) give en særlig stor sygdomsbyrde, fordi der ikke findes effektiv forebyggelse eller behandling.

Stk. 4. Ved en samfundskritisk sygdom forstås en alment farlig sygdom, hvis udbredelse medfører eller risikerer at medføre alvorlige forstyrrelser af vigtige samfundsfunktioner.

Stk. 5. Sundhedsstyrelsen fastsætter nærmere regler om, hvilke sygdomme der omfattes af stk. 2 og 3.

Stk. 6. Sundhedsministeren kan fastsætte nærmere regler om, hvilke sygdomme der omfattes af stk. 4. Regler i medfør af 1. pkt. kan fastsættes med en gyldighedsperiode på højst 6 måneder ad gangen.»

I de danske forarbeidene er det om de ulike kategoriene av smittsomme sykdommer blant annet uttalt på 104-105:

«Bestemmelsen vil betyde, at smitsomme sygdomme vil være den overordnede kategori, som de to andre kategorier - alment farlige og samfundskritiske sygdomme - vil være underkategorier til. En sygdom kan kategoriseres som en smitsom sygdom alene, uden at den samtidigt hører til kategorien alment farlige eller samfundskritiske sygdomme, mens en alment farlig eller samfundskritisk sygdom altid vil være en smitsom sygdom.»

Når det gjelder «samfunnskritisk sykdom» beskrives dette på følgende måte:

«Efter det foreslåede § 2, stk. 4, forstås ved en samfundskritisk sygdom en alment farlig sygdom, hvis udbredelse medfører eller risikerer at medføre alvorlige forstyrrelser af vigtige samfundsfunktioner. Bestemmelsen vil betyde, at en samfundskritisk sygdom vil være en alment farlig sygdom, hvis udbredelse medfører eller risikerer at medføre alvorlige forstyrrelser af vigtige samfundsfunktioner. En samfundskritisk sygdom vil således efter forslaget være en underkategori til de alment farlige sygdomme. En samfundskritisk sygdom er i modsætning til en sygdom, der alene er smitsom eller alment farlig, sværere at kategorisere på forhånd, idet kategoriseringen ikke alene afhænger af sundhedsfaglige vurderinger af sygdommens dødelighed og konsekvenser for den enkelte men også af politiske vurderinger af sygdommens samfundsmæssige konsekvenser og potentielle negative og skadelige virkninger for samfundet. Der kan således ikke entydigt eller udtømmende redegøres for, hvilke sygdomme, som vil kunne omfattes af den foreslåede kategori. Som oplagte eksempler kan dog nævnes pest, kopper, SARS og coronavirussygdom (covid-19).»

9.4 Lovens formål

9.4.1 Gjeldende rett

Formålsbestemmelsen i smittevernloven § 1-1 lyder:

«Denne loven har til formål å verne befolkningen mot smittsomme sykdommer ved å forebygge dem og motvirke at de overføres i befolkningen, samt motvirke at slike sykdommer føres inn i Norge eller føres ut av Norge til andre land.

Loven skal sikre at helsemyndighetene og andre myndigheter setter i verk nødvendige smitteverntiltak og samordner sin virksomhet i smittevernarbeidet.

Loven skal ivareta rettssikkerheten til den enkelte som blir omfattet av smitteverntiltak etter loven.»

Bakgrunnen for at formålsbestemmelsen ble tatt med i smittevernloven var først og fremst for at den skulle ha en rettslig funksjon, men også av helsepedagogiske og politiske grunner, jf. Ot.prp. nr. 91 (1992-1993) på s. 117. Bestemmelsen skal forklare bakgrunnen for den helsepolitikk som loven utgjør en viktig del av på området smittsomme sykdommer. Samtidig skal formålsbestemmelsen tjene som rettesnor, og dermed også som en begrensning, ved bruken av lovens fullmaktsbestemmelser. Utover dette vil formålsbestemmelsen også ha en rettslig betydning ved at de øvrige bestemmelsene må tolkes i lys av lovens formål.

Sammenholdt med uttalelser i forarbeidene fremgår det at lovens formål som angitt i bestemmelsens første ledd retter seg mot både eksisterende smittsomme sykdommer og smittsomme sykdommer som kan tenkes å opptre i fremtiden. Det påpekes at uttrykket «å forebygge dem og motvirke at de overføres i befolkningen», delvis vil dekke hverandre, men at slik formulering er valgt for å fremheve at befolkningen skal være sikret at det til enhver tid blir drevet forebyggende arbeid mot smittsomme sykdommer, også når slike sykdommer ikke opptrer eller sjelden opptrer.

Bestemmelsens andre ledd understreker at det erhelse- og omsorgstjenesten som har det primære ansvaret for arbeidet med smittsomme sykdommer. Dette innebærer imidlertid ikke at helsemyndighetene selv skal iverksette alle tiltak, men at helsemyndighetene også plikter å påvirke andre myndigheters beslutninger av betydning for å forebygge opptreden eller motvirke overføring av smittsomme sykdommer.

Av tredje ledd fremgår at loven skal ivareta den enkeltes rettsikkerhet. Slik presisering vil særlig kunne få betydning ved utarbeidelse av forskrifter etter loven og ved avgjørelsen av enkeltsaker. Som påpekt flere steder i lovens forarbeider vil det ofte være til dels motstridende hensyn mellom den enkelte og samfunnet som sådan som må avveies i forbindelse med tiltak mot smittsomme sykdommer.

9.4.2 Koronakommisjonen, Koronautvalget mv.

Koronakommisjonen har i NOU 2021: 6, side 271, inntatt vurderinger når det gjelder betydningen av lovens formålsbestemmelse. Relatert til forbudet mot å overnatte på egen hytte utenfor egen bostedskommune (hytteforbudet) som ble innført i en periode av koronapandemien, uttales det blant annet:

«Et spørsmål som kom på spissen med hytteforbudet, var i hvilken grad, og på hvilken måte, formålet med smittevernloven og de grunnleggende kravene ved iverksetting av smitteverntiltak var styrende for regjeringens bruk av fullmakten i § 7-12. Et særlig

spørsmål var om formålet med hytteforbudet, å sikre at lokalt helsevesen ikke ble overbelastet, var et hensyn regjeringen kunne legge vekt på.»

Også Koronautvalget påpekte sammenhengen mellom innføring av omfattende smitteverntiltak og regjeringens ønske om å unngå overbelastning avhelse- og omsorgstjenesten, jf. NOU 2023: 16, hvor det på side 234 blant annet uttales:

> «Å holde sykdomsbyrden i befolkningen innenfor det som var håndterbart i helse- og omsorgstjenesten var et sentralt styringsmål for regjeringen i håndteringen av covid-19-pandemien. En viktig oppgave for helsemyndighetene, var derfor å overvåke kapasiteten i helsetjenestene og varsle dersom pandemien ga en betydelig sykdomsbyrde eller kritisk belastning av helsetjenesten. En overbelastet helsetjeneste vil i praksis bety at prioriterte pasienter ikke får nødvendig helsehjelp. Dette var til tider situasjonen under pandemien, blant annet ved at planlagte operasjoner ble utsatt eller avlyst. Utvalget vil påpeke den viktige sammenhengen mellom risiko for overbelastning i helse- og omsorgstjenestene, og behovet for inngripende smitteverntiltak og nedstengning av samfunnsaktiviteter med tilhørende konsekvenser.»

I hvilken grad smittevernlovens formålsbestemmelse, og da nærmere bestemt bestemmelsens manglende presisering av at lovens formål også skal være å hindre overbelastning avhelse- og omsorgstjenesten, innebærer at myndighetene ikke kan anføre en slik begrunnelse for innføring av smitteverntiltak, er også diskutert i juridisk teori. I boken *Kriseregulering - lovgivning under koronakrisen* av Benedikte M. Høgberg, Eirik Holmøyvik, Christoffer C. Eriksen (Red.), Fagbokforlaget 2023, er dette særlig omtalt i bokens kapittel 17 (side 426-427) og kapittel 28 (side 735-737). Vurderingen her synes å være at sammenholdt med ordlyden i lovens formålsbestemmelse, vil det å iverksette smitteverntiltak for å unngå en mulig overbelastning av helse- og omsorgstjenesten i bestemte regioner, ligge i grenseland for hva smittevernlovens nødrettsbestemmelse (§ 7-12) gir rettslig grunnlag for.

9.4.3 Departementets vurderinger og forslag

Departementet mener at formålsbestemmelsen i smvl. § 1-1 har stått seg godt, men at det bør klargjøres at faren for betydelig overbelastning av helse- og omsorgstjenesten er et legitimt hensyn å vektlegge ved utforming og innføring av befolkningsrettede smitteverntiltak.

Som påpekt i punkt 9.4.2, er det reist spørsmål ved om formålsbestemmelsen også må kunne sies å inkludere hensynet til å opprettholde viktige samfunnsfunksjoner, for eksempel behandlingskapasitet i helseforetakene eller helse- og omsorgstjenesten generelt. I juridisk teori er det påpekt at det er uklart om det etter bestemmelsen kan tas hensyn til situasjoner der en sykdom kan få så stor utbredelse at den truer viktige samfunnsfunksjoner. Det er uttalt i forarbeidene at § 1-1 oppstiller skranker for bruk av fullmaktene i loven, og blant annet Koronakommisjonen stilte spørsmål ved om formålet med hytteforbudet, å sikre at lokal helse- og omsorgstjeneste ikke ble overbelastet, var et hensyn regjeringen kunne legge vekt på ved anvendelsen av smittevernloven § 7-12.

Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet har i sine vurderinger til departementets arbeid med dette høringsnotatet, påpekt at faren for betydelig overbelastning av helse- og

omsorgstjenesten, som igjen kan få store konsekvenser for liv og helse og for mulighetene til å opprettholde grunnleggende samfunnsfunksjoner, kan være viktig å hensynta under en helsekrise eller ved flere samtidige kriser. Departementet slutter seg til denne vurderingen.

Smittevernloven gir myndighetene ansvar for å iverksette tiltak for å beskytte befolkningen og samfunnet mot smittsomme sykdommer og deres konsekvenser. Smitteverntiltak kan derfor iverksettes før det foreligger full oversikt over skadeevnen, når det er nødvendig å motvirke smittespredning som potensielt kan få alvorlige konsekvenser for den enkelte, for befolkningen eller for samfunnet. Departementet mener at formålsbestemmelsen i smittevernloven «å verne befolkningen mot smittsomme sykdommer ved å forebygge dem og motvirke at de overføres i befolkningen» skal forstås vidt. Tiltak kan være nødvendige også for å beskytte befolkningen mot indirekte konsekvenser av smittsomme sykdommer, som en betydelig overbelastet helse- og omsorgstjeneste. Det fremgår også forutsetningsvis av merknadene til gjeldende smittevernlov § 1-3 at belastningen på «helsetjenesten og samfunnet for øvrig» er relevant i vurderingen av om en sykdom regnes som en allmennfarlig smittsom sykdom.

Tiltak etter smittevernloven kan være helt nødvendige nettopp for å opprettholde grunnleggende samfunnsfunksjoner, og gjennom dette beskytte befolkningen mot konsekvensene av en smittsom sykdom. Det er derfor viktig å fremheve at hensynet til å unngå en betydelig overbelastet helse- og omsorgstjeneste er et legitimt hensyn etter formålsbestemmelsen. Dette er også i tråd med Koronautvalgets påpekning av «den viktige sammenhengen mellom risiko for overbelastning i helse- og omsorgstjenestene, og behovet for inngripende smitteverntiltak og nedstengning av samfunnsaktiviteter med tilhørende konsekvenser».

Departementet foreslår å videreføre dagens formålsbestemmelse, men vil presisere at også hensynet til å unngå betydelig overbelastning av helse- og omsorgstjenestene vil være relevant å vektlegge når det vurderes å fastsette befolkningsrettede smitteverntiltak med hjemmel i loven for å oppnå formålet om å verne befolkningen mot smittsomme sykdommer. Lovens formålsbestemmelse skal dermed ikke tolkes innskrenkende i den forstand at det ikke vil være adgang til å vektlegge slikt hensyn.

Etter departementets vurdering er det dermed ikke nødvendig å endre bestemmelsens ordlyd, men ber høringsinstansene særskilt vurdere om dette likevel bør synliggjøres i formålsbestemmelsen.

9.5 Lovens virkeområde

9.5.1 Gjeldende rett

Smittevernlovens virkeområde er fastsatt i loven § 1-2 som lyder:

> «Lovens bestemmelser om tjenester og tiltak gjelder for enhver som oppholder seg i Norge.
>
> Departementet kan gi forskrifter som begrenser anvendelsen av loven overfor personer som ikke er norske statsborgere, eller som ikke har bosted i Norge. Departementet kan også

gi forskrifter om at loven skal gjelde for personer som oppholder seg i utlandet, men som har tilknytning til Norge.

Departementet kan gi forskrifter om anvendelse av loven på Svalbard, Jan Mayen og kontinentalsokkelen, og på norske fartøy og luftfartøy hvor de enn befinner seg.

Lovens bestemmelser gjelder med de begrensninger som er anerkjent i folkeretten eller følger av overenskomst med fremmed stat.

Kongen kan gi regler til gjennomføring av avtale med fremmed stat om forhold som omfattes av denne loven.»

Bestemmelsens første ledd presiserer at lovens bestemmelser om tjenester og tiltak skal gjelde for alle som oppholder seg i Norge. Av ordlyden, samt uttalelser i forarbeidene (Ot.prp. nr. 91 (1992-1993) side 118-119), fremgår at det ikke kreves at vedkommende er norsk statsborger, eller at oppholdet har vart en viss tid, eller har sammenheng med arbeid eller utdanning i Norge. Dette betyr at også turister som er på kortvarig opphold i Norge, vil omfattes av loven.

Av bestemmelsens andre ledd fremgår at nødvendige begrensningsregler kan gis ved forskrift. Etter andre ledd kan departementet også gi forskrifter om lovens anvendelse for personer som oppholder seg i utlandet, men som har tilknytning til Norge. Det fremgår av forarbeidene at bestemmelsen vil kunne få betydning for blant annet besetningen på norske skip i utenriksfart og norske turister som oppholder seg i utlandet.

Bakgrunnen for bestemmelsens tredje ledd er ifølge forarbeidene «den særegne struktur av bosetningen på Svalbard og Jan Mayen og de spesielle forhold som knytter seg til virksomheten på kontinentalsokkelen og til internasjonal transport».

Om bestemmelsens fjerde ledd er det i forarbeidene understreket at bestemmelsen fastsetter at Norges internasjonale forpliktelser på området smittsomme sykdommer går foran bestemmelsene i smittevernloven, dersom de norske bestemmelsene stiller noen i en svakere posisjon enn folkeretten eller internasjonal avtale Norge er bundet av. Det påpekes at bestemmelsen primært vil få betydning for eksempel dersom en traktat stiller en person i en sterkere posisjon enn det som følger av smittevernloven. Blant annet med hjemmel i denne bestemmelsen har Norge internasjonale forpliktelser etter blant annet Det internasjonale helsereglementet (IHR) og Wien-konvensjonene. Disse omtales i henholdsvis punkt 4.11 og punkt 5.4.

9.5.2 Departementets vurderinger og forslag

Departementet foreslår å videreføre bestemmelsen, men med enkelte justeringer.

I bestemmelsens første ledd foreslår departementet å fjerne begrepet «om tjenester og tiltak», slik at første ledd skal lyde: «Lovens bestemmelser gjelder for enhver som oppholder seg i Norge».

Departementets begrunnelse for endringen er at denne presiseringen fremstår som overflødig, i og med at alle lovens bestemmelser vil gjelde, uavhengig av om de omhandler tjenester eller tiltak. Departementet har vurdert om man alternativt kunne erstattet begrepet med «rettigheter og plikter», men mener at bestemmelsen gir uttrykk for det den skal uten en slik presisering.

Dette er også i tråd med annen lovgivning, for eksempel pasient- og brukerettighetsloven § 1-2 første ledd som sier at «Loven gjelder for alle som oppholder seg i riket».

Bestemmelsens andre til femte ledd foreslås videreført i sin helhet. Når det gjelder smittevernlovens anvendelse på Svalbard og Jan Mayen vises det til drøftelse inntatt i punkt 2.2. Når det gjelder bestemmelsens femte ledd om at «Kongen kan gi regler til gjennomføring av avtale med fremmed stat om forhold som omfattes av denne loven», viser vi imidlertid til at det allerede følger av Grunnloven § 26 at Kongen har myndighet til å inngå og avslutte traktater. Departementet foreslår likevel å videreføre også denne bestemmelsen.

9.6 Definisjoner

9.6.1 Innledning

I smittevernloven § 1-3 er det inntatt definisjon av en rekke begrepet som anvendes i loven. Klassifisering innenfor enkelte av disse begrepene vil blant annet ha betydning for hvilke av lovens bestemmelser og fullmakter som kan komme til anvendelse. Bestemmelsen lyder:

> «§ 1-3 *Definisjoner*
>
> Med følgende uttrykk i loven her forstås:
>
> 1. smittsom sykdom: en sykdom eller smittebærertilstand som er forårsaket av mikroorganismer eller andre smittestoff som kan overføres fra, til eller mellom mennesker.
>
> 2. smittet person: en person som har eller etter en faglig vurdering antas å ha en smittsom sykdom.
>
> 3. allmennfarlig smittsom sykdom: en sykdom som er særlig smittsom, eller som kan opptre hyppig, eller har høy dødelighet eller kan gi alvorlige eller varige skader, og som
>
> a. vanligvis fører til langvarig behandling, eventuelt sykehusinnleggelse, langvarig sykefravær eller rekonvalesens, eller
>
> b. kan få så stor utbredelse at sykdommen blir en vesentlig belastning for folkehelsen, eller
>
> c. utgjør en særlig belastning fordi det ikke fins effektive forebyggende tiltak eller helbredende behandling for den.
>
> 4. alvorlig utbrudd av allmennfarlig smittsom sykdom: et utbrudd eller fare for utbrudd som krever særlig omfattende tiltak. Helsedirektoratet kan i tvilstilfelle avgjøre når det foreligger et alvorlig utbrudd av allmennfarlig smittsom sykdom.»

Ved Prop. 91 L (2018-2019) *Endringer i smittevernloven (lovrevisjon)*, ble det i bestemmelsen foretatt enkelte justeringer av språklig art som ikke var ment å innebære noen endringer i rettstilstanden, jf. lovproposisjonens punkt 14.2.

9.6.2 Smittsom sykdom

9.6.2.1 Gjeldende rett

Etter § 1-3 nr. 1 er «smittsom sykdom» definert som «en sykdom eller smittebærertilstand som er forårsaket av mikroorganismer eller andre smittestoff som kan overføres fra, til eller mellom mennesker».

I Prop. 91 L (2018-2019) side 45 forklares definisjonen «smittsom sykdom» slik:

> «Definisjonen gjelder både sykdom og smittebærertilstand. Smitte som involverer mennesker gjelder overføring mellom mennesker, til mennesker fra dyr eller andre kilder eller fra mennesker til dyr. Smitten kan være forårsaket av en mikroorganisme (bakterie, virus, sopp eller parasitt) eller av gift (toksin) fra mikroorganismer.»

9.6.2.2 Departementets vurderinger og forslag

Helsedirektoratet har i sine vurderinger til departementets arbeid med dette høringsnotatet, jf. oppdragssvar av 31. mars 2023, uttalt at definisjonen på «smittsom sykdom» er tilstrekkelig klar, men samtidig gjort oppmerksom på at EU i forordning 2023/2371 artikkel 3, definerer smittsom sykdom slik:

> "'Communicable disease' means an infectious disease caused by a contagious agent which is transmitted from person to person by direct contact with an infected individual or by indirect means such as exposure to a vector, animal, fomite, product or environment, or exchange of fluid, which is contaminated with the contagious agent."

Det materielle innholdet i smittevernloven § 1-3 nr. 1 omfatter det samme som fremgår av EUs regulering. Etter Helsedirektoratets vurdering omfatter begrepet «contagious agent» i EUs definisjon også gift fra mikroorganismer. Direktoratet anbefaler at gjeldende definisjon av smittsom sykdom erstattes med definisjonen i EU-forordningen for å sikre samordning av lovverket. Folkehelseinstituttet har i sitt oppdragssvar til departementet ikke uttrykt et behov for å endre definisjonen.

Departementet mener at definisjonen av smittsom sykdom, «en sykdom eller smittebærertilstand som er forårsaket av mikroorganismer eller andre smittestoff som kan overføres fra, til eller mellom mennesker», er klar og foreslår at den videreføres uendret i ny lov. Vi viser til at definisjonen tilsvarer den danske og svenske, og at den materielt sett er lik definisjonen i EU.

Frem til 1. juli 2019 inneholdt definisjonen av smittsom sykdom presiseringen: *som smittsom sykdom regnes også sykdom som er forårsaket av gift (toksin) fra mikroorganismer*. Presiseringen ble fjernet fordi den ble ansett unødvendig, men definisjonen omfatter fremdeles smitte overført med toksiner, jf. Prop. 91 L (2018-2019) punkt 14.2 hvor det fremgår at endringen ikke var ment å innebære noen endringer i rettstilstanden. Det er slik sett klart at definisjonen også inkluderer gift fra mikroorganismer. Departementet ser derfor ikke grunn til å reversere endringen fra 2019.

9.6.3 Smittet person

9.6.3.1 Gjeldende rett

Etter § 1-3 nr. 2 er «smittet person» definert som «en person som har eller etter en faglig vurdering antas å ha en smittsom sykdom».

Flere av smittevernlovens bestemmelser har som vilkår at de bare gjelder for smittede personer. Hvorvidt en person er smittet eller ikke vil slik sett ha betydning for den enkeltes rettslige posisjon.

Av definisjonen følger at det ikke bare er personer som har fått påvist en smittsom sykdom som omfattes av loven, men også personer som det etter en faglig vurdering er grunn til å tro at er smittet.

Som en smittet person regnes både den som har en symptomgivende sykdom og den som er frisk smittebærer. En smittebærer har en smittsom sykdom jf. bestemmelsen nr. 1, men behøver ikke å være smitteførende. Til begrepet frisk smittebærer regnes også personer i inkubasjonsfasen.

9.6.3.2 Departementets vurderinger og forslag

Helsedirektoratet har i sine vurderinger til departementets arbeid med dette høringsnotatet, jf. oppdragsvar av 31. mars 2023, påpekt at definisjonen av «smittet person» har fungert godt i praksis og anbefaler at denne videreføres. Direktoratet uttaler i den forbindelse blant annet:

> «Vår erfaring er at definisjonen har fungert etter sin hensikt, og at den er tilstrekkelig klar. Helsedirektoratet vurderer det som avgjørende for et godt smittevern, og for å kunne håndtere beredskapssituasjoner, at dagens definisjon av smittet person og dens materielle innhold videreføres. Innretningen er i tråd med, og understøtter lovens formål jf. § 1-1. Bestemmelsen kan eventuelt presiseres, f.eks. til å lyde: smittet person: en person som har eller etter en faglig vurdering antas å ha en smittsom sykdom, herunder eksponerte personer.»

Folkehelseinstituttet har i sitt oppdragssvar til departementet blant annet uttalt:

> «Definisjonen er vid. Kriteriet er at personen «etter en faglig vurdering antas å ha en smittsom sykdom». Det er ikke presisert hva terskelen for «antas» skal være; om det for eksempel kreves mer enn 50 % sannsynlighet. I forarbeidene benyttes begrepet «mistanke». Dette har betydning fordi en «smittet person» har både plikter (som i § 5-1) og rettigheter (som i §§ 6-1 og 6-2).
>
> Personer som har vært i kontakt med en smittet person og derfor selv kan være smittet, har vært omfattet av definisjonen «smittet person». Det mener FHI er for vid fortolkning. For mange smittsomme sykdommer kan det være lav sannsynlighet for at en nærkontakt 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.»

Folkehelseinstituttet har derfor foreslått at det i bestemmelsen inntas en definisjon av «eksponert person» som kan lyde: «en person som har vært utsatt for smitte og derfor kan være smittet». Instituttet mener denne definisjonen vil gjøre det mulig å knytte andre plikter og rettigheter til personer som bare er eksponert og ikke nødvendigvis smittet. Tiden og eventuelle

undersøkelser vil vise om de faktisk er smittet eller ikke. For eksempel er karantene relevant for eksponerte personer mens isolering er relevant for smittede personer.

Departementet mener at definisjonen av smittet person, «en person som har eller etter en faglig vurdering antas å ha en smittsom sykdom», i smittvernloven § 1-2 nr. 2 har fungert godt i praksis. Departementet foreslår at bestemmelsen videreføres i ny lov.

Departementet viser til at flere alvorlige smittsomme sykdommer kan debutere med symptomer som er lite karakteristiske, som for eksempel høy feber alene, og at det kan ta tid før sikker diagnose blir stilt. Det kan eksempelvis oppstå situasjoner der vi ikke har tester for å påvise en smittsom sykdom (som ved oppdagelse av ny, ukjent sykdom), det kan være mangelsituasjoner knyttet til tester eller det kan ta tid for å få testresultater. Av hensyn til smittevernet er det nødvendig å ha muligheten til å iverksette tiltak i påvente av testresultatet, eller å kunne agere uten et testresultat hvis test ikke er tilgjengelig.

Betydningen av å kunne stanse en smittekjede etter en faglig vurdering av om også personer uten symptomer kan være smittet, erfarte vi under koronapandemien. Definisjonen av smittet person ble da blant annet brukt for å hjemle bruk av karantene (smittekarantene og innreisekarantene) som smitteverntiltak. Selv om ikke alle som var i karantene utviklet sykdom, virket definisjonen etter sin hensikt fordi personer som etter en faglig vurdering kunne være smittet, var i karantene inntil man fikk avklart om de var smitteførende eller ikke. Tilsvarende kan det også i fremtiden oppstå situasjoner der det er avgjørende å kunne benytte seg av innreisekarantene som tiltak for å minske risiko for innførsel av smitte til landet, for eksempel ved utbrudd i andre land av sykdom eller variant av smittestoff som ikke finnes i Norge. Det vil da være behov 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.

Departementet foreslår derfor at definisjonen av «smittet person» videreføres med samme materielle innhold som i gjeldende lov, altså «en person som har eller etter en faglig vurdering antas å ha en smittsom sykdom.». Når det gjelder behovet for å i tillegg innta en definisjon av begrepet «eksponert person» vises det til punkt 9.6.4.2.

9.6.4 Eksponert person

9.6.4.1 Gjeldende rett

Loven § 1-3 inneholder i dag ingen særskilt definisjon av «eksponert person».

9.6.4.2 Departementets vurderinger og forslag

I tråd med vurdering fra både Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet jf. punkt 9.6.3.2, anser departementet det som hensiktsmessig å ha en egen kategori for personer som har vært eksponert for smittede personer eller andre smittekilder. Som Folkehelseinstituttet har påpekt vil det å ta inn en egen definisjon for eksponerte personer, innebære at det kan fastsettes ulike rettigheter og plikter for «smittede personer» og «eksponerte personer». Departementet er enig i dette og mener at dette kan være en hensiktsmessig kategori for fremtidige smitteverntiltak gitt i forskrift.

Når det gjelder hvilket begrep som skal benyttes har departementet vurdert å benytte begrepet «nærkontakt». Dette begrepet ble godt innarbeidet blant befolkningen og i samfunnet ellers under koronapandemien. Videre er begrepet nærkontakt benyttet i dagens smittevernlov § 4-3 a, hvor «smittekarantene» etter første ledd bokstav b gjelder for «personer som har økt risiko for å være smittet av den allmennfarlige smittsomme sykdommen etter nærkontakt med en smittet eller antatt smittet person, eller annen smittekilde». Dette er til forskjell fra «isolering», som etter § 4-3 a første ledd bokstav a gjelder for «smittede personer, jf. § 1-3 nr. 2». Bestemmelsen illustrerer at det for noen smitteverntiltak kan være hensiktsmessig å skille mellom personer som er smittet (eller antatt smittet) og personer som «kun» er nærkontakt (eksponert).

I tråd med vurderingen fra Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet foreslår departementet å benytte begrepet «eksponert person». Det foreslås at dette begrepet defineres som «en person som har økt risiko for å være smittet etter å ha vært eksponert for en smittet person, eller annen smittekilde». Departementet mener begrepet «eksponert personer», eller den mer aktive formen «eksponering», gir et mer dekkende bilde enn begrepet «nærkontakt», idet sistnevnte begrep i større grad kan oppfattes som at det må ha vært kontakt mellom mennesker.

Departementet presiserer at det er et skille mellom en eksponert person som er kjent eksponert eller utsatt for den smittsomme sykdommen og en person som etter en faglig vurdering antas å ha en smittsom sykdom. En person kan eksempelvis være uvitende om eventuell eksponering for smittekilde, men ha symptomer som en lege etter undersøkelse av personen konkluderer med at personen må antas å ha en smittsom sykdom.

9.6.5 Allmennfarlig smittsom sykdom

9.6.5.1 Gjeldende rett

Etter § 1-3 nr. 3 er «allmennfarlig smittsom sykdom» definert slik;

> «en sykdom som er særlig smittsom, eller som kan opptre hyppig, eller har høy dødelighet eller kan gi alvorlige eller varige skader, og som
>
> a. vanligvis fører til langvarig behandling, eventuelt sykehusinnleggelse, langvarig sykefravær eller rekonvalesens, eller
>
> b. kan få så stor utbredelse at sykdommen blir en vesentlig belastning for folkehelsen, eller
>
> c. utgjør en særlig belastning fordi det ikke fins effektive forebyggende tiltak eller helbredende behandling for den.»

Smittevernloven gjelder i prinsippet alle smittsomme sykdommer, men flere av bestemmelsene i loven gjelder kun for smittsomme sykdommer som defineres som allmennfarlig. Med allmennfarlig menes i henhold til forarbeidene at en sykdom er, eller kan utgjøre en trussel mot folkehelsen og at særlig krevende forholdsregler må tas i bruk for å forebygge opptreden eller motvirke overføring av sykdommen. Det foretas hermed en avgrensning mot mindre alvorlige smittsomme sykdommer, jf. Ot.prp.nr 91 (1992-1993) side 121.

I bestemmelsen er det satt opp vilkår for allmennfarlighet, hvor det tas utgangspunkt i et sett av alvorlighetskriterier som dels er av epidemiologisk, dels av klinisk natur. Ett eller flere av disse må være oppfylt og i tillegg må ett eller flere av tilleggskriteriene (a, b eller c), være oppfylt for at en sykdom skal anses som allmennfarlig etter loven, jf. Ot.prp.nr 91 (1992-1993) side 121-122.

For nærmere redegjørelse for gjeldende rett vises det til spesielle merknader til høringsforslagets § 1-3 første ledd nr. 4 som i all hovedsak viderefører gjeldende § 1-3 nr. 3.

Kriteriene i loven § 1-3 nr. 3 skal vise hvilke vurderinger som ligger til grunn for å definere en sykdom som allmennfarlig. Det fremgår imidlertid av lovens ordlyd at denne definisjonen forutsetter utøvelse av skjønn, både medisinsk og juridisk. Under en epidemi eller pandemi vil WHO bidra til å kategorisere sykdommen i henhold til IHR (Det internasjonale helsereglementet).

Kategorisering av allmennfarlig smittsomme sykdommer benyttes av flere land, som et av flere grunnlag for fullmakter i regelverket, se blant annet dansk epidemilov § 2 (lov nr. 285 af 27/02/2021). En tilsvarende definisjon finnes i den svenske smittskyddslagen § 3 (lag 2004: 168).

9.6.5.2 Departementets vurderinger og forslag

Helsedirektoratet har i sine vurderinger til departementets arbeid med dette høringsnotatet uttalt at de i utgangspunktet mener at kriteriene i loven § 1-3 nr. 3 er klare. Det påpekes også at definisjonen etter direktoratets vurdering har stått seg godt, også gjennom pandemien.

Det vises imidlertid til at det internasjonalt er økende bekymring og oppmerksomhet mot "emerging infectious diseases", det vil si smittsomme sykdommer som enten er helt nye hos mennesker eller som er på vei tilbake for eksempel på grunn av antibiotikaresistens. Det påpekes at flere av disse sykdommene har pandemisk potensiale og at definisjonen av allmennfarlig smittsom sykdom må kunne brukes også i møte med en ny, ukjent smittsom sykdom. Direktoratet anbefaler derfor at det i forarbeidene presiseres at det er mulig å bruke definisjonen av allmennfarlig sykdom ved en ny, ukjent sykdom der potensialet i situasjonen kan tilsi at rettigheter, plikter og fullmakter bør utløses.

Helsedirektoratet presiserer at en innsnevring av definisjonen vil kunne føre til at enkelte sykdommer fjernes fra listen over allmennfarlig smittsomme sykdommer. Skulle dette skje, mener direktoratet at hensynet til smittevernet nødvendiggjør at gjeldende rettigheter og plikter videreføres også for de sykdommene som faller ut av listen. Dette vil eventuelt kreve etablering av et nytt system for regulering, og kan blant annet føre til at de allmennfarlig smittsomme sykdommene deles i grupper med ulike betegnelser, jf. systematikken etter tidligere lov om åtgjerder mot kjønnssykdommer. Direktoratet stiller spørsmål ved om man vil kunne oppnå mer ved en ny definisjon enn det som allerede ivaretas i dagens system, og om det vil være hensiktsmessig, praktisk eller forenklende. Det understrekes at en slik endring uansett vil kreve grundig utredning.

Direktoratet påpeker videre at siden de allmennfarlig smittsomme sykdommene kan medføre høy belastning for befolkningen og samfunnet hvis de ikke blir behandlet eller hvis de får spre seg, vil forsvarlig behandling og oppfølging av smittede være prioritering som reduserer risiko og kostnader også på individ- og samfunnsnivå. Definisjonen av allmennfarlig smittsom sykdom omfatter flere kategorier sykdommer der rettsvirkningene ikke bare er knyttet til behovet for ytterligere innføring eller styrking av tiltak, men der det er behov for et grunnleggende forsterket smittevern både av hensyn til den enkelte og av hensyn til samfunnet. I det daglige smittevernarbeidet er den grunnleggende forsterkningen det viktigste.

For mange av sykdommene som står på listen er plikt til smitteoppsporing og legeundersøkelse, samt gratis oppfølging og behandling, nødvendige tiltak for å holde spredningen av sykdommen nede. Dette gjelder eksempelvis de seksuelt overførbare sykdommene.

Enkelte sykdommer som står på listen over allmennfarlig smittsomme sykdommer gir lite utfordringer for folkehelsen i Norge i dag. Andre sykdommer på listen finnes ikke i Norge, og utgjør på den måten ingen umiddelbar trussel for folkehelsen. Eksempler på slike sykdommer er hemoragisk feber (inkludert Ebola), MERS, kolera og miltbrann. Samtidig kan disse sykdommene spres til Norge, for eksempel ved smittede reisende. Sykdommene står derfor på listen over allmennfarlig smittsomme sykdommer slik at det er mulig å iverksette nødvendige tiltak raskt ved behov. Direktoratet påpeker at dette sikrer grunnleggende beredskap mot identifiserte alvorlige sykdommer.

Folkehelseinstituttet har i sine vurderinger til departementets arbeid med dette høringsnotatet uttalt at definisjonen av allmennfarlige smittsomme sykdommer er omfattende og komplisert. I den forbindelse uttales det blant annet:

> «På den ene siden åpner dagens kriterier for betydelig fleksibilitet, og har fungert greit. Dette taler for videreføring. På den annen side vil en liste begrenset til de mest alvorlige sykdommene motvirke at det iverksettes strenge tiltak for sykdommer som ikke utgjør et egentlig folkehelseproblem. Dette taler for at man bør forenkle definisjonen og gjennomgå lista på nytt.»

Folkehelseinstituttet uttaler at en mulig ny definisjon av allmennfarlig smittsom sykdom kan være: «en smittsom sykdom som uten innføring eller styrking av tiltak har så stor spredningsevne, sykdomsalvorlighet eller begge deler at den sannsynligvis vil føre til stor sykdomsbyrde for hele eller deler av befolkningen». Instituttet viser til at «befolkning» her betyr både hele Norges befolkning, men også befolkningsgrupper i enkelte områder eller bestemte befolkningsgrupper, som for eksempel barn.

Departementet mener at definisjonen av allmennfarlig smittsom sykdom i smittevernloven § 1-3 nr. 3 har fungert godt og at den bør videreføres. En videreføring av definisjonen vil sikre at det ikke oppstår utilsiktede konsekvenser for listen over allmennfarlige smittsomme sykdommer som er fastsatt med forskrift i loven § 1-4, og de rettigheter og plikter som er knyttet til at disse sykdommene er definert som allmennfarlig smittsom sykdom. I tillegg er definisjonen lik den definisjon man har i dansk lovgivning.

Departementet foreslår imidlertid at det i bokstav b i definisjonen tas inn som moment i vurderingen av om det foreligger en allmennfarlig smittsom sykdom, at det vurderes om det er snakk om en sykdom som kan få så stor utbredelse at det kan føre til betydelig overbelastning av helse- og omsorgstjenesten. Dette er anbefalt av både Helsedirektoratet

og Folkehelseinstituttet, og selv om dette allerede følger forutsetningsvis av merknadene til gjeldende bestemmelse mener departementet det er viktig med en klar hjemmel til å kunne legge vekt på dette i vurderingen av om en sykdom skal defineres som en allmennfarlig smittsom sykdom.

Departementet vil videre presisere at en ny, ukjent sykdom, der potensialet i situasjonen kan tilsi at rettigheter, plikter og fullmakter bør utløses, kan omfattes av definisjonen av allmennfarlig smittsom sykdom.

9.6.6 Alvorlig utbrudd av allmennfarlig smittsom sykdom – Samfunnskritisk sykdom

9.6.6.1 Gjeldende rett

Etter § 1-3 nr. 4 er «alvorlig utbrudd av allmennfarlig smittsom sykdom» definert som «et utbrudd eller fare for utbrudd som krever særlig omfattende tiltak». Helsedirektoratet kan i tvilstilfelle avgjøre når det foreligger et alvorlig utbrudd av allmennfarlig smittsom sykdom.

I Ot.prp.nr 91 (1992-1993) s. 122-123 uttales blant annet følgende om hva som menes med «alvorlig utbrudd»:

> «Med et utbrudd av smittsom sykdom forstås opptreden i et område av tilfeller som klart overstiger det forventede antall. Alvorlig vil et utbrudd være hvis det dreier seg om en allmennfarlig smittsom sykdom med utpreget spredningstendens og det vil kreves omfattende tiltak for å bringe utbruddet under kontroll.»

For nærmere redegjørelse for gjeldende rett vises det til spesielle merknader til høringsforslagets § 1-3 første ledd nr. 5 som i all hovedsak viderefører det materielle innholdet i gjeldende § 1-3 nr. 4.

9.6.6.2 Departementets vurderinger og forslag

Helsedirektoratet har i sine vurderinger til departementets arbeid med dette høringsnotatet blant annet uttalt:

> «Under covid-19-pandemien la departementet til grunn at når departementet eller Helsedirektoratet tar i bruk fullmakter som forutsetter at det er konstatert et alvorlig utbrudd, innebærer dette at det er besluttet at utbruddet er alvorlig fordi situasjonen faller innunder definisjonen i § 1-3 nr. 4. Loven legger ikke opp til noen nærmere prosedyrer for beslutningen om alvorlig utbrudd, annet enn at lovens materielle vilkår må være oppfylt. At det ikke stilles prosessuelle krav til beslutningen kan eksempelvis være hensiktsmessig i situasjoner der det er nokså umiddelbart behov for slike tiltak. Fremgangsmåten fungerer etter Helsedirektoratets vurdering i utgangspunktet hensiktsmessig.»

Helsedirektoratet påpeker at erfaring fra pandemien viser at begrepet «alvorlig utbrudd av allmennfarlig smittsom sykdom» i utgangspunktet fungerte godt, og at begrepet gir nødvendig fleksibilitet. Direktoratet viser til at bestemmelsen tar utgangpunkt i at situasjonen medfører behov for å løfte tiltakene til et høyere nivå og at forarbeidene til bestemmelsen med fordel kan utdypes noe.

Folkehelseinstituttet har i sitt oppdragssvar blant annet uttalt:

> «Definisjonen er delvis sirkulær. Siden utbruddet «krever særlig omfattende tiltak», kan det erklæres som «alvorlig utbrudd» slik at man får hjemmel for særlig omfattende tiltak. Antakelig er det bedre om definisjonen heller bygger på risikoen knyttet til utbruddet, i hovedsak hva det kan føre til av sykdomsbyrde i befolkningen.»

Instituttet foreslår derfor at begrepet «alvorlig utbrudd av allmennfarlig smittsom sykdom» kan defineres som «et utbrudd eller fare for utbrudd som fører til eller truer med å føre til en betydelig sykdomsbyrde for hele eller deler av befolkningen.»

Når det gjelder bestemmelsens andre punktum om at Helsedirektoratet i tvilstilfeller kan avgjøre når det foreligger et alvorlig utbrudd av allmennfarlig smittsom sykdom, uttales det:

> «Når det foreligger et «alvorlig utbrudd av allmennfarlig smittsom sykdom», kan Helsedirektoratet i hastesituasjoner iverksette inngripende grupperettede smitteverntiltak, jf. § 4-1 andre ledd, og påby vaksinering, jf. § 3-8 fjerde ledd. Erfaringen fra håndteringen av covid-19-pandemien viser at det i praksis var departementet (og kommuner lokalt) som besluttet å iverksette tiltak etter § 4-1 (og unnlot å beslutte tiltak etter § 3-8).»

Folkehelseinstituttet foreslår derfor at paragrafen endres slik at den er mer i samsvar med erfaringene og praksisen fra pandemien og at det skal være departementet som avgjør når det foreligger et alvorlig utbrudd av allmennfarlig smittsom sykdom.

Departementet viser til at gjeldende definisjon av «alvorlig utbrudd av allmennfarlig smittsom sykdom», fremstår sirkulær. Siden utbruddet etter definisjonen «krever særlig omfattende tiltak», kan det erklæres som «alvorlig utbrudd», slik at man får hjemmel for særlig omfattende tiltak. Departementet er derfor enig med Folkehelseinstituttets vurdering av at definisjonen bør endres. Departementet foreslår at begrepet «alvorlig utbrudd av allmennfarlig smittsom sykdom» erstattes med begrepet «samfunnskritisk sykdom».

Departementet foreslår at definisjonen til det nye begrepet samfunnskritisk sykdom skal lyde: «en allmennfarlig smittsom sykdom, hvor utbredelsen medfører eller risikerer å medføre alvorlige forstyrrelser av viktige samfunnsfunksjoner». Departementet foreslår at innholdet i definisjonen i all hovedsak videreføres, men ordlyden gjør det tydeligere at det også skal være fokus på vurderingene av samfunnsmessige konsekvenser av utbruddet. Ved begrepsendringen til «samfunnskritisk sykdom» gis bestemmelsen et mer funksjonelt preg som fremhever at det ikke bare er liv og helse som skal beskyttes, men at det også kan være nødvendig å beskytte samfunnsinstitusjoner for å beskytte liv og helse.

Departementet er kjent med Språkrådets mening om at både begrepet «kritisk» og «samfunnskritisk» bør unngås i lovtekster. Begrepet samfunnskritisk har tradisjonelt vært knyttet til kritikk av samfunnsforhold, men er i senere tid ofte brukt om ting som er kritisk viktig for samfunnet. Departementet vurderer likevel at begrepet samfunnskritisk sykdom, hvor det er en sykdom som er kritisk farlig for samfunnet, er kortere og enklere enn begrepet «alvorlig utbrudd av allmennfarlig smittsom sykdom».

Ved å innføre begrepet «samfunnskritisk sykdom» mener departementet at det også vil fremgå tydeligere at loven opererer med tre klare nivåer eller kategorier av smittsomme sykdommer:

– smittsom sykdom
– allmennfarlig smittsom sykdom og
– samfunnskritisk sykdom.

Departementet vurderer dette som mer hensiktsmessig enn å benytte seg av «alvorlig utbrudd»-begrepet, som har en mer sirkulær definisjon. «Samfunnskritisk sykdom» er tilsvarende dansk og svensk rett, og departementet ser det som en fordel å ha et lignende system som våre naboland.

Etter den nye definisjonen vil en samfunnskritisk sykdom være en allmennfarlig smittsom sykdom, hvor utbredelsen medfører eller risikerer å medføre alvorlige forstyrrelser av «viktige samfunnsfunksjoner». Departementet mener det er riktig og nødvendig å sette terskelen lavere enn «kritiske samfunnsfunksjoner», jf. Instruks for departementenes arbeid med samfunnssikkerhet (samfunnssikkerhetsinstruksen), forskrift 10. mars 2017 nr. 312 Del V og VI.

Hvilke sykdommer som er samfunnskritiske vil ikke kunne defineres på forhånd slik som man kan definere kjente sykdommer som allmennfarlige. Hvorvidt en allmennfarlig smittsom sykdom vil kunne kategoriseres som samfunnskritisk, vil ikke bare avhenge av medisinske vurderinger av sykdommens alvorlighet eller dødelighet og konsekvenser for den enkelte, men også av mer samfunnsmessige vurderinger av sykdommens konsekvenser og potensielle negative og skadelige virkninger for samfunnet som sådan.

Dersom utbruddet av en allmennfarlig smittsom sykdom kan håndteres av den lokale helse- og omsorgstjenesten ved bruk av tilgjengelige ressurser innenfor de hjemlene som ellers følger av smittevernloven, vil den neppe kunne betegnes som en samfunnskritisk sykdom.

Dersom sykdommens utbredelse medfører eller risikerer å medføre betydelig sykdomsbyrde for hele eller deler av befolkningen, vil det i utgangspunktet være en alvorlig forstyrrelse av viktige samfunnsfunksjoner, da det ikke bare vil belaste helse- og omsorgstjenesten, men også resten av samfunnet. Det kan for eksempel være samfunnskritisk hvis sykdomsbyrden i samfunnet også går ut over grunnleggende samfunnsfunksjoner som matproduksjon, distribusjon av mat, vannforsyning, søppeltømming, strømforsyning, forsvars- og beredskapsevne, domstoler, transportnæringen og andre viktige myndighetsfunksjoner som politi og brannvesen.

Når det gjelder covid-19 ble sykdommen oppført på listen over allmennfarlige smittsomme sykdommer etter hvert som sykdommens egenskaper ble kartlagt. Først noen uker senere ble det erklært for å foreligge et «alvorlig utbrudd av allmennfarlig smittsom sykdom» når det var kjent at sykdommen spredte seg også i Norge. Også i Danmark ble covid-19 kategorisert som en samfunnskritisk sykdom under koronapandemien.

Vurderingen av om en allmennfarlig smittsom sykdom potensielt vil ha alvorlige negative konsekvenser for samfunnet, som er forutsetningen for kategoriseringen som en samfunnskritisk sykdom, bør etter departementets vurdering gjøres av regjeringen. Ved vurderingen av om utbredelsen av en allmennfarlig smittsom sykdom medfører eller risikerer å medføre alvorlige forstyrrelser av viktige samfunnsfunksjoner, bør alle deler av

samfunnet inkluderes. Dette sikres best gjennom regjeringsbehandling. I slike situasjoner vil regjeringen selvsagt vil måtte vektlegge helsefaglige vurderinger av den allmennfarlige smittsomme sykdommens egenskaper og alvorlighet. Her vil vurderinger fra blant annet Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet være sentralt. I tillegg vil behandling i regjering i større grad sikre tverrsektorielle og tverrfaglige vurderinger forut for regjeringens beslutning. Departementet foreslår derfor at det ikke lenger skal være Helsedirektoratet, men Kongen, som avgjør når en allmennfarlig smittsom sykdom utgjør en samfunnskritisk sykdom.

9.7 Forskrifter om allmennfarlige smittsomme sykdommer § 1-4

9.7.1 Gjeldende rett

Smittevernloven § 1-4 lyder:

> «§ 1-4 *Forskrifter om allmennfarlige smittsomme sykdommer*
>
> Departementet fastsetter i forskrift hvilke sykdommer som er allmennfarlige smittsomme sykdommer.»

Bestemmelsen ble ved revisjonen i 2019 flyttet fra § 1-3 andre ledd.

Det følger av bestemmelsen at Helse- og omsorgsdepartementet skal fastsette en liste over hvilke sykdommer som til enhver tid skal regnes som allmennfarlige smittsomme sykdommer etter loven. Dette er gjort gjennom forskrift om allmennfarlige smittsomme sykdommer. Forskriften er begrenset blant annet av de vilkår som er satt opp i § 1-3 nr. 3. Når en sykdom ikke lenger oppfyller kriteriene i smittevernloven § 1-3 nr. 3 til allmennfarlig smittsom sykdom, skal departementet fjerne sykdommen fra listen.

I praksis fatter departementet beslutninger etter vurderinger fra Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet.

9.7.2 Departementets vurderinger og forslag

Departementet foreslår at bestemmelsen videreføres i sin helhet.

Bestemmelsen fjerner tvil om hvilke smittsomme sykdommer som til enhver tid skal regnes som allmennfarlige etter loven. De kriteriene som er oppstilt i definisjons-bestemmelsen vil i praksis først og fremst fungere som en materiell ramme for departementets kompetanse. De allmennfarlige smittsomme sykdommene er i dag angitt som en oppregning i forskrift om allmennfarlige smittsomme sykdommer. På denne måten kan smittsomme sykdommer som oppstår i fremtiden og som det er umulig å forutse nå, bli ført inn på listen. På den annen side kan sykdommer som ikke lenger oppfyller kriteriene, bli tatt ut av listen. En slik liste skaper forutberegnelighet for dem som vil kunne bli omfattet av loven. Eksempelvis ble covid-19 inntatt i forskriften 31. januar 2020 og fjernet fra forskriften 20. november 2023.

Krav om forskriftsfesting skaper forutberegnelighet. Dette er viktig, blant annet fordi det etter smittevernloven kan vedtas smitteverntiltak som vil kunne representere forholdsvis inngående inngrep i den enkeltes integritet.

10 Grunnleggende krav til smitteverntiltak

10.1 Oppsummering av forslag i kapittelet

I dette kapittelet foreslår departementet i hovedsak følgende:

- videreføre dagens smittevernlov § 1-5 om grunnleggende krav ved iverksetting av smitteverntiltak i all hovedsak, med en del viktige presiseringer og tillegg.
- Videreføre de tre vilkårene «klar medisinskfaglig begrunnelse», «nødvendig av hensyn til smittevernet» og «fremstå tjenlig etter en helhetsvurdering», med en til dels annen ordlyd og presiseringer av innhold i forarbeidene.

Dette skiller seg fra gjeldende rett slik:

- bestemmelsens overskrift endres fra «Grunnleggende krav ved iverksetting av smitteverntiltak» til «Grunnleggende krav til smitteverntiltak». Dette for å få frem at de grunnleggende kravene ikke gjelder kun ved iverksetting av smitteverntiltak, men også ved ev. videreføring eller opphevelse. Det presiseres at bestemmelsen gjelder for både enkeltvedtak og forskrifter.
- vilkåret «klar medisinskfaglig begrunnelse» skal fortsatt ikke tolkes for strengt. Det presiseres likevel at det stilles visse minimumskrav til den medisinskfaglige begrunnelsen, for eksempel medisinskfaglig kompetanse hos den eller de som gjør vurderingen og hva slags kunnskap vurderingene bygger på.
- vilkåret «fremstå tjenlig etter en helhetsvurdering» endrer ordlyd til at smitteverntiltak skal «være forholdsmessige». Innholdet i vilkåret endres ikke, men det utdypes i forarbeidene hva som kreves i en forholdsmessighetsvurdering.
- i ny smittevernlov § 1-5 tas det inn et nytt ledd hvor det fremgår uttrykkelig av lovbestemmelsen at hensynet til smittevernet, barnets beste og samfunnsmessige konsekvenser skal inngå i vurderingen og avveiningen av om smitteverntiltak er forholdsmessige.
- dagens smittevernlov § 1-5 andre ledd sier at tvangstiltak ikke kan brukes når det etter sakens art og forholdene ellers vil være et uforholdsmessig inngrep. Tvang er kun aktuelt ved individuelle smitteverntiltak og derfor flyttes dette leddet til ny smittevernlov § 6-1.
- i dagens smittevernlov er det ikke uttrykkelige krav til å offentliggjøre begrunnelse og avveininger av ulike hensyn ved fastsettelse av forskrifter som innfører smitteverntiltak. I ny smittevernlov § 1-5 foreslår departementet et nytt krav om at den som fatter vedtaket om fastsettelse, videreføring og opphevelse av smitteverntiltak i forskrift så snart som mulig skal formidle kunnskapsgrunnlaget og gi en skriftlig fremstilling av de begrunnelsene og avveiningene som ligger til grunn for vedtaket.
- det følger av dagens smittevernlov § 1-5 første ledd andre punktum at det ved iverksettelse av smitteverntiltak skal legges vekt på frivillig medvirkning fra den eller de tiltaket gjelder. Departementet foreslår ikke å videreføre denne ordlyden i bestemmelsen, men i ny § 6-1 om forholdsmessighet ved individuelle tvangstiltak. I

omtalen av ny § 1-5 presiseres det at som hovedregel vil det være naturlig å vurdere om anbefalinger er tilstrekkelig når en vurderer innføring av befolkningsrettede tiltak, men at det ikke er et absolutt vilkår etter smittevernloven å prøve frivillighet først ved befolkningsrettede tiltak. Hensynet til frivillighet vil inngå i forholdsmessighetsvurderingen som følger av lovbestemmelsen.

10.2 Innledning

I dette kapittelet foreslås en ny smittevernlov § 1-5 om grunnleggende krav ved iverksetting av smitteverntiltak. Dagens smittevernlov § 1-5 om grunnleggende krav ved iverksetting av smitteverntiltak videreføres i all hovedsak, med en del viktige presiseringer og tillegg.

10.3 Gjeldende rett

10.3.1 Grunnloven, menneskerettighetene og Norges folkerettslige forpliktelser

Så å si alle tiltak som kan være aktuelle etter smittevernloven kan medføre begrensinger i grunnleggende rettigheter. I slike tilfeller må forholdet til Grunnloven og menneskerettsloven vurderes. For en overordnet gjennomgang av bestemmelser i Grunnloven og menneskerettigheter som kan være relevante i forbindelse med smitteverntiltak, vises det til punkt 5.3. Det vises også særlig til betydningen av EØS-rettslige rammer og Wien-konvensjonene om akkreditert diplomatisk og konsulært personell mv. som det gis en overordnet redegjørelse for i henholdsvis punkt 5.4 og 5.5.

10.3.2 Smittevernloven

Smittevernloven § 1-5 regulerer grunnleggende krav som må være oppfylt ved bruk av smitteverntiltak. Bestemmelsen lyder:

«§ 1-5 Grunnleggende krav ved iverksetting av smitteverntiltak

Smitteverntiltak etter loven skal være basert på en klar medisinskfaglig begrunnelse, være nødvendig av hensyn til smittevernet og fremstå tjenlig etter en helhetsvurdering. Ved iverksettelse av smitteverntiltak skal det legges vekt på frivillig medvirkning fra den eller de tiltaket gjelder.

Tvangstiltak kan ikke brukes når det etter sakens art og forholdene ellers vil være et uforholdsmessig inngrep.»

Bestemmelsen i § 1-5 første ledd lovfester de grunnleggende kravene som skal vurderes ved iverksettelse av smitteverntiltak. Bestemmelsen kom inn i loven etter revisjonen i 2019, jf. Prop. 91 L (2018-2019), og er ment å lovfeste tidligere praksis. Tidligere praksis var basert på en veileder til smittevernloven (IK-8/95) som presiserte fire generelle hovedvilkår som må være oppfylt ved bruk av tiltak etter smittevernloven. Vilkårene fremgår nå av § 1-5 første ledd. Om lovfestingen skriver departementet i Prop. 91 L (2018-2019) punkt 4.4.:

> «Vilkårene har dermed i praksis vært oppfattet og praktisert som en del av smittevernregelverket. Departementet mener at rettssikkerhetsmessige hensyn tilsier lovfesting av vilkårene. Presiseringen i loven av disse kriteriene innebærer etter departementets syn dermed ikke endring av praksis.»,

Kravene i § 1-5 første ledd skal vurderes i tillegg til de vilkår som følger av lovens ulike bestemmelser. Kravene gjelder ved alle smitteverntiltak etter loven, også ved anvendelse av nødrettshjemmelen i loven § 7-12. Bestemmelsene om tvungen legeundersøkelse og tvungen isolering etter §§ 5-2 og 5-3 har imidlertid flere og strengere vilkår enn det som følger av bestemmelsen.

Kravet om at smitteverntiltak skal være «*basert på en klar medisinskfaglig begrunnelse*» skal etter forarbeidene ikke tolkes for strengt. Det kreves ikke at effekten er vitenskapelig bevist. Som et minimum må det aktuelle smitteverntiltaket være «relevant for den aktuelle sykdommen» («relevant for den sykdommen det gjelder og at tiltaket alene eller sammen med andre tiltak har vist effekt i lignende situasjoner). Kravet til medisinskfaglig begrunnelse må sees i forhold til både grad av smittetrussel og hvor inngripende tiltaket er.

At smitteverntiltak må være «*nødvendig av hensyn til smittevernet*» innebærer at tiltaket må være egnet til å forebygge eller hindre smittespredning av den aktuelle sykdommen.

Tiltakene må også «*fremstå tjenlig etter en helhetsvurdering*». Etter forarbeidene innebærer dette at tiltaket ikke skal medføre unødvendig ulempe eller skade for den eller de tiltaket retter seg mot. Nytten må veies opp mot den belastning tiltaket medfører. Etter forarbeidene vil vilkårene «nødvendig av hensyn til smittevernet» og «fremstå tjenlig etter en helhetsvurdering» i de fleste praktiske tilfeller utgjøre en forholdsmessighetsvurdering.

Etter § 1-5 første ledd andre punktum skal det «legges vekt på frivillig medvirkning» ved «iverksetting av smitteverntiltak». I forarbeidene er dette vilkåret omtalt som et hovedvilkår ved alle smitteverntiltak: «(…) vilkåret om at det i utgangspunktet skal vurderes frivillighet ved bruk av smitteverntiltak er av vesentlig betydning og en lovfesting ville tydeliggjøre at det er et hovedprinsipp ved alle tiltak.» Om innholdet i kravet er det i forarbeidene uttalt:

> «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.»

Bestemmelsen i § 1-5 andre ledd gjelder individuelle tvangstiltak. Det presiseres i bestemmelsen at det skal foretas en forholdsmessighetsvurdering ved bruk av tvangsmessige smitteverntiltak.

10.3.3 Rettspraksis

Under og i etterkant av pandemien har det vært flere rettsprosesser som omhandler ulike smitteverntiltak, både sivilrettslige og strafferettslige saker. En av de meste kjente sakene er den såkalte «Hyttedommen» HR-2022-718-A. Saken gjaldt 6 personer med fritidseiendom i Sverige som hevdet at plikten til å gå i karantene etter ankomst fra

Sverige var ugyldig eller ikke kunne ikke gjøres gjeldende overfor dem dersom de reiste til sine boliger i Sverige uten å bruke kollektivtransport og uten å ha nærkontakter ut over sitt eget reiseføIge i Sverige. Høyesterett kom til at det våren 2020 forelå en klar medisinskfaglig begrunnelse for å innføre karanteneplikt for reisende fra Sverige som var generell med færrest mulig unntak, og at vilkårene i smittevernloven § 1-5 for å beholde karantenekravet uendret i den perioden saken gjaldt, var oppfylt. Høyesterett var av den oppfatning at karantenekravet utgjorde et inngrep i retten til respekt for den enkeltes hjem som er beskyttet av Grunnloven § 102 og EMK artikkel 8. Høyesterett mente imidlertid at kravene om lovhjemmel og legitimt formål var oppfylt, og at inngrepet var forholdsmessig og dermed lovlig. Vedtakene om karanteneplikt var heller ikke i strid med EØS-avtalen.

Høyesterett uttalte i saken at risiko for manglende etterlevelse av smitteverntiltak kan inngå som en del av den medisinskfaglige vurderingen som skal gjøres etter smittevernloven § 1-5. Høyesterett uttaler i avsnitt 120 at:

> «Som jeg har fremhevet, skal lovens krav til medisinskfaglig begrunnelse etter forarbeidene «ikke tolkes for strengt». Med dette utgangspunktet er jeg kommet til at det forelå en tilstrekkelig klar medisinskfaglig begrunnelse når myndighetene, bygd på risikoen for manglende etterlevelse og den aktuelle smittesituasjonen i begynnelsen av november 2020, besluttet ikke å utvide unntaket for innreisekarantene for personer med fritidseiendom i Sverige.»

I dommen uttaler Høyesterett videre at risiko for manglende etterlevelse også kan vektlegges ved vurderingen av om et tiltak er nødvendig av hensyn til smittevernet. Om den samlede forholdsmessighetsvurderingen skriver Høyesterett:

> «(127) Ved den samlede forholdsmessighetsvurderingen er det etter mitt syn vesentlig at det var tale om en meget alvorlig pandemi som gjorde det nødvendig med svært omfattende smitteverntiltak. Sammenlignet med andre tiltak som ble iverksatt overfor norske borgere, fremstår innreisekarantene overfor personer med fritidseiendom i Sverige ikke som særskilt inngripende. Innreisekarantene var et generelt tiltak som ikke rammet denne gruppen spesielt. De vilkårene som de har angrepet, innebar at de ble stilt i samme stilling som alle andre som ønsket å dra på fritidsreise til utlandet. I perioden fra november 2020 til mai 2021 opplevde en stor del av befolkningen i Norge meget inngripende tiltak, som blant annet omfattet stengte butikker og serveringssteder, streng regulering av antallet besøkende i private hjem og forbud mot arrangementer.
>
> (128) At det etter 20. april 2020 ikke gjaldt noe forbud mot å reise til egne hytter i Norge, kan ikke ha vesentlige betydning for den samlede forholdsmessighetsvurderingen. Ut fra den grunnleggende begrunnelsen for regler om innreisekarantene, var det ikke i seg selv uforholdsmessig at personer med fritidseiendom i land med høyt smittetrykk ble rammet annerledes enn dem med tilsvarende eiendom i Norge.
>
> (129) Min samlede vurdering er etter dette at vilkårene i smittevernloven § 1-5 for å beholde karantenekravet uendret ut den perioden saken gjelder, var oppfylt.»

Høyesterett slår videre fast at en forholdsmessighetsvurdering etter smittevernloven § 1-5 langt på vei vil være den samme som en slik vurdering etter Grunnloven § 102 og EMK artikkel 8, og uttaler i avsnitt 137:

> «Som jeg allerede har vært inne på, krever smittevernloven § 1-5 en forholdsmessighetsvurdering som langt på vei vil være den samme som en slik vurdering

etter Grunnloven § 102 og EMK artikkel 8. De momentene jeg har fremhevet under min drøftelse av smittevernloven § 1-5, må også være avgjørende ved vurderingen her.»

Høyesterett slår også fast at vilkårene for å iverksette smitteverntiltak også må være oppfylt under gjennomføringen av tiltakene. I avsnitt 107 uttaler Høyesterett følgende:

«Jeg bemerker i denne sammenheng at det ikke kan være tvilsomt at vilkårene i smittevernloven § 1-5 må være oppfylt for at et allerede iverksatt tiltak skal kunne videreføres. At overskriften til bestemmelsen inneholder formuleringen «krav ved iverksetting», kan ikke lede til noen annen forståelse. Dette innebærer at det må gjelde et krav om vurdering med visse mellomrom av allerede iverksatte tiltak.»

I Hyttedommen går Høyesterett også inn på hvilke krav som stilles til myndigheten med hensyn til krav om en uttrykkelig vurdering av forholdsmessigheten. Høyesterett legger til grunn at det ikke kan oppstilles et krav om at myndighetene må ha foretatt en uttrykkelig vurdering av forholdet til Grunnloven og EMK. Tilsvarende må antakelig også legges til grunn for forholdsmessighetsvurdering etter smittevernloven. Det sentrale er at det ved en etterfølgende domstolsprøving blir klarlagt at vilkårene for å iverksette tiltak var oppfylt. Det krever at myndighetene faktisk foretar en forholdsmessighetsvurdering før iverksettelse, selv om den ikke skriftliggjøres eller på annen måte gjøres uttrykkelig. I avsnitt 138 til 141 uttaler Høyesterett følgende:

«(138) Et utgangspunkt for vurderingen er at det, slik jeg har fremhevet, ikke var tale om noe inngrep i det som må anses som kjernen i de rettighetene som følger av Grunnloven § 102 og EMK artikkel 8.

(139) Jeg har allerede pekt på at helsemyndighetene ikke foretok noen uttrykkelig vurdering av om bestemmelser i Grunnloven eller EMK kunne bli krenket. Det hadde utvilsomt vært ønskelig om myndighetene ved sin vurdering av situasjonen for hytteeierne i Sverige hadde redegjort for og vurdert de menneskerettslige kravene og spørsmålet om disse ble overholdt. Da FHI, med tilslutning fra Helsedirektoratet, i begynnelsen av november 2020 bygde sin anbefaling på at det ikke var «gunstig» å lempe på kravene om innreisekarantene, var det egnet til å skape tvil om konklusjonen bygde på en tilstrekkelig bred vurdering.

(140) Som jeg har fremhevet, kan det likevel ikke oppstilles noe krav om at myndighetene har foretatt en uttrykkelig vurdering av forholdet til Grunnloven og EMK, dersom det ved en etterfølgende domstolsprøving blir klarlagt at vilkårene for inngrep var oppfylt.

(141) Jeg ser det for øvrig som klart at myndighetene, selv om det ikke ble vist uttrykkelig til Grunnloven og EMK ved de vurderingene som ble foretatt, var kjent med og bygde på at det gjaldt krav om forholdsmessighet. Dette ble fremhevet allerede ved vedtakelsen av covid-19-forskriften 27. mars 2020. Prop.130 L (2019–2020), som riktignok gjaldt andre tiltak enn innreisekarantene, inneholdt en relativt bred drøftelse av kravene til ivaretakelse av menneskerettslige forpliktelser. Til grunn for anbefalingen 26. oktober 2020 om å ta ut begrensningen til strengt nødvendig vedlikehold og innføre en 72 timersregel, lå blant annet en uttalelse fra FHI om at «[k]ravet om karantene etter opphold på egen fritidseiendom erfarer vi at oppleves som uforholdsmessig for mange.»

Høyesterett har behandlet to andre saker om smitteverntiltak under koronapandemien (HR-2022-2172-A og HR-2022-2171-A). Begge sakene gjaldt straff for overtredelse av en forskrift om smitteverntiltak i henholdsvis Bergen og Oslo kommune. Forskriftene forbød

private sammenkomster med mer enn fem personer (Bergen kommune) eller to personer til stede (Oslo kommune). Spørsmålet var om forbudene var gyldige, slik at overtredelsene kunne straffes.

I HR-2022-2172-A var det et sentralt tema hvorvidt vilkåret om medisinskfaglig begrunnelse var oppfylt. Høyesterett la til grunn at ordlyden i smittevernloven § 1-5 om at smitteverntiltak skal være «basert» på en «klar medisinskfaglig begrunnelse» ikke regulerer hvem som skal foreta vurderingene, men at de medisinskfaglige vurderingene som ligger til grunn for vedtaket må være foretatt av fagpersoner eller fagorganer med medisinskfaglig kompetanse. Videre at det aktuelle smitteverntiltaket – etter medisinskfaglige vurderinger – må være relevant for bekjempelse av den aktuelle sykdommen. Høyesterett la også til grunn at vilkåret i en viss grad er relativt ved at kravene til relevans og mulig effekt av tiltaket skjerpes ved svært inngripende tiltak i grunnleggende rettigheter. I dommen avsnitt 62 til 66 uttales det blant annet følgende:

> «(62) Etter ordlyden i smittevernloven § 1-5 skal smitteverntiltak være «basert på» en «klar medisinskfaglig begrunnelse». Hvem som skal foreta de medisinskfaglige vurderingene, eller i hvilken form de skal foreligge før vedtak treffes, sier bestemmelsen ingenting om. Der vedtaksorganet ikke selv foretar vurderingene, må disse naturlig nok på en eller annen måte gjøres kjent for vedtaksorganet før vedtak treffes. Vurderingene må også være foretatt av fagpersoner eller fagorganer med medisinskfaglig kompetanse. I motsatt fall vil det klart nok foreligge en saksbehandlingsfeil.
>
> (63) Ut over dette har jeg ikke funnet støtte i forarbeidene eller andre rettskilder for å innfortolke konkrete krav til saksbehandlingen. At vedtaket skal være «basert på» en medisinskfaglig begrunnelse, må etter mitt syn i første rekke sees som et materielt vilkår.
>
> (64) Jeg føyer til at ved større smitteutbrudd, som under koronapandemien, vil en rekke ulike smitteverntiltak måtte vurderes og iverksettes. Enkelte tiltak vil etter sin art også måtte justeres fortløpende i tråd med utviklingen i smittesituasjonen. Dette har for eksempel vært tilfellet for smitteverntiltak i form av forbud mot og begrensninger i adgangen til sosial kontakt. Ved vedtak om justeringer av slike smitteverntiltak må vedtaksorganet etter mitt syn kunne trekke inn de samlede medisinskfaglige vurderingene som da foreligger, og som underbygger at tiltaket som sådan er egnet til å hindre smitte av den aktuelle sykdommen.
>
> (66) Kravet er altså at det aktuelle smitteverntiltaket – etter medisinskfaglige vurderinger – må være relevant for bekjempelse av den aktuelle sykdommen. Ved at smitteverntiltaket også skal ses i sammenheng med grad av smittetrussel og hvor inngripende tiltaket er, er vilkåret i en viss grad relativt. Ved svært inngripende tiltak i grunnleggende rettigheter skjerpes kravene til relevans og mulig effekt av tiltaket. I så måte har vilkåret sammenheng med de øvrige vilkårene i § 1-5 om at smitteverntiltaket må være nødvendig og tjenlig»

Til vurderingen av hvorvidt kravet var oppfylt i den konkrete saken, uttaler Høyesterett blant annet følgende:

> (72) Lagmannsretten satte forskriftsbestemmelsen til side som ugyldig fordi vedtaket ikke var basert på en «tilstrekkelig klar» medisinskfaglig begrunnelse, og la særlig vekt på at byrådet bygde på et for snevert grunnlag når «den medisinskfaglige begrunnelsen for forskriftens innhold i all hovedsak var basert på vurderinger fra medisinsk fagsjef i kommunen, Trond Egil Hansen». Jeg er ikke enig i dette.

(73) For det første forelå det et solid medisinskfaglig grunnlag basert på erfaringer så langt under pandemien for at smitteverntiltaket – begrensninger av sosial kontakt – som sådan var målrettet og relevant for å redusere smitte av koronaviruset.

(74) Til grunn for den konkrete innstramningen som ble vedtatt, lå det for det andre et bredere grunnlag enn bare den medisinskfaglige vurderingen fra Hansen. Som gjennomgangen har vist, var det tett dialog med nasjonale helsemyndigheter i dagene før vedtaket, og vurderingene som ble gjort, hadde klar forankring i den økende og uoversiktlige smittesituasjonen som forelå. Det etterfølgende notatet som ble sendt til bystyret, klargjør også de rene smittevernfaglige vurderingene som byrådet baserte vedtaket på. Sentralt står at smittesporingen i Bergen hadde vist at sammenkomster i private hjem på det aktuelle tidspunktet var en «hovedarena for smittespredning» i kommunen, og behovet for å begrense slike sammenkomster var ubestridt, både lokalt og fra nasjonale helsemyndigheter. Dette viser etter mitt syn at også den lokale innstramningen var basert på en klar medisinskfaglig begrunnelse, som verken var for snever eller for generell. Det forhold at det var ulike syn fra faglig hold på hvor langt forbudet skulle gå, endrer ikke dette.»

Høyesterett kom dermed til at det ikke var grunnlag for å konstatere at byrådet i Bergen begikk saksbehandlingsfeil, eller at forbudet mot private sammenkomster med mer enn fem personer ikke var basert på en klar medisinskfaglig begrunnelse.

I HR-2022-2171-A har Høyesterett en del uttalelser om domstolenes prøvingsintensitet. Det uttales blant annet i avsnitt 32:

«Jeg oppsummerer dette slik: Domstolene kan i utgangspunktet prøve vilkårene i smittevernloven §§ 4-1 og 1-5 fullt ut. De bør imidlertid være varsomme med å overprøve de rent medisinske vurderingene som knytter seg til vilkårene «klar medisinskfaglig begrunnelse» og «nødvendig av hensyn til smittevernet» i § 1-5. Om vedtaksorganet selv har den medisinskfaglige kompetansen, eller om det bygger på medisinskfaglige vurderinger fra for eksempel rådgivere i kommunen eller sentrale helsemyndigheter, kan etter mitt syn ikke ha betydning for prøvingsintensiteten. Vilkåret om at tiltaket skal fremstå «tjenlig etter en helhetsvurdering», utgjør sammen med kravet om nødvendighet et forholdsmessighetskrav, som kan prøves fullt ut. Men i den grad forholdsmessighetsvurderingen inneholder sammensatte samfunnsmessige prioriteringer, bør domstolene være tilbakeholdne ved prøvingen.»

Også i denne saken har Høyesterett uttalelser om klar medisinskfaglig begrunnelse. Høyesterett fremhever at kravet skjerpes jo mer inngripende tiltaket det er tale om. Det uttales i avsnitt 63:

«Riktignok innebar Oslo-forskriften § 11 svært inngripende tiltak, noe som skjerper kravene til den medisinskfaglige begrunnelsen. Også det forhold at myndighetene hadde et bredere erfaringsgrunnlag i mars 2021 enn tidligere i pandemien, kan – som forsvareren har vært inne på – tilsi at det stilles noe strengere krav til den medisinskfaglige begrunnelsen. Men selv når dette tas i betraktning, finner jeg det lite tvilsomt at endringen i forskriften § 11 var basert på en klar medisinskfaglig begrunnelse. Lagmannsrettens lovanvendelse er på dette punktet korrekt.»

Høyesterett fremhever også at varigheten av tiltakene må trekkes inn i forholdsmessighetsvurderingen. I den konkrete saken ble tiltakene beholdt uendret i seks uker, noe Høyesterett påpeker at ikke er en ubetydelig tidsperiode for så inngripende

tiltak. Høyesterett viser imidlertid til at tiltakene ble fortløpende vurdert gjennom de forlengelsene som ble foretatt, og at de dermed ikke ble opprettholdt lenger enn nødvendig. Høyesterett trekker også frem at forskriften var ufravikelig, og at overtredelse var belagt med straff. Dette mente Høyesterett var momenter av vekt. I den konkrete saken ble det likevel vurdert at tiltakene samlet sett var forholdsmessige.

Høyesterett vurderer også hva som skal til for å sannsynliggjøre at tiltakene kan ha effekt, og uttaler følgende i avsnitt 70:

> «Forsvareren har innvendt at tiltakene hadde usikker eller tvilsom effekt. Han har vist til at vedtaket ikke bygget på statistikk eller beregninger av hvilken effekt som kunne forventes. Etter mitt syn har ikke innvendingen særlig tyngde. For det første hadde man erfaring for at denne typen tiltak faktisk bidro til å redusere smittespredningen. Dessuten er en mer vitenskapelig bevist effekt ikke noe vilkår etter smittevernloven § 1-5. Det er tilstrekkelig at tiltaket er relevant, noe det åpenbart var i den aktuelle situasjonen».

10.3.4 EØS-rettslige krav ved smitteverntiltak

Inngrep i retten til fri bevegelighet er bare tillatt dersom tiltakene er nødvendige, forholdsmessige og basert på objektive og ikke-diskriminerende kriterier. Se omtale i kapittel 5.4.

I EØS er helsepolitiske tiltak i utgangspunktet et nasjonalt anliggende. Det å definere et ønsket beskyttelsesnivå og utforme en strategi for å oppnå og opprettholde dette nivået, er de nasjonale regjeringenes og helsemyndighetenes ansvar. Det er også disse som er best i stand til å vurdere hvilke tiltak som er hensiktsmessige. EØS-statene har derfor en betydelig skjønnsmargin når de skal velge hvilket nivå for beskyttelse av befolkningen som staten skal sikte mot når trusler mot liv og helse truer folkehelsen. Ved en verdensomspennende pandemi med svært store menneskelige konsekvenser, må det for eksempel antas at statene har betydelig frihet til å innføre restriktive tiltak, inkludert inngrep i rettigheter knyttet til innreise og personbevegelighet.

EFTA-domstolen uttalte i sak E-16/10 Philip Morris avsnitt 77 at "menneskers liv og helse er det viktigste av de goder eller interesser som er beskyttet av EØS-avtalen artikkel 13» og at «[d]et er opp til EØS-statene, innenfor de begrensninger som følger av EØS-avtalen, å avgjøre hvilken grad av beskyttelse de ønsker å sikre". Dette resonnementet er like gyldig når det gjelder restriksjoner på den frie bevegelighet for personer, jf. artikkel 28 og 36 EØS. I samme sak avsnitt 83 understreket domstolen at "når den berørte EØS-staten legitimt sikter mot et meget høyt beskyttelsesnivå, må det være tilstrekkelig for myndighetene å påvise at selv om det kan være en viss vitenskapelig usikkerhet med hensyn til egnetheten og nødvendigheten av det omtvistede tiltaket, var det rimelig å anta at tiltaket ville kunne bidra til å beskytte menneskers helse".

Skjønnsmarginen påvirkes av hvor stor usikkerhet som knyttet til smittetall, alvorlighetsgrad av sykdom og effekt av vaksinasjon. Dette kan kreve en føre-var-tilnærming, basert på råd fra helsemyndighetene. Det har også betydning at det ofte er begrenset kunnskap om effektiviteten av ulike tiltak, og særlig om den isolerte effekten av et bestemt tiltak. Mens den samlede effekten av en rekke tiltak under koronapandemien

kunne observeres, var det mindre klart hvilke av tiltakene som var mer eller mindre effektive.

10.4 Uttalelser fra Koronakommisjonen, Koronautvalget, Holden-ekspertutvalget mm.

I NOU 2021:6 *Myndighetenes håndtering av koronapandemien*, peker kommisjonen særlig på at et gjennomgående trekk ved kommunenes smittevernvedtak under pandemien er at de menneskerettslige og grunnlovsbeskyttede rettighetene ikke drøftes. Dette gjør det umulig å kontrollere om kommunen har vurdert forholdsmessigheten av smitteverntiltakene på en tilfredsstillende måte. Kommisjonen anbefaler derfor at regjeringen ved revisjonen av smittevernloven presiserer at slike vurderinger skal vektlegges i forkant av iverksettelse av tiltak. I punkt 24.6 uttales det:

> «At den som fatter vedtaket, nøyer seg med å konstatere at grunnvilkårene i smittevernloven § 1-5 er oppfylt, uten at det redegjøres for grunnlaget for denne konklusjonen, er ikke tilfredsstillende. Kommisjonen anbefaler derfor at regjeringen ved revisjon av smittevernloven presiserer at samfunnsmessige hensyn og konsekvenser skal vektlegges ved forholdsmessighetsvurderingen i forkant av vedtak om iverksetting av smitteverntiltak etter loven. Også grunnlovsmessige og folkerettslige skranker for anvendelsen av smitteverntiltak bør klargjøres nærmere slik at kommunene settes i bedre stand til å foreta slike vurderinger.»

I NOU 2023:16 *Evaluering av pandemihåndteringen*, legger Koronautvalget til grunn at dommene fra Høyesterett og dommer fra Den europeiske menneskerettighetsdomstolen (EMD) benyttes i arbeidet med å videreutvikle smittevernloven. I den sammenheng uttaler også utvalget blant annet på side 121 at de:

> «mener at erfaringene fra pandemien med lovene bør ligge til grunn for beredskapsbestemmelser, og for hvordan smittevernloven og helseberedskapsloven i større grad kan ses i sammenheng. Blant annet når det gjelder situasjonen i helsetjenesten som grunnlag for smitteverntiltak. Behovet for smitteverntiltak henger også sammen med grunnkapasiteten i helsetjenesten […]»

Om regjeringens håndtering av tiltaksbyrde under koronapandemien, uttaler utvalget følgende i punkt 5.3, som er av generell betydning for tiltaksvurderingen:

> «Det er et viktig prinsipp for håndteringen av enhver pandemi at myndighetene legger til grunn at smitteverntiltakene skal være målrettede, balanserte og mest mulig rettferdige. Dette er viktig fordi befolkningens opplevelse av tiltakene i stor grad vil påvirke deres tillit til myndighetenes håndtering og etterlevelsen av tiltakene.
>
> Utvalget vurderer at norske myndigheter gjennomgående vurderte tiltaksbyrde ved innføring av alle smitteverntiltak, men at de ikke alltid hadde et fullverdig kunnskapsgrunnlag å vurdere ut ifra. I en pandemi der raske beslutninger er avgjørende vil det ikke alltid være mulig å kartlegge alle konsekvenser av omfattende smitteverntiltak i forkant. Samtidig vil det i langvarige kriser, slik som koronapandemien, være viktig å lære underveis, raskt tilpasse tiltak basert på erfaringer fra tidligere faser og forberede seg best mulig på hvordan pandemien kan utvikle seg videre. Koronakommisjonen drøftet dette og løftet blant annet frem at «Regjeringen hadde ikke tilstrekkelig oppmerksomhet rettet mot

hvordan pandemien kunne utvikle seg, og hvordan den videre utviklingen skulle håndteres.» Koronautvalget stiller seg bak dette.

Også i etterkant av pandemien er det viktig å trekke lærdom og dokumentere kunnskap om tiltaksbyrde slik at myndighetene ved fremtidige kriser får et bedre og lettere tilgjengelig kunnskapsgrunnlag å vurdere ut fra. Utvalget registrerer at regjeringen har påbegynt et slikt arbeid, blant annet i stortingsmeldingen Folkehelsemeldinga.

Regjeringen viste i mange tilfeller vilje til å justere kursen der man så at det var mulig å gjøre grep som reduserte tiltaksbyrden uten å svekke selve pandemihåndteringen. Regjeringen viste i det store og hele også vilje til å innføre kompenserende tiltak der det har vært mulig, selv om ikke alle kompenserende tiltak var like treffsikre.

Den aller viktigste lærdommen utvalget ser er at differensiering er den beste strategien for å lette den totale tiltaksbyrden og særlig beskytte de mest utsatte og sårbare. Det er forståelig at man i en akuttsituasjon er nødt til å innføre smitteverntiltak med bred pensel, men så snart den første akutte fasen er over bør de ansvarlige myndigheter gjennomgå tiltakene og i samråd med berørte parter se etter muligheter for bedre treffsikkerhet gjennom økt differensiering. Det er særlig viktig å vurdere differensiering som bidrar til å lette tiltaksbyrden for de mest utsatte og sårbare.

Pandemier vil aldri være helt like, og vi vet ikke hva slags krise som treffer oss neste gang. Samtidig vil det som hovedregel være slik at omfattende bruk av smitteverntiltak i samfunnet vil ha negative konsekvenser for enkeltpersoner og virksomheter. Utvalget vurderer derfor at myndighetene bør søke å se smitteverntiltak og kompenserende tiltak i sammenheng også i pandemiberedskapsarbeidet.»

Helsedirektoratet har i svar på oppdrag TB2023-69 del II Revisjon av regelverk om helseberedskap og smittevern, vurdert dagens smittevernlov § 1-5. Overordnet er direktoratets vurdering at bestemmelsen samlet sett ikke bør endres, men at kravene til og innholdet i forholdsmessighetsvurderinger etter smittevernloven § 1-5 bør tydeliggjøres, herunder forholdet til Grunnloven og internasjonale forpliktelser.

Direktoratet har vurdert om en slik tydeliggjøring bør fremgå av lovbestemmelsen, men konkluderer med at det er tilstrekkelig at hensynet til EMK, Grunnloven og andre sentrale menneskerettskonvensjoner omtales i forarbeidene til bestemmelsen.

Helsedirektoratet påpeker at hvor grundig og omfattende forholdsmessighetsvurderingen skal være, vil variere avhengig av smittesituasjonen. Hvilke forhold som skal vektlegges må vurderes ut fra situasjonen, typen tiltak og hvem som er beslutningstaker. Innledningsvis i et utbrudd kan det eksempelvis være nødvendig å ta beslutninger raskt og under stor usikkerhet. Etter hvert som kunnskapsgrunnlaget om sykdommen og effekten av ulike tiltak utvides, kan det derimot være grunn til å foreta mer omfattende analyser av nytteeffekten av tiltak, opp mot samfunnsmessige hensyn og tiltakenes negative konsekvenser. Helsedirektoratet viser til at det følger indirekte av smittevernloven § 1-5 at smitteverntiltak jevnlig må revurderes. Etter hvert som myndighetene får bedre kunnskapsgrunnlag, ligger det derfor allerede i bestemmelsen et krav til at tiltak vurderes, justeres eller oppheves sett i lys av erfart nytteverdi opp mot de samfunnsmessige konsekvensene tiltakene har. Helsedirektoratet foreslår at overskriften til smittevernloven § 1-5 bør endres til: «Grunnleggende krav til smitteverntiltak», for å tydeliggjøre at vilkårene må være oppfylt hele tiden – ikke bare «ved iverksetting».

Folkehelseinstituttet har i sitt svar på supplerende tildelingsbrev nr. 19 – Revisjon av regelverk om helseberedskap og smittevern, Del II, uttalt at de ikke foreslår endringer i § 1-5, men anbefaler at det gjøres presiseringer i merknadene til bestemmelsen.

Når det gjelder vilkåret «klar medisinskfaglig begrunnelse» uttaler FHI at kravene i § 1-5 må vurderes ut fra den kunnskapen man har om smittesituasjonen på det tidspunktet beslutningen fattes. Vurderingen må baseres på tidligere smitteutvikling, smittesituasjonen i øyeblikket og forventet utvikling (for eksempel basert på modelleringer eller kunnskap fra lignende utbrudd andre steder). FHI mener at vurderingen av tiltakets effekt og mulige utilsiktede, men sannsynlige konsekvenser (altså den medisinskfaglige vurderingen) må gjøres av personell eller etat med smittevernfaglig kompetanse. For nasjonale tiltak gjøres vurderingen av FHI, jf. smittevernloven § 7-9, jf. § 7-10 første ledd annet punktum. For lokale tiltak vil dette kunne vurderes av kommuneoverlegen. Dersom beslutningstaker, for eksempel kommunestyre, formannskap eller byråd ikke selv innehar slik kompetanse, må vurderingen innhentes.

FHI mener at den medisinskfaglige begrunnelsen må kunne si hvilken effekt tiltakene antas å ha på smittefare eller spredning. Også spørsmålet om et tiltak er nødvendig av hensyn til smittevernet, vil i noen grad bero på medisinskfaglige vurderinger. Vurdering av ulike tiltak, deres effekt og skadevirkninger vil være en del av vurderingen. Det minst inngripende tiltaket som kan gi effekt, må tas i betraktning og vil være en naturlig del av en forholdsmessighetsvurdering som viser hvorfor tiltaket bør anbefales eller forkastes. FHI er videre av den oppfatning at også andre sannsynlige konsekvenser innen helse enn smittespredning, bør kunne påpekes i en slik medisinskfaglig vurdering. For eksempel om skolestengning vil kunne medføre psykiske lidelser blant barn og unge, eller om karantene og portforbud vil kunne medføre dårligere fysisk og psykisk helse og øke risiko for vold i hjemmet for særlige utsatte grupper etc. FHI uttaler at leger er vant til å foreta forholdsmessighetsvurderinger i sitt daglige yrke. I konsultasjoner med pasienter er legen pliktig til å foreta en avveining av om pasientens behov for spesialiserte tjenester skal prioriteres foran eller etter andres behov. FHI legger til grunn at det er de ansvarlige beslutningstakerne som i medhold av § 1-5 til slutt skal påse at iverksetting av tiltak er «tjenlig etter en helhetsvurdering».

FHI påpeker at forholdsmessighetsvurderinger ikke er en statisk størrelse. De viser til at pandemien lærte oss at tempo og utvikling krever en fleksibel tilnærming. Tiltak som synes forholdsmessige og velbegrunnede under dagens situasjon, kan fort endre seg og vise seg utilstrekkelig begrunnet bare få uker senere. Inngripende tiltak vil til enhver tid måtte være forholdsmessige, og vurderingen vil derfor være løpende gjennom en krise. Dette er også et viktig element i både rådgiveres og beslutningstakeres utredningsplikt. For statlige organer gjelder utredningsinstruksen, som setter rammer for hva som skal utredes forut for iverksettelse av statlige tiltak.

FHI mener at det bør fremgå klart at beslutningstakere skal sørge for at det blir gjort en forholdsmessighetsvurdering opp mot EMK og Grunnloven. Der beslutningstakere ber om faglige råd fra andre forvaltningsorganer, kan beslutningstakerne be det organet som gir råd om å iverksette inngripende tiltak, om å vurdere forholdsmessighet opp mot

Grunnloven og EMK. I de tilfellene forvaltningsorganet som gir råd ikke innehar kompetanse eller kapasitet til å vurdere inngrepets forholdsmessighet opp mot EMK og Grunnloven, mener FHI at en slik vurdering må innhentes via ekstern kompetanse. Alternativt må beslutningsorganet selv gjøre denne delen av vurderingen. FHI mener det bør fremgå av lovteksten eller merknadene at den som beslutter smitteverntiltak må vurdere forholdsmessighet i Grunnloven § 113 og EMK artikkel 8.

FHI påpeker at smittevernloven § 1-5 ikke regulerer hvordan den medisinskfaglige begrunnelsen eller helhetsvurderingen skal dokumenteres. Tiltak etter § 1-5 vil typisk være forskriftsvedtak i forvaltningslovens forstand, og kan være lokale eller nasjonale forskrifter. Formkrav til forskrifter er blant annet utredningsplikt og innholdsmessige krav til selve forskriften, jf. forvaltningsloven §§ 37 og 38. FHI mener derfor det er rimelig å stille krav om at den medisinskfaglige begrunnelsen og helhetsvurderingen er dokumenterbar eller skriftlig. FHI mener det skaper legitimitet at begrunnelsen er skriftlig, og at dette derfor bør være et vilkår som fremgår av merknadene, eller direkte av bestemmelsen.

10.5 Departementets vurderinger og forslag

10.5.1 Innledning

Departementet foreslår i all hovedsak å videreføre hovedelementene fra dagens smittevernlov § 1-5 om grunnleggende krav ved iverksetting av smitteverntiltak. Departementet ser imidlertid behovet for å tydeliggjøre kravene til medisinskfaglig begrunnelse, nødvendighet og forholdsmessighet.

10.5.2 De grunnleggende kravene til smitteverntiltak gjelder for alle tiltak og hele tiden tiltakene pågår

Gjeldende smittevernlov § 1-5 har som overskrift «Grunnleggende krav ved iverksetting av smitteverntiltak». Ordlyden kan gi et misvisende inntrykk av at kravene kun gjelder ved iverksetting av smitteverntiltak, og ikke ved forlengelse eller videreføring av smitteverntiltak. Departementet ser behov for å tydeliggjøre i ny smittevernlov § 1-5 at de grunnleggende kravene til smitteverntiltak ikke bare gjelder ved iverksetting av tiltak, men at kravene må være oppfylt hele tiden tiltaket pågår. Dette vil være i tråd med Høyesteretts fortolkning av gjeldende rett i «Hyttedommen» HR-2022-718-A om at «det ikke kan være tvilsomt at vilkårene i smittevernloven § 1-5 må være oppfylt for at et allerede iverksatt tiltak skal kunne videreføres». Departementet foreslår derfor at overskriften til ny § 1-5 skal lyde «Grunnleggende krav til smitteverntiltak.»

Departementet er kjent med at det har vært stilt spørsmål ved om gjeldende smittevernlov § 1-5 for eksempel gjelder ved bruk av den særskilte fullmakten som ligger til Kongen i smittevernloven § 7-12. For å unngå tvil om dette, presiserer departementet at forslag til ny § 1-5 skal gjelde for alle smitteverntiltak som hjemles i ny smittevernlov. Dette innebærer at det som fremgår om vilkår, herunder hvilke hensyn som skal vurderes og avveies ved vurderingen av iverksettelse eller videreføring av smitteverntiltak, vil gjelde i

enhver situasjon hvor det blir iverksatt tiltak som hjemles i ny smittevernlov. Vurderingene vil avhenge av blant annet hvilket tiltak det er tale om, hvor inngripende tiltaket er, antall personer som kan bli berørt, hvor store samfunnsmessige konsekvenser tiltak kan ha og hvor alvorlig situasjonen man står ovenfor er.

10.5.3 Vilkåret om «klar medisinskfaglig begrunnelse»

Departementet foreslår at gjeldende vilkår i smittevernloven § 1-5 om at smitteverntiltak skal være basert på en «klar medisinskfaglig begrunnelse», videreføres i ny smittevernlov § 1-5.

Vilkåret forutsetter at det aktuelle tiltaket skal være egnet til å oppnå det formålet som søkes ivaretatt. Grunnleggende sett er det etter loven § 1-1 første ledd «å verne befolkningen mot smittsomme sykdommer ved å forebygge dem og motvirke at de overføres i befolkningen, og motvirke at slike sykdommer føres inn i Norge eller føres ut av Norge til andre land». Det følger også av de ulike tiltakshjemlene hva det konkrete formålet med tiltakene skal være. Mange av lovens tiltakshjemler har som formål å «forebygge en allmennfarlig smittsom sykdom eller motvirke at den blir overført», inkludert ny lov § 6-2 om tvungen legeundersøkelse, § 7-1 om begrensninger i den sosiale omgangen og § 7-2 om avsperring av områder. Formålet med Kongens vedtak etter § 8-1 er å «forebygge eller motvirke» overføring av en samfunnskritisk sykdom.

Til grunn for vurderingen av egnethet ligger en medisinskfaglig vurdering av om tiltaket faktisk vil virke forebyggende eller motvirke overføring, på hvilken måte og i hvilken grad. Vurderingen av om tiltaket egner seg eller ikke, må blant annet basere seg på tidligere smitteutvikling, smittesituasjonen i øyeblikket og forventet utvikling (for eksempel basert på modelleringer eller kunnskap fra lignende utbrudd andre steder).

Det har vært noe uklart hva som ligger i vilkåret om at tiltak må ha en klar medisinskfaglig begrunnelse, særlig hvilke krav som stilles til kunnskap om effekten av tiltak. Formuleringer i forarbeidene til gjeldende lov trekker i retning av at vilkåret ikke skal tolkes for strengt. Departementet ser at det er behov for å tydeliggjøre hva som ligger i vilkåret, særlig i lys av de tre Høyesterettsdommene som kom i etterkant av koronapandemien.

I HR-2022-2171-A uttaler Høyesterett blant annet at domstolene i prinsippet har full kompetanse til å prøve vilkåret, men at det kan være grunn til å utvise varsomhet med å overprøve de rent medisinskfaglige vurderingene. Departementet mener det er viktig at borgerne som kan bli rammet av ulike smitteverntiltak, kan få prøvd rettslig om forvaltningen har utøvet sin myndighet innenfor lovens rammer. Departementet har likevel forståelse for domstolens varsomhet med å overprøve medisinskfaglige begrunnelser, ettersom de nettopp er faglige vurderinger. Vurderingen kan også fremstå enklere å foreta i etterkant enn ved iverksettelse, fordi man vil ha mer kunnskap om den faktiske virkningen og smittens karakter. Den rettslige vurderingen må ta utgangspunkt i den kunnskapen som forelå da vedtaket ble fattet, og ikke i den kunnskapen som foreligger når saken blir prøvd. Graden av usikkerhet er derfor relevant i denne sammenheng.

Videre vil departementet vise til at Høyesterett i dommen legger til grunn at vitenskapelig bevist effekt ikke er et vilkår etter smittevernloven § 1-5. Høyesterett uttaler at det er tilstrekkelig at tiltaket er relevant. Departementet foreslår at dette også skal gjelde for ny smittevernlov § 1-5. 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.

Kravet til en medisinskfaglig begrunnelse forutsetter at den eller det organet som har gjort vurderingen av ett eller flere tiltaks egnethet, har medisinskfaglig og smittevernfaglig kompetanse, slik Høyesterett har lagt til grunn i Hyttedommen (I HR-2022-2172):

> «Hvem som skal foreta de medisinskfaglige vurderingene, eller i hvilken form de skal foreligge før vedtak treffes, sier bestemmelsen ingenting om. Der vedtaksorganet ikke selv foretar vurderingene, må disse naturlig nok på en eller annen måte gjøres kjent for vedtaksorganet før vedtak treffes. Vurderingene må også være foretatt av fagpersoner eller fagorganer med medisinskfaglig kompetanse. I motsatt fall vil det klart nok foreligge en saksbehandlingsfeil.»

Dersom beslutningstaker, for eksempel kommunestyre, formannskap eller byråd, ikke selv innehar slik kompetanse, må vurderingen innhentes.

Videre mener departementet at det ved en eventuell rettslig prøving av vilkåret, må kunne vises til at den medisinskfaglige vurderingen har støtte i et medisinskfaglig miljø. Vilkåret vil også være oppfylt i tilfeller hvor nasjonale fagmyndigheter som Folkehelseinstituttet eller Helsedirektoratet har vurdert at et tiltak kan ha effekt for å forhindre smitte. Det er imidlertid ikke et krav etter bestemmelsen at et eventuelt tiltak skal ha en omforent forståelse i fagmiljøet. Det at ulike fagmiljøer har ulike oppfatninger av hvorvidt tiltak kan ha effekt eller ikke for å forhindre smitte, vil ikke være uvanlig.

Ved større smitteutbrudd må en rekke ulike smitteverntiltak vurderes, iverksettes og justeres fortløpende i tråd med utviklingen i smittesituasjonen. Ved vedtak om justeringer av slike smitteverntiltak må vedtaksorganet kunne trekke inn de samlede medisinskfaglige vurderingene som da foreligger, og som underbygger at tiltaket som sådan er egnet til å hindre smitte av den aktuelle sykdommen.

10.5.4 Vilkår om «nødvendig av hensyn til smittevernet»

Departementet foreslår å videreføre gjeldende vilkår om at smitteverntiltaket må være «nødvendig av hensyn til smittevernet». Det innebærer at iverksettelse av tiltaket må være nødvendig for å oppnå det formålet som søkes ivaretatt, se loven § 1-1 og de enkelte tiltakshjemlene.

Dersom formålet kan oppnås med andre og mindre inngripende tiltak eller regulering, for eksempel frivillighet, så foreligger det en plikt til å velge slike alternative regler.

Som følge av at tiltak skal tilpasses det som er nødvendig for å oppnå formålet, er det viktig å vurdere om det kan gjøres avgrensninger og unntak for blant annet ulike situasjoner, persongrupper og geografiske områder. Det må derfor vurderes om og

hvordan smitteverntiltakene så langt som mulig kan åpne for unntak og ordninger som ivaretar de interessene som blir skadelidende, samtidig som det er mulig å opprettholde et effektivt smittevern. Se blant annet kapittel 20 om tilpasning av smitteverntiltak ut fra personers evne til å smitte eller bli smittet, hvor muligheten til å ta hensyn til vaksinasjon, gjennomgått sykdom og negative testresultater drøftes.

Videre er det slik at tiltaket heller ikke må gis lengre varighet enn nødvendig, og det må gjøres jevnlige vurderinger av behovet for å opprettholde det. Smitteverntiltak skal oppheves eller begrenses «straks» det ikke lenger vurderes å være nødvendig. Det er viktig at tiltak ikke opprettholdes lengre enn nødvendig, men samtidig er det ikke hensiktsmessig med veldig hyppige endringer eller justeringer av tiltak under mer varige smittesituasjoner – slik som for eksempel under koronapandemien. Et smitteverntiltak som innreisekarantene vil for eksempel kunne anses som både nødvendig og forholdsmessig ved en ny allmennfarlig smittsom virusvariant som enda ikke har kommet til Norge, eller hvor viruset ikke er spredt like mye innad i Norge som i andre land.

10.5.5 Vilkår om at tiltaket må være forholdsmessig

Departementet foreslår at ny smittevernlov § 1-5 krever at smitteverntiltak etter loven skal være «forholdsmessig», til erstatning for dagens krav om at tiltak skal «fremstå tjenlig etter en helhetsvurdering». Endringen er en språklig oppdatering, som ikke er ment å endre gjeldende rett.

Overordnet kan det sies at kravet innebærer at den helsemessige nytten og andre positive virkninger for samfunnet av tiltaket må stå i forhold til tiltakets øvrige samfunnsmessige konsekvenser. Det innebærer at nytten eller fordelene skal overstige ulempene og kostnadene ved tiltakene. Det må altså gjøres vurderinger av nytten opp mot de negative konsekvensene eller belastningen tiltaket medfører, for eksempel om man hindrer prosesser som er nødvendige for å holde samfunnet i gang og i hvilken grad man griper inn i privatpersoners grunnleggende rettigheter. Dersom nytten av tiltaket er liten eller tvilsom, mens skadevirkningene er store, kan ikke tiltaket iverksettes. Det kan også være andre positive samfunnsvirkninger enn kun for helsen, som at samfunnsfunksjoner eller et tilnærmet normalt liv på viktige områder kan opprettholdes.

Det skal mer til for at et smitteverntiltak som gjør inngrep i grunnlovfestede rettigheter anses forholdsmessig, sammenlignet med andre tiltak. Hvor strenge krav som stilles, vil bero på hvor inngripende tiltaket er. Det avhenger også av i hvilken grad tiltaket bidrar til å ivareta rettigheter, inkludert retten til liv.

Vurderingen av forholdsmessighet vil endres med smitteutviklingen eller dersom viruset ikke viser seg å være like dødelig eller smittsomt som først antatt. Man vil da etter en fornyet vurdering kunne anse innreisekarantene som lite forholdsmessig vurdert opp mot de ulempene tiltaket innebærer.

I likhet med om et tiltak er nødvendig, påvirkes forholdsmessigheten av hvordan tiltaket er avgrenset og tilpasset ulike situasjoner, persongrupper og geografiske områder. Se blant

annet kapittel 20 om tilpasning av smitteverntiltak ut fra personers evne til å smitte eller bli smittet.

Det hører også til vurderingen av forholdsmessighet å ta stilling til om man bør ha harde tiltak over kort tid eller mindre harde tiltak over lengre tid. Dette er avhengig av hvilken strategi og hvilket beskyttelsesnivå for befolkningens liv og helse som velges i møte med en helsekrise. Det kan for eksempel tenkes at tiltak som fullstendig stenging av skoler, butikker osv. i et par uker vil kunne oppleves som mindre inngripende og mer forholdsmessig enn en delvis stenging i en lengre periode. På den annen side vil valg av tiltak uansett være avhengig av hvordan smitte spres, hvor alvorlig den er og hva som er målet for håndteringen.

Høyesterett uttaler i Hyttedomen (HR-2022-718-A) at EMD ved prøvingen av om et nasjonalt tiltak er forholdsmessig, gir statene en vid margin for det skjønnet som må utøves for å ivareta befolkningens helse. Det vises til EMDs storkammerdom 8. april 2021 *Vavřička mfl. mot Tsjekkia* [EMD-2013-47621-G] om et vaksineprogram for barn, hvor det blant annet også uttales at det ikke vil være avgjørende om andre land har valgt mindre inngripende tiltak. Departementet forstår dette slik at den vide marginen for vurderingene gjelder både for det valgte beskyttelsesnivået og de tiltakene som anses nødvendige. EØS-retten innrømmer også medlemsstatene en vid skjønnsmargin for strategier og beskyttelsesnivå, se omtalen i punkt 10.3.4.

Behovet for, og virkningen av, kompenserende tiltak må inngå i avveiningen av ulike interesser. I NOU 2023: 16 punkt 4.5 omtaler Koronautvalget bruk av kompenserende tiltak overfor næringsliv for å motvirke inntektsbortfall, og overfor kultur, idrett og frivilligheten samt utdanning for å ivareta sårbare grupper. Betydningen av samspillet mellom ordninger for økonomisk kompensasjon og smitteverntiltak omtales slik:

> «Utvalget ønsker å påpeke at det er et viktig samspill mellom smitteverntiltak og avbøtende tiltak, der sistnevnte trolig gjorde det mulig å ha mer inngripende smitteverntiltak, både fordi de samlede økonomiske kostnadene for befolkningen ble lavere og fordi det var lettere å få oppslutning om smitteverntiltakene når ikke den økonomiske belastningen ble for skjevdelt. Opplevelsen av relativt treffsikre tiltak som ble innført relativt raskt har trolig bidratt til den høye tilliten befolkningen har hatt til myndighetenes pandemihåndtering.»

Høyesterett har i Hyttedommen (HR-2022-718-A) vist til at domstolene bør være tilbakeholdne med å overprøve valg av hva som er mest hensiktsmessige tiltak ut fra sammensatte samfunnsmessige prioriteringer og vurderinger av politisk karakter. Departementet legger til grunn at dette også vil gjelde for kontrollen med tiltak vedtatt med hjemmel i ny smittevernlov.

10.5.6 Vurdering av alternative tiltak

Det følger forutsetningsvis av både kravet om nødvendighet og forholdsmessighet at man ved innføring av tiltak må velge mellom en rekke alternative tiltak eller sammensetninger av ulike tiltak. Hovedregelen er at man alltid skal velge de alternativene som oppnår formålet med så lav tiltaksbyrde som mulig. I tillegg skal nytten eller fordelene overstige ulempene og kostnadene ved tiltakene.

Ved samfunnskritisk sykdom er det viktig å få kontroll over og eventuelt redusere det samlede omfanget av smittespredningen i samfunnet (smittetrykket), samtidig som man opprettholder viktige samfunnsfunksjoner. Over tid er det også viktig at befolkningen kan ha en så normal hverdag som mulig. Det kan derfor ofte være behov for å iverksette mange ulike tiltak samtidig og i ulike kombinasjoner. Under koronapandemien ble slike samlinger av tiltak ofte omtalt som tiltakspakker. Uten slike pakker med flere enkelttiltak, vil det neppe være mulig å oppnå en så stor samlet effekt at smittespredningen dempes.

Ved samtidig iverksetting av flere tiltak vil det være nødvendig å ta stilling til konsekvensene av det enkelte tiltaket, men også konsekvensene av de samlede tiltakene. Erfaringene fra koronapandemien viser at det kan være utfordrende å identifisere effekten på smittevernet og konsekvenser for samfunnet av hvert enkelt tiltak som inngikk i tiltakspakker som *samlet* skulle senke smittetrykket i samfunnet. Man kan imidlertid ikke la være å iverksette tiltak selv om det kan være usikkerhet knyttet til hvordan hvert enkeltstående tiltak vil virke. 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. Det avgjørende er å velge tiltak som samlet sett sannsynligvis vil ha den ønskede effekten på smittevernet.

Det kan være mulig å oppnå samme kontroll eller reduksjon av det samlede smittetrykket med ulike kombinasjoner av tiltak i en pakke. Et eksempel på dette er at man velger strengere regler for karantene og isolasjon, for å kunne ha mildere begrensninger ved arrangementer og annen sosial omgang. Et annet eksempel er at man velger å regulere uteliv og arrangementer som samler mange mennesker strengere, for å kunne ha mildere begrensninger for barn og unges skolehverdag og fritidsaktiviteter. Et tredje eksempel kan være man velger felles regler for sosial omgang, fremfor å gi lettelser for de som er vaksinert eller har gjennomgått sykdom og strengere regler for alle andre.

Disse valgene mellom alternative tilnærminger, strategier, beskyttelsesnivå og belastning for ulike deler av samfunnet og befolkningen, forutsetter utpregede politiske vurderinger av hvilke hensyn som skal prioriteres. Etter omstendighetene kan mange ulike varianter av tiltakspakker vurderes å være medisinskfaglig begrunnet, nødvendige og forholdsmessige. Det er primært regjeringens ansvar å vurdere avveiningen mellom alle legitime hensyn og konkludere. I dette ligger det også en betydelig skjønnsmargin og valgfrihet, i tråd med de rammene som oppstilles i EØS-retten og internasjonale menneskerettigheter. Høyesterett uttaler også i Hyttedommen (HR-2022-718-A) at den, ved sin prøving av inngrep på grunnlag av norsk rett, vil være varsom med å overprøve vurderinger som i stor grad er faglige eller beror på sammensatte samfunnsmessige avveininger.

Smitteverntiltak kan ha en rekke ulike virkninger, knyttet til økonomi, velferd og helse. Holden-utvalget peker på at noen av disse kan være synlige og målbare, mens andre er vanskeligere å vurdere. Økonomiske effekter vil ofte være mulige å verdsette, mens for andre virkninger på velferd og helse er økonomisk verdsetting mer diskutabelt og avhengig av skjønnsmessige vurderinger. Prioritering mellom smitteverntiltak vil dermed kunne være avhengige av skjønnsmessige vurderinger av tiltaksbyrden. I neste punkt drøftes behovet for å synliggjøre at enkelte hensyn skal vurderes.

I den grad det er mulig ut fra det gjeldende kunnskapsnivået og den tiden som er til rådighet, skal de relevante vesentlige hensynene og konsekvensene av tiltak synliggjøres i vurderingene. Det bør fremgå hvordan de er vektlagt, eventuelt hensyntatt gjennom kompenserende tiltak, unntaksmuligheter eller andre tilpasninger. Kravene til vurderingene vil øke med tiltakets omfang og inngripende karakter. Det ligger for eksempel i sakens natur at det må forutsettes et vesentlig mer omfattende beslutningsgrunnlag for landsomfattende vedtak om å stenge virksomheter enn for kommunens eller kommuneoverlegens vedtak om å kortvarig stenge en barnehage ved lokal smitte.

I en helsekrise som krever nasjonale tiltak for å motvirke samfunnskritisk sykdom, vil regjeringen kunne innhente synspunkter på ulike tiltak gjennom høringer, etterhøringer, rådgivende ekspertutvalg for helsekriser mv. som beskrevet i punkt 8.3. Under koronapandemien ble det blant annet gjennomført høringer av tiltakspakker for ulike nivåer av smitte i samfunnet. Kjernegruppen for et bedre kunnskapssystem for håndtering av kriser skal også bidra med kunnskap til støtte for beslutninger.

Før en helsekrise inntreffer kan det også legges arbeid i å øve på og drøfte hvordan eksempler på mulige tiltak kan vurderes konkret. Dette kan så danne grunnlag for å utvikle metoder, veiledning eller maler, i den grad det vurderes som nyttig for beredskapen.

10.5.7 Hensyn til barnets beste og samfunnsmessige konsekvenser

10.5.7.1 Fremheve hensynene i lov

Departementet foreslår at ny smittevernlov § 1-5 andre ledd fremhever noen særlige hensyn som må vurderes ved valg av smitteverntiltak. I helhetsvurderingen skal blant annet hensynet til smittevernet, barnets beste og andre samfunnsmessige konsekvenser vurderes og avveies. Etter departementets vurdering vil en slik presisering i lovbestemmelsen tjene som en viktig påminnelse til de som i helsekrise skal utforme og begrunne smitteverntiltak om helt sentrale hensyn som skal vurderes.

10.5.7.2 Samfunnsmessige konsekvenser

Befolkningsrettede smitteverntiltak vil berøre ulike deler av samfunnet i ulik grad. De ønskede konsekvensene er beskyttelse av befolkningen mot smitte for å verne liv og helse, en mest mulig normal hverdag og viktige samfunnsfunksjoner. I tillegg har smitteverntiltak en rekke andre virkninger for samfunnet i stort, for ulike sektorer og ulike grupper i befolkningen. Det kan gjelde økonomiske konsekvenser eller konsekvenser for hvordan livet leves. Samlet kan alt dette betegnes som samfunnsmessige virkninger.

Kunnskap om hvilke konsekvenser tiltak har utover det rent smittevernfaglige, vil ha betydning for hvordan reguleringen av smitteverntiltaket bør innrettes med hensyn til omfang, varighet og eventuelle unntak. Informasjon om samfunnsmessige konsekvenser i stort og konsekvenser for de som berøres direkte, skal derfor inngå i beslutningsgrunnlaget for smitteverntiltak, i den grad det foreligger kunnskap og er mulig å belyse på den tiden som står til rådighet. Når det haster å få innført tiltak, gjerne i en situasjon med stor usikkerhet, stilles det mindre krav til grundigheten av vurderingene.

Det er viktig at vurderingene av samfunnsmessige konsekvenser og barnets beste blir helhetlige, står seg over tid og er basert på et godt kunnskapsgrunnlag. Forhold som påvirkes av smitteverntiltak kan for eksempel være:

- Sparte liv og bedret helse for pasienter med sykdommen, helseeffekter for andre pasienter og befolkningen ellers og andre produksjons- og velferdsvirkninger
- Barns læring, utvikling, velvære og psykiske helse, dersom fritidstilbud og skole stenges eller begrenses
- Bevegelsesfrihet, sosial kontakt, fysisk aktivitet, trivsel og andre helse- og livskvalitetseffekter
- Tilgang til offentlige tjenester som helse- og omsorgstjenester, tjenester til sårbare grupper mv.
- Sysselsetting, arbeidsdeltakelse og inntekt
- Produksjon, inntjening og kostnader for næringslivet, inkludert risiko for konkurs og tap av kompetanse

I tilknytning til de ulike hjemlene som foreslås i ny smittevernlov, gis det en redegjørelse for hvilke hensyn og konsekvenser som særlig bør vurderes ved det aktuelle tiltaket, se punktene 17.7.10, 18.7, 19.6.6, 20.7.7.

Holden-ekspertutvalget (covid-19) var et norsk ekspertutvalg ledet av Steinar Holden, professor ved UiO, oppnevnt for å gi Norges regjering samfunnsøkonomiske vurderinger av smitteverntiltak under koronapandemien. Utvalget leverte åtte rapporter, med en avsluttende Hovedrapport Samfunnsøkonomiske vurderinger av smitteverntiltak publisert 5. april 2022. Rapporten gir nyttig innsikt i hvordan de samlede samfunnsøkonomiske konsekvensene ble vurdert i pandemiens sluttfase. Rapporten kapittel 4 omtaler blant annet pandemiens konsekvenser for den nasjonale økonomien, spesielt berørte næringer, serveringsvirksomhet, arbeidsmarkedet, utdanning, skole og læring og universiteter. Velferdstap og helsetap drøftes i kapitlene 7 og 8. I kapittel 12 om tiltakspakker gjengis blant annet en tiltaksbyrdetabell som gir en samlet oversikt over nytte og kostnad for tiltak på et gitt smittenivå. I rapportens hovedkonklusjoner fremheves på side 10 at alle samfunnsmessige konsekvenser må med i beslutningene:

> «Beslutninger om håndtering av koronapandemien bør ta hensyn til alle samfunnsmessige virkninger av pandemi og smitteverntiltak, både helsekonsekvenser, økonomiske konsekvenser og andre velferdskonsekvenser. I noen situasjoner vil ulike hensyn trekke i samme retning. Ved en alvorlig ny virusvariant, vil både helsemessige hensyn og andre samfunnsmessige hensyn tale for å slå ned smitten. I andre situasjoner vil ulike hensyn gå i motsatt retning. Med en mindre alvorlig virusvariant kan helsemessige hensyn tilsi omfattende smitteverntiltak, mens andre samfunnsmessige hensyn tilsier at man ikke skal bruke svært belastende smitteverntiltak.
>
> Beslutninger om bruk av smitteverntiltak må bygge på brede vurderinger, som omfatter både helsemessige konsekvenser og konsekvenser for økonomi, velferd og andre samfunnshensyn. Det er viktig for kvalitet og legitimitet til beslutningene, og det vil også bidra til å bevare bred oppslutning i befolkningen om håndteringen av pandemien. I denne rapporten har ekspertgruppen videreutviklet et rammeverk for analyser der ulike typer konsekvenser kan vurderes opp mot hverandre. Det kan bidra til et faglig grunnlag med sikte på at alle sentrale samfunnshensyn blir tillagt vekt ved beslutningene.»

Holden-utvalget konkluderer videre med at erfaringene under koronapandemien ga god kunnskap om at pakker med smitteverntiltak kan slå ned smittespredningen, men at det var mindre kunnskap om effektene av hvert enkelttiltak som inngikk i pakken, og hvordan ulik sammensetning av tiltakspakker hadde betydning for byrde og smitteverneffekt. Utvalget viste til at en av årsakene var at effektene varierer med pandemisituasjonen, den konkrete utformingen, kommunikasjonen fra helsemyndighetene og etterlevelsen av tiltaket. En annen årsak var at når det gjennomføres mange tiltak på samme tid, er det vanskelig å identifisere effekten av hver enkelt. Effekten av det enkelte tiltak vil i mange situasjoner også avhenge av hvilke andre tiltak som gjelder samtidig.

10.5.7.3 Barns beste

For tiltak som berører barn, stiller Grunnloven § 104 og barnekonvensjonen artikkel 3 krav om at barnets beste skal være et grunnleggende hensyn. Barn har også rett til å bli hørt i spørsmål som angår dem, og det skal legges vekt på meningen deres. Dersom smitteverntiltak berører barn, krever konvensjonen at staten eller kommunen vurderer hva som vil være det beste for barnet eller gruppen barn. Hensynet til barns beste må avveies mot andre hensyn, som for eksempel konsekvenser av mindre effektivt smittevern. Menneskerettighetene stiller også krav om at nasjonale myndigheter beskytter retten for enhver til liv, jf. EMK artikkel 2. I visse situasjoner medfører dette en positiv plikt for myndighetene til å treffe forebyggende smitteverntiltak for å beskytte personer som står i fare for å miste livet på grunn av allmennfarlig smittsom sykdom.

Departementet foreslår at barnets beste-vurderinger inntas i lovbestemmelsen. Strengt tatt er det lovteknisk overflødig å ta med en henvisning i smittevernloven til et allerede grunnlovsfestet krav. Det kan også hevdes å at det er uheldig å fremheve kun ett av flere grunnlovfestede hensyn og én gruppe av befolkningen fremfor andre grupper.

Departementet mener likevel at erfaringene fra pandemien og hensynet til å ivareta denne gruppen særskilt, tilsier at det bør fremgå av smittevernloven at kravet i Grunnloven § 104 om at barnets beste skal være et grunnleggende hensyn også gjelder ved utforming av smitteverntiltak. Under koronapandemien var barn som kjent særlig utsatt ved at blant annet skoler ble stengt, men også andre grupper, som eldre og mennesker innlagt på institusjon, ble isolert som følge av smitteverntiltakene. Hensynet til barns beste er grunnlovfestet og må anses som særlig viktig da denne gruppen har mindre anledning til å ivareta sine behov enn den voksne delen av befolkningen.

Departementet viser i den forbindelse også til Kontroll- og konstitusjonskomiteens koronahøring som er omtalt i høringsnotatet punkt 3.5.12. Komiteens innstilling, *Innst. 151 S (2024–2025) Innstilling fra kontroll- og konstitusjonskomiteen om Redegjørelse av helse- og omsorgsministeren og justis- og beredskapsministeren om en samlet gjennomgang av myndighetenes håndtering av koronapandemien,* ble avgitt 4. mars 2025. En samlet komite tilrådde Stortinget å gjøre blant annet følgende vedtak:

> «Stortinget ber regjeringen gjennomgå alle krise- og beredskapslover og, der det er naturlig, fremme forslag om en bestemmelse som sikrer at hensynet til barnets beste og å bevare en mest mulig normal hverdag for barn og unge skal vektlegges i all krisehåndtering.»

Komiteens innstilling ble behandlet av Stortinget 29. april 2025, som traff vedtak i samsvar med innstillingen.

En lovfesting i smittevernloven § 1-5 om at blant annet hensynet til smittevernet, barnets beste og andre samfunnsmessige konsekvenser må vurderes og avveies ved iverksetting av smitteverntiltak, vil synliggjøre dette.

Hensynet til barnets beste skal ha stor vekt, men verken barnekonvensjonen eller ny smittevernlov § 1-5 vil stille krav om at hensynet til barns beste skal være det avgjørende hensynet i alle tilfeller. Det betyr at andre hensyn kan veie tyngre. I noen tilfeller vil også hensynet til barns beste trekke i ulike retninger. Uansett er det viktig å få frem eventuelle interessekonflikter og vise tydelig i vurderingen hvordan barnets beste er tatt hensyn til i vurderingen.

Se mer omtale av betydningen av hensynet til barns beste i punkt 17.7.10.2.

10.5.8 Krav om skriftlig formidling av begrunnelse og avveining av ulike hensyn

Forvaltningsloven gjelder for saksbehandlingen i kommuner, etater, departementer og regjeringen for vedtak om smitteverntiltak. Departementet legger til grunn at det er et klart forvaltningsrettslig prinsipp at saksbehandlingen som utgangspunkt er skriftlig. Det er likevel behov for å gjøre unntak fra prinsippet hvis det er nødvendig fordi saken haster eller andre særlige forhold tilsier det. Høyesterett har i Hyttedommen, HR-2022-718-A, akseptert at kravet til forholdsmessighet var oppfylt selv om vurderingene opp mot Grunnloven og EMK ikke var gjort skriftlig eller uttrykkelig før vedtaket ble fattet. Departementet legger derfor til grunn at medisinskfaglige begrunnelser og vurderingen av nødvendighet og forholdsmessighet så langt det lar seg gjøre skal nedfelles skriftlig mens saksbehandlingen pågår.

Ny forvaltningslov § 9, som ikke er trådt i kraft, bestemmer i første ledd at saksbehandlingen i forvaltningen skal være skriftlig. Paragrafens andre ledd bestemmer at forvaltningens interne saksbehandling kan være muntlig hvis hensynet til en hensiktsmessig saksavvikling tilsier det, samt at forvaltningsorganets avgjørelser og henvendelser til private kan bare være muntlige hvis det er nødvendig fordi saken haster eller andre særlige grunner tilsier det.

Erfaringene fra pandemien viste at det var et stort behov for å få tilgang til kunnskapsgrunnlaget for og vurderingene bak ulike smitteverntiltak. Myndighetene ble dermed mer og mer offentlige rundt sine vurderinger. Det er åpenbart at offentlighet og skriftlighet rundt smitteverntiltak vil bidra til økt legitimitet. I punkt 8.4 konkluderer departementet med at erfaringene fra pandemien tilsier at det ved en fremtidig alvorlig smittesituasjon som rammer hele eller deler av landet, bør legges enda større vekt på skriftlig å formidle begrunnelser for hvorfor tiltak anses egnet, nødvendig og forholdsmessig, i tillegg til kunnskapsgrunnlag og anbefalinger fra etatene.

Departementet foreslår på denne bakgrunn at det inntas i ny smittevernlov § 1-5 tredje ledd at 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.

10.5.9 Frivillig medvirkning ved enkeltvedtak og forskrift

Det følger av dagens smittevernlov § 1-5 første ledd andre punktum at «ved iverksettelse av smitteverntiltak skal det legges vekt på frivillig medvirkning fra den eller de tiltaket gjelder». Av forarbeidende fremkommer det at utgangspunktet er at smitteverntiltak skal baseres på frivillighet, men det vil likevel være adgang til å gjøre unntak dersom det er hjemmel til det.

Kravet om at frivillighet skal være forsøkt først er viktig ved individ-rettede tiltak. Departementet foreslår derfor i punkt 15.3 at ny smittevernlov § 6-1 skal bestemme at frivillig medvirkning fra den tiltaket gjelder skal være forsøkt før det treffes vedtak om tvangstiltak rettet mot smittede personer etter kapittelet.

Departementet er imidlertid enig med Helsedirektoratet, som i sitt innspill til revisjonen av smittevernloven peker på at det ved befolkningsrettede tiltak kan være behov for å kunne sette i verk tiltak uten at det først er forsøkt med endringer av befolkningens adferd gjennom anbefalinger. Departementet vil imidlertid understreke at det som utgangspunkt uansett må vurderes om anbefalinger er tilstrekkelig når en vurderer innføring av befolkningsrettede tiltak. Det følger av nødvendighetskravet, som innebærer at det tiltaket som er minst inngripende, men samtidig tilstrekkelig effektivt, fortrinnsvis skal velges. Departementet mener derfor at det ikke skal være et vilkår for forskriftsfestede tiltak at anbefalinger faktisk er prøvd først.

10.5.10 Forholdet til Grunnloven, menneskerettighetene og folkerettslige forpliktelser

Menneskerettighetene forplikter staten til å beskytte borgerne mot hendelser som kan true retten til liv og helse, og mot uforholdsmessige inngrep i frihetsrettigheter som er beskyttet i Grunnloven og i Norges folkerettslige forpliktelser. Disse frihetsrettighetene er det bare adgang til å gripe inn i dersom nærmere bestemte krav er oppfylt, jf. også omtalen i punkt 5.3.

Retten til liv er vernet i Grunnloven § 93, EMK artikkel 2, SP artikkel 6 og BK artikkel 6. Koronautvalget uttaler følgende i NOU 2023:16 s. 119:

> «Helse som menneskerettighet fremgår ikke av Grunnloven. ØSK artikkel 12 anerkjenner retten for enhver til den høyest oppnåelige helsestandard både fysisk og psykisk, men omfanget av statens forpliktelser er ikke helt klart. Tilsvarende anerkjenner BK artikkel 24 barnets rett til å nyte godt av den høyest oppnåelige helsestandard».

I praksis betyr dette at når det iverksettes tiltak for å verne liv og helse som samtidig innebærer inngrep i andre grunnleggende rettigheter, må det foretas en avveining og balansering av de motstående rettighetene. Det skal med andre ord ikke bare tas stilling til hva slags smitteverntiltak som er smittevernfaglig effektivt mot smitte. Tiltakene må avveies og vektes mot for eksempel aktuelle krav og rettigheter som er nedfelt i

Grunnloven, menneskerettighetene, EØS avtalen og internasjonale avtaler. Menneskerettighetene innebærer også krav om vurderinger av tiltakets konsekvenser for den enkelte, inkludert vurdering av hensynet til barnets beste og barns rettigheter.

Det er videre nødvendig å ivareta våre folkerettslige forpliktelser overfor utenlandske diplomater, administrativt og teknisk personale og utsendte konsulære tjenestemenn, samt deres medfølgende familiemedlemmer, og overfor utenlandske medarbeidere i mellomstatlige organisasjoner med sete i Norge, ved iverksettelse av smitteverntiltak, jf. nærmere omtale av Wienkonvensjonene i høringsnotatets punkt 5.4. Dette vil sikre at slike representasjoner fortsatt kan fungere både i Norge og i land Norge er representert.

I Hyttedommen uttaler Høyesterett at de anså det som klart at myndighetene, selv om det ikke ble vist uttrykkelig til Grunnloven og EMK ved de vurderingene som ble foretatt, var kjent med og bygde på at det gjaldt krav om forholdsmessighet. Dersom smitteverntiltak gjør inngrep i rettigheter, må stat eller kommune vise avveiningene som er foretatt og begrunne hvorfor tiltakene likevel er lovlige. Det vises til omtale ovenfor i punkt 5.3.

Det er viktig at kommuner og andre som skal vurdere bruk av smitteverntiltak, er kjent med kravene som følger av Grunnloven og internasjonale forpliktelser, slik at tiltakene ikke bryter med disse. En mulig løsning for å bidra til å sikre dette kunne være å presisere i ny smittevernlov § 1-5 at smitteverntiltak etter loven skal være forenlig med Grunnloven, menneskerettsloven og Norges folkerettslige forpliktelser. Departementet legger imidlertid til grunn at en henvisning til slikt regelverk i smittevernlovens grunnleggende regler om vilkår for iverksettelse av smitteverntiltak, rettslig sett vil være overflødig. Dette tilsier tilbakeholdenhet med å lovfeste dette. Departementet foreslår derfor ikke å lovfeste at smitteverntiltak etter loven skal være forenlig med Grunnloven, menneskerettsloven og Norges folkerettslige forpliktelser. Departementet viser videre til høringsnotatets punkt 22.4.10.2, hvor det drøftes om krav til slik forenelighet bør lovfestes for bruk av hjemmelen til å fastsette forskrifter med lovs innhold og om nødvendig fravike gjeldende lovgivning (derogasjon), jf. lovforslaget § 11-1.

11 Administrative organer og deres ansvar

11.1 Oppsummering av forslag i kapittelet

I dette kapittelet drøftes det om gjeldende regulering av ulike administrative organers ansvar etter smittevernloven skal videreføres i ny lov, eller om det er behov for endringer. Departementet foreslår i hovedsak å:

- videreføre gjeldende regulering av kommunenes, kommuneoverlegenes, de regionale helseforetakenes, smittevernnemndas, Folkehelseinstituttets og Statens helsetilsyns ansvar etter smittevernloven.
- videreføre gjeldende regulering av statsforvalters oppgaver, men presisere at statsforvalteren kan bistå blant annet med å koordinere og samordne informasjon, tiltak og aktiviteter mellom kommunene i fylket og staten. Det foreslås også å presisere hvilke av smittevernlovens bestemmelser det skal føres tilsyn med.

- videreføre Helsedirektoratets ansvar for, ved å utføre myndighetsoppgaver, å medvirke til at befolkningens behov for tjenester og tiltak blir dekket i forbindelse med smittsomme sykdommer. Helsedirektoratet kan videre pålegge helsepersonell å følge nærmere bestemte faglige retningslinjer.
- ikke videreføre Helsedirektoratets myndighet etter smittevernloven § 7-10 andre ledd til å «bestemme at kommuner, fylkeskommuner eller statlige institusjoner skal organisere eller utføre nærmere bestemte tjenester eller tiltak, samarbeide, eller følge nærmere bestemte retningslinjer når det er nødvendig for å sikre et effektivt og forsvarlig smittevern».
- ikke videreføre den generelle hjemmelen i smittevernloven § 7-11 for departementet til å gi forskrifter om organisering, samarbeid, oppgaver og smittevernberedskap.
- i hovedsak videreføre gjeldende bestemmelser om bistandsplikt fra politiet og andre deler av den statlige forvaltningen, samt om informasjonsplikt og unntak fra taushetsplikt når det foreligger fare for overføring av smittsom sykdom.

11.2 Innledning

Smittevernloven kapittel 7 har bestemmelser om det ansvaret som loven legger til henholdsvis kommunene, kommuneoverlegene, de regionale helseforetakene, statsforvalteren, smittevernnemnda, Folkehelseinstituttet, Helsedirektoratet og Statens helsetilsyn. I tillegg er det i kapittel 7 bestemmelser om smittevernnemndas sammensetning og en hjemmel for departementet til å gi forskrifter om organisering, samarbeid, oppgaver, utgiftsfordeling og smittevernberedskap. Bestemmelsene om administrative organers ansvar vil fremgå av kapittel 2 i ny smittevernlov.

Gjeldende smittevernlov kapittel 7 inneholder også en bestemmelse som gir særskilte fullmakter til Kongen dersom en allmennfarlig smittsom sykdom truer folkehelsen, jf. § 7-12. Denne bestemmelsen behandles i høringsnotatets kapittel 22.

11.3 Kommunen

11.3.1 Gjeldende rett

Smittevernloven § 7-1 regulerer kommunenes ansvar for smittevern slik:

> «§ 7-1 *Kommunen*
>
> Kommunen skal sørge for at alle som bor eller midlertidig oppholder seg i kommunen med hensyn til smittsom sykdom er sikret nødvendige forebyggende tiltak, undersøkelsesmuligheter, behandling og pleie utenfor institusjon og pleie i sykehjem eller annen kommunal helseinstitusjon.
>
> Kommunen skal også utføre de oppgaver innen smittevernet som pålegges i loven her eller bestemmelser i medhold av loven, herunder skaffe seg oversikt over arten og omfanget av de smittsomme sykdommer som forekommer i kommunen, drive opplysning om smittsomme sykdommer og gi råd og veiledning om hvordan de forebygges, sørge for at individuelt forebyggende tiltak blir satt i verk, sørge for at andre tiltak etter loven her, folkehelseloven eller helse- og omsorgstjenesteloven blir satt i verk.

Tiltak og tjenester for å forebygge smittsomme sykdommer eller motvirke at de blir overført skal utgjøre et eget område i planen for kommunens helse- og omsorgstjeneste. Helse- og omsorgstjenesten i kommunen skal samarbeide med myndigheter som har oppgaver av betydning for tiltakene.

Kommunen skal føre tilsyn og sørge for at reglene i loven blir overholdt og at vedtak i medhold av loven blir gjennomført.

Ved iverksetting av tiltak etter §§ 3-1 og 3-8 kan kommunen mot vederlag bruke og om nødvendig skade andres eiendom.

Kommunens myndighet etter denne lov kan delegeres etter reglene i kommuneloven eller til et interkommunalt organ.»

Bestemmelsen er i stor grad en presisering av helse- og omsorgstjenestelovens regler om kommunens ansvar for helse- og omsorgstjenester etter kapittel 3. Bestemmelsen må derfor også ses i sammenheng med pasientrettighetene i pasient- og brukerrettighetsloven.

Kommunene har en betydelig grad av handlefrihet med hensyn til prioritering og utbyggingsnivå for ulike tiltak innen smittevernet. Befolkningssammensetning, epidemiologiske forhold og kommunens økonomi vil spille en avgjørende rolle for smitteverntilbudets nivå og sammensetning.

11.3.2 Departementets vurderinger og forslag

Det kan hevdes at kommunens ansvar for smittevernet langt på vei allerede følger av helse- og omsorgstjenesteloven og at bestemmelsen i gjeldende smittevernlov er overflødig. Etter departementets vurdering er det imidlertid viktig at kommunens ansvar for smittevernet i kommunen fremgår direkte og presiseres i smittevernloven. Smittevern er en viktig oppgave for kommunen. Smittevern krever langsiktig arbeid som må planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres kontinuerlig på en faglig forsvarlig måte. Samtidig kan smittevernarbeid være en litt usynlig oppgave sammenlignet med andre oppgaver som kommunene har ansvar for. Etter departementets vurdering er det viktig at denne oppgaven prioriteres av kommunene og at det ikke oppstår tvil om hvor langt ansvaret går. Det er også hensiktsmessig at de ulike virksomhetenes ansvar for smittevern, herunder grensedragningen mot spesialisthelsetjenestens ansvar, fremgår av samme lov, slik at det ikke oppstår tvil om ansvarsfordelingen. Departementet foreslår derfor at kommunens ansvar for smittevernet slik det er regulert i § 7-1 første og andre ledd, videreføres uendret i § 2-1 i ny smittevernlov.

Det følger av prinsippene og retningslinjene for statlig styring av kommuner at lovgivningen skal legge ansvar for oppgaver og plikter til «kommunen», slik at kommunestyret kan ta stilling til hvordan oppgaven skal løses i den enkelte kommunen. Kommunestyret kan for eksempel delegere vedtak til andre folkevalgte organer. Det klare utgangspunktet er at det ikke bør gis bestemmelser som legger myndighet til bestemte organer i kommuner. Når gjeldende smittevernlov bruker begrepet «kommunestyret» gjennomgående, kan dette feilaktig oppfattes som at det er en delegeringssperre og at det er kommunestyret selv som må ta beslutningene. Departementet foreslår derfor at «kommunestyret» i ny smittevernlov gjennomgående erstattes med «kommunen».

Departementet er i tvil om det er grunn til å videreføre plikten etter tredje ledd til å samarbeide med andre og innta forebygging av smittsomme sykdommer som et eget område i planen for kommunens helse- og omsorgstjeneste. Det følger allerede av helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 tredje ledd at kommunen skal planlegge sin virksomhet. Det viktigste er at kommunen har en plan for tiltak og tjenester som forebygger smittsomme sykdommer eller motvirker at de blir overført, uavhengig av om den utgjør et eget område i planen for kommunens helse- og omsorgstjeneste. Det kan også synes overflødig å påpeke det åpenbare i at kommunen skal samarbeide med myndigheter som har oppgaver av betydning for tiltakene. Departementet foreslår imidlertid å videreføre bestemmelsen som en nyttig påminnelse om smittevernets betydning i det ordinære beredskapsarbeidet, men at plikten legges på rettssubjektet kommunen i stedet for på «helse- og omsorgstjenesten i kommunen».

Etter gjeldende fjerde ledd skal kommunen sørge for at lovens regler overholdes og vedtak i medhold av loven gjennomføres. Denne plikten følger allerede av andre ledd. Plikten til å føre tilsyn med kommunens egen virksomhet følger videre av blant annet kommuneloven § 25-1 om internkontroll og helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 tredje ledd med forskrifter. Departementet foreslår derfor ikke å videreføre bestemmelsen.

Departementet foreslår at kommunens rett etter femte ledd til mot vederlag å bruke og om nødvendig skade andres eiendom ved iverksetting av undersøkelser eller vaksinering av befolkningen, flyttes til de respektive bestemmelsene i ny smittevernlov §§ 3-1 og 5-4. Se omtale i punktene 12.5.1 og 14.6.2.

Sjette ledd tjener dels som en påminnelse om at kommunen har anledning til å delegere myndighet etter reglene i kommuneloven og dels som et selvstendig grunnlag for delegering til et interkommunalt samarbeid. Det følger av kommuneloven § 5-4 første ledd at for saker som gjelder lovpålagte oppgaver, kan kommunestyret og fylkestinget bare delegere myndigheten til å treffe vedtak til andre rettssubjekter så langt lovgivningen åpner for det. I ny kommunelov er det presisert i loven at kommunale oppgavefellesskap ikke kan fatte enkeltvedtak. Det er dermed i dag bare interkommunale selskaper (IKS) som er egne rettssubjekter utenfor kommunen som kan få delegert myndighet til å fatte vedtak etter smittevernloven. Kommuneloven gir generell delegeringsadgang til vertskommuner i § 20-1, men ikke til interkommunale selskap. Det er derfor nødvendig å videreføre en oppdatert delegeringsbestemmelse i ny smittevernlov for at kommunene skal beholde anledningen til å delegere oppgaver i samme utstrekning som i dag. Departementet foreslår at ny § 2-1 fjerde ledd skal bestemme at kommunens myndighet og oppgaver etter smittevernloven kan delegeres etter bestemmelsene i kommuneloven og til interkommunalt selskap.

11.4 Kommuneoverlegen

11.4.1 Gjeldende rett

Kommunelegens oppgaver etter smittevernloven er regulert slik i § 7-2:

«§ 7-2 *Kommunelegen*

Kommunelegen skal utføre de oppgaver innen smittevernet som pålegges i loven her. I kommuner med flere kommuneleger skal kommunestyret utpeke en av dem til å utføre disse oppgavene. Det bør også utpekes en stedfortreder for denne. I store bykommuner med bydelsforvaltning skal kommunestyret utpeke en lege til å utføre de av kommunelegenes oppgaver som angår hele kommunen eller store områder.

Kommunelegen skal

a. utarbeide forslag til plan for helse- og omsorgstjenestens arbeid med vern mot smittsomme sykdommer, herunder beredskapsplaner og -tiltak, og organisere og lede dette arbeidet,

b. ha løpende oversikt over de infeksjonsepidemiologiske forholdene i kommunen,

c. utarbeide forslag til forebyggende tiltak for kommunen,

d. bistå kommunen, helsepersonell og andre i kommunen som har oppgaver i arbeidet med vern mot smittsomme sykdommer,

e. gi informasjon, opplysninger og råd til befolkningen om vern mot smittsomme sykdommer,

f. utføre alle andre oppgaver som følger av loven eller bestemmelser i medhold av loven, og medvirke til effektive tiltak for å forebygge smittsomme sykdommer og motvirke at de blir overført.

Departementet kan i forskrift bestemme at kommunelegen også skal ha andre oppgaver, og herunder angi det nærmere innholdet i de enkelte oppgaver.

Når kommunen har lagt smittevernoppgavene til et interkommunalt organ, jf. § 7-1 sjette ledd, kan kommunestyret delegere kommunelegens myndighet etter denne lov til en eller flere leger ansatt i dette organet.»

Det forventes ikke at kommunelegen skal utføre alle oppgaver personlig, men at legen skal sørge for at de blir utført forsvarlig.

Det er kommunen som avgjør hvilke ressurser som skal brukes på de oppgavene somhelse- og omsorgstjenesten er pålagt etter smittevernlovgivningen. Kommunelegen har ingen instruksjonsrett eller disposisjonsadgang på kommunens vegne, ut over det som følger av fullmakter. Kommunelegen har imidlertid plikt og rett til å utarbeide forslag til forebyggende tiltak og plan for smittevernarbeidet, som kommunen så skal ta stilling til.

11.4.2 Departementets vurderinger og forslag

Departementet foreslår i hovedsak å videreføre gjeldende rett i ny smittevernlov § 2-2.

Departementet foreslår at begrepet kommunelegen endres til kommuneoverlegen, i tråd med den varslede endringen i Meld. St. 15 (2022–2023) *Folkehelsemeldinga*. Det innebærer at kommuneoverlege benyttes om leger i kommunelegefunksjonen, mens kommunelege brukes for andre kliniske legestillinger.

Bestemmelsen i fjerde ledd om delegering til leger ansatt i interkommunalt organ endres til å gjelde interkommunalt samarbeid, slik at også vertskommuner omfattes.

Se også omtale av kommuneoverlegens rolle ved tvangsvedtak i kapittel 15 og myndighet til å fatte hastevedtak i punkt 16.6.2.

Se spesielle merknader for nærmere omtale av hva videreføring av gjeldende rett innebærer.

11.5 Det regionale helseforetaket

11.5.1 Gjeldende rett

De regionale helseforetakenes oppgaver er regulert slik i smittevernloven § 7-3:

> «§ 7-3 *Det regionale helseforetaket*
>
> Det regionale helseforetaket skal sørge for at befolkningen i helseregionen med hensyn til smittsom sykdom er sikret nødvendig spesialistundersøkelse, laboratorieundersøkelse, poliklinisk behandling og sykehusbehandling, forsvarlig isolering i sykehus, og annen spesialisthelsetjeneste.
>
> Det regionale helseforetaket skal utarbeide en plan om det regionale helseforetakets tiltak og tjenester for å forebygge smittsomme sykdommer eller motvirke at de blir overført.
>
> Det regionale helseforetaket skal sørge for at det finnes et regionalt kompetansesenter i smittevern i helsetjenesten. Departementet kan i forskrift gi bestemmelser om senterets oppgaver.»

Bestemmelsen er i stor grad en presisering av det som fremgår av spesialisthelsetjenestelovens regler om de regionale helseforetakenes ansvar for spesialisthelsetjenester etter § 2-1 a. Den må også ses i sammenheng med pasientrettighetene i pasient- og brukerrettighetsloven.

11.5.2 Departementets vurderinger og forslag

Departementet foreslår at de regionale helseforetakenes ansvar reguleres og videreføres uendret i § 2-3 i ny smittevernlov.

Det kan hevdes at de regionale helseforetakenes ansvar for smittevernet i regionen langt på vei allerede følger av spesialisthelsetjenesteloven, og at bestemmelsen i gjeldende smittevernlov derfor er overflødig. Etter departementets vurdering er det imidlertid viktig at de regionale helseforetakenes ansvar for smittevernet fremgår og presiseres i smittevernloven. Smittevern er en viktig oppgave for de regionale helseforetakene som bør tydeliggjøres slik at det ikke oppstår tvil om hvor langt ansvaret går. Det er også hensiktsmessig at de ulike virksomhetenes ansvar for smittevern fremgår av samme lov, slik at det ikke oppstår tvil om ansvarsfordelingen på dette feltet. Av samme grunn foreslår departementet å videreføre plikten etter andre ledd til å utarbeide en plan om det regionale helseforetakets tiltak og tjenester.

Se spesielle merknader for nærmere omtale av hva videreføring av gjeldende rett innebærer.

11.6 Statsforvalteren

11.6.1 Gjeldende rett

Statsforvalterens ansvar etter smittevernloven reguleres slik i smittevernloven § 7-4:

> «§ 7-4 *Statsforvalteren*
>
> Statsforvalteren skal ha særlig oppmerksomhet rettet mot smittevernet i fylket, herunder ha oversikt over og kunnskap om lokale planer om smittevern, samt yte bistand ved behov.»

Innen smittevernberedskap må statsforvalters rolle vurderes i sammenheng med to-nivåmodellen der myndighet til å iverksette smitteverntiltak er plassert på lokalt og nasjonalt nivå. Statsforvalteren som bindeledd mellom stat og kommune er av sentral betydning for denne modellen.

Det er en viktig oppgave for statsforvalteren å følge med på utviklingen i helse- og omsorgstjenesten i fylket, særlig når det gjelder ivaretakelse og veiledning om smittevern i helseinstitusjoner. Dette gjelder både smittsomme sykdommer og allmennfarlige smittsomme sykdommer.

Statsforvalteren er både tilsyns- og klageorgan i en rekke saker knyttet til vedtak og tjenesteutøvelse innen smittevernet både i kommunene og helseforetakene. Dette følger av enkeltbestemmelser i smittevernloven og blant annet helsetilsynsloven §§ 3 og 4, helse- og omsorgstjenesteloven § 12-3, barnevernloven § 2-3 og sosialtjenesteloven § 9. Statsforvalteren har dermed ansvar for å vurdere den faglige forsvarligheten ved iverksatte tiltak.

Statsforvalterens rolle som tilsynsmyndighet med helse- og omsorgstjenesten er sentral med hensyn til smittevern, jf. helsetilsynsloven §§ 3 og 4. Statsforvalteren skal ifølge helsetilsynsloven § 4 andre ledd «føre tilsyn med om tjenestene er i samsvar med det som er bestemt i lover og forskrifter». Helse- og omsorgstjenesteloven § 12-3 første ledd første punktum bestemmer at statsforvalteren skal føre tilsyn med lovligheten av kommunens oppfyllelse av plikter pålagt i kapitlene 3 til 10 og §§ 11-2, 11-3 og 11-4. Dette inkluderer tilsyn med om kommunen tilbyr nødvendige helse- og omsorgstjenester også når smittevernet tilsier det. Departementet legger til grunn at dette for eksempel innebærer at statsforvalteren kan føre tilsyn med om kommuner oppfyller sitt ansvar etter smittevernloven § 7-1 for å «sørge for at alle som bor eller midlertidig oppholder seg i kommunen med hensyn til smittsom sykdom er sikret nødvendige forebyggende tiltak, undersøkelsesmuligheter, behandling og pleie utenfor institusjon og pleie i sykehjem eller annen kommunal helseinstitusjon». Statsforvalteren kan også føre tilsyn med om regionale helseforetak, helseforetak og kommunene har etablert og gjennomfører systematisk styring av virksomhetens aktiviteter, og at tjenestene planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av helse- og omsorgslovgivningen, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a tredje ledd, helse- og omsorgstjenesten § 3-1 tredje ledd og forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. I praksis innebærer dette for eksempel at statsforvalteren ikke bare kan føre tilsyn med om kommunene og de regionale helseforetakene har smittevernplaner,

men også om de har et styringssystem slik at smittevernarbeidet planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres i samsvar med krav i helse- og omsorgslovgivningen.

Tilsyn med oppgavene som kommunene er gitt i egenskap av å være kommune (kommuneplikter) skal følge prosessreglene om tilsyn i kommuneloven kapittel 30. Det innebærer blant annet at tilsynsmyndigheten ikke skal føre tilsyn med kommunens frie skjønn, men bare med etterlevelsen av lovpålagte krav (lovlighetstilsyn), og at saksbehandlingsreglene følger av kommuneloven.

Etter helsetilsynsloven § 4 skal statsforvalteren i tilknytning til tilsynet også «gi råd, veiledning og opplysninger som medvirker til at befolkningens behov for helse- og omsorgstjenester blir dekket.» Videre skal statsforvalteren holde Statens helsetilsyn orientert «om forholdene i helse- og omsorgstjenesten i fylket og om forhold som innvirker på disse.»

Statsforvalteren er administrativt underlagt Digitaliserings- og forvaltningsdepartementet, men utfører oppgaver for en rekke departementer og direktorater. De enkelte departementene har direkte faglig instruksjonsmyndighet innenfor sine saksområder. Statsforvalterens rolle, formål, tilknytning til departementene og organisering fremgår av instruks for statsforvaltere gitt ved kongelig resolusjon 7. august 1981 (statsforvalterinstruksen) og virksomhets- og økonomiinstruksen.

Det er ingen instruksjonslinje fra staten til kommunene, og det er statsforvalterens oppgave å være bindeledd mellom stat og kommune, jf. statsforvalterinstruksen. Statsforvalteren er statens representant i fylket. Instruksen §§ 3 til 6 beskriver statsforvalterens ansvar for å samordne, forenkle og effektivisere den statlige virksomheten i fylkene. Av instruksen fremgår blant annet at statsforvalteren må holde seg orientert om viktige saker som kan ha betydning for dette arbeidet.

Videre skal statsforvalteren arbeide for at det skjer et best mulig samarbeid mellom kommunene, fylkeskommunen og den lokale statsforvaltningen. Dette kan også inkludere samarbeid med regionale helseforetak og helseforetak. Statsforvalteren skal i nødvendig utstrekning bistå de statlige etatene med behandling av spørsmål som tas opp med kommunene eller fylkeskommunen. Statsforvalteren kan legge saken frem for sentrale fagmyndigheter dersom det i forbindelse med samordningsspørsmål oppstår tvil om hvordan de ulike statsoppgavene bør utføres eller prioriteres.

Statsforvalterens rolle innen beredskap, inkludert smittevernberedskap, utdypes blant annet av instruks for statsforvalteren og Sysselmesteren på Svalbard sitt arbeid med samfunnssikkerhet, beredskap og krisehåndtering. Kapittel IX i instruksen beskriver statsforvalterens særlige ansvar for samordning og koordinering ved større regionale hendelser. Statsforvalteren skal etter instruksen blant annet legge til rette for samarbeid mellom aktørene, og bidra til å styrke samfunnssikkerhetsarbeidet både i det daglige og ved håndtering av uønskede hendelser.

Statsforvalterens samordningsansvar endrer i utgangspunktet ikke på ansvarsforhold i annet enn situasjoner som nevnes i instruks for statsforvalteren og Sysselmesteren på

Svalbard sitt arbeid med samfunnssikkerhet, beredskap og krisehåndtering kapittel X om særskilte bestemmelser under væpnet konflikt, krigsfare og lignende forhold.

Den enkelte virksomhets ansvar også ved uønskede hendelser, er en viktig rammebetingelse for statsforvalterens virksomhet, og i beredskapsarbeid generelt.

11.6.2 Uttalelser fra Koronakommisjonen, Koronautvalget, Helseberedskapsmeldingen mv.

Koronakommisjonen har vurdert statsforvalterens rolle under koronapandemien. I NOU 2021:6 *Myndighetenes håndtering av koronapandemien* understreker kommisjonen at statsforvalterne under pandemien var et viktig bindeledd mellom kommunene og sentrale statlige helsemyndigheter. Statsforvalterne ivaretok blant annet koordinert situasjonsrapportering fra kommunene og ga kommunene juridisk bistand både til tolkning av nasjonalt lovverk og til utforming av lokale forskrifter. Videre hadde statsforvalterne hyppige møter med kommuneoverleger, beredskapskoordinatorer og vaksinasjonskoordinatorer i kommunene. Statsforvalterne oppfordret og stimulerte til samarbeid mellom nærliggende kommuner ved samordning av forskriftsfestede tiltak.

Når det gjelder tilsyn med kommunal helseberedskap, peker kommisjonen i kapittel 7 på at det varierer i hvilken grad statsforvalterne har hatt tilsyn med kommunal helseberedskap, og det er få tilsyn som utelukkende har hatt smittevern- og pandemiberedskap som tema. Tilsyn på pandemi og smittevernområdet i norske kommuner har ikke vært et prioritert område for sentrale myndigheter den senere tid.

Koronakommisjonen viser også til at det var stor variasjon i hvordan statsforvalterne fulgte opp kommunene under pandemien, og anbefaler at statsforvalterens rolle, ansvar og myndighet på smittevernområdet blir gjennomgått og klargjort. I NOU 2021: 6 fremgår blant annet følgende i punkt 19.6.7:

> «Pandemien har vist at det ikke har vært samsvar mellom beskrivelsen av fylkesmannens rolle i loven og det fylkesmennene faktisk har gjort. Pandemien har også vist at det har vært stort behov for et statlig organ på fylkesnivå som kan ta på seg aktive oppgaver i håndteringen. Det kommer ikke tydelig nok fram i dagens instruks- og regelverk at statsforvalterne skal ta en slik rolle. Fylkesmannens arbeid med koordinering og fordeling av smittevernutstyr er et eksempel på det. Informasjonen vi har, tyder på at fylkesmannen løste denne oppgaven på en tilfredsstillende måte, under krevende omstendigheter. Fylkesmannen har også hatt en sentral rolle i å samordne og koordinere smitteverntiltak mellom kommuner og har understøttet kommunenes arbeid med TISK.
>
> Uansett mener vi at det er behov for at samordningsansvaret og de operative rollene under kriser gjøres klarere både i smittevernloven og i fylkesmannens samfunnssikkerhetsinstruks. Erfaringene fra denne pandemien tilsier at det bør komme tydelig fram at fylkesmennene kan få aktive roller i håndteringen av utbrudd av smittsom sykdom.
>
> Samordningsansvaret ved håndtering av uønskete hendelser gjelder for mange andre typer uønskete hendelser enn pandemi. Vi mener det er viktig å se på rollen i en helhet. Vi anbefaler derfor at det utvikles utfyllende veiledning til instruksen som gjør det tydeligere

hva som ligger i samordningsansvaret. Veiledningen bør også gir råd om hvordan fylkesmannen, nå statsforvalteren, kan forebygge og løse eventuelle rollekonflikter.»

Koronakommisjonen viser i punkt 24.6 til at statsforvalterne har fylt en viktig funksjon ved å koordinere og samordne kommunenes smitteverntiltak, og anbefaler blant annet å tydeliggjøre i smittevernloven at statsforvalterne skal bidra til samordning av kommunale vedtak, og at statsforvalterne skal bringe forholdet inn til Helse- og omsorgsdepartementet dersom det ikke er mulig å oppnå tilfredsstillende samordning i fylket.

I helseberedskapsmeldingen, Meld. St. 5 (2023-2024), peker regjeringen på behovet for tverrsektorielt samarbeid og foreslår en ny helseberedskapsmodell. Statsforvalterens rolle er viktig også her. På side 8 uttales det blant annet.:

> «Det er behov for styrket tverrsektorielt samarbeid både før og under kriser. Regjeringen er opptatt av å utvikle evnen til samarbeid på tvers av sektorer. For helseberedskapen er det særlig viktig å forstå og være forberedt på tverrsektorielle konsekvenser av tiltak under en helsekrise. Det betyr at sektorene må samarbeide godt i det daglige.
>
> For å styrke helseberedskapen vil regjeringen etablere en ny helseberedskapsmodell. Modellen omfatter arbeidet med helseberedskap i helse- og omsorgssektoren og klargjør roller og ansvar. Modellen innebærer etablering av et helseberedskapsråd som samler sektoren og ledes av Helse- og omsorgsdepartementet, seks utvalg på etatsnivå og et rådgivende ekspertutvalg for helsekriser. Dette gir bedre grunnlag for det strategiske beredskapsarbeidet gjennom tydeligere styring, prioritering og koordinering av helsesektoren i det daglige og i kriser. […] Statsforvalter har etter kommuneloven ansvar for å samordne statlig tilsyn med kommuner og fylkeskommuner. Statsforvalter er bindeledd mellom lokalt og nasjonalt nivå, med ansvar for samordning av samfunnssikkerhet og beredskap, herunder helseberedskap, i fylket. Statsforvalter skal gjennom tilrettelegging og veiledning medvirke til at regionale og lokale etater etablerer planer som del av et samordnet planverk.
>
> Kommunene har etter forskrift om kommunal beredskapsplikt blant annet ansvar for å være forberedt på å håndtere uønskede hendelser, yte hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner. Videre skal kommunene med utgangspunkt i en helhetlig risiko- og sårbarhetsanalyse utarbeide en overordnet beredskapsplan som skal øves hvert annet år.»

Statens helsetilsyn har i høringssvar til NOU 2021: 6 pekt på at det bør vurderes om det er hensiktsmessig at statsforvalteren har rollen både som operativ beredskapsaktør og som tilsynsmyndighet. Helsetilsynet uttaler blant annet følgende:

> «Slik vi har opplevd det, så har kommunenes ansvar og roller blitt til, utviklet og konkretisert underveis i pandemien. Kommunene har generelt vist stor evne til fleksibilitet og omstilling, og har ivaretatt sitt ansvar. Dette har imidlertid vært mulig blant annet på grunn av en omfattende og tett dialog og oppfølging fra statsforvalterne. Statsforvalterne har generelt vært svært operative i beredskapsarbeidet og bedrevet mye råd og veiledning overfor kommunene, selv om det er variasjoner mellom statsforvalterne. Og som kommisjonen skriver, så har statsforvalteren vært et nødvendig og viktig bindeledd mellom stat og kommune under pandemien. Denne oppfølgingen har imidlertid i mange tilfeller og sammenhenger hatt et slik preg at det i en normalsituasjon ville blitt karakterisert som tilsynsmessig oppfølging. På den annen side er det gjennomført relativt få «rene» tilsyn under pandemien.

> Dette illustrerer at statsforvalterens ulike oppgaver kan komme på strekk, og at de ulike rollene kan komme i konflikt. Vi støtter anbefalingen om at statsforvalterens operative rolle bør komme bedre frem i smittevernlov og instruks. Vi merker oss imidlertid at statsforvalteren som tilsynsmyndighet i liten grad er omtalt i rapporten. Helsetilsynet vil sterkt anbefale at når statsforvalterens rolle og ansvar skal beskrives, så må tilsynsrollen og oppgavene omfattes av utredningen. Hvorvidt det er en hensiktsmessig ordning at statsforvalteren har rollen både som operativ beredskapsaktør og som tilsynsmyndighet, bør gjennomgås.»

Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet (FHI) anbefaler i sine svar på oppdrag TB2023-69 blant annet at statsforvalterens rolle bør presiseres i smittevernloven for å tydeliggjøre at det er bindeleddet mellom stat og kommune. Direktoratet viser til at flere statsforvalterembeter uttrykker at de har opplevd sin rolle som uklar, samtidig som de i kraft av sin rolle er pålagt oppgaver av vesentlig betydning for krisehåndtering. Statsforvalterne reguleres også av forskjellige instrukser. Helsedirektoratet anbefaler en gjennomgang av instruksene. FHI viser til at statsforvalterens rolle under pandemien var viktig, og at en lovfesting vil synliggjøre prinsippene som allerede finnes i samfunnsikkerhetsinstruksen. FHI foreslår videre at statsforvalterens myndighet til å vurdere lovligheten av kommunale vedtak, som allerede fremgår av kommuneloven kapittel 27, også presiseres i smittevernloven.

Helsedirektoratet og FHI er enige om ikke å foreslå å endre på to-nivåmodellen der myndighet innen smittevernet er lagt til kommunalt og nasjonalt nivå. Direktoratet uttaler:

> «Vår vurdering er derfor at statsforvalter ikke bør ha myndighet til å vedta smitteverntiltak etter smittevernloven. Samtidig er det avgjørende å ha en funksjon som kan ivareta behovet for samhandling mellom nivåene. I dette arbeidet er statsforvalter helt sentral. Innretningen åpner også for gjennomføring av prinsippet om å skille vedtaksmyndighet fra oppgaver som tilsyn og klagebehandling som statsforvalter er tillagt viktige oppgaver i forbindelse med. Statsforvaltere har i helsekriser en betydelig regional situasjonsforståelse, og må settes i best mulig stand til å ivareta sine oppgaver i alle deler av krisespekteret.»

11.6.3 Departementets vurderinger og forslag

11.6.3.1 Innledning

Smittevernloven § 7-4 bestemmer at statsforvalteren «skal ha særlig oppmerksomhet rettet mot smittevernet i fylket, herunder ha oversikt over og kunnskap om lokale planer om smittevern, samt yte bistand ved behov». Rollen som statsforvalter i forbindelse med smittevernet i fylket må ses i sammenheng med den rollen som statsforvalteren allerede har i kraft av sitt embete. Statsforvalterens rolle som bindeledd mellom stat og kommune gjelder også for smittevernet i fylket.

Departementet har vurdert om statsforvalterens oppgaver i smittevernet i fylket skal presiseres ytterligere i ny smittevernlov, og konkluderer med i all hovedsak å videreføre reguleringen slik den er.

Se spesielle merknader for nærmere omtale av hva videreføring av gjeldende rett innebærer.

11.6.3.2 Tilsynsmyndighet

Departementet foreslår å presisere statsforvalterens rolle som tilsynsmyndighet ytterligere i smittevernloven.

I Kommunal- og distriktsdepartementets veileder «Statlig styring av kommuner og fylkeskommuner» sies det i tilknytning til prinsipp 15 at «statlig tilsyn med kommunesektoren forutsetter at det foreligger en konkret tilsynshjemmel, og tilsynsbestemmelsen skal angi på paragraf- eller kapittelnivå hvilke bestemmelser i eller hvilket område av loven som det kan føres tilsyn med». Den gjeldende smittevernloven inneholder ikke en slik angivelse av paragrafer. Til sammenligning er statsforvalterens myndighet til å føre tilsyn med den kommunale helse- og omsorgstjenesten ikke regulert av helsetilsynsloven alene, men er presisert og rammet inn i helse- og omsorgstjenesteloven § 12-3. Departementet ser behovet for en tilsvarende bestemmelse i ny smittevernlov som viderefører gjeldende rett.

Departementet foreslår å presisere i ny smittevernlov § 2-4 at statsforvalteren skal føre tilsyn med oppfyllelse av følgende bestemmelser i ny lov:

- §§ 2-1, 2-2 og 2-3om kommunens, kommuneoverlegens og regionalt helseforetaks oppgaver og ansvar.
- § 3-1 andre ledd: Kommunens tilbud til befolkningen av nasjonalt program for vaksinering mot smittsomme sykdommer.
- Kapittel 4 om helse- og omsorgstjenestens og helsepersonells plikter ved smitte
  - § 4-1 Legens plikt til å undersøke smittede personer
  - § 4-2 Legens plikt til å foreta smitteoppsporing
  - § 4-3 Informasjon og personlig smittevernveiledning til smittede personer
  - § 4-4 Unntak fra taushetsplikt
  - § 4-5 Meldings- og varslingsplikt for helsepersonell
  - § 4-6 Plikt for helsepersonell til å gjennomgå opplæring, følge faglige retningslinjer og gjennomføre tiltak
- § 5-1 Rett til smittevernhjelp
- § 5-6 Forhåndsundersøkelse av pasienter
- § 6-4 Gjennomføring av isolering på sykehus

Bestemmelsene gjelder helse- og omsorgstjenestens, kommunens, regionale helseforetaks og helsepersonellets plikter, rett til smittevernhjelp og gjennomføring av isolering på sykehus.

Vi ber høringsinstansene om synspunkter på om også andre bestemmelser i ny smittevernlov bør omfattes av statsforvalterens tilsyn.

11.6.3.3 Lovlighetskontroll

Departementet har i høringsnotatet punkt 8.9 vurdert om statsforvalters myndighet til å gjennomføre lovlighetskontroll bør styrkes og tydeliggjøres slik FHI foreslår. Departementet konkluderer der med at det ikke nå er grunn til å endre kommunelovens regulering av lovlighetskontroll ut fra erfaringene under koronapandemien, blant annet

fordi det allerede er rom for å justere og samordne praksis mellom statsforvalterembetene innenfor lovens rammer.

11.6.3.4 «Yte bistand ved behov» eller presisere en mer aktiv rolle?

Det kan hevdes at ordlyden i gjeldende bestemmelse i smittevernloven § 7-4, og da særlig formuleringen «yte bistand ved behov», er for upresis med hensyn til hvilke oppgaver statsforvalteren skal ha. Det vises til at Helsedirektoratet og FHI har pekt på at statsforvalterembetene hadde ulike oppfatninger under Koronapandemien av om de faktisk ble tillagt nye oppgaver eller om oppgavene økte slik man kunne forvente i en så langvarig og alvorlig krise. For eksempel koordinerte og fordelte flere statsforvaltere smittevernutstyr. Flere statsforvaltere fikk også en sentral rolle med å samordne og koordinere smitteverntiltak mellom kommuner.

Departementet er enig i at statsforvalternes rolle med å koordinere og samordne smitteverntiltak mellom kommunene under pandemien stod sentralt og var en viktig forutsetning for gjennomføring av smittevernarbeidet i kommunene. Det samme gjelder statsforvalternes koordinering og fordeling av smittevernsutstyr ut i kommunene.

Ordlyden i dagens bestemmelse «yte bistand ved behov» er vid og statsforvalterens koordinerende rolle under pandemien kan anses å falle inn under ordlyden. I tillegg følger rollen som koordinator mellom kommunene allerede av statsforvalterens rolle som bindeledd mellom stat og kommune. En vid ordlyd gir også mulighet for fleksibilitet og det kan være viktig at ordlyden ikke er for presis da vi ikke vet hva det vil være behov for ved neste pandemi.

På den annen side vil trolig koordinering overfor kommunene i fylket være en av de mest aktuelle oppgavene som statsforvalteren kan bistå med ved ulike smittesituasjoner. Sett i lys av at noen statsforvaltere var i tvil om sin rolle med hensyn til dette under Koronapandemien, tilsier det at koordinering også bør fremgå av lovteksten som et eksempel på hva det siktes til med «yte bistand ved behov.» Departementet foreslår derfor å videreføre gjeldende § 7-4 om statsforvalteren i ny smittevernlov § 2-4, og at det tilføyes et nytt andre ledd der det fremgår at bistand etter første ledd blant annet kan innebære å koordinere og samordne informasjon, tiltak og aktiviteter mellom kommunene i fylket og staten.

Departementet vil understreke at en slik presisering imidlertid ikke innebærer at statsforvalteren tildeles en større myndighet enn embetet har etter gjeldende rett. Presiseringen endrer ikke to-nivå modellen om at det kun er kommunene og staten som har ansvar for og myndighet til å sørge for befolkningsrettede smitteverntiltak i kommunen og i landet.

11.7 Smittevernnemnda

11.7.1 Gjeldende rett

I smittevernloven §§ 7-5, 7-6 og 7-8 er det gitt regler om smittevernnemnda og nemndas sammensetning. Paragrafene lyder slik:

«§ 7-5 *Smittevernnemnda*

Gjennomføring av tiltak med tvang etter denne lovs §§ 5-2 og 5-3 avgjøres av smittevernnemnda. Smittevernnemnda er den av barneverns- og helsenemndene, jf. barnevernsloven § 14-1, som departementet utpeker til denne oppgaven. Når det foreligger et alvorlig utbrudd av allmennfarlig smittsom sykdom, jf. § 1-3 nr. 4, kan flere nemnder utpekes til smittevernnemnder.

Reglene i barnevernsloven kapittel 14 gjelder i den utstrekning annet ikke fremgår av loven her.

Departementet kan bestemme at smittevernnemnda også skal behandle andre saker etter loven her.»

«§ 7-6 *Smittevernnemndas sammensetning*

Smittevernnemnda settes sammen etter reglene i barnevernsloven § 14-2.

Før det blir oppnevnt utvalg, jf. første ledd, skal det innhentes forslag fra statsforvalteren og de regionale helseforetakene.

Smittevernemndas medlemmer og sekretariat har taushetsplikt i samsvar med bestemmelsene i helsepersonelloven kapittel 5.»

«§ 7-8 *Smittevernnemndas sammensetning i den enkelte sak*

I den enkelte sak skal smittevernnemnda være sammensatt av lederen pluss to medlemmer som trekkes ut, ett fra hvert av de utvalg som er nevnt i § 7-6.»

11.7.2 Departementets vurderinger og forslag

Departementet foreslår at reguleringen av smittevernnemdas ansvar og sammensetning videreføres uendret i ny smittevernlov §§ 2-5 og 2-6, med unntak av at begrepet «samfunnskritisk sykdom» benyttes i tråd med vurderingen i punkt 9.6.6.2, og at det presiseres hvilke utvalg medlemmer trekkes ut fra. Bestemmelsene i gjeldende §§ 7-6 og 7-8 samles i ny § 2-6.

11.8 Folkehelseinstituttet

11.8.1 Gjeldende rett

Folkehelseinstituttets oppgaver er regulert slik i smittevernloven § 7-9:

«§ 7-9 *Folkehelseinstituttet*

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 smittevernfaglige råd og bistand til helsepersonell, kommuner, fylkeskommuner og statlige virksomheter i forbindelse med oppklaring og kontroll av utbrudd av smittsomme sykdommer.»

Paragrafen ble endret i forbindelse med gjennomgang av oppgavefordelingen mellom Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet, behandlet i Prop.11 L (2023-2024) *Endringar i helselovgivninga (organisatoriske endringar i sentral helseforvaltning)*. Bestemmelsene gir ikke en uttømmende beskrivelse av oppgaver og ansvar, men beskriver etatens hovedoppgaver. Regelverktolking og formelle myndighetsoppgaver samles i Helsedirektoratet. Folkehelseinstituttet skal rendyrkes som en mer spisset kunnskapsetat med ansvar for kunnskapsoppsummeringer og forskning. Innenfor smittevern og miljømedisin skal etaten likevel fortsatt ha gjennomførings- og overvåkingsfunksjoner, inkludert rådgivingstjenester.

Enkelte av Folkehelseinstituttets oppgaver i smittevernet er regulert nærmere i forskrifter, inkludert forskrift om smittevern i helsetjenesten, forskrift om nasjonalt vaksinasjonsprogram og forskrift om varsling av og tiltak ved alvorlige hendelser av betydning for internasjonal folkehelse mv. (IHR-forskriften).

11.8.2 Departementets vurderinger og forslag

Departementet foreslår at Folkehelseinstituttets oppgaver etter smittevernloven videreføres uendret i § 2-7 i ny smittevernlov, med presisering av at Folkehelseinstituttet skal gi smittevernfaglige råd og bistand også til helseforetak og regionale helseforetak i forbindelse med oppklaring og kontroll av utbrudd av smittsomme sykdommer.

I Prop.11 L (2023-2024) vurderte departementet at en nærmere regulering i lov ikke ville være egnet til å fastsette oppgavefordelingen mellom etatene. Den mer detaljerte omtalen av etatenes ansvar og oppgaver må formidles på annen måte, for eksempel i instrukser og etatsstyring fra departementet. Departementet legger den samme vurderingen til grunn i dette høringsnotatet.

11.9 Fylkeskommunen

Siden smittevernlovens ikrafttredelse i 1995 er ansvaret for spesialisthelsetjenesten endret. Fra 2002 ble fylkeskommunenes og statlige institusjoners ansvar for å sørge for spesialisthelsetjenester til befolkningen overført til de regionale helseforetakene. De regionale helseforetakene overtok samtidig fylkeskommunens ansvar etter smittevernloven § 7-3. Fylkeskommunene har i dag ansvaret for å sørge for tannhelsetjenester, men ingen oppgaver etter smittevernloven.

Enkelte bestemmelser i gjeldende smittevernlov synes imidlertid å forutsette at fylkeskommunen har oppgaver og myndighet etter smittevernloven. Det gjelder Helsedirektoratets myndighet etter § 7-10 andre ledd til å pålegge tiltak, samarbeid mv., og departementets myndighet til å gi forskrifter om organisering, samarbeid, oppgaver mv. etter § 7-11. Departementet foreslår i punkt 11.10 ikke å videreføre disse bestemmelsene.

11.10 Helsedirektoratet

11.10.1 Gjeldende rett

Helsedirektoratets roller etter smittevernloven reguleres slik i § 7-10:

> «§ 7-10 *Helsedirektoratet*
>
> Helsedirektoratet skal, ved å utføre myndighetsoppgaver, medvirke til at befolkningens behov for tjenester og tiltak blir dekket i forbindelse med smittsomme sykdommer.
>
> Helsedirektoratet kan bestemme at kommuner, fylkeskommuner eller statlige institusjoner skal organisere eller utføre nærmere bestemte tjenester eller tiltak, samarbeide, eller følge nærmere bestemte retningslinjer når det er nødvendig for å sikre et effektivt og forsvarlig smittevern.
>
> På tilsvarende måte som etter foregående ledd kan Helsedirektoratet pålegge helsepersonell å følge nærmere bestemte faglige retningslinjer.»

Første ledd slår fast hvilke hovedoppgaver Helsedirektoratet skal ha i arbeidet med vern mot smittsomme sykdommer. Helsedirektoratet skal, ved å utføre myndighetsoppgaver, medvirke til at befolkningens behov for tjenester og tiltak blir dekket i forbindelse med smittsomme sykdommer. Helsedirektoratet skal blant annet bidra med informasjon og veiledning direkte overfor hele befolkningen.

I Prop.11 L (2023–2024) punkt 5.3 presiseres det at lovens bestemmelser om Helsedirektoratet ikke gir en uttømmende beskrivelse av oppgaver og ansvar, men beskriver hovedoppgaver. Den mer detaljerte fastsettelsen av direktoratets ansvar og oppgaver må formidles på annen måte, for eksempel i forskrifter eller i instrukser og etatsstyring fra departementet. Enkelte av Helsedirektoratets oppgaver i smittevernet er regulert nærmere i forskrifter, blant annet i forskrift om smittevern i helsetjenesten og forskrift om varsling av og tiltak ved alvorlige hendelser av betydning for internasjonal folkehelse mv. (IHR-forskriften).

Etter andre ledd kan Helsedirektoratet bestemme at kommuner, fylkeskommuner eller statlige institusjoner skal organisere eller utføre nærmere bestemte tjenester eller tiltak, samarbeide eller følge nærmere bestemte retningslinjer når det er nødvendig for å sikre et effektivt og forsvarlig smittevern. Departementet bemerker at bestemmelsen ikke er oppdatert etter at fylkeskommunens ansvar for spesialisthelsetjenesten ble overført til staten og de regionale helseforetakene 1. januar 2002. Bestemmelsen gir en vid hjemmel for omfattende pålegg. Ifølge spesielle merknader i Ot.prp. nr. 91 (1992-1993) er hjemmelens hovedbegrensninger at den «bare omfatter situasjoner som er regulert av smittevernloven og bare kommer til anvendelse dersom de tiltak som kommuner, fylkeskommuner eller statlige institusjoner av eget initiativ skal sette i verk etter loven ikke kommer i stand (raskt nok) eller ikke strekker til». I de tilfellene hvor det for eksempel er behov for å gjennomføre tiltak på tvers av kommunegrenser, eller når det er nødvendig å gjennomføre ensartede tiltak eller rask gjennomføring av tiltak for å sikre at disse skal bli effektive, kan Helsedirektoratet instruerehelse- og omsorgstjenesten ved å gi pålegg om å iverksette bestemte tiltak. Et pålegg kan gå ut på at det skal organiseres eller utføres nærmere bestemte tjenester eller tiltak, for eksempel pålegg om opprettelse av en

diagnosestasjon for en bestemt sykdom eller pålegg om særlige opplysningstiltak overfor befolkningen når en epidemi truer.

Ifølge forarbeidene vil Helsedirektoratet også kunne gi pålegg om å opprette en spesielt innredet infeksjonsmedisinsk avdeling eller om å etablere en utvidet mikrobiologisk laboratorietjeneste. Direktoratet kan også pålegge samarbeid mellom de enkelte forvaltningsnivåene, for eksempel «at en kommune skal samarbeide med en statsinstitusjon eller at en fylkeskommune skal samarbeide med to vanlige kommuner om drift av en diagnosestasjon». Bestemmelsen gir også Helsedirektoratet hjemmel til å kunne fastsette bestemte bindende retningslinjer for hvordan de enkelte myndighetene skal innrette eller drive de enkelte deler av sin virksomhet på området smittsomme sykdommer.

Etter tredje ledd kan Helsedirektoratet pålegge helsepersonell å følge nærmere bestemte faglige retningslinjer «på tilsvarende måte som etter foregående ledd». Det er et vilkår at slikt pålegg er nødvendig for å sikre et effektivt og forsvarlig smittevern. Denne bestemmelsen må ses i sammenheng med smittevernloven § 4-9 tredje ledd som fastsetter at helsepersonell har plikt til å følge Helsedirektoratets pålegg om at en allmennfarlig smittsom sykdom skal forebygges, undersøkes, behandles, eller pleies etter bestemte faglige retningslinjer, eller at undersøkelser eller analyser skal gjøres slik Helsedirektoratet bestemmer eller bare må gjøres av noen som Helsedirektoratet har godkjent. Helsedirektoratets rolle ble begrunnet med at det kan være avgjørende at det blir foretatt enhetlige, raske og konsekvente handlinger fra helsepersonellets side i mer krisepregede situasjoner.

11.10.2 Departementets vurderinger og forslag

Reguleringen av grensedragningen mellom Helsedirektoratets og Folkehelseinstituttets oppgaver etter smittevernloven er nylig evaluert og endret, jf. Prop. 11 L (2023-2024). Se omtale i punkt 11.8 om Folkehelseinstituttet. Departementet foreslår derfor å videreføre bestemmelsens første ledd i ny smittevernlov § 2-8. Dette innebærer at Helsedirektoratet, ved å utføre myndighetsoppgaver, skal medvirke til at befolkningens behov for tjenester og tiltak blir dekket i forbindelse med smittsomme sykdommer.

Etter gjeldende smittevernlov § 7-10 andre ledd kan Helsedirektoratet bestemme at kommuner, fylkeskommuner eller statlige institusjoner skal organisere eller utføre nærmere bestemte tjenester eller tiltak, samarbeide, eller følge nærmere bestemte retningslinjer når det er nødvendig for å sikre et effektivt og forsvarlig smittevern.

Departementet ser behov for å endre Helsedirektoratets fullmakter etter bestemmelsen.

Som en følge av at Helsedirektoratets hjemler etter gjeldende smittevernlov § 4-1 andre ledd til å vedta *befolkningsrettede* smitteverntiltak foreslås overført til Kongen, er det ikke rom for en generell bestemmelse som gir Helsedirektoratet hjemmel til å bestemme at kommuner skal utføre nærmere bestemte befolkningsrettede smitteverntiltak. Dersom staten mener at det er behov for andre eller strengere smitteverntiltak ved en samfunnskritisk sykdom enn det en eller flere kommuner er villige til å innføre, tilsier

hensynet til tydelige ansvarsforhold at vedtaket om tiltakene må fattes av statlige myndigheter. Det synes derfor ikke å være behov for en hjemmel som i tillegg gir statlige myndigheter hjemmel til å pålegge kommuner å fatte bestemte vedtak. Gjeldende smittevernlov kan videre ikke forstås slik at Helsedirektoratet kan vedta *individrettede* smitteverntiltak etter lovens kapittel 5.

Dersom Helsedirektoratet ser behov for at det opprettes bestemte tjenester, at oppgaver organiseres på en bestemt måte eller at flere organer samarbeider, vil første skritt være å foreslå dette i dialog med de berørte aktørene og informere departementet om behovet for eventuelle ytterligere tiltak. Denne oppgaven er tillagt direktoratet i bestemmelsens første ledd. Departementet ser imidlertid ikke behov for at smittevernloven skal tillegge Helsedirektoratet generell myndighet til å instruere andre statlige organer, kommuner, fylkeskommuner, helseforetak eller regionale helseforetak om hvordan de skal innrette sin organisering, tjenester eller samarbeid.

Det tilligger Kongen eller sektordepartement å instruere de statlige forvaltningsorganene, mens Helse- og omsorgsdepartementet kan gi instruksjoner til den sentrale helseforvaltningen. Dersom Kongen eller departementet i det enkelte tilfellet skulle finne det hensiktsmessig, er det mulig å delegere deler av instruksjonsmyndigheten overfor statlige forvaltningsorganer til Helsedirektoratet. I den grad det er behov for styring av kommuner og fylkeskommuner ut over det som følger av gjeldende lover og forskrifter, og det haster så mye at det ikke er tid til ordinære lovprosesser, vil Kongen i statsråd kunne fastsette midlertidige forskrifter med lovs innhold og om nødvendig fravike gjeldende lovgivning i tråd med bestemmelsene i ny smittevernlov kapittel 11.

Helse- og omsorgsdepartementet kan styre regionale helseforetak ved enten å stille vilkår til bevilgningene eller avholde foretaksmøter. Siden smittevernlovens ikrafttredelse i 1995 er ansvaret for spesialisthelsetjenesten endret. Fra 2002 ble fylkeskommunenes og statlige institusjoners ansvar for å sørge for spesialisthelsetjenester til befolkningen overført til de regionale helseforetakene. Fylkeskommunene har i dag ansvaret for å sørge for tannhelsetjenester.

Ifølge helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 6 påhviler det en plikt for kommunene til å inngå samarbeidsavtaler med de regionale helseforetakene. Det er i loven § 6-2 oppstilt minimumskrav til avtalens innhold. Etter § 6-2 første ledd nummer 10 følger det at avtalen skal omfatte samarbeid om forebygging. Det fremgår en tilsvarende plikt for det regionale helseforetaket til å inngå avtale etter spesialisthelsetjenesteloven § 2-1e. Videre fremgår det av spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a andre ledd at det regionale helseforetaket skal sørge for at helseinstitusjoner som de eier, eller som mottar tilskudd fra de regionale helseforetakene til sin virksomhet, bidrar til å fremme folkehelsen og forebygge sykdom og skade. Det er også fastsatt en gjensidig veiledningsplikt mellom den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 6-3 og helse- og omsorgstjenesteloven § 5-11. Departementet forutsetter derfor at kommuner og helseforetak samarbeider slik at nødvendige smitteverntiltak kan ivaretas ved pasientbehandling, blant annet når pasienter skal flyttes mellom kommunale helseinstitusjoner og spesialisthelsetjenesten.

Videre ligger det til det regionale helseforetaket å sørge for at det tilbys smittevernbistand til kommunale institusjoner innenfor regionen, dersom kommunene ønsker det. Skulle det bli behov for å pålegge gjennomføring av konkret samarbeid, vil departementet kunne instruere regionale helseforetak om nødvendig tilrettelegging for samarbeid. I forslaget til videreføring av gjeldende smittevernlov § 7-1 i ny smittevernlov § 2-1, se høringsnotatet punkt 11.3, følger det at «kommunen skal samarbeide med myndigheter som har oppgaver av betydning for» tiltak og tjenester for å forebygge smittsomme sykdommer. Departementet viser for ordens skyld også til at departementet med hjemmel i helse- og omsorgstjenesteloven § 6-6 kan «pålegge samarbeid mellom kommuner når det anses påkrevd for en forsvarlig løsning av oppgaver innen kommunenes helse- og omsorgstjeneste». Selv om bestemmelsen i forarbeidene er omtalt som en snever unntaksregel, og det er presisert at det skal mye til før departementet vil pålegge et eventuelt samarbeid mellom kommuner, vil bestemmelsen i gitte situasjoner kunne benyttes for å pålegge samarbeid mellom kommuner.

Statens helsetilsyn skal ha det overordnede tilsynet med at den kommunale, fylkeskommunale og statlige virksomheten er i samsvar med smittevernloven og med forskrift eller enkeltvedtak med hjemmel i loven. Statens helsetilsyn kan gi pålegg om retting eller stenging i samsvar med helsetilsynsloven § 8 dersom tilbydere av helse- og omsorgstjenester opptrer smittevernfaglig uforsvarlig.

Departementet ser videre ikke grunn til at Helsedirektoratet skal kunne pålegge kommuner og andre «å følge nærmere bestemte retningslinjer». Bestemmelsen fremstår som en svært vidtrekkende og uklart avgrenset sikkerhetsventil for det tilfellet at det skulle dukke opp behov som vi nå ikke ser. Eventuelle retningslinjer ville i realiteten være forskrifter med plikt til å handle i tråd med bestemmelsene. Behovet for raske beslutninger vil kunne ivaretas på andre måter. Helsedirektoratets myndighet til å pålegge helsepersonell å følge nærmere bestemte faglige retningslinjer vil uansett ha stor betydning for hvordan virksomhetene i helse- og omsorgstjenesten forventes å innrette sin virksomhet.

Hensynet til det kommunale selvstyret og til demokratisk og nasjonal kontroll og styring tilsier tilbakeholdenhet med å tillegge Helsedirektoratet en generell myndighet til å gi pålegg til kommuner, fylkeskommuner, statlige organer eller regionale helseforetak når det er nødvendig for å sikre et effektivt og forsvarlig smittevern. De påleggene det kan være aktuelt å vedta, kan være så inngripende for kommuner, fylkeskommuner, helseforetak og statlige organer at regjeringen og ansvarlig statsråd uansett bør eller må ta stilling til dem. Det å skulle videreføre en så vid generell myndighet for et direktorat vil også utfordre kommunelovens grunnleggende prinsipper om at begrensninger i det kommunale og fylkeskommunale selvstyret må ha klar hjemmel i lov og at det kommunale og fylkeskommunale selvstyret ikke bør begrenses mer enn det som er nødvendig for å ivareta nasjonale mål.

Erfaringen fra koronapandemien tilsier videre at de nødvendige beslutningene vil kunne fattes raskt av regjeringen og departementet. Dette sikrer også bedre avveininger av handlingsalternativene, større legitimitet til beslutningene og muligheten til å vurdere et bredere virkemiddelapparat.

Smittevernloven § 7-10 andre ledd ble i 2005 benyttet som hjemmel for Sosial- og helsedirektoratets forskrift om tiltak for å hindre overføring av smittestoffer fra kjøleanlegg med kjøletårn eller lignende innretning. Hjemmel for slik regulering følger nå av reglene om miljørettet helsevern i folkehelseloven kapittel 3. Det synes derfor ikke nødvendig å opprettholde hjemmelen i smittevernloven for å dekke et tilsvarende behov i fremtiden.

På denne bakgrunn foreslår departementet ikke å videreføre gjeldende smittevernlov § 7-10 andre ledd.

Vi ber høringsinstansene særskilt om å beskrive eventuelle eksempler på behov for koordinering ved en samfunnskritisk sykdom som ikke vil kunne ivaretas på annen måte enn at Helsedirektoratet eller Kongen gis en generell hjemmel til å gi kommuner pålegg om organisering, tjenester, tiltak, samarbeid eller å følge retningslinjer.

Se også forslag i punkt 16.9.5 om å lovfeste at Kongen kan forskriftsfeste begrensninger i kommunens adgang til på et senere tidspunkt å vedta nærmere bestemte smitteverntiltak, når det er nødvendig for å sikre et effektivt og forsvarlig smittevern mot samfunnskritisk sykdom i flere kommuner.

Departementet foreslår å videreføre Helsedirektoratets hjemmel i någjeldende § 7-10 tredje ledd til å pålegge helsepersonell å følge nærmere bestemte faglige retningslinjer. Vilkåret om at et slikt pålegg må være nødvendig for å sikre et effektivt og forsvarlig smittevern, tas inn i forslag til ny § 2-8 andre ledd.

11.11 Statens helsetilsyn

Smittevernloven § 7-10 a lyder:

> «§ 7-10 a *Statens helsetilsyn*
>
> Statens helsetilsyn skal ha det overordnede tilsynet med at den kommunale, fylkeskommunale og statlige virksomheten er i samsvar med loven og med forskrift eller enkeltvedtak med hjemmel i loven.
>
> Statens helsetilsyn kan gi pålegg om retting eller stenging i samsvar med helsetilsynsloven.
>
> Kommuneloven kapittel 30 gjelder når det føres tilsyn med kommuner.»

Departementet mener det er hensiktsmessig å slå fast den overordnede tilsynsrollen og den myndigheten som tilligger Statens helsetilsyn, også i smittevernloven. Departementet foreslår at bestemmelsen videreføres uendret i ny smittevernlov § 2-9, med tillegg av at tilsynet også skal rette seg mot helseforetakenes og de regionale helseforetakenes virksomhet som følge av at ansvaret for spesialisthelsetjenesten ikke lenger ligger til fylkeskommunen. Se også vurderingen i punkt 11.6 om statsforvalterens tilsynsrolle og punkt 11.9 om fylkeskommunen. Se spesielle merknader for nærmere omtale av hva videreføring av gjeldende rett innebærer.

11.12 Forskriftshjemmel

11.12.1 Gjeldende rett

Smittevernloven § 7-11 lyder:

> «§ 7-11 *Forskrifter om organisering, samarbeid, oppgaver, utgiftsfordeling og smittevernberedskap*
>
> Departementet kan i forskrift gi bestemmelser om samarbeid, og om hvilket ansvar og hvilke oppgaver kommuner, fylkeskommuner og regionale helseforetak skal ha etter denne loven, helse- og omsorgstjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven i forbindelse med smittsomme sykdommer.
>
> Departementet kan bestemme at lov 23. juni 2000 nr. 56 om helsemessig og sosial beredskap helt eller delvis skal gjelde på tilsvarende måte når det er påkrevd av hensyn til smittevernet, bl.a for å kunne pålegge kommuner, fylkeskommuner, regionale helseforetak og helsepersonell nødvendig smittevernberedskap. Departementet kan i forskrift fastsette nærmere bestemmelser om beredskap og beredskapsplaner i forbindelse med et alvorlig utbrudd av en allmennfarlig smittsom sykdom.»

Hjemmelen i første ledd er benyttet til å gi forskrift 17. juni 2005 nr. 610 om smittevern i helse- og omsorgstjenesten. I forskriften gis nærmere bestemmelser om infeksjonskontrollprogram på institusjoner, organisering i spesialisthelsetjenesten og kommunen, Folkehelseinstituttets og Helsedirektoratets oppgaver, samt overvåking og varsling.

Bestemmelsen hjemler også forskrift om oversikt over folkehelsen, forskrift om nasjonalt vaksinasjonsprogram, forskrift om tuberkulosekontroll, forskrift om skadedyrbekjempelse, forskrift om forhåndsundersøkelse av arbeidstakere innen helsevesenet og forskrift om varsling av og tiltak ved alvorlige hendelser av betydning for internasjonal folkehelse.

11.12.2 Departementets vurderinger og forslag

Departementet foreslår ikke å videreføre forskriftshjemlene i gjeldende smittevernlov § 7-11.

11.12.2.1 Departementets forskriftsfesting av samarbeid, oppgaver mv.

Smittevernloven § 7-11 første ledd bestemmer at departementet i forskrift kan gi bestemmelser om samarbeid, og om hvilket ansvar og hvilke oppgaver kommuner, fylkeskommuner og regionale helseforetak skal ha etter smittevernloven, helse- og omsorgstjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven i forbindelse med smittsomme sykdommer.

Departementet foreslår ikke å videreføre denne forskriftshjemmelen i ny smittevernlov, hovedsakelig fordi det ikke er et klart behov for bestemmelsen i tillegg til smittevernlovens øvrige forskriftshjemler og bestemmelser om ansvar og oppgaver. Vi ber høringsinstansene om å vurdere om bortfallet av forskriftshjemmelen tilsier behov for andre og mer konkrete forskriftsbestemmelser. Høringsinstansene bes særskilt om å beskrive eventuelle eksempler på behov som ikke vil kunne ivaretas på annen måte enn ved at departementet eller Kongen gis en generell hjemmel til å forskriftsfeste

bestemmelser om samarbeid, ansvar og oppgaver. Det bes om eksempler på slike behov både i en normalsituasjon og ved en situasjon med samfunnskritisk sykdom.

Fylkeskommunene har i dag ansvaret for å sørge for tannhelsetjenester, men ingen oppgaver etter smittevernloven. Det er derfor ikke lenger behov for at departementet kan gi forskrifter om utdypning av fylkeskommunens ansvar etter smittevernloven.

Det tilligger Kongen eller sektordepartementet å instruere de statlige forvaltningsorganene, mens Helse- og omsorgsdepartementet kan gi instruksjoner til den sentrale helseforvaltningen. Helse- og omsorgsdepartementet kan styre regionale helseforetak ved enten å stille vilkår til bevilgningene eller avholde foretaksmøter. Dette reduserer behovet for en generell forskriftshjemmel som er ment å dekke uforutsette styringsbehov. I den grad det er behov for styring av kommuner ut over det som følger av gjeldende lover og forskrifter, og det haster så mye at det ikke er tid til ordinære lovprosesser, vil Kongen i statsråd kunne vedta nødvendige forskrifter som utfyller, supplerer eller fraviker gjeldende lov med hjemmel i ny smittevernlov kapittel 11.

Forskriftshjemmelens ordlyd gir få rammer for hvilke bestemmelser om samarbeid, ansvar og oppgaver departementet kan gi forskrifter om. På bakgrunn av omtalen i forarbeidene legger departementet til grunn at bestemmelsen i høyden gir hjemmel til å utdype de rollene og oppgavene som allerede er pålagt kommuner etter smittevernloven og som er pålagt kommuner og regionale helseforetak etter henholdsvis helse- og omsorgstjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven. Begrunnelsen for behovet for hjemmelen tar utgangspunkt i at oppgavefordelingen mellom kommune, regionalt helseforetak og stat reguleres konkret i smittevernloven kapittel 2, i lovens øvrige deler og i helse- og omsorgstjenesteloven, spesialisthelsetjenesteloven og helsetilsynsloven. Ansvaret og oppgavefordelingen i arbeidet med vern mot smittsomme sykdommer skal hovedsakelig følge den vanlige oppgavefordelingen mellom kommuner, regionale helseforetak og stat. Dette er nyansert i forarbeidene ved at det påpekes at det likevel kan være behov for å beskrive og fastsette nærmere hvilke tjenester og tiltak som skal ligge under de enkelte forvaltningsnivåenes ansvar i arbeidet med vern mot smittsomme sykdommer.

Departementet mener videre at hjemmelen ikke vil være tilstrekkelig grunnlag for å pålegge kommuner å innføre eller avstå fra å innføre konkrete smitteverntiltak i arbeidet med å forhindre eller motvirke spredning av en samfunnskritisk smittsom sykdom. Hjemmel for dette er foreslått uttømmende regulert i ny smittevernlov § 7-9 (omtalt i punkt 16.9.5) og ny smittevernlov kapittel 11 om forskrifter som utfyller, supplerer eller fraviker gjeldende lov.

Det er gitt en rekke forskrifter hvor smittevernloven § 7-11 første ledd er angitt som en av flere lovhjemler. Det kan være vanskelig å vurdere i hvilken utstrekning smittevernloven § 7-11 første ledd er en nødvendig hjemmel i mangel av annen og mer konkret hjemmel. Departementet gjør her en overordnet vurdering av behovet for å hjemle eksisterende forskrifter i den generelle forskriftshjemmelen, for å belyse behovet for den og legge til rette for høringsinstansenes vurdering.

Forskrift 28. juni 2012 nr. 692 om oversikt over folkehelsen regulerer ifølge § 2 kommunenes og fylkeskommunenes arbeid med oversikt etter folkehelseloven §§ 5 og 21, samt Folkehelseinstituttets arbeid med å gjøre tilgjengelig opplysninger etter folkehelseloven § 25 annet ledd. Departementet mener at hjemlene i folkehelseloven er tilstrekkelige og at det ikke er behov for å hjemle forskriften også i smittevernloven § 7-11. Smittevernloven § 7-1 andre ledd, ny § 2-1, bestemmer uansett at kommunen skal «skaffe seg oversikt over arten og omfanget av de smittsomme sykdommer som forekommer i kommunen».

Forskrift 2. oktober 2009 nr. 1229 om nasjonalt vaksinasjonsprogram er blant annet hjemlet i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2, spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a og smittevernloven § 3-8. Smittevernloven § 3-8 første ledd (ny § 3-1) bestemmer at departementet skal fastlegge et nasjonalt program for vaksinering mot smittsomme sykdommer, og at kommunen skal tilby befolkningen dette programmet. Departementet mener at disse hjemlene er tilstrekkelige og at det ikke er behov for å benytte hjemmelen i smittevernloven § 7-11. Departementet foreslår å tydeliggjøre i ny smittevernlov § 3-1 at departementets fastleggelse av et nasjonalt program skal skje i forskrift.

Forskrift 13. februar 2009 nr. 205 om tuberkulosekontroll bestemmer at alle kommuner skal ha et tuberkulosekontrollprogram og utdyper programmets innhold og kommunens plikter. Smittevernloven § 7-1 gir kommunen plikt til å sørge for blant annet nødvendige undersøkelsesmuligheter. Smittevernlovens øvrige bestemmelser gir hjemmel til å forskriftsfeste bestemmelser om befolkningens plikt til å gjennomgå undersøkelser (§§ 3-2 og 3-3), hvordan undersøkelsene skal innrettes (§ 3-9), hvordan kostnadene skal fordeles (§ 6-2) og kommuneoverlegens oppgaver (§ 7-2). Hjemlene foreslås videreført i ny smittevernlov. Departementet mener at hjemlene er tilstrekkelige og at det ikke er behov for å benytte hjemmelen i smittevernloven § 7-11.

Forskrift 21. desember 2007 nr. 1573 om varsling av og tiltak ved alvorlige hendelser av betydning for internasjonal folkehelse mv. (IHR-forskriften), gjelder oppdagelse, vurdering og varsling av alvorlige hendelser som kan ha betydning for internasjonal folkehelse, og nødvendige tiltak rettet mot personer i Norge eller som befinner seg på innreise til eller utreise fra Norge. De aller fleste bestemmelsene regulerer Folkehelseinstituttets og Helsedirektoratets oppgaver. En rekke bestemmelser retter seg mot kommuneoverlegen. To forskriftsbestemmelser retter seg mot kommunen. Det gjelder § 13 om varslingsplikt til Helsedirektoratet om de tiltak som iverksettes og § 19 om å sørge for at utpekte havner, lufthavner og grenseovergangssteder har tilgang til lokaler, personale og utstyr for kontroll for å beskytte mot en alvorlig hendelse som kan ha betydning for internasjonal folkehelse. Forskriften er hjemlet i en rekke bestemmelser i smittevernloven, helseberedskapsloven, helseregisterloven og personopplysningsloven. Departementet mener at hjemlene er tilstrekkelige og at det ikke er behov for å benytte hjemmelen i smittevernloven § 7-11. Departementet foreslår likevel å tydeliggjøre i ny smittevernlov § 9-5 at Kongen i forskrift kan pålegge kommuner å sørge for at utpekte havner, lufthavner og grensepasseringssteder har tilgang til lokaler, personale og utstyr

som er nødvendig for kontroll av tiltak som er innført etter §§ 9-1 og 9-4 for å motvirke at smittsomme sykdommer føres inn i landet eller spres til andre land.

Forskrift 17. juni 2005 nr. 610 om smittevern i helse- og omsorgstjenesten har som formål å forebygge og begrense forekomsten av infeksjoner i helse- og omsorgstjenesten, og gjelder for institusjoner. Departementet mener at hjemlene i smittevernloven § 4-7 (ny § 8-8), helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 og spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a gir tilstrekkelig hjemmel for forskriftens bestemmelser, og at det ikke er behov for å benytte hjemmelen i smittevernloven § 7-11.

Forskrift 21. desember 2000 nr. 1406 om skadedyrbekjempelse gjelder forebygging og bekjempelse av skadedyr som foretas privat eller ervervsmessig, i bygninger og innretninger mv. Departementet mener at hjemlene i smittevernloven §§ 4-1 og 4-10 (nye §§ 7-1 og 12-3), samt folkehelseloven §§ 8 og 10 gir tilstrekkelig hjemmel for forskriftens bestemmelser, og at det ikke er behov for å benytte hjemmelen i smittevernloven § 7-11.

Forskrift 5. juli 1996 nr. 700 om forhåndsundersøkelse av arbeidstakere innen helsevesenet – antibiotikaresistente bakterier, gjelder undersøkelse for antibiotikaresistente sykdomsfremkallende bakterier av personer som skal tiltre eller gjeninntre i stilling i helseinstitusjoner. Departementet mener at hjemlene i smittevernloven §§ 3-2, 3-9 og 4-2 (nye §§ 5-3, 5-5 og 5-8) gir tilstrekkelig hjemmel for forskriftens bestemmelser, og at det ikke er behov for å benytte hjemmelen i smittevernloven § 7-11.

Under koronapandemien ga Helse- og omsorgsdepartementet forskrift 20. mars 2020 nr. 367 om Forsvarets bistand til aktører med ansvar for samfunnssikkerhet under koronapandemien. Formålet med forskriften var å legge til rette for at offentlige myndigheter og andre beredskapsaktører kunne få bistand fra Forsvaret til å sikre gjennomføring og overholdelse av bestemmelser som ble gitt og tiltak som var truffet i eller i medhold av smittevernloven eller på annet grunnlag, med det formål å forebygge eller motvirke spredning av den allmennfarlige smittsomme sykdommen covid-19. Departementet legger til grunn at det i en fremtidig helsekrise vil være tilstrekkelig hjemmel til å gi tilsvarende bestemmelser om Forsvarets bistandsplikt med hjemmel i Forsvarsdepartementets generelle instruksjonsmyndighet som overordnet organ for Forsvaret, samt i forslag til ny smittevernlov § 2-10 om bistandsplikt. Det vil derfor ikke være behov for hjemmelen i den gjeldende smittevernloven § 7-11 til å regulere Forsvarets virksomhet.

11.12.2.2 Helseberedskapslovens anvendelse

Etter gjeldende smittevernlov § 7-11 andre ledd første punktum kan departementet bestemme at helseberedskapsloven helt eller delvis skal gjelde på tilsvarende måte når det er påkrevd av hensyn til smittevernet. Det fremgår at dette blant annet kan være nødvendig for å kunne pålegge kommuner, fylkeskommuner, regionale helseforetak og helsepersonell nødvendig smittevernberedskap. Etter bestemmelsens andre ledd andre punktum kan departementet i forskrift «fastsette nærmere bestemmelser om beredskap og beredskapsplaner i forbindelse med et alvorlig utbrudd av en allmennfarlig smittsom sykdom.»

Da smittevernloven ble vedtatt i 1994 var helseberedskap regulert i lov 2. desember 1955 nr. 2 om helsemessig og sosial beredskap. Med unntak for plikt til enkelte forberedende tiltak, gjaldt denne loven bare tiltak som tok sikte på å verne om befolkningens helse og sørge for nødvendig medisinsk behandling og pleie under krig. For å kunne anvende helseberedskapsloven av 1955 også ved kriser og katastrofer i fredstid, ble det derfor i smittevernloven § 7-11 andre ledd første punktum inntatt en adgang for departementet til å bestemme at helseberedskapsloven av 1955 helt eller delvis skulle gjelde på tilsvarende måte når det var påkrevd av hensyn til smittevernet. Bestemmelsen i § 7-11 er senere endret slik at det nå vises til gjeldende helseberedskapslov.

I motsetning til helseberedskapsloven av 1955 gjelder dagens helseberedskapslov både «når riket er i krig eller når krig truer» og «ved kriser eller katastrofer i fredstid etter beslutning av Kongen», jf. loven § 1-5. Det er slik sett ikke lenger nødvendig å videreføre § 7-11 andre ledd første punktum for at helseberedskapsloven skal kunne anvendes også ved kriser og katastrofer i fredstid innenfor smittevernområdet.

Gjeldende helseberedskapslov pålegger blant annet kommuner en plikt til å utarbeide en beredskapsplan for de helse- og omsorgstjenester eller sosialtjenester de skal sørge for et tilbud av eller er ansvarlige for, jf. loven § 2-2 første ledd. Dette vil også omfatte kommunens oppgaver og ansvar etter smittevernloven. Med hjemmel i helseberedskapsloven § 2-2 fjerde og femte ledd er det fastsatt forskrift 23. juli 2001 nr. 2838 om krav til beredskapsplanlegging og beredskapsarbeid mv. etter lov om helsemessig og sosial beredskap. Denne forskriften gjelder også for kommunen. I tillegg er det presisert i helse- og omsorgstjenesteloven § 5-2 at kommunen «plikter å utarbeide en beredskapsplan for sin helse- og omsorgstjeneste i samsvar med helseberedskapsloven», jf. også spesialisthelsetjenesteloven § 2-1b hvor det regionale helseforetaket er pålagt en tilsvarende plikt. Departementet legger derfor til grunn at det ikke lenger er nødvendig å videreføre § 7-11 andre ledd andre punktum for å kunne gi bestemmelser om kommunens beredskap og beredskapsplanplikt på smittevernområdet, herunder i forbindelse med en samfunnskritisk sykdom.

Med henvisning til ovennevnte foreslår derfor departementet å ikke videreføre smittevernloven § 7-11 andre ledd i forslag til ny smittevernlov.

11.13 Informasjonsplikt og bistandsplikt for andre myndigheter

11.13.1 Gjeldende rett

Smittevernloven § 4-10 lyder:

> «§ 4-10 *Informasjonsplikt og bistandsplikt for andre myndigheter*
>
> Ansatte ved politiet, tollvesenet, havner, flyplasser, Mattilsynet, Forsvaret, Kystvakten, Kystverket, Fiskeridirektoratet, Sjøfartsdirektoratet og Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap plikter å ha særlig oppmerksomhet rettet mot smittsomme sykdommer. De

plikter å bistå med gjennomføringen og overholdelsen av bestemmelsene som er gitt i denne loven eller helse- og omsorgstjenesteloven, eller i medhold av disse lovene.

Ansatte etter første ledd skal uten hinder av lovbestemt taushetsplikt underrette kommunelegen når de har en sterk mistanke om en allmennfarlig smittsom sykdom eller oppdager et tilfelle av en slik sykdom. Det samme gjelder når de blir oppmerksom på forhold som kan medføre en nærliggende fare for overføring av en slik sykdom og det åpenbart er nødvendig med hjelp eller tiltak fra helse- og omsorgstjenesten. Hvis kommunelegen ikke er til stede, skal ansatte underrette Folkehelseinstituttet.

Mattilsynet skal straks underrette kommunelegen og Folkehelseinstituttet ved mistanke om eller tilfelle av smittsom dyresykdom som kan utgjøre en fare for mennesker eller ved mistanke om smittsom sykdom som formidles til mennesker via næringsmidler.

I tillegg til pliktene etter første og andre ledd skal politiet etter anmodning bistå med gjennomføringen av tiltak etter §§ 4-1, 4-3, 5-2, 5-3 og 5-4.

Departementet kan i forskrift fastsette nærmere plikter for andre myndigheter, herunder bestemme hvem som skal betale for utgiftene til bistand.»

Hovedansvaret for arbeidet med å følge med på, oppdage og forebygge smittsomme sykdommer eller motvirke at de overføres påligger kommunene og staten ved Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet. For å sikre et tilfredsstillende resultat både i det alminnelig forebyggende arbeidet og ved fare for et utbrudd eller ved utbrudd av en smittsom sykdom, er andre myndigheter pålagt en generell plikt til å ha særlig oppmerksomhet rettet mot smittsomme sykdommer. Dette betyr at andre myndigheter så langt det er forenlig med deres øvrige oppgaver, skal ta hensyn til og tilrettelegge både sin egen virksomhet og myndighetsutøvelse slik at hensynet til å forebygge opptreden eller motvirke overføring av en smittsom sykdom ivaretas.

Fjerde ledd etablerer en plikt for politiet til å bistå ved gjennomføringen av bestemte tiltak, men medfører i seg selv ingen utvidelse av politiets rettslige handlingsrom når det gjelder håndheving.

Politiloven § 7 gir politiet adgang til å iverksette tiltak for å stanse forstyrrelser av offentlig ro og orden, ivareta enkeltpersoners eller allmenhetens sikkerhet, eller for å avverge eller stanse lovbrudd, herunder brudd på rettslig forpliktende smittevernregler. Tiltakene politiet kan benytte er beskrevet i politiloven § 7 andre ledd: «Politiet kan i slike tilfeller blant annet regulere ferdselen, forby opphold i bestemte områder, visitere person eller kjøretøy, uskadeliggjøre eller ta farlige gjenstander i forvaring, avvise, bortvise, fjerne eller anholde personer, påby virksomhet stanset eller endret, ta seg inn på privat eiendom eller område eller påby områder evakuert.» Påbud om stansing av virksomhet er særskilt nevnt som tiltak politiet kan iverksette med hjemmel i denne bestemmelsen. Det samme er fjerning og bortvisning av personer.

Ved gjennomføringen vil politiet som utgangspunkt kunne benytte makt i den utstrekning det anses nødvendig og forsvarlig, jf. politiloven § 6 fjerde ledd. Det må antas at vilkåret om nødvendighet og forsvarlighet i politiloven § 6 fjerde ledd må forstås i lys av de formål smittevernloven skal ivareta, dvs. hensynet til å unngå smittespredning. Det følger

av forholdsmessighetsprinsippet i § 6 andre ledd at politiet ikke skal ta i bruk sterkere midler uten at svakere midler må antas utilstrekkelige eller uhensiktsmessige, eller uten at slike forgjeves har vært forsøkt. De midler som anvendes må være nødvendige og stå i forhold til situasjonens alvor, tjenestehandlingens formål og omstendigheten for øvrig.

11.13.2 Departementets vurderinger og forslag

11.13.2.1 Plikt til å ha særlig oppmerksomhet

Hovedansvaret for arbeidet med å følge med på, oppdage og forebygge smittsomme sykdommer eller motvirke at de overføres påligger kommunene og staten ved Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet. For å sikre et tilfredsstillende resultat både i det alminnelig forebyggende arbeidet og ved fare for et utbrudd eller ved utbrudd av en smittsom sykdom, kan det være nødvendig å involvere og få bistand fra andre myndigheter.

Etter gjeldende § 4-10 første ledd er ansatte ved politiet, tollvesenet, havner, flyplasser, Mattilsynet, Forsvaret, Kystvakten, Kystverket, Fiskeridirektoratet, Sjøfartsdirektoratet og Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap pålagt en generell plikt til å ha særlig oppmerksomhet rettet mot smittsomme sykdommer. Dette betyr at andre myndigheter så langt det er forenlig med deres øvrige oppgaver, skal ta hensyn til og tilrettelegge både sin egen virksomhet og myndighetsutøvelse slik at hensynet til å forebygge opptreden eller motvirke overføring av en smittsom sykdom ivaretas.

Departementet er usikker på behovet for en slik bestemmelse i ny smittevernlov. Det må på generelt grunnlag, uavhengig av en lovregulering, forventes at statlige myndigheter støtter opp om hverandres og kommunenes lovpålagte oppgaver i den grad de har mulighet til det. Ved behov vil departementene kunne instruere underordnede organer om hvordan de skal samarbeide og kostnadsfordeling, enten på generelt grunnlag eller i konkrete situasjoner. Dette gjelder også statlige organer som ikke er nevnt. Bestemmelsen kan i større grad ha betydning for havner og flyplasser. Lovens bestemmelse gir videre få holdepunkter om hva plikten konkret innebærer.

Departementet foreslår under tvil å videreføre bestemmelsen i gjeldende § 4-1 første ledd i ny smittevernlov § 2-10, likevel slik at plikten pålegges virksomhetene i stedet for de ansatte. Vi ber om høringsinstansenes syn på dette.

11.13.2.2 Bistand fra politiet og andre offentlige organer

Etter gjeldende § 4-10 første ledd andre punktum skal ansatte ved politiet, tollvesenet, havner, flyplasser, Mattilsynet, Forsvaret, Kystvakten, Kystverket, Fiskeridirektoratet, Sjøfartsdirektoratet og Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap bistå med gjennomføringen og overholdelsen av bestemmelsene som er gitt i smittevernloven eller helse- og omsorgstjenesteloven, eller i medhold av disse lovene.

Fjerde ledd bestemmer at politiet i tillegg etter anmodning skal bistå med gjennomføringen av tiltak etter følgende paragrafer:

- § 4-1 om møteforbud, stenging av virksomhet, begrensning i kommunikasjon, isolering og smittesanering

- § 4-3 om forskrifter for å motvirke at smittsomme sykdommer føres inn i landet eller spres til andre land (karantenetiltak)
- § 5-2 om tvungen legeundersøkelse – innleggelse til undersøkelse og kortvarig isolering
- § 5-3 om tvungen isolering på sykehus
- § 5-4 om gjennomføring av isolering på sykehus.

Det vil ofte være nødvendig at ulike statlige myndigheter gir kommunene og den sentrale helseforvaltningen bistand for å sikre et tilfredsstillende resultat både i det alminnelig forebyggende smittearbeidet og ved alvorlig utbrudd av en allmennfarlig smittsom sykdom. Departementet forutsetter at slik bistand vil gis i den grad offentlige organer har mulighet til det, og at behovet for lovfesting derfor er begrenset. Departementene vil også uten regulering i smittevernloven kunne instruere underliggende organer om å bistå ved behov.

Departementet foreslår likevel at ny smittevernlov § 2-10 bør gi bestemmelser om bistandsplikt fra de mest relevante organene, fordi det tjener som en nyttig påminnelse for kommunene og helsepersonell om muligheten for å anmode om politiets og andre offentlige myndigheters bistand. Vi ber om høringsinstansenes syn på dette.

Departementet foreslår at plikten til å yte bistand legges på de enkelte virksomhetene i stedet for på de ansatte. Det er uklart hvilke vedtak etter helse- og omsorgstjenesteloven det skal ytes bistand til å gjennomføre, som ikke samtidig hjemles i smittevernloven. Bistandsplikten begrenses derfor til å gjelde overholdelse av smittevernloven eller vedtak i medhold av denne.

Politiets bistandsplikt bør reguleres særskilt. Det følger av departementets vurderinger i Ot.prp. nr. 91 (1992-1993) punkt 4.10 at politiets medvirkning skulle begrenses til å gjelde tiltak hjemlet i § 4-1 (møteforbud etc.), § 4-3 (karantenebestemmelsene), § 5-2 (tvungen legeundersøkelse), § 5-3 (tvungen isolering) og § 5-4 (gjennomføring av tvungen isolering. Dette er imidlertid ikke reflektert i lovbestemmelsens ordlyd, ettersom politiet også omfattes av gjeldende § 4-10 første ledd. Departementet mener at det fremdeles er hensiktsmessig å avgrense politiets bistandsplikt til disse tilfellene, og at dette bør komme tydeligere frem i ny smittevernlov. Opplistingen av tiltak hvor politiet etter anmodning skal bistå med gjennomføringen kan være en nyttig påminnelse om når det kan være mest aktuelt å be om bistand, selv om dette ikke gir politiet større rettslig handlingsrom for håndheving enn det som allerede følger av politiloven. Departementet foreslår derfor under noe tvil å lovfeste at politiet etter anmodning kun skal bistå med gjennomføring av tiltakene etter ny smittevernlov §§ 6-2 til 6-4, 7-1 til 7-6, 8-1 til 8-3, 8-8 og 9-1 til 9-4.

Departementet foreslår å videreføre departementets hjemmel til å gi forskrifter om plikten til å yte bistand, inkludert bestemme hvem som skal betale for utgiftene til bistand.

11.13.2.3 Informasjonsplikt

Etter gjeldende § 4-10 andre ledd er ansatte ved politiet, tollvesenet, havner, flyplasser, Mattilsynet, Forsvaret, Kystvakten, Kystverket, Fiskeridirektoratet, Sjøfartsdirektoratet og Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap pålagt uten hinder av lovbestemt

taushetsplikt å underrette kommunelegen når de har en sterk mistanke om en allmennfarlig smittsom sykdom eller oppdager et tilfelle av en slik sykdom. Det samme gjelder når de blir oppmerksomme på forhold som kan medføre en nærliggende fare for overføring av en slik sykdom og det åpenbart er nødvendig med hjelp eller tiltak fra helse- og omsorgstjenesten. Hvis kommunelegen ikke er til stede, skal ansatte underrette Folkehelseinstituttet.

Slike situasjoner vil kunne tenkes å oppstå for eksempel ved passkontroll hvor en åpenbart syk person ankommer, eller ved tolldeklarering av gods, for eksempel biologisk materiale av human opprinnelse eller næringsmidler. Andre lignende situasjoner kan oppstå hvor lostjenestemenn blir oppmerksomme på sykdomsutbrudd blant personer på ankomne skip, at det er rotter ombord eller lignende.

Folkehelseinstituttet mener at plikten til å informere kommuneoverlegen om sterk mistanke om, eller et fastslått tilfelle av, allmennfarlig smittsom sykdom er lite hensiktsmessig, blant annet fordi det kan være vanskelig for de ansatte å identifisere hvilken sykdom det gjelder og om denne er definert som allmennfarlig smittsom sykdom. Tydelige, synlige symptomer som utslett og hoste kan sannsynligvis være andre og mer vanlige sykdommer. Også ved akutt, alvorlig sykdom (kollaps, illebefinnende) med feber vil annen sykdom være mer sannsynlig. De ansatte er da avhengige av andre opplysninger om personen. Videre er de fleste med disse sykdommene allerede diagnostiserte, har fått personlig smittevernveiledning og er kjent av kommuneoverlegen. For de tilfellene der personen ikke vet om sin sykdom, er det lite trolig at de ansatte kan vite om den. Uansett er de fleste sykdommene ikke smittsomme ved vanlig sosial omgang. Nytten ved at kommuneoverlegen får vite om dem og eventuelt foretar seg noe, er liten. Bestemmelsen er lite benyttet i praksis.

Departementet mener på denne bakgrunn at informasjonsplikten bør begrenses til tilfeller hvor det er en nærliggende fare for smitte til andre med allmennfarlig smittsom sykdom og det åpenbart er nødvendig med tiltak fra helse- og omsorgstjenestens side.

Etter gjeldende § 4-10 tredje ledd skal Mattilsynet straks underrette kommunelegen og Folkehelseinstituttet ved mistanke om eller tilfelle av smittsom dyresykdom som kan utgjøre en fare for mennesker eller ved mistanke om smittsom sykdom som formidles til mennesker via næringsmidler. Departementet foreslår å videreføre bestemmelsen i ny smittevernlov § 2-11, likevel slik at plikten legges på de ansatte i Mattilsynet og at også de unntas fra taushetsplikten.

Departementet foreslår videre i samme paragraf en hjemmel til å forskriftsfeste at også ansatte i andre statlige virksomheter skal omfattes av opplysningsplikten og unntaket fra taushetsplikt.

12 Vaksinasjon

12.1 Oppsummering av forslag i kapittelet

I dette kapittelet foreslår departementet å

- innføre et eget kapittel om vaksinasjon i ny smittevernlov
- videreføre deler av dagens vaksinasjonsbestemmelse, delt opp i flere bestemmelser
- fjerne hjemmelen til å påby vaksinasjon. Dersom spørsmålet om tvangsvaksinasjon skulle oppstå, bør det være opp til Stortinget å ta stilling til behovet for eventuelle lovendringer
- fjerne hjemmelen til å pålegge personer som ikke er vaksinert å oppholde seg i bestemte områder og ta nødvendige forholdsregler, samt nekte dem deltakelse i organisert samvær med andre
- tydeliggjøre bestemmelsen i pasientskadeloven § 3 andre ledd om uoppklarte årsaksforhold i vaksinasjonssaker.

12.2 Innledning

Departementets utgangspunkt for drøftelsene i dette kapittelet er at vaksinasjon er et viktig middel for å kunne forebygge og håndtere utbrudd av smittsomme sykdommer, og at frivillighet er et viktig prinsipp for å ha tillit i befolkningen og sikre høy oppslutning om vaksinasjonsanbefalinger.

I dette kapittelet drøftes behovet for endringer i smittevernlovens regulering av vaksinasjon. Dagens vaksinasjonsbestemmelse i smittevernloven § 3-8 hjemler blant annet forskrift om nasjonalt vaksinasjonsprogram, og gir hjemler til å fastsette forskrifter for vaksinasjonspåbud og regler for uvaksinerte. Departementet vurderer i dette kapittelet plasseringen av vaksinasjonsbestemmelsene i ny smittevernlov. Videre drøfter departementet hjemlene til å pålegge befolkningen vaksinasjonsplikt og til å fastsette egne regler overfor uvaksinerte etter smittevernloven § 3-8 tredje til femte ledd. Departementet foreslår å fjerne disse hjemlene i forslaget til ny smittevernlov.

Forslaget må ses i sammenheng med lovforslagene i kapittel 20 i høringsnotatet om befolkningsrettede smitteverntiltak. I kapittel 20 drøftes tilpasning av smitteverntiltak ut fra personers evne til å smitte eller bli smittet, blant annet som følge av vaksinasjonsstatus.

I dette kapittelet foreslår departementet også endringer i pasientskadeloven § 3 andre ledd, delvis som følge av ovennevnte forslag om å fjerne hjemmelen til å påby vaksinasjon, og delvis som en tydeliggjøring av hva som er gjeldende rett. Sistnevnte innebærer ingen materiell endring.

12.3 Gjeldende rett

12.3.1 Smittevernloven

Smittevernloven § 3-8 lyder:

> § 3-8. *Vaksinering og immunisering av befolkningen*
>
> Departementet skal fastlegge et nasjonalt program for vaksinering mot smittsomme sykdommer. Kommunen skal tilby befolkningen dette programmet.
>
> Departementet har ansvar for å sikre nødvendig vaksineforsyning og vaksineberedskap.
>
> Når det er avgjørende for å motvirke et alvorlig utbrudd av en allmennfarlig smittsom sykdom, kan departementet i forskrift fastsette at befolkningen eller deler av den skal ha plikt til å la seg vaksinere.
>
> Ved et alvorlig utbrudd av en allmennfarlig smittsom sykdom kan departementet i forskrift bestemme at personer som ikke er vaksinert
>
> a. må oppholde seg innenfor bestemte områder,
>
> b. skal nektes deltakelse i organisert samvær med andre, f.eks. i barnehage, skole, møter eller kommunikasjonsmidler,
>
> c. må ta nødvendige forholdsregler etter kommunelegens nærmere bestemmelse.
>
> Når det ved et alvorlig utbrudd av en allmennfarlig smittsom sykdom er nødvendig å vaksinere befolkningen eller deler av den med en gang for at folkehelsen ikke skal bli vesentlig skadelidende, kan Helsedirektoratet påby vaksinering etter andre ledd og tiltak etter tredje ledd.
>
> Kongen i Statsråd kan i forskrift fastsette at helsepersonell uten hinder av lovbestemt taushetsplikt skal gi nødvendige opplysninger for gjennomføring av et kontrollsystem basert på vaksinasjonsregistre, og gi regler for slike registre, jf. helseregisterloven.

Bestemmelsen pålegger departementet å fastlegge et nasjonalt vaksinasjonsprogram for smittsomme sykdommer, og kommunene pålegges å tilby programmet til sin befolkning. Blant annet er forskrift om nasjonalt vaksinasjonsprogram gitt med hjemmel i bestemmelsen.

Den 1. januar 2024 fikk bestemmelsen et nytt andre ledd som regulerer departementets ansvar for å sikre nødvendig vaksineforsyning og vaksineberedskap. Om endringen står det i merknaden på side 29 i Prop. 11 L (2023-2024):

> «Direktoratet for medisinske produkt skal få eit større ansvar for beredskap og forsyningstryggleik på vaksinefeltet. I dag ligg desse oppgåvene til Folkehelseinstituttet. Ansvaret for å sikre nødvendig vaksineforsyning og vaksineberedskap blir lagt til departementet i § 3-8 nytt andre ledd. Den nærare oppgåvefordelinga mellom Folkehelseinstituttet og Direktoratet for medisinske produkt på dette feltet kan omtalast i instruksane til etaten og departementet si etatstyring.»

Bestemmelsens tredje ledd gir departementet hjemmel til å påby vaksinasjon av hele eller deler av befolkningen når det er avgjørende for å motvirke et alvorlig utbrudd av allmennfarlig smittsom sykdom. Innledningsvis i forarbeidene til gjeldende smittevernlov, i Ot.prp.nr 91 (1992-1993) på side 6, presiseres det at hjemlene i lovens kapittel 3 er

«beredskapshjemler som bare er aktuelle i særlig alvorlige situasjoner som når en epidemi truer med å gå ut av kontroll». Av den spesielle merknaden til bestemmelsen i Ot.prp.nr. 91 (1992-1993) fremgår blant annet:

> «I bestemmelsen er det satt opp som et vilkår at påbudet må vurderes å være avgjørende for å motvirke alvorlig utbrudd av allmennfarlig smittsom sykdom, jf § 1-3 første ledd nr.4. Med dette vilkåret er det meningen at adgangen til å gi påbud om vaksinering skal være ganske snever, og at det skal dreie seg om et tidsbegrenset tiltak inntil situasjonen er bragt under kontroll. Hovedregelen skal altså være at helsetjenesten i de alt overveiende tilfeller må basere seg på å oppnå tilstrekkelig oppslutning om vaksinasjonstiltaket uten å kunne bruke et straffesanksjonert lovpåbud som trussel, jf § 8-1. Denne hovedregelen understrekes ved at vaksinasjon etter loven skal framstå som et anbefalt tilbud som er et gode både for den enkelte og for folkehelsen. Dette kommer særlig til uttrykk gjennom bestemmelsen i § 6-1 hvor det lovfestes en individuell rett til å bli vaksinert etter nærmere vilkår mot allmennfarlige smittsomme sykdommer.»

Bestemmelsens fjerde ledd gir departementet hjemmel til å fastsette forskrifter om innskrenkning i bevegelses- og handlingsfriheten til uvaksinerte personer når det foreligger et alvorlig utbrudd av en allmennfarlig smittsom sykdom. Av den spesielle merknaden til bestemmelsen i Ot.prp.nr. 91 (1992-1993) fremgår det at bestemmelsen er motivert ut fra behovet for spesiell oppfølging og omsorg for personer som på medisinsk grunnlag fritas fra vaksinasjonsplikten, og personer som av forskjellige grunner unndrar seg vaksinasjonsplikten. Ifølge merknaden kan det være nødvendig å kunne pålegge disse personene innskrenkninger i bevegelsesfriheten for å redusere deres kontakt med omverdenen, eller pålegge dem å følge særskilte retningslinjer, såfremt slike uvaksinerte personer antas å kunne pådra seg sykdom eller smittebærertilstand og dermed bli farlige smittespredere.

Bestemmelsens femte ledd gir i visse tilfeller Helsedirektoratet hjemmel til å påby vaksinering etter tredje ledd og tiltak etter fjerde ledd. Av spesialmerknaden til bestemmelsen i Ot.prp.nr. 91 (1992-1993) fremgår det at:

> «Det kan oppstå situasjoner hvor det må handles uten opphold og hvor det ikke vil være tid til å avvente et generelt påbud fastsatt i forskrift gitt av departementet med hjemmel i andre ledd. Eksempler på slike situasjoner hadde man i tidligere år ved koppealarm. Nye sykdommer kan skape lignende situasjoner i fremtiden.
>
> (…) Vilkåret er at rask iverksettelse vil antas å redusere utbruddets omfang vesentlig, evt. avverge alvorlig utbrudd, og at det foreligger en vaksine hvis egenskaper man er fullt fortrolig med. Et slikt påbud vil være en forskrift eller et enkeltvedtak avhengig av målgruppen for påbudet, jf forvaltningslovens regler».

Bestemmelsens siste ledd gir helsepersonell hjemmel til å oppgi nødvendige opplysninger for å kunne gjennomføre pliktene etter bestemmelsen uten hinder av taushetsplikten. Forskrift om nasjonalt vaksinasjonsregister (SYSVAK-registeret), er hjemlet i bestemmelsen. Det fremgår av Ot.prp. nr. 5 (1999–2000) side 210 at henvisningen til helseregisterloven ble tatt inn for «å harmonisere smittevernlovens regler om opprettelse av MSIS med helseregisterlovens bestemmelser».

Det følger av smittevernloven § 3-9 at departementet kan gi forskrifter om den nærmere gjennomføringen av vaksinasjoner etter § 3-8 andre og tredje ledd. Bestemmelsen gjelder også forskrifter om undersøkelser, og det henvises til punkt 14.10 for nærmere omtale av bestemmelsen.

12.3.2 Pasientskadeloven

Pasientskadeloven gir pasienter rett til erstatning for påført pasientskade etter nærmere vilkår. Etter pasientskadeloven § 2 første ledd bokstav d har pasienter og andre som har lidt tap på grunn av pasientskade, krav på erstatning når skaden skyldes vaksinasjon. I motsetning til hovedregelen i pasientskadeloven § 2 første ledd bokstav a, som krever svikt ved ytelsen av helsehjelp, gir loven et rent objektivt ansvar ved vaksineskader. Dette betyr at svikt ved vaksinasjonen ikke er en forutsetning for rett til erstatning. Det er tilstrekkelig at det slås fast at pasientskaden skyldes vaksinasjonen. Begrunnelsen for det objektive ansvaret er at vaksiner ikke bare tas i den enkeltes interesse, men også for å hindre videre utbredelse av farlige sykdommer: «Den lille økonomiske risikoen som vaksinasjonen innebærer, bør da bæres av fellesskapet», jf. Ot.prp. nr. 31 (1998–1999) side 67. Beviskravet er i utgangspunktet som ved pasientskader ellers, alminnelig sannsynlighetsovervekt. Det betyr at det må bevises at vaksinasjonen mest sannsynlig er årsak til skaden. Pasienten har bevisbyrden.

I pasientskadeloven § 3 andre ledd er det imidlertid gitt en egen bevisregel for vaksinasjoner som er anbefalte eller påbudte etter smittevernloven. For skade etter slike vaksinasjoner gjelder en gunstigere bevisregel for pasienten, ved at bevisbyrden legges over på den ansvarlige (staten, da det er staten som utbetaler eventuell erstatning). Særregelen gjør at det er lettere å få fastslått årsakssammenheng, og dermed lettere å få rett til erstatning.

Pasientskadeloven § 3 andre ledd lyder:

> «Ved erstatning som følge av skade etter anbefalte eller påbudte vaksinasjoner etter lov 5. august 1994 nr. 55 om vern mot smittsomme sykdommer, gjelder retten til erstatning etter § 2 første ledd bokstav d med mindre den ansvarlige godtgjør at en eller flere andre årsaker er mer sannsynlige.»

Det fremgår av Ot.prp.nr. 31 (1998-1999) side 91-92 at regelen er en videreføring av den dagjeldende bestemmelsen i smittevernloven § 8-2 første ledd, som ble opphevet ved pasientskadeloven. Om begrunnelsen for regelen fremgår det av Ot.prp.nr. 31 (1998-1999) side 67:

> «Når staten anbefaler eller pålegger befolkningen å la seg vaksinere, bør den også erstatte tap som måtte oppstå som følge av vaksinen. Å fastslå at en skade virkelig er en vaksinasjonsskade kan imidlertid være svært vanskelig. Det vil ofte foreligge flere mulige årsaker til skaden, og ofte går det lang tid før skaden viser seg. Det er rimeligere å legge risikoen for disse vanskelige bevisspørsmålene på staten enn på den skadelidte.»

Hva som etter denne pasientskadeloven § 3 andre ledd er «anbefalte vaksinasjoner etter smittevernloven» ble nylig vurdert av Høyesterett i sak HR-2025-1141-A. «Anbefalte vaksinasjoner etter smittevernloven» omfatter vaksinasjoner gitt etter nasjonalt

vaksinasjonsprogram, jf. smittevernloven § 3-8 første ledd og forskrift om nasjonalt vaksinasjonsprogram. Vaksinasjoner som er anbefalt av kommunale myndigheter, jf. smittevernloven §§ 7-1 og 7-2, omfattes derimot ikke. Dette gjelder selv om anbefalingen skjer i samråd med FHI og har forankring i FHIs vaksinasjonsveileder. Vaksiner med hjemmel i annen lov eller forskrift i medhold av annen lov omfattes heller ikke. For nærmere redegjørelse av hva som etter denne bestemmelsen er «anbefalte vaksinasjoner etter smittevernloven» vises det til Høyesteretts dom med sakskode HR-2025-1141-A. Dommen er nærmere omtalt i punkt 12.5.3 i høringsnotatet.

12.3.3 Regulering i andre land

I dansk rett er tilbud om vaksinasjon regulert i sundhedsloven. Danmark fjernet sin hjemmel til å pålegge vaksinasjon ved ny epidemilov i 2021, og utdypet dette slik i forarbeidene i Lovforslag nr. L 134 Folketinget 2020-21 s. 16:

> «Regeringen foreslår, at der ikke fremadrettet fastsættes bestemmelser om at påbyde vaccinationer. Der vil således med den nye epidemilov ikke længere være mulighed for at påbyde vaccination mod selve epidemisygdommen eller for at påbyde vaccination mod andre smitsomme sygdomme af hensyn til at sikre kapacitet i sundhedsvæsenet.»

I den svenske smittskyddslag reguleres nasjonalt vaksinasjonsprogram i §§ 3 a til 3 f. Det er ikke hjemmel til å pålegge vaksinasjon.

Finsk smittevernlov § 47 gir regjeringen hjemmel til å fastsette obligatorisk vaksinasjon.

12.3.4 Rettspraksis fra EMD

Den europeiske menneskerettighetsdomstolen har behandlet flere saker om vaksinasjon.

I saken *Vavřička og andre mot Tsjekkia* 47621/13, fant EMD at vaksinasjonsplikt ikke utgjorde brudd på konvensjonen. Saken gjaldt seks tsjekkiske statsborgere som var blitt bøtelagt eller nektet opptak i barnehage fordi de ikke hadde overholdt den obligatoriske vaksinasjonsplikten. Det var blant annet reist spørsmål om det utgjorde brudd på EMK artikkel 8 om retten til privatliv.

Eventuelle forskrifter etter smittevernloven § 3-8 tredje ledd vil derfor ikke være i strid med menneskerettighetene, forutsatt at reglene er nødvendige og forholdsmessige.

I saken *Pasquinelli og andre mot San Marino* 24622/22, fant EMD at det ikke var et uforholdsmessig inngrep i retten til privatliv at helsearbeidere som var uvaksinert mot covid-19 ble omplassert til stillinger uten kontakt med pasienter.

12.4 Rapportene fra Koronakommisjonen

Koronakommisjonen uttaler i NOU 2022: 5 på side 341 til 342 følgende om vaksinasjonsplikt:

> «Smittevernloven § 3-8 åpner for at HOD og Helsedirektoratet gjennom forskriftsendring kan bestemme at befolkningen eller deler av den skal ha plikt til å la seg vaksinere. Det går fram av loven at departementet også kan bestemme at personer som ikke er vaksinert, må oppholde seg innen bestemte områder og kan nektes deltagelse i organisert samvær med

andre (for eksempel barnehage, skole, møter eller kommunikasjonsmidler). Disse virkemidlene ble ikke tatt i bruk.

I flere europeiske land ble det innført vaksineplikt og bøter for å ikke la seg vaksinere. Hellas innførte bøter for dem som ikke tok vaksinen, og Østerrike besluttet å innføre vaksineplikt i februar 2022. Det var demonstrasjoner i flere kanadiske byer i februar 2022 etter beslutningen om vaksineplikt ved grensekryssing.

I våre undersøkelser har det vært påpekt at frivillig vaksinasjon har dempet tendenser til polarisering i debatten om pandemihåndteringen.

Forskning tyder ikke på at bruk av tvang gir høyere vaksinedekning enn frivillig vaksinasjon (Drew 2019). Det er kommisjonens oppfatning at prinsippet om frivillig vaksinasjon har bidratt til høy tillit og lite polarisering og dermed har vært viktig for å oppnå høy vaksinasjonsdekning i Norge. Vi vil likevel påpeke at det kan komme situasjoner hvor plikt om vaksinasjon for grupper av befolkningen vil være riktig og nødvendig.»

Kommisjonen anbefaler på side 347 at frivillighet videreføres som hovedprinsipp i tråd med eksisterende plan- og lovverk:

«Kommisjonen oppfatter at prinsippet om frivillig vaksinering bidrar til å opprettholde tillit og redusere polarisering i samfunnet. Frivillig vaksinering har også vist å gi høyere vaksineoppslutning enn ved obligatorisk vaksinering. Det kan imidlertid oppstå situasjoner som gjør at vaksinering likevel må pålegges.»

12.5 Departementets vurderinger og forslag

12.5.1 Eget kapittel om vaksinasjon

Departementet har vurdert å videreføre en struktur der vaksinasjonsbestemmelsene står i et kapittel om «undersøkelser og vaksinasjoner», ettersom vaksinasjon i utgangspunktet er et forebyggende tiltak med tett sammenheng til undersøkelsesbestemmelsene. Departementet mener imidlertid at reglene om vaksinasjon bør stå i et eget kapittel 3 i ny smittevernlov. Departementet legger avgjørende vekt på at vaksinasjon er et særlig viktig tema og at det av den grunn bør være lett tilgjengelig i loven.

Departementet mener videre at bestemmelsen i nåværende smittevernloven § 3-8 første ledd står seg godt, og foreslår at den videreføres, men som en egen bestemmelse § 3-1 i det nye kapittelet om vaksinasjon. Bestemmelsen pålegger myndighetene å tilby et vaksinasjonsprogram, og gir samtidig befolkningen rettigheter knyttet til vaksinasjon. Forskrift om nasjonalt vaksinasjonsprogram er hjemlet i bestemmelsen. Gjennom programmet stiller staten seg bak et helsetilbud og går god for dets faglige innhold og berettigelse. Det er frivillig for befolkningen å motta tilbudet. Ved å fremheve bestemmelsen innledningsvis i nytt kapittel om vaksinasjon, understrekes prinsippet om at vaksinasjon etter loven skal fremstå som et anbefalt frivillig tilbud som er et gode både for den enkelte og for folkehelsen.

Videre foreslår departementet at bestemmelsen i gjeldende smittevernlov § 3-8 andre ledd om departementets ansvar for å sikre vaksineforsyning og vaksineberedskap, videreføres som § 3-2 i kapittelet om vaksinasjon i ny smittevernlov.

Det foreslås også å videreføre siste ledd i gjeldende smitterevnrlov § 3-8, som blant annet hjemler SYSVAK-registeret. Bestemmelsen foreslås videreført som § 3-3 i kapittelet om vaksinasjon i ny smittevernlov.

For nærmere omtale av bestemmelsene vises det til de spesielle merknadene i høringsnotatets kapittel 28.

12.5.2 Vaksinasjon skal være frivillig

Som nevnt anbefaler Koronakommisjonen i sin rapport at frivillig vaksinering bør videreføres som hovedprinsipp i tråd med eksisterende plan- og lovverk. Kommisjonen påpeker at det kan oppstå situasjoner der plikt til vaksinasjon kan være riktig og nødvendig. Helsedirektoratet har i sine innspill til departementets arbeid med høringsnotatet skrevet at direktoratet er enig i Koronakommisjonens vurderinger. Helsedirektoratet viser til at vaksinasjon er det viktigste middelet vi har for å kunne håndtere utbrudd av smittsomme sykdommer der kausal behandling ikke finnes, og at en sterk oppfordring til frivillig å la seg vaksinere, i de fleste tilfeller vil være tilstrekkelig til at en stor nok andel av befolkningen vil la seg vaksinere til å få kontroll over utbruddet. I likhet med Koronakommisjonen mener Helsedirektoratet at det likevel kan være situasjoner der frivillig vaksinasjon ikke er tilstrekkelig. Helsedirektoratet anbefaler at smittevernloven § 3-8 videreføres, med like strenge vilkår for å innføre vaksinasjonsplikt som i dag.

Folkehelseinstituttet har i sine innspill til departementets arbeid med høringsnotatet vurdert om det er behov for endringer i rettsvirkningene av at en hendelse er definert som et alvorlig utbrudd av allmennfarlig smittsom sykdom etter blant annet smittevernloven § 3-8. Folkehelseinstituttet foreslår at myndigheten til å fastsette forskrift om vaksinasjonsplikt og regler for uvaksinerte etter tredje og fjerde ledd, flyttes fra departementet til Kongen i statsråd, og at myndigheten til å påby vaksinasjon etter femte ledd flyttes fra Helsedirektoratet til departementet.

Departementet er enig med Koronakommisjonen og Helsedirektoratet i at det kan komme situasjoner hvor plikt om vaksinering for grupper av befolkningen vil kunne være riktig og nødvendig. Departementet mener imidlertid at en hjemmel for myndighetene til å påby vaksinering ikke er hensiktsmessig. Departementet viser for det første til at dagens hjemler ikke har blitt benyttet. Hverken hjemmelen til å pålegge vaksinering eller hjemmelen til å pålegge uvaksinerte ulike tiltak eller restriksjoner ble benyttet under koronapandemien. For det andre mener departementet at en hjemmel i lov til å i visse tilfeller kunne påby vaksinering ikke fremstår som nødvendig, ettersom det etter departementets syn vil være tilstrekkelig med tid til å ta et lovforslag om vaksinasjonspåbud til Stortinget. Det vises til at det ved nye sykdommer vil ta tid før en vaksine foreligger, og at det for sykdommer med kjente vaksiner vil ta tid før den epidemiologiske situasjonen utvikler seg til å bli et alvorlig utbrudd av allmennfarlig smittsom sykdom. I tillegg tar det tid å produsere nok vaksiner og distribuere dem til vaksinatører. Med bakgrunn i dette foreslår departementet å fjerne hjemmelen til å påby vaksinering og tiltak overfor uvaksinerte etter smittevernloven § 3-8 tredje til femte ledd,

og la det være opp til Stortinget å bestemme dersom en fremtidig smittesituasjon gjør spørsmålet om vaksinasjonspåbud aktuelt.

Forslaget er i tråd med gjeldende rett i våre naboland.

Departementet har vurdert om det å fjerne hjemmelen til å påby vaksinasjon kan ha uheldige konsekvenser, eksempelvis ved en potensiell flyktningkrise hvor mange mennesker fra land med lav vaksinasjonsdekning for allmennfaglige smittsomme sykdommer som er nærmest utryddet i Norge, kommer til Norge.

Formålet med en plikt til å la seg vaksinere vil i disse tilfellene i utgangspunktet være å beskytte tredjepersoner, ikke personen som blir vaksinert. Ettersom smittede personer kan isoleres etter smittevernloven § 5-1 når det er nødvendig for å forebygge en allmennfarlig smittsom sykdom eller motvirke at den blir overført, mener departementet at vaksinasjonsplikt ikke er hensiktsmessig. På den andre siden vil det også være et hensyn bak vaksinasjonsplikt i disse tilfellene å forebygge at de uvaksinerte blir smittet og eventuelt alvorlig syke, og dermed potensielt blir en belastning for helse- og omsorgstjenesten. Departementet mener likevel at det ikke vil være nødvendig med hjemmel for departementet til å påby vaksinasjonsplikt, da det etter departementets syn vil være tid til å fremme nødvendige lovforslag for Stortinget.

Departementet har også vurdert om det burde være en hjemmel for Kongen i statsråd til å gi forskrifter som pålegger arbeidsgivere å omplassere uvaksinerte helsepersonell til arbeid uten pasientkontakt med pasienter særlig utsatt for alvorlig sykdom. Departementet har, ut fra samme begrunnelse som over, kommet frem til at det ikke er nødvendig, ettersom det vil være tid til å fremme lovforslag for Stortinget.

Som følge av at hjemmelen i nåværende § 3-8 tredje til femte ledd til å påby vaksinasjon og fastsette innskrenkninger og forholdsregler for uvaksinerte ikke videreføres, opphører også hjemmelen til å gi forskrifter om den nærmere gjennomføringen av smitteverntiltak etter smittevernloven § 3-8 tredje og fjerde ledd, jf. smittevernloven § 3-9. Se også omtale av dette i punkt 14.10.

Videre må pasientskadeloven § 3 andre ledd oppdateres, da det ikke lenger vil være «påbudte vaksinasjoner» etter smittevernloven. Se også punkt 12.5.3 om tydeliggjøring av denne bestemmelsen.

Gjeldende smittevernlov § 7-1 femte ledd bestemmer at kommunen, ved iverksetting av tiltak etter § 3-8, mot vederlag kan bruke og om nødvendig skade andres eiendom. Bestemmelsene i § 3-8 tredje og femte ledd om hjemmel til å vedta påbud om vaksinering videreføres ikke i ny smittevernlov. Det kan likevel oppstå behov for frivillig massevaksinasjon og bruk av egnede lokaler. Departementet foreslår derfor å videreføre kommunens rett til å bruke og om nødvendig skade andres eiendom, mot vederlag, når det ved en samfunnskritisk sykdom er nødvendig å vaksinere befolkningen eller deler av den med en gang for at folkehelsen ikke skal bli vesentlig skadelidende. Bestemmelsen foreslås videreført i ny § 3-1 tredje ledd i ny smittevernlov.

Departementet viser også til kapittel 20 om tilpasning av smitteverntiltak ut fra personers evne til å smitte eller bli smittet, hvor også vaksinasjon omtales, særlig punkt 20.7.5.

12.5.3 Erstatning som følge av skade etter vaksinasjoner gitt innenfor nasjonalt vaksinasjonsprogram

Pasientskadeloven § 3 andre ledd er en særregel om bevisbyrden i pasientskadesaker ved skader som følge av påbudte eller anbefalte vaksinasjoner etter smittevernloven. For skade etter slike vaksinasjoner gjelder det et lavere beviskrav for årsakssammenheng enn for vaksinasjoner og pasientskader ellers.

Hva som etter pasientskadeloven § 3 andre ledd er «anbefalte vaksinasjoner etter smittevernloven» var det sentrale spørsmålet i en nylig avsagt dom i Høyesterett, jf. HR-2025-1141-A. Saken gjaldt erstatning for skade etter vaksinasjon. En ansatt i den kommunale barne- og familietjenesten hadde etter anbefaling fra kommuneoverlegen i samråd med FHI tatt en oppfriskningsdose av MMR-vaksinen i forbindelse med et kusmautbrudd i kommunen. Noen måneder senere fikk hun diagnosen multippel sklerose, som hun satte i forbindelse med vaksineringen. Partene i erstatningssaken (skadelidte og staten) var for Høyesterett, som for lagmannsretten, enige om at kravet til årsakssammenheng ville være oppfylt dersom revaksinasjonen med MMR-vaksinen skulle anses som en «anbefalt vaksinasjon» etter smittevernloven, men ikke i motsatt fall. I Høyesterett kom et flertall på tre dommere til at den aktuelle vaksineringen ikke var anbefalt eller påbudt etter smittevernloven. Dette innebar at særregelen i pasientskadeloven § 3 andre ledd ikke fikk anvendelse.

Dommen ble avsagt under dissens da det var uenighet om hva som etter bestemmelsen er «anbefalte vaksinasjoner etter smittevernloven». Flertallet på tre dommere la til grunn følgende tolkning av bestemmelsen:

> «(71) «Anbefalte ... vaksinasjoner etter [smittevernloven]», jf. pasientskadeloven § 3 andre ledd, omfatter vaksinasjoner gitt etter nasjonalt vaksinasjonsprogram, jf. smittevernloven § 3-8 og forskrift om slikt program. Men den særlige bevisregelen er ikke uten videre begrenset til dette programmet. Dersom det gis andre bestemmelser om konkrete vaksinasjonstiltak i smittevernloven eller forskrift i medhold av loven, vil dette kunne omfattes. Det gjelder klart der det i slike bestemmelser gis anbefaling om konkrete vaksiner til bestemte grupper uten noen nærmere konkret vurdering. Hvorvidt vaksinasjon etter smittevernloven § 6-1 omfattes, der vaksine gis etter en konkret vurdering i det enkelte tilfellet, er et åpent spørsmål.
>
> (72) Vaksiner som er anbefalt av kommunale myndigheter, jf. smittevernloven §§ 7-1 og 7-2, omfattes ikke av den særlige bevisregelen, selv om anbefalingen skjer i samråd med FHI og har forankring i FHIs vaksinasjonsveileder. Heller ikke vaksiner med hjemmel i annen lov eller forskrift i medhold av annen lov omfattes.»

Med bakgrunn i Høyesteretts dom foreslår departementet å endre ordlyden i pasientskadeloven § 3 andre ledd for å tydeliggjøre hva gjeldende rett er. Departementet mener at begrepet «anbefalte vaksinasjoner» har skapt en uklar rettstilstand og foreslår derfor å fjerne begrepet og heller vise til smittevernloven § 3-8 og nasjonalt vaksinasjonsprogram. Departementet mener at begrepet «anbefalt» er unødvendig når vaksinasjoner gitt etter nasjonalt vaksinasjonsprogram alltid vil være anbefalte, og det per i dag ikke er andre «anbefalte vaksinasjoner» etter smittevernloven. Etter departementets syn passer ordlydsendringen også godt med at man fjerner «påbudte vaksinasjoner» fra

pasientskadeloven § 3 andre ledd, som følge av at hjemmelen til å påby vaksinering foreslås fjernet, jf. punkt 12.5.2 i høringsnotatet. Pasientskadeloven § 3 andre ledd vil etter forslaget tydeliggjøre hvilke vaksinasjoner som er omfattet av bestemmelsen, istedenfor å vise til «anbefalte» vaksinasjoner etter smittevernloven mer generelt.

Forslaget innebærer en lovteknisk løsning som gjør at dersom det i fremtiden skal gis andre bestemmelser om konkrete vaksinasjonstiltak i smittevernloven eller forskrift i medhold av loven, som skal omfattes av pasientskadeloven § 3 andre ledd, så må bestemmelsen oppdateres.

Etter departementets syn vil denne løsningen bidra til å klargjøre dagens rettstilstand. Departementet understreker at forslaget ikke innebærer noen materiell endring i gjeldende rett.

Det vises til den spesielle merknaden i punkt 28.2 og lovforslaget i kapittel 29.

13 Helsetjenestens og helsepersonells plikter ved smitte

13.1 Oppsummering av forslag i kapittelet

I dette kapittelet foreslår departementet i hovedsak følgende:

- videreføre bestemmelsene om legens plikt til å undersøke smittede personer, legens plikt til å foreta smitteoppsporing og legens plikt til å gi informasjon og smittevernveiledning, med mindre, klargjørende justeringer. Det foreslås også en noe utvidet adgang for legen til å kontakte kommuneoverlegen uten hinder av lovbestemt taushetsplikt ved smitteoppsporing ved miljøsmitte, og i tilfeller der legen ikke er i stand til å gjennomføre smittevernveiledning.
- tydeliggjøre kommuneoverlegens adgang til å overta ansvaret for undersøkelser av smittede, smitteoppsporing og smittevernveiledning ved samfunnskritisk sykdom.
- videreføre bestemmelsen om meldingsplikt for leger og varslingsplikt for enkelte grupper helsepersonell, og bestemmelsen om plikt for helsepersonell til å gjennomgå opplæring mv.
- videreføre bestemmelsen om unntak fra taushetsplikt. Bestemmelsens siste ledd om enkelte offentlige etaters mulighet til å kreve opplysninger uten hinder av taushetsplikten, flyttes til ny § 10-3. Det gjøres også justeringer for å klargjøre hjemmelsgrunnlaget ved behandling av slike opplysninger i smittesituasjon. For omtale av dette se kapittel 23.

Vi ber særskilt om høringsinstansenes syn på om tydeliggjøringen av kommuneoverlegens adgang til å ta over ved samfunnskritisk sykdom er nyttig og tilstrekkelig opp mot formålet om å klargjøre ansvarsforholdene og kommuneoverlegens adgang ved slik sykdom.

13.2 Innledning

I dette kapittelet drøfter departementet behovet for å videreføre eller justere bestemmelser om plikter for helsepersonell og helse- og omsorgstjenesten som i dag er regulert i smittevernlovens kapitler 2, 3 og 4. I struktur til ny smittevernlov foreslår departementet et eget kapittel 4 om helsetjenestens og helsepersonells plikter ved smitte.

13.3 Legens plikt til å undersøke smittede personer

13.3.1 Gjeldende rett

Smittevernloven § 3-5 lyder:

«§ 3-5 *Legens plikt til å foreta undersøkelse av smittede personer*

Legen skal være særlig oppmerksom på muligheten for at pasienten har en allmennfarlig smittsom sykdom. En lege som får mistanke om at en pasient har en allmennfarlig smittsom sykdom, skal etter samtykke fra pasienten foreta eller sette i verk de undersøkelser som er nødvendige for å bringe på det rene om det foreligger en slik sykdom. I så fall skal legen

straks og i samråd med den smittede pasienten gjøre sitt for å motvirke at sykdommen blir overført til andre.

Hvis det er tvil etter første ledd, skal legen uten hinder av lovbestemt taushetsplikt ta kontakt med kommunelegen. Tar legen kontakt med kommunelegen, skal kommunelegen overta den videre oppklaring og oppfølging når det viser seg at den første legen ikke har de nødvendige forutsetninger for arbeidet.

En lege plikter å undersøke en smittet person, ta blodprøve eller foreta andre nødvendige undersøkelser, når smittevernnemnda har gjort vedtak etter § 5-2 og undersøkelsen kan gjennomføres uten fare.»

Bestemmelsen innebærer at alle leger, uavhengig av arbeidssted, har visse særlige plikter knyttet til allmennfarlige smittsomme sykdommer. Kommunelegen skal overta arbeidet i de tilfellene pasientens lege ikke har de nødvendige forutsetningene for arbeidet.

13.3.2 Departementets vurderinger og forslag

Departementet mener bestemmelsen står seg godt og foreslår å videreføre bestemmelsen i sin helhet i ny smittevernlov § 4-1, med en språklig endring i andre ledd andre punktum. Det foreslås også et par justeringer i tredje ledd som klargjør gjeldende rett med hensyn til legens plikt til å undersøke personer når det er fattet tvangsvedtak om dette.

I tillegg foreslår departementet et nytt fjerde ledd som tydeliggjør at kommunen eller kommuneoverlegen ved samfunnskritisk sykdom kan bestemme at kommuneoverlegen skal overta ansvaret for å undersøke smittede personer. Forslaget er et av flere for å tydeliggjøre kommuneoverlegens adgang til å overta ansvaret for håndtering av samfunnskritisk sykdom, se også punkt 13.4.2 og 13.5.2. Forslaget bygger på erfaringer fra koronapandemien.

Departementet mener at bestemmelsen er særlig viktig i det daglige smittevernarbeidet. Departementet mener det er viktig at seksuelt overførbare sykdommer eller andre sykdommer som kan oppleves stigmatiserende, kan bli utredet og tatt hånd om av pasientens lege. Dette fortrolige forholdet kan være helt avgjørende for at disse pasientene vil søke helse- og omsorgstjenesten.

Videre mener departementet det er viktig at kommuneoverlegen kobles på i tilfeller det er mistanke om sjeldne sykdommer som pasientens lege ikke har kompetanse til å håndtere. Dette er viktig både for at den enkelte pasient skal få riktig behandling, og for at riktige smitteverntiltak skal bli satt i verk.

Også ved stor smittespredning kan det være vanskelig for legene å følge opp plikten til å foreta eller sette i verk nødvendige undersøkelser av alle pasienter, og i samråd med de smittede pasientene, motvirke videre smitte. Under koronapandemien så man at undersøkelser av mistenkt smittede kunne gjøres mer effektivt ved at det ble opprettet teststasjoner i kommunal regi for drop-in-testing, at egne TISK-team i kommunene informerte pasientene samt at digital informasjon ble brukt i stor grad.

Etter forslaget til ny § 2-1 andre ledd skal kommunen blant annet sørge for at alle som bor eller midlertidig oppholder seg i kommunen med hensyn til smittsom sykdom er sikret

nødvendige forebyggende tiltak og undersøkelsesmuligheter. Kommunen skal også drive opplysning om smittsomme sykdommer og sørge for at individuelt forebyggende tiltak og andre tiltak etter smittevernloven blir satt i verk. Etter forslaget til ny smittevernlov § 2-2 har kommuneoverlegen oppgaver både knyttet til å bistå kommunen og helsepersonell i arbeidet med vern mot smittsomme sykdommer, og til å gi informasjon, opplysninger og råd til befolkningen. Dette tilsier at kommuneoverlegen kan overta deler av oppgaven fra pasientbehandlende leger når det er svært mange smittede, og sørge for at den enkelte får undersøkelse, informasjon og personlig smittevernveiledning, for eksempel fra et kommunalt team.

Departementet mener at det bør klargjøres at leger etter beslutning fra kommunen eller kommuneoverlegen generelt kan overlate ansvaret for håndtering av samfunnskritisk sykdom til kommuneoverlegen. Departementet foreslår derfor å ta inn i et nytt fjerde ledd at kommunen eller kommuneoverlegen ved samfunnskritisk sykdom kan bestemme at kommuneoverlegen skal overta ansvaret for å undersøke smittede personer. Forslaget er et av flere for å tydeliggjøre kommuneoverlegens adgang til å overta ansvaret for håndtering av samfunnskritisk sykdom, se også forslagene i punkt 13.4.2 og 13.5.2 i høringsnotatet.

Videre foreslår departementet å klargjøre plikten til å foreta tvangsundesøkelser. Det følger av tredje ledd i dagens bestemmelse at legen plikter å foreta undersøkelse når «smittevernnemnda har gjort vedtak etter § 5-2 (…)». I henhold til § 5-2 skal vedtak om tvungen undersøkelse fattes av smittevernnemnda, men bestemmelsen viser også til § 5-8 om hastevedtak, hvor det fremgår at kommunelegen og vakthavende infeksjonsmedisinske overlege sammen kan fatte hastevedtak om blant annet tvungen undersøkelse hvis hensynet til smittevernet tilsier det. Det fremgår også av spesialmerknadene til dagens tredje ledd i Ot.prp. nr. 91 (1992-1993) at legens undersøkelsesplikt i hastetilfeller oppstår etter anmodning fra legene som er gitt kompetanse til å fatte slikt hastevedtak i felleskap. Departementet mener dette bør komme klart frem av lovteksten, og foreslår å presisere ordlyden i forslag til ny smittevernlov § 4-1 tredje ledd i tråd med dette.

Departementet viser videre til at det i spesialmerknadene til dagens bestemmelse i Ot.prp. nr. 91 (1992-1993) er angitt at plikten i tredje ledd forutsetter at undersøkelsen kan gjennomføres uten vesentlig fare for pasienten, og at legen ikke har «gyldig forfall». Det er lagt til grunn at legen som i promilleblodprøvetilfeller ikke er forventet å undersøke en pasient som yter motstand mot undersøkelsen, men at politiet i så fall må overvinne motstanden. Videre er det lagt til grunn at de samme fritaksgrunnene bør gjelde etter bestemmelsen i smittevernloven som etter den daværende legeloven § 47. Bestemmelsen i legeloven er videreført i helsepersonelloven § 12 om undersøkelser i forbindelse med straffbare forhold. Det følger av helsepersonelloven § 12 at helsepersonellet er fritatt fra plikten til å foreta undersøkelse i forbindelse med straffbare forhold når personen som skal undersøkes er helsepersonellets nærstående, samt når personen går til behandling hos det aktuelle helsepersonellet. På bakgrunn av dette foreslår departementet å ta inn i ordlyden i forslag til ny smittevernlov § 4-1 tredje ledd at de samme fritaksgrunnene for leger gjelder ved undersøkelser etter tvangsvedtak som ved undersøkelser i forbindelse med straffbare forhold etter helsepersonelloven § 12.

13.4 Legens plikt til å foreta smitteoppsporing

13.4.1 Gjeldende rett

Smittevernloven § 3-6 lyder:

> «§ 3-6 Legens plikt til å foreta smitteoppsporing.
>
> En lege som har sikker kunnskap eller har mistanke om en allmennfarlig smittsom sykdom som skyldes overføring av smitte fra en person til en annen, skal foreta smitteoppsporing dersom dette er gjennomførbart og hensynet til smittevernet krever det. Legen skal i så fall spørre den smittede om hvem smitten kan være overført fra, om når og på hvilken måte smitteoverføringen kan ha skjedd og om hvem han eller hun kan ha overført smitten til. Annen lege kan kontaktes i sammenheng med smitteoppsporing uten hinder av taushetsplikt.
>
> Er vilkårene etter første ledd oppfylt skal legen, eventuelt gjennom den smittede, ta kontakt med dem som smitten kan være overført fra eller til og undersøke disse. Plikten bortfaller dersom den smittede pasienten eller de som han eller hun oppgir som smittekilder eller mulig smittet, godtgjør at aktuelle personer allerede er undersøkt eller får nødvendig behandling eller omsorg.
>
> Dersom legen ikke ser seg i stand til å gjennomføre smitteoppsporing og oppfølging av de mulig smittede etter første og andre ledd, skal legen uten hinder av lovbestemt taushetsplikt gi underretning om dette til kommunelegen hvis hensynet til smittevernet krever det. Legen skal da også gi opplysning om smittekontakter. Legen skal alltid ta kontakt med kommunelegen når det er mistanke om en allmennfarlig smittsom sykdom som skyldes miljøsmitte, f.eks. en sykdom som skyldes overføring av smitte fra drikkevann, matvarer eller dyr.
>
> Hvis en lege tar kontakt med kommunelegen etter tredje ledd, skal kommunelegen overta den videre oppklaring og oppfølging når det viser seg at den første legen ikke har de nødvendige forutsetninger for arbeidet.
>
> Dersom kommunelegen får opplysninger om en smittet person som bor eller oppholder seg utenfor kommunen, skal kommunelegen uten hinder av lovbestemt taushetsplikt gi opplysningene til kommunelegen i den kommunen der den smittede bor eller oppholder seg, hvis hensynet til smittevernet krever det.»

Etter bestemmelsen har leger en plikt til å foreta smitteoppsporing når de har sikker kunnskap eller mistanke om at en person har en allmennfarlig smittsom sykdom som kan overføres fra en person til en annen. Smitteoppsporing skal gjennomføres dersom det er praktisk mulig, og dersom det er nødvendig av hensyn til smittevernet. Formålet med smitteoppsporing er å identifisere og informere personer som kan ha blitt utsatt for smitte, for å forhindre videre spredning av sykdommen. Kommunelegen skal overta arbeidet i de tilfellene det viser seg at pasientens lege ikke har de nødvendige forutsetningene for arbeidet.

13.4.2 Departementets vurderinger og forslag

Departementet foreslår i hovedsak å videreføre bestemmelsen i ny smittevernlov § 4-2.

Det foreslås en endring i tredje ledd tredje punktum slik at legen kan kontakte kommuneoverlegen *uten hinder av lovbestemt taushetsplikt* også ved mistanke om miljøsmitte fra drikkevann mv. Departementet foreslår også en språklig endring i tredje og fjerde ledd for å klargjøre at kommuneoverlegen skal overta smitteoppsporingen og oppfølgingen av smittede i de tilfellene pasientens lege gir beskjed om at han eller hun ikke er i stand til å gjennomføre dette selv.

I tillegg foreslår departementet et nytt sjette ledd for å tydeliggjøre at kommuneoverlegen på eget initiativ har adgang til å overta ansvaret for smitteoppsporingen ved samfunnskritisk sykdom. Forslaget bygger på erfaringer fra koronapandemien, og er et av flere for å tydeliggjøre kommuneoverlegens adgang til å overta ansvaret for håndtering av samfunnskritisk sykdom. Se også punkt 13.3.2 og 13.5.2.

Departementet mener bestemmelsen er viktig for det daglige smittevernarbeidet, hvor behandlende lege foretar smitteoppsporing, eksempelvis ved å kontakte pasientens seksualpartnere ved sykdommer som klamydia og gonoré.

I en del tilfeller vil det ikke være praktisk mulig for den enkelte behandlende lege å foreta smitteoppsporing og oppfølging av smittede kontakter. Etter gjeldende tredje ledd skal behandlende lege i de tilfellene legen ikke ser seg i stand til å foreta smitteoppsporing og oppfølging av smittede, uten hinder av lovbestemt taushetsplikt gi beskjed om dette til kommuneoverlegen dersom hensynet til smittevernet krever det. Legen skal også alltid ta kontakt med kommuneoverlegen der det er mistanke om miljøsmitte fra drikkevann mm., men det er for disse tilfellene ikke angitt unntak fra taushetsplikten.

Departementet mener at legen også ved mistanke om miljøsmitte bør kunne kontakte kommuneoverlegen uten hinder av lovbestemt taushetsplikt, da det også ved miljøsmitte kan være nødvendig å oppgi taushetsbelagte opplysninger om smittede. Det foreslås derfor å ta dette inn i tredje ledd tredje punktum.

Kommuneoverlegen skal etter dagens fjerde ledd overta smitteoppsporingen og oppfølgingen etter henvendelse fra den behandlende legen når det viser seg at den behandlende legen ikke har de nødvendige forutsetninger for arbeidet. Departementet mener at dette vurderingstemaet er noe uklart sett opp mot vurderingstemaet i tredje ledd. Det er departementets syn at dersom behandlende lege vurderer at han selv ikke er i stand til å foreta smitteoppsporing og oppfølging, og av hensynet til smittevernet mener det er nødvendig å gi beskjed om dette til kommuneoverlegen, så bør kommuneoverlegen overta det videre arbeidet. Departementet mener at det er uheldig om det legges opp til at kommuneoverlegen kan overprøve den første legens vurdering på dette punktet. Videre fremgår det av spesialmerknadene til fjerde ledd i Ot.prp. nr. 91 (1992-1993) at kommuneoverlegen alltid skal ta over arbeidet i tilfeller med mistanke om miljøsmitte fordi det erfaringsmessig krever mer kompetanse og tid å følge opp enn behandlende lege har. På bakgrunn av dette foreslår departementet å fjerne vilkåret i fjerde ledd om at det må vise seg at den første legen mangler de nødvendige forutsetninger.

Departementet foreslår også en språklig endring av ordlyden i tredje ledd første punktum fra «Dersom legen ikke ser seg i stand til» til «Dersom legen ikke er i stand til».

Departementet mener sistnevnte er en tydeligere ordlyd som klarere får frem at legen skal kontakte kommuneoverlegen når legen vurderer at han faktisk ikke er i stand til å foreta smitteoppsporing.

Ved store smitteutbrudd, som under koronapandemien, vil det være vanskelig eller umulig for den enkelte behandlende lege å foreta smitteoppsporing og oppfølging av alle smittede. Det vil imidlertid være aktuelt at kommuneoverlegen tar over arbeidet. Under koronapandemien var det kommunen som informerte nærkontakter. Det ble også forsøkt å foreta smitteoppsporing med app på mobil.

Departementet viser til at kommuneoverlegen etter forslaget til ny smittevernlov § 2-2, har oppgaver både knyttet til å bistå helsepersonell og til å gi informasjon, opplysninger og råd til befolkningen. Videre skal kommunen etter forslaget til ny § 2-1 andre ledd, drive opplysning om smittsomme sykdommer, og sørge for at individuelt forebyggende tiltak og andre tiltak etter smittevernloven blir satt i verk. Dette tilsier at kommuneoverlegen kan overta deler av oppgaven fra behandlende lege når det er svært mange smittede, og for eksempel opprette et kommunalt team for smitteoppsporing.

Departementet mener at dagens bestemmelse i smittevernloven § 3-6 legger til rette for at kommuneoverlegen får beskjed dersom det er et stort smitteutbrudd som de behandlende legene ikke klarer å håndtere, og at bestemmelsen åpner for at kommuneoverlegen kan foreta smitteoppsporing på en hensiktsmessig måte.

Departementet mener likevel at det bør klargjøres at kommuneoverlegen kan beslutte å overta arbeidet med smitteoppsporing generelt, uavhengig av om andre leger har forsøkt smitteoppsporing eller tatt kontakt først. Departementet mener at dette bør gjøres ved samfunnskritisk sykdom. Departementet foreslår derfor å ta inn i et nytt sjette ledd at kommunen eller kommuneoverlegen kan bestemme at kommuneoverlegen skal overta ansvaret for smitteoppsporingen ved samfunnskritisk sykdom.

13.5 Informasjon og personlig smittevernveiledning til smittede personer

13.5.1 Gjeldende rett

Smittevernloven § 2-1 lyder:

§ 2-1 *Informasjon og personlig smittevernveiledning til smittede personer.*

Den undersøkende eller behandlende legen skal snarest mulig gi en smittet person med en allmennfarlig smittsom sykdom informasjon og personlig smittevernveiledning om

a. sykdommen, sykdommens smittsomhet og smittemåter, og hva den smittede selv kan gjøre for å motvirke at sykdommen blir overført til andre, og
b. rettigheter og plikter en smittet person med en allmennfarlig smittsom sykdom har, herunder etter smittevernloven kapittel 5 og 6.

Er den smittede under 12 år eller en person over 16 år som på grunn av sinnslidelse, andre psykiske forstyrrelser, senil demens, psykisk utviklingshemming eller legemlig

funksjonshemming ikke kan ivareta sine anliggender når det gjelder smittefaren, har både den smittede og uten hinder av legens lovbestemte taushetsplikt også de som har omsorgen for den smittede, krav på informasjon og personlig smittevernveiledning etter første ledd.

Er den smittede mellom 12 og 16 år, har både den smittede og uten hinder av legens lovbestemte taushetsplikt også de som har omsorgen for den smittede, krav på informasjon og personlig smittevernveiledning. Opplysninger må likevel ikke gis til dem som har omsorgen, hvis den smittede eller andre som kjenner den smittedes situasjon har innvendinger mot at dette blir gjort og legen mener at innvendingene bør respekteres.

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

Hovedinnholdet av den informasjon og den personlige smittevernveiledning som legen gir til den smittede, skal føres inn i pasientens journal.»

Leger har etter bestemmelsen en plikt til å informere pasienten og gi tilpasset og personlig veiledning. Bestemmelsen er slik en særregulering som gir en videre og mer detaljert plikt enn pasientens rett til informasjon etter pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2. I tillegg er bestemmelsen et unntak fra hovedregelen om at informasjon ikke skal gis mot pasientens uttrykte vilje etter pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2 andre ledd.

Legen kan delegere oppgavene til sykepleier eller andre dersom det vurderes som hensiktsmessig og forsvarlig, jf. helsepersonelloven § 5.

Bestemmelsens femte ledd gir en utvidet journalføringsplikt sammenlignet med hovedreglene om journalføringsplikt etter helsepersonelloven §§ 39 og 40. Dette er for å understreke viktigheten av å gi informasjon og veiledning, og for å få dokumentert at den smittede har fått nødvendige råd og personlig veiledning.

13.5.2 Departementets vurderinger og forslag

Departementet viser til at bestemmelsen ble gjennomgått ved revisjonen i 2019, Prop. 91 L (2018-2019), og foreslår at bestemmelsen i all hovedsak videreføres i ny smittevernlov § 4-3.

Departementet foreslår en strukturell endring i andre og tredje ledd. I andre ledd reguleres informasjon og smitteveiledning til personer under 16 år, inkludert de mellom 12 og 16 år, og deres omsorgspersoner. Informasjon og smittevernveiledning til de over 16 år som av ulike grunner ikke er i stand til å forstå og følge smittevernveiledningen (i gjeldende lov omtalt som personer som «ikke kan ivareta sine anliggender med hensyn til smittevernet»), reguleres i tredje ledd. Departementet foreslår å endre beskrivelsen av de sistnevnte personene, fordi det er uhensiktsmessig å ramse opp sykdom og funksjonsnedsettelse mv. som grunner til at en person over 16 år ikke kan ivareta sine anliggender. Begrepene i dagens bestemmelse er utdaterte. Diagnosebetegnelser og hva som inngår i en diagnosegruppe kan også endre seg. Forslaget innebærer ingen materiell endring og er i tråd med vedtatte endringer om bestemmelsene om samtykkekompetanse i pasient- og brukerrettighetsloven som trer i kraft fra juni 2026.

Departementet foreslår også en endring i bestemmelsens fjerde ledd ved å innta at behandlende lege også skal gi beskjed til kommuneoverlegen uten hinder av lovbestemt taushetsplikt dersom legen ikke er i stand til å oppfylle plikten til å gi personlig smittevernveiledning.

I tillegg foreslår departementet et nytt siste ledd om at kommuneoverlegen har adgang til å overta ansvaret for å gi informasjon og smitteveiledning ved samfunnskritisk sykdom. Forslaget er et av flere for å tydeliggjøre kommuneoverlegens adgang til å overta ansvaret for håndtering av samfunnskritisk sykdom, se også punkt 13.3.2 og 13.4.2. Forslaget bygger på erfaringer fra koronapandemien og er anbefalt av Helsedirektoratet.

I forarbeidene til smittevernloven § 2-1 i Prop. 91 L (2018-2019) la departementet til grunn at de fleste smittede personer ønsker å opptre ansvarlig slik at de ikke smitter andre, og at de retter seg etter veiledningen de får. Fra loven trådte i kraft i 1995 og frem til 2018, viste likevel erfaringer fra Folkehelseinstituttet gjennom Meldingssystemet for smittsomme sykdommer (MSIS), og kontakt med kommuneleger og klinikere, at enkelte pasienter tar imot personlig smittevernveiledning, men unnlater å følge den. Dette gjaldt i hovedsak et lite mindretall personer med seksuelt overførbare sykdommer som HIV-infeksjon, hepatitt B, gonoré og syfilis. Det gjaldt også personer med andre infeksjoner, blant annet mage-tarm-sykdommer som kan overføres via matvarer, slik som EHEC-infeksjoner der smittede kan tenkes å neglisjere veiledningen om å avstå fra visse typer arbeid i en periode. Ved revisjonen i 2019 ble derfor pliktene til legen som skal gi informasjon og veiledning, og pliktene til den smittede personen som skal motta informasjonen, tydeliggjort. Det ble blant annet tatt inn et nytt fjerde ledd om at legen uten hinder av lovbestemt taushetsplikt skal underrette kommuneoverlegen dersom en smittet person ikke ønsker personlig smittevernveiledning og heller ikke retter seg etter den. Kommuneoverlegen skal i slike tilfeller overta smittevernveiledningen, men ikke behandlingsansvaret for pasienten. Departementet mener det er viktig at dette videreføres slik som i dag.

Smittevernet består av en balanse mellom individenes frihet og samfunnets behov for beskyttelse mot smittsomme sykdommer. Personer som er smittet med allmennfarlige, smittsomme sykdommer, har av hensyn til samfunnet noen begrensninger de må forholde seg til inntil de er smittefrie. For å oppnå godt smittevern og forebygge smitte er det etter departementets syn sentralt at både legen og den smittede personen er klar over sine plikter. Det er dessuten avgjørende at en person med allmennfarlig smittsom sykdom følger smittevernveiledning, og at det så langt det er mulig unngås å bruke tvangsinngrep. Det vises også til omtale i Prop. 120 L (2016–2017) om straffeloven § 237, som regulerer i hvilke tilfeller smitteoverføring er straffbart.

Ved stor smittespredning kan det være vanskelig for leger å følge opp pålegget om å gi alle pasienter informasjon og personlig veiledning, og også følge med på om den personlige smittevernveiledningen blir fulgt. Under koronapandemien så man at informasjonen til den smittede kunne gjøres mer effektivt ved at egne TISK-team i kommunene informerte pasientene, samt at digital informasjon ble brukt i stor grad.

Kommuneoverlegen har etter forslaget til ny smittevernlov § 2-2, oppgaver både knyttet til å bistå helsepersonell og til å gi informasjon, opplysninger og råd til befolkningen. Etter § 2-1 andre ledd skal kommunen drive opplysning om smittsomme sykdommer og sørge for at individuelt forebyggende tiltak og andre tiltak etter smittevernloven blir satt i verk. Dette tilsier at kommuneoverlegen på eget initiativ kan overta deler av oppgaven fra behandlende lege når det er svært mange smittede, og sørge for at den enkelte får informasjon og personlig smittevernveiledning for eksempel fra et kommunalt team.

Departementet foreslår derfor å tydeliggjøre i ny smittevernlov § 4-3 sjette ledd at kommunen eller kommuneoverlegen kan bestemme at kommuneoverlegen skal overta ansvaret for å gi informasjon og smittevernveiledning, uavhengig av om andre leger har gitt individuell smittevernveiledning og uten at er grunn til å anta at smittede ikke følger smittevernrådene som er gitt. Departementet mener at dette bør gjelde ved samfunnskritisk sykdom, jf. forslag til ny smittevernlov § 1-3. Forslaget er et av flere for å tydeliggjøre kommuneoverlegens adgang til å overta ansvaret for håndtering av samfunnskritisk sykdom, se også punkt 13.3.2 og 13.4.2.

Ved samfunnskritisk sykdom vil det ofte ikke være hensiktsmessig med omfattende journalføring av personlig smitteveiledning til alle smittede. Departementet foreslår derfor at den utvidede journalføringsplikten etter bestemmelsens femte ledd ikke gjelder i disse situasjonene.

Departementet foreslår i tillegg å innta i ny smittevernlov § 4-3 fjerde ledd at behandlende lege skal underrette kommuneoverlegen uten hinder av lovbestemt taushetsplikt dersom legen ikke er i stand til å oppfylle plikten til å gi personlig smittevernveiledning. Det vil også være et vilkår at hensynet til smittevernet krever det. Dette er tilsvarende regel som i dagens bestemmelse om legens plikt til smitteoppsporing, som også foreslås videreført i ny smittevernlov § 4-2, jf. punkt 13.4 i høringsnotatet. Forslaget skiller ikke mellom årsaker til at legen ikke er i stand til å utføre plikten til smittevernveiledning, men departementet antar at det i hovedsak vil dreie seg om tilfeller med svært mange smittede eller der den smittede unnlater å møte opp til konsultasjon.

Departementet mener at de foreslåtte endringene vil understøtte kommuneoverlegens mulighet til å håndtere store smitteutbrudd og samfunnskritisk sykdom på en god måte, og bidra til nødvendig oversikt over smittede og behovet for bistand.

13.6 Unntak fra taushetsplikt

13.6.1 Gjeldende rett

Smittevernloven § 2-2 lyder:

«§ 2-2. *Unntak fra taushetsplikt*

Legen skal så langt råd er søke å oppnå samtykke fra en smittet person når det av hensyn til smittevernet er behov for å gi videre opplysninger underlagt taushetsplikt og det er overveiende sannsynlig at det er eller har vært fare for overføring av en allmennfarlig smittsom sykdom.

Er det ikke mulig å oppnå samtykke fra den smittede, kan det gis opplysninger om smittestatus og andre nødvendige opplysninger uten hinder av lovbestemt taushetsplikt. Legen kan gi opplysningene til

a. helsepersonell som har ansvar for oppfølging av pasienten eller som har ansvar for at annet personell, andre pasienter eller besøkende ikke smittes, når det er overveiende sannsynlig at helsepersonellet, pasientene eller de besøkende er i fare for å få overført en allmennfarlig smittsom sykdom,

b. den som med overveiende sannsynlighet er i fare for å få overført en allmennfarlig smittsom sykdom,

c. den som med overveiende sannsynlighet har vært i fare for å få overført en allmennfarlig smittsom sykdom, når opplysningene kan motvirke at sykdommen blir overført til andre, eller er avgjørende for å kunne begynne medisinsk behandling av den smitteutsatte, eller

d. den som med overveiende sannsynlighet har vært i fare for å få overført en allmennfarlig smittsom sykdom fordi den smittede har opptrådt klanderverdig.

Dersom det er åpenbar fare for overføring etter annet ledd bokstav b, skal opplysningene gis, med mindre legen vet at en annen lege gir opplysningene.

Er legen i tvil om opplysninger bør gis etter andre ledd, kan legen forelegge spørsmålet for kommunelegen til uttalelse. Nekter legen å gi opplysninger, kan den som ønsker opplysninger etter andre ledd, eller kommunelegen forelegge spørsmålet for statsforvalteren, som kan bestemme at opplysningene skal gis.

Når opplysninger gis med hjemmel i andre ledd, skal legen informere den smittede skriftlig om at opplysningene er gitt.

Når vilkårene i første og andre ledd er oppfylt, kan en tannlege, jordmor eller sykepleier gi nødvendige opplysninger til den smittede personens lege eller til kommunelegen.

Helsepersonell som mottar opplysninger etter denne paragrafen, har samme taushetsplikt som den som gir opplysningene.

Når det er nødvendig for iverksetting av tiltak eller for oversikt og kontroll i forbindelse med smittsomme sykdommer, kan kommunelegen, statsforvalteren, Helsedirektoratet, Statens helsetilsyn og Folkehelseinstituttet kreve opplysninger fra offentlige kilder eller privat helse- og omsorgstjeneste uten hinder av lovbestemt taushetsplikt. Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet kan i en smittesituasjon behandle opplysninger samlet inn etter dette ledd i samsvar med helseberedskapsloven § 2-4.»

Bestemmelsen er en unntaksbestemmelse fra hovedregelen om taushetsplikt for helsepersonell, jf. helsepersonelloven § 21. Bestemmelsens siste ledd er nærmere omtalt i punkt 23.5.

13.6.2 Departementets vurderinger og forslag

Departementet mener at det er nødvendig å videreføre en hjemmel om unntak fra taushetsplikt for helsepersonell, og at opplistingen av situasjoner hvor opplysninger kan gis, er hensiktsmessig. Hovedregelen er at samtykke skal være forsøkt oppnådd. Departementet foreslår derfor å videreføre bestemmelsens første til syvende ledd i ny smittevernlov § 4-4, kun med enkelte språklige justeringer.

For omtale av åttende ledd vises det til punkt 23.5 om unntak for taushetsplikt og utbruddsregistre. Innholdet i bestemmelsen videreføres med noen språklige justeringer og klargjøringer.

13.7 Meldingsplikt for leger. Varslingsplikt for sykepleiere og jordmødre

13.7.1 Gjeldende rett

Smittevernloven § 2-3 lyder:

«§ 2-3 *Meldingsplikt for leger. Varslingsplikt for sykepleiere og jordmødre*

En lege som oppdager en smittet person, har meldingsplikt etter forskrifter gitt i medhold av fjerde ledd uten hinder av lovbestemt taushetsplikt. En lege, sykepleier, jordmor eller tannlege som i sin virksomhet oppdager en smittet person har varslingsplikt etter forskrifter gitt i medhold av fjerde ledd, uten hinder av lovbestemt taushetsplikt.

Den som etter første ledd mottar opplysninger undergitt taushetsplikt, har samme taushetsplikt som dem som gir opplysningene.

Når helsepersonell nevnt i bestemmelsen i første ledd, gir en melding eller varsel som identifiserer en person, skal det gis informasjon til den opplysningene angår, om hvem som er mottaker og hva opplysningene skal brukes til.

Kongen i Statsråd kan gi forskrifter om behandling av helseopplysninger, herunder om bruk av navn, fødselsnummer eller andre personidentifiserende kjennetegn i samsvar med helseregisterloven. Forskriftene skal angi formålet med behandlingen av opplysningene, og hvilke smittsomme sykdommer som skal meldes eller varsles. Kongen i Statsråd kan også gi forskrifter om meldingsplikt for bivirkninger av forebyggende tiltak, og om undersøkelse, behandling og andre tiltak etter loven. Kongen kan gi nærmere bestemmelser om hvem som skal melde eller varsle, og om formkrav, meldingsskjemaer og frister for meldingene og varslene, herunder om hvem som kan eller skal motta meldinger og varsler.

Uten samtykke fra departementet kan verken private eller offentlige sette i verk meldingsordninger for smittsomme sykdommer hos mennesker. Dette gjelder ikke interne systemer.

Ved utbrudd av allmennfarlig smittsom sykdom, eller når det er fare for slikt utbrudd, og når det er nødvendig av hensyn til smittevernet, kan Helsedirektoratet med øyeblikkelig virkning pålegge personer som nevnt i første ledd midlertidige meldings- og varslingsplikter som fraviker fra forskrifter etter fjerde ledd uten hinder av lovbestemt taushetsplikt.»

Bestemmelsen gir unntak fra hovedregelen om taushetsplikt, for å oppstille en melde- og varslingsplikt.

Forskrifter som er hjemlet blant annet i bestemmelsens fjerde ledd, er:

- Forskrift 20. juni 2003 nr. 739 om innsamling og behandling av helseopplysninger i Nasjonalt vaksinasjonsregister (SYSVAK-registerforskriften)
- forskrift 20. juni 2003 nr. 740 om Meldingssystem for smittsomme sykdommer (MSIS-forskriften)

- forskrift 14. november 2003 nr. 1353 om innsamling og behandling av helseopplysninger i Norsk overvåkningssystem for resistens hos bakterier, sopp og virus (resistensregisterforskriften)
- forskrift 4. februar 2005 nr. 80 om tapping, testing, prosessering, oppbevaring, distribusjon og utlevering av humant blod og blodkomponenter og behandling av helseopplysninger i blodgiverregistre (blodforskriften)
- forskrift 17. juni 2005 nr. 611 om Norsk overvåkingssystem for antibiotikabruk og helsetjenesteassosierte infeksjoner (NOIS-registerforskriften)
- forskrift 21. desember 2007 nr. 1573 om varsling av og tiltak ved alvorlige hendelser av betydning for internasjonal folkehelse mv. (IHR-forskriften)
- forskrift 13. februar 2009 nr. 205 om tuberkulosekontroll

13.7.2 Departementets vurderinger og forslag

Departementet mener fortsatt at helsepersonell skal ha plikt til å melde og varsle i henhold til forskriftene gitt i medhold av gjeldende smittevernlov § 3-2, og foreslår å videreføre bestemmelsene i ny smittevernlov § 4-5.

Departementet mener fortsatt at det kun er leger som skal ha meldingsplikt som del av det epidemiologiske overvåkningssystemet regulert av forskrift om Meldingssystem for smittsomme sykdommer (MSIS-forskriften). Formålet med melding til Meldingssystemet er å overvåke smittsomme sykdommer. Sykepleiere, jordmødre og tannleger, i tillegg til leger, har varslingsplikt etter samme forskrift. Formålet med varsling er å kunne iverksette smitteverntiltak umiddelbart for å motvirke overføring av smitte og dermed forebygge flere smittetilfeller.

Departementet viser til at skillet mellom begrepene i lovbestemmelsen bygger på begrepsbruken i MSIS-forskriften, uten at det fremgår klart av loven hvordan melding skiller seg fra varsling. Departementet ser at det kan være uheldig å knytte begrepsbruken i lovbestemmelsen til begrepsbruken i en spesifikk forskrift, da det er flere forskrifter som er hjemlet i bestemmelsen. Departementet vil også vurdere å forenkle beskrivelsen i bestemmelsens fjerde ledd om hva som kan forskriftsfestes, uten å foreslå materielle endringer. Departementet ber om høringsinstansene syn på behovet for å endre ordlyden.

Departementet foreslår videre å endre tittelen på bestemmelsen, da varslingsplikten ble utvidet til å også gjelde for gjelder for leger og tannleger i tillegg til sykepleiere og jordmødre ved endring 1. juli 2019, jf. Prop. 91 L (2018-2019).

Videre mener departementet at Helsedirektoratets myndighet i bestemmelsens sjette ledd bør flyttes til departementet, ettersom det gis adgang til å fravike forskrifter. Det vises til at forskriftene gitt av Kongen i statsråd etter fjerde ledd gjelder behandling av helseopplysninger. Det kan ha store personvernkonsekvenser for den enkelte pasient dersom helsepersonellet nevnt i første ledd gis andre meldings- og varslingsplikter enn det som følger av forskrift. I tråd med alminnelig forvaltningsrett kan departementet likevel delegere kompetansen til å pålegge midlertidige meldings- og varslingsplikter til underliggende organer, inkludert Helsedirektoratet.

13.8 Plikt for helsepersonell til å gjennomgå opplæring, følge faglige retningslinjer og gjennomføre tiltak

13.8.1 Gjeldende rett

Smittevernloven § 4-9 lyder:

> «§ 4-9 *Plikt for helsepersonell til å gjennomgå opplæring, følge faglige retningslinjer og gjennomføre tiltak*
>
> Etter pålegg fra kommunestyret har helsepersonell ansatt i kommunen eller som yter helse- og omsorgstjenester på vegne av kommunen, plikt til å gjennomgå nødvendig opplæring for å kunne delta i de særlige oppgaver som smittevernarbeidet krever.
>
> Ved et alvorlig utbrudd av en allmennfarlig smittsom sykdom har helsepersonell som har gjennomgått nødvendig opplæring, plikt til å delta og utføre nødvendige oppgaver i smittevernarbeidet etter kommunestyrets nærmere bestemmelse.
>
> Helsepersonell har plikt til å følge Helsedirektoratets pålegg etter § 7-10 om at en allmennfarlig smittsom sykdom skal forebygges, undersøkes, behandles, eller pleies etter bestemte faglige retningslinjer, eller at undersøkelser eller analyser skal gjøres slik Helsedirektoratet bestemmer eller bare må gjøres av noen som Helsedirektoratet har godkjent.
>
> En lege som er ansatt i kommunen eller som yter helse- og omsorgstjenester på vegne av kommunen, har plikt til å delta i forebyggelse av en allmennfarlig smittsom sykdom og i undersøkelse og behandling av en person som er smittet med en slik sykdom, når det er nødvendig og etter vedtak av kommunestyret.»

13.8.2 Departementets vurderinger og forslag

Helsedirektoratet har i innspill til departementet vurdert at de kommunale myndighetenes adgang til å fatte vedtak om opplæring og oppgaver innenfor smittevernet er viktig både i daglig drift og ved beredskapssituasjon, og at det derfor er behov for bestemmelser om dette. Departementet foreslår å videreføre gjeldende smittevernlov § 4-9 i ny smittevernlov § 4-6. Departementet foreslår enkelte språklige justeringer for at begrepsbruken i lovteksten skal være i samsvar med gjeldende kommunelov.

Se spesielle merknader til ny smittevernlov § 4-6 for nærmere omtale av hva videreføring av gjeldende rett innebærer.

14 Rett til smittevernhjelp og plikter for smittede personer

14.1 Oppsummering av forslag i kapittelet

Departementet foreslår i all hovedsak å videreføre bestemmelsene om rett til smittevernhjelp, plikter for smittede og plikt til å gjennomføre undersøkelser, inkludert

- retten til nødvendig smittevernhjelp for enhver som er smittet eller anses å være i fare for å bli smittet med en allmennfarlig smittsom sykdom

- plikt for de som er smittet med en allmennfarlig smittsom sykdom til å gi beskjed til og oppsøke lege, gi opplysninger om smittevei og ta imot og følge personlig smitteveiledning. Overtredelse kan ikke straffes, av hensyn til at enkelte av den grunn ikke oppsøker helsehjelp.
- hjemmel til å forby smittede å utføre arbeid eller delta i undervisning
- hjemmel til å pålegge hele eller grupper av befolkningen å gjennomgå blodprøvetaking, eller andre tilsvarende undersøkelser som er medisinskfaglig forsvarlig og kan gjøres uten fare
- hjemmel for plikt til å gjennomgå undersøkelse for arbeids- eller utdanningssøkere, arbeidstakere, innleide arbeidstakere, oppdragstakere, skoleelever eller studenter, og personer som skal oppholde seg i Norge som ledd i kulturutveksling, frivillig arbeid eller lignende
- hjemmel for en helseinstitusjon til å kreve at en pasient skal la seg forhåndsundersøke når det gjelder en smittsom sykdom, før det blir foretatt en diagnostisk utredning, og før pasienten får behandling eller pleie
- hjemmel for plikt for gravide til å avgi blodprøve eller gjennomgå nødvendig undersøkelse som kan gjøres uten fare
- hjemmel for forskrifter om gjennomføring av befolkningsundersøkelser og forhåndsundersøkelser
- hjemmel for forskrift om at tjenester eller tiltak etter loven skal være uten kostnad for den som er smittet eller er i fare for å bli smittet med en smittsom sykdom

Departementet foreslår følgende endringer:

- Departementet kan i forskrift gjøre unntak fra smittedes plikt til å gi beskjed til lege, oppsøke lege for undersøkelse og gi opplysninger om hvor smitten stammer fra eller kan være ført videre. Unntak kan gjøres når smitten er så utbredt i samfunnet at det ikke er formålstjenlig at pliktene gjelder.
- Presisere at departementet kan vedta forskrifter om saksbehandling og klage ved vedtak om å forby en smittet person med en allmennfarlig smittsom sykdom å utføre arbeid eller delta i undervisning.
- Departementet kan i forskrift vedta at helseinstitusjoner har adgang til å fastsette krav om forhåndsundersøkelse som rutine for alle pasienter.

14.2 Innledning

I dette kapittelet drøfter departementet behovet for å videreføre eller justere bestemmelser om rett til smittevernhjelp, plikter for smittede og plikter til undersøkelse som i dag er regulert i smittevernlovens kapitler 3, 4, 5 og 6.

14.3 Rett til smittevernhjelp

14.3.1 Gjeldende rett

Smittevernloven § 6-1 lyder:

> «§ 6-1 *Rett til smittevernhjelp*
>
> Enhver har rett til nødvendig smittevernhjelp. Smittevernhjelp er å anse som en del av retten til nødvendige helse- og omsorgstjenester, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 a første og annet ledd og § 2-2.
>
> Den som etter en faglig vurdering anses å være i fare for å bli smittet med en allmennfarlig smittsom sykdom, har rett til nødvendig smittevernhjelp i form av vaksinasjon, informasjon og annen nødvendig forebyggende hjelp.
>
> En smittet person med en allmennfarlig smittsom sykdom har rett til nødvendig smittevernhjelp, herunder medisinsk vurdering og utredning (diagnostikk), behandling og pleie.
>
> Den som søker smittevernhjelp eller dens pårørende som mener denne bestemmelsen er brutt, kan klage til statsforvalteren i det fylket hvor vedkommende mener feil er begått. Klagen sendes til den som har truffet enkeltvedtaket eller avgjørelsen.
>
> Departementet kan gi forskrifter til utfylling av denne bestemmelsen.»

Retten til nødvendig smittevernhjelp etter første ledd er en samlebetegnelse på den retten til nødvendige helse- og omsorgstjenester fra kommuner og den offentlige spesialisthelsetjenesten som allerede følger av pasient- og brukerrettighetsloven. Rett til forsvarlig helsehjelp er en av flere relevante rettigheter for den enkelte. Hvilke tiltak som tilbys innenfor denne rammen kan være begrenset av tilhørende regelverk for prioritering mv. Det kan likevel være slik at retten til nødvendig smittevernhjelp kan være noe mer enn det som regnes som nødvendig helsehjelp, som følge av at hensynet til smittevern også skal vektlegges. Dette kan være for eksempel dreie seg om tilfeller der den medisinske behandlingen i seg selv ikke fører til at smittefaren faller bort, eller der det er nødvendig med tilrettelegging som alternativ til bruk av tvang. I praksis vil smittevernhjelpen oppfylles gjennom eksisterende tjenester fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten eller den offentlige spesialisthelsetjenesten.

Det må gjøres en konkret vurdering i det enkelte tilfellet av hva som anses som nødvendig smittevernhjelp. Det skal tas hensyn til forsvarlighet og behov for øyeblikkelig hjelp. Samfunnsmessige hensyn må vektlegges slik at videre smittespredning unngås. I tillegg kan det være et viktig moment i hvilken grad potensielt kostbare komplikasjoner av sykdommen kan unngås. Det er hensynet til smittevernet, herunder samfunnshensyn, forebygging av smittsomme sykdommer og adgangen til å bruke tvangsmidler, som begrunner en særregulering av retten til smittevernhjelp.

Andre ledd fastlegger at personer som ikke er smittet skal ha rett til forebyggende hjelp dersom de er i fare for å bli smittet av en allmennfarlig smittsom sykdom. Faren for å få overført smitte må representere noe mer enn den alltid tilstedeværende fare for å bli utsatt

for overføring av smittestoff, som naturlig følger av å være en del av et menneskelig og sosialt fellesskap. Det er likevel meningen at kravet til fare skal være forholdsvis lavt.

Etter tredje ledd er medisinsk vurdering og utredning (diagnostikk), behandling og pleie eksempler på hva som kan være nødvendig smittevernhjelp for de som er smittet (påvist smittet eller antatt smittet). Forarbeidene omtaler også at nødvendig smittevernhjelp kan bestå i nødvendig hjelp eller bistand til bolig, utdanning eller arbeid for vanskeligstilte som står i fare for å få overført eller overføre en allmennfarlig smittsom sykdom. For en person som bruker intravenøse rusmidler, vil for eksempel tilbud om behandling eller rehabilitering kunne utgjøre en avgjørende smittevernhjelp.

Det er ikke gitt forskrifter med hjemmel i fjerde ledd.

Bestemmelsen om rett til smittevernhjelp må ses i sammenheng med departementets hjemmel i § 6-2 til å gi forskrifter om at tjenester skal være uten kostnad for den som er smittet eller er i fare for å bli smittet med en smittsom sykdom. Rett til smittevernhjelp vil ikke nødvendigvis innebære at vedkommende har krav på at smittevernhjelpen stilles til disposisjon uten vederlag. Det er imidlertid grenser for hvor langt eller omfattende det kan kreves betaling for smittevernhjelp uten at hovedbegrunnelsen for rettighetsfesting av smittevernhjelpen blir undergravet.

14.3.2 Departementets vurderinger og forslag

Bestemmelsene om smittevernhjelp og den utdypende omtalen i forarbeidene gir god veiledning om rettigheter og relevante vurderinger til både de som trenger smittevernhjelp og de som har ansvar for å tilby dette. Departementet ser ikke behov for å endre gjeldende rett. Departementet foreslår derfor å videreføre gjeldende smittevernlov § 6-1 om rett til smittevernhjelp i forslag til ny smittevernlov § 5-1.

Se spesielle merknader til ny smittevernlov § 5-1 for nærmere omtale av hva videreføring av gjeldende rett innebærer.

14.4 Plikter for en person som er smittet med en allmennfarlig smittsom sykdom

14.4.1 Gjeldende rett

Smittevernloven § 5-1 lyder:

> «§ 5-1 *Plikter for en person som er smittet med en allmennfarlig smittsom sykdom*
>
> Den som har grunn til å anta at han selv eller noen han har omsorgen for, er smittet med en allmennfarlig smittsom sykdom, skal snarest gi beskjed til lege og oppsøke legen for nødvendig undersøkelse.
>
> En smittet person med en allmennfarlig smittsom sykdom har plikt til å gi nødvendige opplysninger om hvem smitten kan være overført fra. Dersom overføringen kan ha skjedd ved miljøsmitte, f.eks. drikkevann, matvarer eller dyr, har vedkommende også plikt til å opplyse om dette. Dessuten har vedkommende plikt til å opplyse hvem han eller hun selv

kan ha overført smitten til. Opplysningene skal gis til den undersøkende legen eller til kommunelegen.

En smittet person med en allmennfarlig smittsom sykdom har plikt til å ta imot og følge den personlige smittevernveiledningen som legen gir, jf. § 2-1 for å motvirke at sykdommen blir overført til andre og plikt til å la seg isolere dersom det er nødvendig.»

Pliktene etter paragrafen kan ikke gjennomføres med tvang, og overtredelse kan ikke straffes med hjemmel i smittevernloven § 8-1. Det er likevel ikke til hinder for at brudd på de strengere bestemmelsene om tvungen undersøkelse eller isolering kan straffes med hjemmel i § 8-1, eller at det ilegges straff etter straffeloven §§ 237 og 237 a ved henholdsvis smitteoverføring og grov smitteoverføring.

Plikten etter andre ledd om å gi informasjon om hvem smitten er overført fra eller til, er begrunnet med behovet for å muliggjøre aktiv smitteoppsporing.

Tredje ledd fastslår en rettslig plikt for en smittet til å motta den informasjon som den undersøkende eller den behandlende legen har plikt til å gi. Bestemmelsen er begrunnet i at den kan bidra til å lette legens informasjon og markere det uakseptable i at enkelte forholder seg aktivt uvitende på dette området. Ifølge Ot.prp. nr. 91 (1992-1993) vil det mest nærliggende tiltaket for en lege som opplever at en smittet unndrar seg å få nødvendige veiledning, være «å varsle kommunelegen som så må bruke sine ressurser og sin autoritet til å overta smittevernarbeidet omkring den aktuelle personen».

14.4.2 Departementets vurderinger og forslag

Departementet mener at lovpålagt plikt til å oppsøke lege, gi opplysninger om smittevei og ta imot personlig smitteveiledning kan bidra til at smittede kommer i kontakt med helse- og omsorgstjenesten og får smittevernhjelp. Dette gjelder selv om overtredelse etter gjeldende smittevernlov ikke er straffesanksjonert. Dette kan i sin tur lede til en mer effektiv smitteoppsporing. Det er også et selvstendig formål at loven gir et sterkt signal om at samfunnet forventer at smittede medvirker til å forhindre videre smitte. Departementet foreslår derfor å videreføre gjeldende smittevernlov § 5-1 i forslag til ny smittevernlov § 5-2. Se spesielle merknader til ny smittevernlov § 5-2 for nærmere omtale av hva videreføring av gjeldende rett innebærer.

I enkelte situasjoner kan en individuell plikt til å oppsøke lege og gi informasjon om smittevei være lite hensiktsmessig. Under covid-19 pandemien fikk befolkningen mye informasjon fra helseforvaltningen og kommunene om hvordan de skulle opptre ved eventuell smitte. Både testing, informasjon om karantene og isolasjon samt smitteoppsporing ble delegert til egne sentra. I denne situasjonen var det ikke hensiktsmessig at alle som mistenkte at de var smittet, oppsøkte lege. Det er ikke usannsynlig at en tilsvarende situasjon kan oppstå i fremtiden. Departementet foreslår derfor et nytt fjerde ledd med hjemmel for departementet til i forskrift å gjøre unntak fra pliktene etter første og andre ledd til å gi beskjed til lege, oppsøke lege for undersøkelse og gi opplysninger om hvor smitten stammer fra eller kan være ført videre. Unntak kan gjøres når smitten er så utbredt i samfunnet at det ikke er formålstjenlig at pliktene gjelder.

14.5 Forbud mot utførelse av arbeid mv.

14.5.1 Gjeldende rett

Smittevernloven § 4-2 hjemler forbud mot at personer som er smittet med en allmennfarlig smittsom sykdom kan utføre arbeid eller delta i undervisning, og lyder slik.

> «§ 4-2 *Forbud mot utførelse av arbeid mv.*
>
> En smittet person med en allmennfarlig smittsom sykdom som gjennom sitt arbeid eller ved deltagelse i undervisning er en alvorlig fare for overføring av smitte til andre, kan forbys å utføre dette arbeidet eller delta i undervisningen for opptil tre uker dersom hensynet til smittevernet krever det. Ved nytt vedtak kan forbudet forlenges med opptil tre uker.
>
> Vedtak etter første ledd skal gjøres av kommunelegen sammen med vakthavende infeksjonsmedisinske overlege ved sykehus i helseregionen.
>
> Statsforvalteren avgjør klage over vedtak. Når legene som skal gjøre vedtak etter andre ledd er uenige, skal statsforvalteren delta i avgjørelsen. Helsedirektoratet avgjør klagen når statsforvalteren har vært med i første instans. En klage har ikke utsettende virkning på iverksetting av vedtak etter denne paragrafen.
>
> Når smittede personer gjennom sitt arbeid eller ved deltagelse i undervisning kan utgjøre en alvorlig fare for overføring av smitte til andre, kan departementet i forskrift fastsette at det skal være forbudt for smittede personer å utføre et bestemt arbeid eller deler av det eller delta i undervisning.»

Det er med hjemmel i fjerde ledd forskriftsfestet forbud mot at smitteførende personer med nærmere bestemte antibiotikaresistente sykdomsfremkallende bakterier arbeider (tiltrer eller gjeninntrer) i helseinstitusjon, se forskrift om antibiotikaresistente bakterier § 7.

14.5.2 Departementets vurderinger og forslag

Verken Koronakommisjonen eller Koronautvalget har merknader til bestemmelsen.

Departementet foreslår å videreføre smittevernloven § 4-2 i ny smittevernlov § 5-3, med en presisering av at departementet kan fastsette forskrifter om saksbehandling og klage. Se spesielle merknader til ny smittevernlov § 5-3 for nærmere omtale av hva videreføring av gjeldende rett innebærer.

Forbud etter § 4-2 første ledd kan nedlegges når en smittet person «gjennom sitt arbeid eller ved deltagelse i undervisning» er en alvorlig fare for overføring av smitte til andre og «hensynet til smittevernet krever det». Dette innebærer at forbud bare kan nedlegges mot fysisk tilstedeværelse. Det påligger arbeidsgiver og utdanningsinstitusjonen å vurdere hensiktsmessige tilpasninger som gjør det mulig for den smittede å gjennomføre arbeid eller undervisning digitalt.

Fjerde ledd innebærer at departementet i forskrift kan gi et generelt forbud mot at en nærmere definert gruppe av smittede personer arbeider eller deltar i undervisning, for eksempel knyttet til en konkret allmennfarlig smittsom sykdom som tuberkulose eller

antibiotikaresistente bakterier. Forbudet vil i så fall kunne gjelde for enkeltpersoner som oppfyller forskriftens vilkår, uten at det fattes enkeltvedtak. Omtalen i forarbeidene tilsier imidlertid at det også for forskriftsfestede forbud forutsettes et enkeltvedtak basert på en konkret vurdering av den enkeltes arbeidsoppgaver og faren for andre. Dette er også den løsningen som er valgt i forskrift om antibiotikaresistente bakterier, hvor § 7 bestemmer at helseinstitusjonens ledelse skal fatte enkeltvedtak og § 8 gir regler om klage. Departementet foreslår derfor å presisere i fjerde ledd at departementet kan gi forskrifter om saksbehandling og klage.

Helsedirektoratet har i sin anbefaling til departementet tatt opp behovet for å vurdere endringer i vilkårene for å få sykepenger etter folketrygdloven § 8-4. Etter bestemmelsens første ledd kan sykepenger ytes til «den som er arbeidsufør på grunn av en funksjonsnedsettelse som klart skyldes sykdom eller skade». Personer som er antatt smittet oppfyller ikke kravet om klar sykdom. For at disse skal kunne få sykepenger, må det etter bestemmelsens andre ledd bokstav f vedtas forbud mot utøvelse av arbeid etter smittevernloven § 4-2. Helsedirektoratet peker på at de aller fleste trolig vil ønske en sykemelding snarere enn et forbud mot utøvelse av arbeid. Det finnes hjemler til å utvide retten til sykepenger i krise. I folketrygdloven § 25-16 er Kongen i statsråd gitt hjemmel til å utvide trygdens ansvar for å utbetale ytelser etter folketrygdloven ved utbrudd eller fare for utbrudd av allmennfarlig smittsom sykdom. På samme vilkår kan Kongen i statsråd etter § 25-16 andre ledd bokstav b fastsette forskrift om rett til sykepenger etter § 8-4 for personer som har eller kan antas å ha en smittsom sykdom. Hjemmelen ble brukt under koronapandemien, men det er ikke gitt forskrift om utvidet rett til sykepenger for andre smittsomme sykdommer. Helsedirektoratet mener at det kan være behov for at også antatt smittede som ikke har en allmennfarlig smittsom sykdom kan få sykemelding. Smittsomme sykdommer kan eksempelvis også ha lav risiko for utbredelse, men høy risiko for den enkelte smittede, noe som gjør at det er nødvendig å sikre at videre smitte ikke kan skje. Departementene vil vurdere behovet for endringer av folketrygdloven i annen sammenheng.

14.6 Forskrifter om undersøkelse av befolkningen

14.6.1 Gjeldende rett

Smittevernloven § 3-1 lyder:

> «§ 3-1 *Forskrifter om undersøkelse av befolkningen*
>
> Dersom det er avgjørende for å kunne bedømme hvilke forebyggende tiltak eller undersøkelses-, behandlings- eller pleietiltak som er nødvendige for å forebygge en smittsom sykdom eller motvirke at den blir overført, kan departementet i forskrift fastsette plikt for befolkningen eller grupper av den til å gjennomgå blodprøvetaking, eller andre tilsvarende undersøkelser som er medisinskfaglig forsvarlig og kan gjøres uten fare.
>
> Er den smittede under 16 år eller en person over 16 år som på grunn av sinnslidelse, andre psykiske forstyrrelser, senil demens, psykisk utviklingshemming eller legemlig funksjonshemming ikke kan ivareta sine anliggender, skal den som har omsorgen for den smittede, medvirke til at vedkommende oppfyller pliktene etter første ledd.»

Det er gitt bestemmelser om plikt til å gjennomføre tuberkuloseundersøkelse i tuberkuloseforskriften kapittel 3. I smittevernloven § 3-9 gis det hjemmel til å fastsette forskrifter om den nærmere gjennomføringen av undersøkelser.

14.6.2 Departementets vurderinger og forslag

Undersøkelser av befolkningen og masseundersøkelser kan være et svært viktig tiltak ved større smittehendelser, og det er viktig å kunne legge til rette for effektiv organisering og gjennomføring av slik testing. Departementet foreslår derfor å videreførende gjeldende smittevernlov § 3-1 i forslag til ny smittevernlov § 5-4, likevel slik at betegnelsen «en person over 16 år som på grunn av sinnslidelse, andre psykiske forstyrrelser, senil demens, psykisk utviklingshemming eller legemlig funksjonshemming ikke kan ivareta sine anliggender», endres til «en person over 16 år som ikke uten bistand er i stand til å oppfylle pliktene etter første ledd». Se begrunnelse og tilsvarende forslag i punkt 13.5.2. Se spesielle merknader til ny smittevernlov § 5-4 for nærmere omtale av hva videreføring av gjeldende rett innebærer.

Etter Helsedirektoratets oppfatning kan det være grunn til å vurdere om det bør være hjemmel til å gi forskrifter med unntak fra eller nærmere bestemmelser om forhold som reguleres i annet regelverk enn smittevernloven, for eksempel helsepersonells dokumentasjonsplikt. Departementet vil komme tilbake til dette i forbindelse med annet forskriftsarbeid i oppfølgingen av forslaget til ny smittevernlov.

Gjeldende smittevernlov § 7-1 femte ledd bestemmer at kommunen, ved iverksetting av tiltak etter § 3-1 om undersøkelse av befolkningen, mot vederlag kan bruke og om nødvendig skade andres eiendom. Departementet foreslår å videreføre denne bestemmelsen i ny smittevernlov § 5-4.

14.7 Undersøkelse av arbeidstakere og personer under utdanning mv.

14.7.1 Gjeldende rett

Smittevernloven § 3-2 lyder:

> «§ 3-2 *Forhåndsundersøkelse av arbeids- og utdanningssøkere, undersøkelse av arbeidstakere og personer under utdanning mv.*
>
> Departementet kan, når hensynet til smittevernet krever det, og dersom smittede personer kan utgjøre alvorlig fare for overføring av smittsom sykdom i sitt arbeid eller virke, gi forskrift om plikt til å gjennomgå undersøkelse som nevnt i § 3-1 for
>
> a. arbeids- eller utdanningssøkere før ansettelse eller opptak,
> b. arbeidstakere, innleide arbeidstakere, oppdragstakere, skoleelever eller studenter, og
> c. personer som skal oppholde seg i Norge som ledd i kulturutveksling, frivillig arbeid eller lignende.»

Det er gitt bestemmelser med påbud om undersøkelser i tuberkuloseforskriften § 3-1 og forskrift om antibiotikaresistente bakterier § 4.

Arbeidsmiljøloven § 9-4 første ledd regulerer når arbeidsgiver kan kreve at det skal foretas medisinske undersøkelser av arbeidssøkere eller arbeidstakere, se nærmere omtale i høringsnotatets punkt 20.3.4.

14.7.2 Departementets vurderinger og forslag

Departementet foreslår at gjeldende smittevernlov § 3-2 videreføres i forslag til ny smittevernlov § 5-5. Se spesielle merknader til ny smittevernlov § 5-5 for nærmere omtale av hva videreføring av gjeldende rett innebærer.

14.8 Forhåndsundersøkelse av pasienter

14.8.1 Gjeldende rett

Smittvernloven § 3-3 lyder:

> «§ 3-3 Forhåndsundersøkelse av pasienter
>
> En helseinstitusjon kan kreve at en pasient skal la seg forhåndsundersøke når det gjelder en smittsom sykdom, før det blir foretatt en diagnostisk utredning, og før pasienten får behandling eller pleie. En slik undersøkelse kan ikke fastsettes som rutine for alle pasienter og kan ikke omfatte endoskopi, biopsi, spinalpunksjon eller andre lignende undersøkelser/inngrep.
>
> Forhåndsundersøkelse kan kreves bare når en slik sykdom vil forårsake ekstraordinære forebyggende tiltak av hensyn til faren for overføring til andre pasienter eller til personale, og såfremt tiltakene kan gi vesentlig større sikkerhet mot smitteoverføring eller bety en vesentlig lettelse eller besparelse for helse- og omsorgstjenesten.
>
> Forhåndsundersøkelse etter første ledd må ikke føre til at behandlingen av pasienten blir alvorlig forsinket, eller til at han eller hun blir utsatt for fare eller urimelig ulempe.
>
> Vedtak om forhåndsundersøkelse kan påklages til statsforvalteren.»

Bestemmelsen gir ikke hjemmel til å bruke tvang for å gjennomføre undersøkelsene. De som blir pålagt å la seg undersøke, kan derfor unngå kravet mot å akseptere et behandlingsalternativ som innebærer mindre fare for smitteoverføring.

Bestemmelsen gir ikke hjemmel til å innføre rutinemessig testing av alle innlagte pasienter.

Departementet har i § 3-9 hjemmel til i forskrift å fastsette nærmere regler om blant annet hvilke indikasjoner som må foreligge, gjennomføringen mv.

14.8.2 Departementets vurderinger og forslag

Departementet foreslår i hovedsak å videreføre gjeldende smittevernlov § 3-3 om helseinstitusjoners adgang til å kreve forhåndsundersøkelse i ny smittevernlov § 5-6, med tillegg av hjemmel for departementet til i forskrift å fastsette krav om rutinemessig

forhåndsundersøkelse for alle pasienter. Se spesielle merknader til ny smittevernlov § 5-6 for nærmere omtale av hva videreføring av gjeldende rett innebærer.

Gjeldende § 3-3 gir ikke adgang til rutinemessig forhåndsundersøkelse av pasienter. Hvert enkelt tilfelle må vurderes konkret.

Forhåndsundersøkelse av pasienter kan ha flere formål. Et formål er å oppdage smitte hos en pasient slik at utvidede smitteverntiltak kan iverksettes for å hindre videre smitte fra pasienten. Et annet formål er å oppdage smitte hos en pasient slik at pasienten selv kan ivaretas på best mulig måte, for eksempel ved å utsette kirurgi eller annen type behandling dersom infeksjonen kan være forbundet med økt fare for komplikasjoner.

Bruk av forhåndsundersøkelse er viktig blant annet for å holde forekomsten av multiresistente bakterier så lav som mulig i norske sykehus. Det er derfor et krav om forhåndsundersøkelse for MRSA etter innleggelse eller behandling i utlandet. Ettersom undersøkelsen ikke er en rutine for alle pasienter og den ikke vil føre til at behandlingen blir alvorlig forsinket, oppfyller den vilkårene i smittevernloven § 3-3. Testen er enkel, og man får vanligvis et svar raskt slik at en eventuell utredningstime eller behandling normalt ikke vil bli vesentlig forsinket. Dersom undersøkelsen eller behandlingen haster, kan den gjennomføres med ytterligere smittevernstiltak i påvente av prøvesvaret.

Før forskjellige typer medisinsk og kirurgisk helsehjelp gjennomgår vanligvis pasientene en undersøkelse for å vurdere om de er i god nok form til å gjennomgå behandlingen. Det er i en slik undersøkelse alltid risiko for at en person kan være smittet med en sykdom som man ikke klarer å avdekke før behandlingen, men som kan øke risikoen forbundet med den aktuelle behandlingen. Under kronapandemien var man bekymret for at pasienter kunne være smittet med covid-19 uten å ha utviklet symptomer, og at dette kunne forverre det postoperative forløpet, spesielt ved inngrep i luftveiene. Når smitten var så utbredt som den tidvis var, kunne man vurdere om en forhåndsundersøkelse for covid-19 som rutine, var et nødvendig og godt tiltak for å beskytte pasienten. Departementet mener at det i et slikt tilfelle kan argumenteres for at forsvarlighetskravet er viktigere enn pasientens rett til å slippe rutinemessig forhåndsundersøkelse.

Departementet foreslår på denne bakgrunn å moderere forbudet mot å iverksette rutinemessig forhåndsundersøkelse, ved at departementet i ny smittevernlov § 5-6 gis hjemmel til å vedta i forskrift at helseinstitusjoner har adgang til å fastsette krav om forhåndsundersøkelse som rutine for alle pasienter.

14.9 Forskrifter om undersøkelse av gravide

14.9.1 Gjeldende rett

Smittevernloven § 3-4 bestemmer at departementet kan gi forskrifter om plikt for gravide til å avgi blodprøve eller gjennomgå nødvendig undersøkelse som kan gjøres uten fare, når formålet med undersøkelsen er å fastslå om det er grunn til å sette i verk tiltak for å motvirke at en allmennfarlig smittsom sykdom blir overført til barna.

Hovedhensynet bak bestemmelsen er å motvirke overføring av en allmennfarlig smittsom sykdom til barnet. De undersøkelsene som det vil være aktuelt å foreta i forbindelse med graviditet, vil først og fremst være undersøkelse av blodprøve eller genitalsekret.

Forskriftshjemmelen har ikke vært benyttet. Gravide ble pålagt obligatorisk undersøkelse av syfilis fra 1947 til 1995 med hjemmel i den nå opphevede kjønnssykeloven.

14.9.2 Departementets vurderinger og forslag

Departementet mener at det kan være grunn til å beholde forskriftshjemmelen selv om den ikke har vært benyttet siden vedtakelsen i 1995. Det kan ikke utelukkes at den epidemiologiske situasjonen kan utvikle seg slik at det igjen kan bli aktuelt å pålegge gravide å gjennomgå undersøkelser for å avdekke allmennfarlig smittsom sykdom som kan skade barnet. Departementet foreslår derfor å videreføre gjeldende smittevernlov § 3-4 i forslag til ny smittevernlov § 5-7.

14.10 Forskrifter om gjennomføring av undersøkelser

14.10.1 Gjeldende rett

Smittevernloven § 3-9 lyder:

«§ 3-9 *Forskrifter om undersøkelser og vaksinasjoner*

Departementet kan gi forskrifter om den nærmere gjennomføringen av smitteverntiltak etter §§ 3-1, 3-2, 3-3, 3-4 og 3-8 andre og tredje ledd, herunder om

a. hvilke grupper av befolkningen som tiltakene skal omfatte, og om fritak,

b. hvem som kan gi fritak, og om tilsyn med gjennomføringen av tiltakene,

c. at enkelte undersøkelser og vaksinasjoner bare må utføres av særskilt godkjent helsepersonell, hvem som kan gi godkjenning, og hvilken opplæring personellet må gjennomgå for å få slik godkjenning,

d. plikt for helsepersonell til å foreta eller medvirke ved undersøkelser og vaksinasjoner,

e. at undersøkelser eller analyser skal gjøres slik Helsedirektoratet bestemmer, og at de må foretas av noen som Helsedirektoratet har godkjent,

f. hvem som skal dekke utgiftene med tiltakene.»

Bestemmelsen gir hjemmel til å fastsette forskrifter om den nærmere gjennomføringen av smitteverntiltak som er påbudt etter andre bestemmelser, blant annet om undersøkelser og vaksinasjon. Fullmakten er generelt utformet, med eksempler på forhold som det kan være aktuelt å regulere. Myndigheten til å gi forskrifter er lagt til departementet, som sammen med underliggende etater rår over den faglige ekspertisen som er nødvendig for å fastsette forskriftene.

14.10.2 Departementets vurderinger

Departementet mener det er nødvendig å videreføre en hjemmel til å gi forskrifter om gjennomføringen av undersøkelser, og at det er hensiktsmessig at loven gir eksempler på

typiske forhold som kan reguleres. Departementet foreslår derfor i all hovedsak å videreføre gjeldende smittevernlov § 3-9 i forslag til ny smittevernlov § 5-8. Se spesielle merknader til ny smittevernlov § 5-8 for nærmere omtale av hva videreføring av gjeldende rett innebærer.

Som følge av at departementet i punkt 12.5.3 ikke foreslår å videreføre hjemmelen for å pålegge personer plikt til å vaksinere seg i gjeldende smittevernlov § 3-8, må hjemmelen til å gi forskrifter i ny § 5-8 kun gjelde undersøkelser. Departementet foreslår derfor å fjerne henvisningene til vaksinasjon i bestemmelsen.

I gjeldende § 3-9 bokstav e gis det hjemmel til å forskriftsfeste at «undersøkelser eller analyser skal gjøres slik Helsedirektoratet bestemmer». Plikter skal følge av forskrift. Loven bør ikke legge opp til en generell ordning hvor Helsedirektoratet gis fullmakt til å utforme og endre plikter uten at dette skjer i forskrifts form og med de prosessuelle kravene som gjelder for forskrifter. Departementet foreslår derfor at hjemmelen presiseres slik at departementet kan forskriftsfeste hvordan undersøkelser eller analyser skal gjøres. Dette er ikke til hinder for at departementet ved behov kan delegere forskriftskompetansen til Helsedirektoratet, eller at Helsedirektoratet kan gi faglige veiledninger og anbefalinger.

14.11 Kostnadsdekning for tjenester og tiltak

14.11.1 Gjeldende rett

Smittevernloven § 6-2 bestemmer at «[d]epartementet kan gi forskrift om at tjenester eller tiltak etter loven skal være uten kostnad for den som er smittet eller er i fare for å bli smittet med en smittsom sykdom».

Bestemmelsen gir hjemmel til å forskriftsfeste en rett til gratis tjenester og tiltak som går lenger enn den rett enhver har etter folketrygdloven og pasient- og brukerrettighetsloven.

Bestemmelsen må ses i sammenheng med gjeldende § 6-1 om rett til helsehjelp.

Det er gitt flere forskrifter om dekning av utgifter med hjemmel i § 6-2. Blant annet gir blåreseptforskriften rett til dekning for utgifter til i legemidler opplistet i forskriften, mens stønadsforskriften bestemmer at pasienter som oppsøker lege for nødvendig undersøkelse, behandling og kontroll for allmennfarlige smittsomme sykdommer ikke skal betale egenandel.

Det følger av spesialisthelsetjenesteloven §§ 5-2 første ledd og 5-5 første ledd, jf. § 2-1 a, at det regionale helseforetaket dekker kostnadene ved gjennomføring av tvangstiltak i spesialisthelsetjenesten etter gjeldende smittevernlov kapittel 5. Dette er aktuelt ved tvungen innleggelse og isolering.

14.11.2 Departementets vurderinger og forslag

Det er behov for hjemmel i smittevernloven for å kunne videreføre forskriftsbestemmelser som fritar de som er smittet med allmennfarlig smittsom sykdom eller smittsom sykdom, fra utgiftene til behandling og undersøkelser.

Motivet for å innføre en utvidelse av retten til gratis ytelser er for det første at allmennfarlige smittsomme sykdommer utgjør en så alvorlig trussel mot den enkeltes helse at personlig økonomi ikke skal hindre noen i å dra nytte av forebyggende tiltak eller å få den undersøkelse, behandling, pleie eller annen omsorg som sykdommen måtte kreve.

Dernest ligger det i de smittsomme sykdommenes natur at viktige samfunnsinteresser kan bli berørt når slike sykdommer får stor utbredelse i befolkningen. For å ivareta samfunnets interesser pålegger loven befolkningen en rekke plikter. Det er rimelig at oppfyllelsen av slike plikter ikke skal belaste den enkelte økonomisk selv om han eller hun kan ha personlig fordel av det tiltaket plikten er knyttet til. Økonomiske forhold bør derfor ikke hindre noen i å bli omfattet av tiltak som kan forebygge utbrudd av en allmennfarlig smittsom sykdom eller motvirke overføring av slike sykdommer i befolkningen.

Departementet ser ikke bort fra at tjenester eller tiltak mot smittsomme sykdommer som ikke blir klassifisert som allmennfarlige, også bør være gratis eller dekkes delvis. Dette kan for eksempel gjelde sykdommer som på grunn av sin natur bør være et offentlig ansvar å iverksette tiltak mot. Et annet eksempel er vaksinasjon mot influensa av personer med nedsatt motstandskraft, blant annet eldre og personer med kroniske sykdommer. Forskriftshjemmelen bør derfor videreføres uendret.

Myndigheten til å gi forskrifter bør også i ny lov legges til departementet, ettersom det er tale om bestemmelser til gunst for de smittede som ikke forutsetter avveininger som bør legges til Kongen. Departementet foreslår på denne bakgrunn å videreføre gjeldende smittevernlov § 6-2 i forslag til ny smittevernlov § 5-9. Se spesielle merknader til ny smittevernlov § 5-9 for nærmere omtale av hva videreføring av gjeldende rett innebærer.

15 Tvangstiltak rettet mot smittede personer

15.1 Oppsummering av forslag i kapittelet

I dette kapittelet foreslår departementet i all hovedsak å videreføre gjeldende bestemmelser om tvangstiltak i ny smittevernlov.

Departementet foreslår at gjeldende bestemmelse om gjennomføring av isolering på sykehus utvides til å omfatte også andre egnede institusjoner i ny smittevernlov § 6-4.

Departementet foreslår at en ny § 6-1 om frivillighet og forholdsmessighet innleder lovens kapittel 6 om tvangstiltak. Frivillig medvirkning fra den tiltaket gjelder skal være forsøkt før det treffes vedtak om tvangstiltak etter dette kapittelet. Tvangstiltak kan ikke brukes når det etter sakens art og forholdene ellers vil være et uforholdsmessig inngrep.

15.2 Innledning

Tvangstiltak er individrettede tiltak. Det kan fattes vedtak om tvang overfor personer smittet med allmennfarlig smittsom sykdom dersom frivillighet ikke oppnås. Vedtak om tvang kan overprøves av retten. Flere av bestemmelsene i smittevernloven kapittel 5 om tvangstiltak ble revidert i 2019. I Prop. 91 L (2018-2019) uttalte departementet:

> «Reglene om bruk av tvang må utformes og praktiseres slik at de ikke kommer i konflikt med menneskerettslige regler om blant annet rett til vern om personlig frihet og integritet. Rettssikkerhet er et grunnleggende prinsipp. Det medfører regler med klare krav til vilkår som må være oppfylt for at det skal være adgang til å bruke tvang. Hensynene til rettssikkerhet og integritetsvern gjør at det er svært snever adgang til å benytte tvang. Adgangen til å benytte tvang vil bare foreligge i helt spesielle tilfeller hvor andre mulige tiltak ikke vil føre til et forsvarlig resultat. Reglene om overprøving av vedtak bidrar også til rettssikkerhet for den enkelte.
>
> Erfaringene med tvangsbruk etter smittevernloven viser at det sjeldent benyttes, men at det er nødvendig med effektive tiltak i de tilfellene det er behov for isolering eller legemiddelbehandling. Adgangen til hastevedtak for tvangsundersøkelse eller kortvarig isolasjon er benyttet sjelden. Videre tyder erfaringene på at bestemmelsene tolkes restriktivt.»

En gjennomgang av praksis for perioden 1995-2013 viser at smittevernnemnda behandlet 15 saker, fordelt på 12 personer. Det ble i liten grad fattet vedtak om tvang under koronapandemien. I boken Kriseregulering skriver Henriette Sinding Aasen i kapittel 19 at det på sykehjem under koronapandemien ble foretatt både tvungen testing og tvungen isolering av pasienter på eget rom, på egen avdeling eller ved overføring utenfor sykehjemmet uten at det ble fattet formelle tvangsvedtak.

15.3 Frivillighet og forholdsmessighet ved tvangstiltak

Departementet viser til kapittel 10 om forslaget til ny smittevernlov § 1-5 om grunnleggende krav ved iverksetting av smitteverntiltak. Forslaget viderefører og utdyper

kravet om at både befolkningsrettede tiltak og tiltak overfor enkeltpersoner skal være medisinskfaglig begrunnede, nødvendige av hensyn til smittevernet og forholdsmessige.

Gjeldende smittevernlov § 1-5 første ledd andre punktum bestemmer at det ved iverksettelse av smitteverntiltak skal legges vekt på frivillig medvirkning fra den eller de tiltaket gjelder. Departementet mener at denne presiseringen passer bedre som innledende bestemmelse i nytt kapittel 6 om tvangstiltak rettet mot smittede. Se vurderingen i punkt 10.5.9. Departementet mener også at bestemmelsen bør tydeliggjøres. Kravet om frivillighet konkretiseres i §§ 6-2 og 6-3 til at legen skal be en smittet person om å la seg undersøke eller isolere, og at det først er når personen motsetter seg dette at tvang er aktuelt. Det forutsetter at frivillighet er forsøkt først. Departementet foreslår derfor at ny smittevernlov § 6-1 skal bestemme at frivillig medvirkning fra den tiltaket gjelder skal være forsøkt før det treffes vedtak om tvangstiltak etter kapittelet.

Gjeldende § 1-5 andre ledd bestemmer at «tvangstiltak kan ikke brukes når det etter sakens art og forholdene ellers vil være et uforholdsmessig inngrep». Departementet mener at denne presiseringen bør fremgå av nytt kapittel 6 om tvangstiltak rettet mot smittede. På den annen side, taler det gjennomgripende kravet til forholdsmessighet i ny lov § 1-5 for at det ikke er behov for å gjenta et eget forholdsmessighetskrav i § 6-1 om tvangstiltak. Når det først er valgt en løsning for alle lovens tiltaksbestemmelser, kan det skape forvirring at dette gjentas i én bestemmelse. Tilnærmet likelydende bestemmelser i ulike deler av loven vil også kunne skape uklarhet om innholdet i rettsreglene, hvilke regler som gjelder i de ulike tilfellene og om forholdet mellom bestemmelsene. Departementet legger avgjørende vekt på at det kan være en nyttig påminnelse å understreke kravet om forholdsmessighet nettopp i kapitlet om tvangstiltak, og vil presisere at kravet fullt og helt er en henvisning til de kravene som ellers vil følge av ny lov § 1-5. Departementet foreslår derfor at ny smittevernlov § 6-1 skal videreføre den gjeldende bestemmelsen om at tvangstiltak ikke kan brukes når det etter sakens art og forholdene ellers vil være et uforholdsmessig inngrep.

Vi ber om høringsinstansenes syn på behovet for en slik regulering i ny lov § 6-1.

15.4 Tvungen legeundersøkelse – innleggelse til undersøkelse og kortvarig isolering

15.4.1 Gjeldende rett

Smittevernloven § 5-2 lyder:

> «§ 5-2 *Tvungen legeundersøkelse – innleggelse til undersøkelse og kortvarig isolering*
>
> Når det er nødvendig for å forebygge en allmennfarlig smittsom sykdom eller motvirke at den blir overført, skal legen eller eventuelt kommunelegen be en smittet person om å la seg undersøke av lege.
>
> Dersom en smittet person motsetter seg undersøkelse etter første ledd, kan det gjøres vedtak om at vedkommende skal legges inn på sykehus til legeundersøkelse og eventuelt til kortvarig isolering. Slik tvungen legeundersøkelse eller kortvarig isolering kan bare

gjennomføres for å klarlegge om det foreligger en allmennfarlig smittsom sykdom, og dette er nødvendig for å motvirke overføring av en slik sykdom til andre og såfremt undersøkelsen kan skje uten fare. Tvungen isolering kan vedtas for opptil sju dager.

Når det er forsvarlig å foreta legeundersøkelsen uten innleggelse i sykehus ut fra hensynet til den smittede eller dem som skal undersøke, kan undersøkelsen gjøres poliklinisk eller på et annet egnet sted.

Før det blir gjort vedtak om tvungen legeundersøkelse eller kortvarig isolering, skal den smittede personen gis varsel slik at han eller hun får uttale seg om spørsmålet. Varsel kan sløyfes når det ikke er praktisk mulig eller vil medføre fare for at undersøkelsen eller isoleringen ikke kan gjennomføres.

Vedtak etter andre og tredje ledd skal gjøres av smittevernnemnda, se §§ 7-5, 7-6 og 7-8, etter reglene i §§ 5-5 til 5-7. Se likevel § 5-8 om hastevedtak. Det har ikke utsettende virkning dersom vedtaket bringes inn for tingretten.»

Bestemmelsens første ledd understreker at hovedregelen i smittevernet er at arbeid for å forebygge en smittsom sykdom eller motvirke at den blir overført skal bygge på frivillighet. Det samme fremgår av gjeldende smittevernlov § 1-5 første ledd. Dersom personen ikke lar seg undersøke frivillig, kan det fattes vedtak om tvangsundersøkelse etter andre ledd.

15.4.2 Departementets vurderinger og forslag

Departementet mener at det er nødvendig å videreføre en hjemmel om tvungen legeundersøkelse, og at gjeldende smittevernlov § 5-2 er hensiktsmessig. I de få og spesielle tilfellene hvor det vil være behov for legeundersøkelse etter denne bestemmelsen, kan en klart uttrykt plikt i loven for legen til å be en mistenkt smittet eller smittet om å la seg undersøke, redusere mulighetene for at det oppstår et anstrengt forhold mellom legen og den smittede. Departementet foreslår derfor å videreføre bestemmelsen i ny lov § 6-2.

Bestemmelsen regulerer kun undersøkelser foretatt av lege. Alle undersøkelser under tvang skal derfor foretas av en lege. Dette betyr ifølge forarbeidene at det ikke vil være adgang for en bioingeniør til å ta blodprøve, eller for sykepleier til å ta halsutstryk, i en tvangssituasjon. Høringsinstansene bes særskilt om å vurdere behovet for å regulere bruk av medhjelpere ved undersøkelser under tvang.

Se spesielle merknader til ny smittevernlov § 6-2 for nærmere omtale av hva videreføring av gjeldende rett innebærer.

15.5Tvungen isolering på sykehus

15.5.1 Gjeldende rett

Smittevernloven § 5-3 lyder:

«§ 5-3 *Tvungen isolering i sykehus*

Når det er nødvendig for å forebygge en allmennfarlig smittsom sykdom eller motvirke at den blir overført, skal legen, eventuelt kommunelegen be en smittet person om å la seg isolere.

Dersom en smittet person motsetter seg isolering etter første ledd og andre tiltak som kan forebygge eller motvirke overføring av sykdommen har vært forsøkt eller det er overveiende sannsynlig at slike tiltak ikke vil føre frem, kan det gjøres vedtak om at vedkommende skal legges inn på sykehus til isolering. Slik tvungen isolering kan bare gjennomføres når dette etter en helhetsvurdering er den klart mest forsvarlige løsningen i forhold til faren for smitteoverføring og den belastningen som tvangsinngrepet må antas å medføre, og det er overveiende sannsynlig at andre ellers vil bli smittet.

Vedtak etter denne bestemmelsen kan gjøres for opptil tre uker. Ved nytt vedtak kan isoleringstiden forlenges med opptil seks uker om gangen inntil ett år fra første vedtak. Dersom det er nødvendig å fullføre behandling av allmennfarlig smittsom sykdom av særlig alvorlig karakter for å forhindre smitteoverføring, kan vedtaket forlenges utover ett år.

I sammenheng med forlengelse av isoleringstiden kan det vedtas tvungen legemiddelbehandling når det kan redusere isoleringstiden vesentlig. Vedtak om tvungen legemiddelbehandling kan bare fattes når behandlingen er medisinskfaglig forsvarlig og kan gjøre en smittet person smittefri. Påbegynt legemiddelbehandling må fullføres dersom det er fare for tilbakefall, resistensutvikling eller andre tungtveiende smittevernhensyn tilsier det. Departementet kan i forskrift fastsette nærmere bestemmelser om legemiddelbehandlingen.

Vedtak om tvungen isolering i sykehus og legemiddelbehandling gjøres av smittevernnemnda, se §§ 7-5, 7-6 og 7-8, etter reglene i §§ 5-5 til 5-7. Tvangsvedtaket skal oppheves av avdelingens overlege så snart vilkårene for innleggelsen ikke lenger foreligger. Smittevernnemnda skal varsles så tidlig som mulig, og senest tre døgn før den smittede blir utskrevet.»

Hovedregelen etter andre ledd er at isolering skal gjennomføres på sykehus. Smittevernloven § 5-4 tredje ledd bestemmer likevel at når særlige forhold krever det, kan smittede personer isoleres i andre institusjoner godkjent av Helsedirektoratet.

Bestemmelsen gjelder isolering av smittede personer, men i forarbeidene presiseres det at begrepet «smittet person» i denne sammenheng ikke skal forstås slik begrepet er definert i loven § 1-3 nr. 2, og at vedtak om isolering på sykehus forutsetter at det er på det rene at den smittede personen er smitteførende. Hvis personen ikke er smitteførende, er undersøkelsesbestemmelsen i § 5-2 relevant.

Bestemmelsen henger sammen med at de regionale helseforetakene etter smittevernloven § 7-3 har ansvar for å sørge for at befolkningen i helseregionen med hensyn til smittsom sykdom er sikret nødvendig spesialistundersøkelse, laboratorieundersøkelse, poliklinisk behandling og sykehusbehandling, forsvarlig isolering på sykehus og annen spesialisthelsetjeneste.

15.5.2 Departementets vurderinger og forslag

Smittevernloven § 5-3 åpner for isolering i svært lang tid, og det må i utgangspunktet stilles krav til særlig kompetanse der isolasjonen skal gjennomføres for at dette skal være forsvarlig over tid. Tvungen isolering på sykehus er begrunnet ut fra andre hensyn enn

hensynet til den smittede, og avviker derfor fra for eksempel tvungent psykisk helsevern, som i utgangspunktet gjennomføres av hensyn til den syke. Isolering etter smittevernloven utgjør derfor et alvorlig integritetsinngrep og må anvendes med forsiktighet.

Vedtak om etablering av tvungen isolering på sykehus skal ikke treffes før man har prøvd eller overveid muligheten for å gi den smittede et tilfredsstillende behandlings- og omsorgstilbud eller annet smitteforebyggende tilbud på frivillig grunnlag. Det følger av kravet i ny lov § 6-1 at frivillig medvirkning fra den tiltaket gjelder, skal være forsøkt før tvangsvedtak etter kapittelet. Ansvar for å tilby slike alternativer vil ligge på kommunen og de regionale helseforetakene avhengig av hvilke tiltak som er relevante.

Hovedregelen om at tvungen isolasjon i utgangspunktet skal gjennomføres ved sykehus, understreker at det stilles trenge krav til smittevern og oppfølging av den isolerte. Dette gir også en tydelig plassering av hovedansvaret for tvungen isolering.

Departementet foreslår på denne bakgrunn å videreføre bestemmelsene om tvungen isolering på sykehus i ny lov § 6-3. Se likevel forslag i kapittel 15.6 om gjennomføring av isolering utenfor sykehus i ny smittevernlov § 6-4.

Departementet foreslår videre å tydeliggjøre i første ledd at paragrafens bestemmelser om isolering kun gjelder smittet person som er i en fase av sykdommen der smitten kan overføres til andre (smitteførende). Dette kan allerede utledes av vilkåret om at isolasjon skal være nødvendig for å forebygge en allmennfarlig smittsom sykdom eller motvirke at den blir overført, men endringen understreker at personkretsen er mindre enn det som følger av definisjonen av smittet person i loven § 1-3 nr. 2.

15.6 Gjennomføring av isolering på sykehus

15.6.1 Gjeldende rett

Smittevernloven § 5-4 lyder:

> «§ 5-4 *Gjennomføring av isolering i sykehus*
>
> Innleggelse til tvungen undersøkelse og kortvarig isolering etter § 5-2 eller isolering etter § 5-3 skal skje i en egnet sykehusavdeling eller sengepost. Avdelingen eller sengeposten skal være spesielt lagt til rette for å motta smittede slik at de kan få det medisinske og pleiemessige behandlingstilbud som vil føre til så kortvarig isolering som mulig.
>
> Under isoleringen kan det iverksettes pleiemessige og sikkerhetsmessige tiltak for å gjennomføre en effektiv isolering. Tiltakene skal være begrenset til det som er helt påkrevd i forhold til faren for smitteoverføring. Oppholdet skal så langt råd er gi muligheter for normal livsutfoldelse og kontakt med nære pårørende.
>
> Når særlige forhold krever det, kan smittede personer isoleres i andre institusjoner godkjent av Helsedirektoratet.
>
> Departementet kan i forskrifter fastsette nærmere krav til de fysiske og faglige forholdene ved sykehus og andre institusjoner som nyttes til isolering.»

Bestemmelsen oppstiller minimumskrav til den sykehusavdelingen eller sengeposten hvor smittede skal kunne mottas til tvungen isolering.

Etter bestemmelsens tredje ledd åpnes det for å kunne isolere smittede personer ved andre institusjoner enn sykehusavdelinger, etter godkjenning fra Helsedirektoratet. Bakgrunnen for unntaket er beredskapshensyn, med tanke på krisepregede situasjoner i forbindelse med et alvorlig utbrudd eller fare for alvorlig utbrudd av en allmennfarlig smittsom sykdom. Det fremgår av forarbeidene at tredje ledd først og fremst tar sikte på å gi mulighet for å opprette særskilte midlertidige institusjoner for å gjennomføre isoleringstiltak ved et alvorlig utbrudd. I slike situasjoner vil det kunne oppstå behov for å ta i bruk alminnelige offentlige bygninger som skoler eller private etablissementer som hoteller, pensjonater osv. i tillegg til helseinstitusjoner.

15.6.2 Erfaringer fra koronapandemien

Helsedirektoratet har i oppdragssvar av 15. juni 2023 vurdert smittevernloven § 5-3 og om tvungen isolering kan og bør gjennomføres i andre helseinstitusjoner enn sykehus.

Helsedirektoratet viser til at det under koronapandemien var behov for at tvungen isolasjon kunne gjennomføres i regi av kommunene. For eksempel var det behov for å kunne gjennomføre tvungen isolasjon i sykehjem for å unngå unødig belastning på spesialisthelsetjenesten og unødig flytting til ukjente omgivelser av pasienter med demens. Mange kommuner søkte derfor Helsedirektoratet om godkjenning av blant annet sykehjem i tråd med § 5-4 tredje ledd. Helsedirektoratet behandlet svært mange slike søknader under pandemien. Det var et stort behov for isolering i andre institusjoner enn sykehus, og kommuner fikk godkjent sykehjem, nedlagte sykehjem og bo- og servicesentre, hotell og hytter. Av blant annet kapasitetsgrunner var det ikke mulig å gjøre en inngående vurdering av hver enkelt søknad. Det ble imidlertid stilt krav til hvilke opplysninger som skulle fremgå av søknadene, og stilt vilkår i vedtakene. Det ble også lagt til grunn som en forutsetning at tvungen isolering av smittede med særskilte behov, for eksempel. personer med rusavhengighet eller alvorlige psykiske lidelser, skulle skje på sykehus.

Ifølge artikkel 30. august 2020 i Bergens Tidende godkjente Helsedirektoratet at i underkant av 80 kommuner kunne tvangsisolere personer med demens eller utviklingshemming smittet med covid-19 i om lag 280 midlertidige isolater i form av ordinære sykehjem, nedlagte sykehjem og bo- og servicesentre, hotell og hytter.

15.6.3 Departementets vurderinger og forslag

Departementet mener at bestemmelsene om gjennomføring av isolering i gjeldende § 5-4 er hensiktsmessige, og foreslår at de videreføres i ny smittevernlov § 6-4.

Departementet foreslår at ny smittevernlov § 5-4 skal bestemme at den enkelte kommune kan vurdere og beslutte at isolasjon etter § 5- 3 kan gjennomføres i nærmere bestemte helse- og omsorgsinstitusjoner i kommunen. Erfaringene fra koronapandemien tyder på at kravet om Helsedirektoratets godkjenning av isolering utenfor sykehus, ikke er

hensiktsmessig ved en samfunnskritisk sykdom der mange smittes. Det vil da være nødvendig med en streng prioritering av ressursene i Helsedirektoratet og kommunene. Departementet mener at loven ikke bør pålegge kommunene og Helsedirektoratet å henholdsvis søke om og fatte godkjenningsvedtak. Kommunen må anses som nærmest til å vurdere hvilke helse- og omsorgsinstitusjoner som er best egnet til formålet og som oppfyller de nødvendige kravene til lokaliteter og kompetanse. Vi vil imidlertid understreke at kommunene ikke kan beslutte at tvangsisolering kan gjennomføres i omsorgsboliger, da slike boliger anses som private hjem.

Departementet mener at pasienter som pålegges tvungen isolasjon, kan gis et forsvarlig tilbud også i institusjoner som kommunen utpeker som egnet for gjennomføring av isolasjon. Det vil uansett være smittevernnemnda som fatter vedtak om tvungen isolering etter ny smittevernlov § 6-3, og som kan ta stilling til om det er nødvendig å presisere hvor isolasjon må gjennomføres. Dersom pasienten har særlig behov for spesialisthelsetjenester og nærhet til personell med tilstrekkelig kompetanse, bør vedkommende isoleres i spesialisthelsetjenesten. I andre tilfeller kan isolering utenfor spesialisthelsetjenesten potensielt redusere tvangsbruken og oppleves som mindre inngripende for den enkelte.

De generelle kravene til gjennomføringen av isolasjonen vil også gjelde når den gjennomføres i andre institusjoner enn sykehus. Det er viktig å holde fast ved at institusjonen skal ha det nødvendige medisinske og pleiemessige behandlingstilbudet som den smittede har behov for. Avdelingen og det medisinske og pleiemessige behandlingstilbudet skal være tilrettelagt slik at det tar sikte på så kort isoleringstid som mulig, blant annet ved at institusjonen har egnet kompetanse til å ivareta pasientens behov for nødvendig medisinsk behandling. Helse- og omsorgsinstitusjoner i kommunen har ikke den samme spesialiserte kompetansen som sykehus. Dette må inngå i vurderingen av hvor isolasjonen av den enkelte pasienten kan gjennomføres.

Departementet ber om høringsinstansenes syn på om kommunens myndighet til å godkjenne isolering i andre helse- og omsorgsinstitusjoner enn sykehus bare bør gjelde når det foreligger en samfunnskritisk sykdom, eller om myndigheten også bør kunne benyttes når andre særlige forhold tilsier det.

Det kan videre ikke utelukkes at det også kan bli et behov for å fatte nasjonale beslutninger om hvor tvangsisolering kan skje. Som forarbeidene til § 5-4 tredje ledd peker på, kan det oppstå behov for å ta i bruk alminnelige offentlige bygninger som skoler eller private bygninger som hoteller, pensjonater osv. i tillegg til helseinstitusjoner.

Et slikt behov kan typisk melde seg dersom mange smittes ved samfunnskritisk sykdom. Dette taler for at det fortsatt bør være mulig for statlige myndigheter å beslutte at tvangsisolering kan skje i andre lokaler enn helse- og omsorgsinstitusjoner. Departementet foreslår derfor at departementet ved samfunnskritisk sykdom i forskrift kan bestemme at tvungen isolasjon også kan gjennomføres i andre lokaler enn på sykehus.

Når departementet fatter vedtak om at andre lokaler kan brukes til tvangsisolasjon, kan det også knyttes konkrete vilkår til lokalene som skal benyttes og faglige forhold. Det gjør det

mulig å tilpasse vilkår og krav til den aktuelle smittsomme sykdommens alvorlighet, smittemåte og andre egenskaper.

15.7 Forberedelse til tvangssak for smittevernnemnda

Smittevernloven § 5-5 lyder:

> «§ 5-5 *Forberedelse til tvangssak for smittevernnemnda*
>
> En sak om vedtak etter §§ 5-2 eller 5-3 innledes ved at kommunelegen utarbeider begjæring om tiltak etter den aktuelle paragrafen. I begjæringen skal det redegjøres for de omstendigheter kommunelegen legger til grunn for det tiltak som blir foreslått.
>
> Begjæringen skal omgående sendes til smittevernnemnda med kopi til statsforvalteren.
>
> Helsedirektoratet kan selv reise sak for nemnda.»

Departementet mener at gjeldende smittevernlov § 5-5 om forberedelse av tvangsvedtak for smittevernnemnda er hensiktsmessig og foreslår å videreføre den i ny § 6-5.

15.8 Oppnevning av fullmektig for den smittede mv.

Smittevernloven § 5-6 lyder:

> «§ 5-6 *Oppnevning av fullmektig for den smittede mv.*
>
> Smittevernnemnda skal sørge for at det blir oppnevnt advokat for de private parter. Advokaten skal omgående gjøres kjent med begjæring om tiltak med vedlagte dokumenter, og gis frist for tilsvar etter barnevernsloven § 14-10.
>
> De begrensninger i den smittedes rett til å se saksdokumentene som er fastsatt i forvaltningsloven § 19 første ledd bokstav d og de begrensinger i den smittedes rett til innsyn i sin journal med vedlegg som er fastsatt for innsynsretten, gjelder ikke når smittevernnemnda er anmodet om å gjøre vedtak etter loven.»

Bestemmelsen innebærer at advokaten skal være offentlig oppnevnt og at utgiftene til prosessfullmektig dekkes av det offentlige.

Departementet mener at gjeldende smittevernlov § 5-6 om oppnevning av fullmektig for den smittede er hensiktsmessig og foreslår å videreføre den i ny § 6-6.

15.9 Vedtak og begrunnelse

Smittevernloven § 5-7 lyder:

> «§ 5-7 *Vedtak og begrunnelse*
>
> Smittevernnemnda skal komme sammen så raskt som mulig og senest innen sju dager for å drøfte og fatte vedtak i saken. Til møtet i nemnda kan en representant for den som har begjært tvangsvedtaket og den smittedes fullmektig møte. Dersom noen av partene ønsker det, skal de under møtet gis anledning til vitneførsel og til å legge frem annet materiale det ikke har vært mulig å presentere under saksforberedelsen.
>
> Reglene i tvisteloven om dommers innhold og begrunnelse gjelder tilsvarende.
>
> I meldingen om vedtaket skal det særskilt gjøres oppmerksom på overprøvingsadgangen etter § 5-9.»

Departementet mener at gjeldende smittevernlov § 5-7 om vedtak og begrunnelse er hensiktsmessig og foreslår å videreføre den i ny § 6-7. Bestemmelsen deles opp i flere ledd for å lette lesbarheten.

15.10 Hastevedtak

Smittevernloven § 5-8 lyder:

> «§ 5-8 *Hastevedtak*
>
> Kommunelegen og vakthavende infeksjonsmedisinske overlege ved sykehus i helseregionen kan sammen treffe hastevedtak etter § 5-2 og 5-3 hvis hensynet til smittevernet tilsier at vedtaket blir fattet. Det skal særlig legges vekt på åpenbar fare for smitteoverføring. Bestemmelsen i § 4-2 tredje ledd annet punktum gjelder tilsvarende. Vedtak om tvungen isolering gjelder frem til smittevernnemnda har vurdert saken, men ikke utover sju dager.
>
> Kopi av hastevedtak skal omgående sendes til smittevernnemnda.»

Kompetansen til å treffe hastevedtak om tvungen legeundersøkelse eller tvungen isolering er gitt til kommunelegen og vakthavende infeksjonsmedisinske overlege. Henvisningen til smittevernloven § 4-2 tredje ledd innebærer at statsforvalteren skal delta i avgjørelsen dersom de ikke blir enige. I vurderingen skal det særlig legges vekt på om det foreligger «åpenbar fare» for smitteoverføring.

Departementet mener at gjeldende smittevernlov § 5-8 om hastevedtak er hensiktsmessig og foreslår å videreføre den i ny § 6-8.

Bestemmelsen deles opp i flere ledd for å lette lesbarheten. Henvisningen til gjeldende smittevernlov § 4-2 tredje ledd foreslås erstattet med en angivelse av regelen, slik at det ikke skal være behov for å slå opp annet sted i loven. Departementet foreslår derfor å presisere i andre ledd at når legene som skal gjøre vedtak er uenige, skal statsforvalteren delta i avgjørelsen.

15.11 Overprøving av tvangsvedtak

Smittevernloven § 5-9 lyder:

> «§ 5-9 *Overprøving av tvangsvedtak*
>
> Smittevernnemndas vedtak kan bringes inn for tingretten etter reglene i tvisteloven kapittel 36. Dette gjelder også hastevedtak etter § 5-8.
>
> Vedtak om tvungen isolering i sykehus etter § 5-3 kan settes i verk dersom vedtaket bringes inn for tingretten. Vedtak om tvungen legemiddelbehandling etter § 5-3 skal ikke settes i verk dersom vedtaket bringes inn for tingretten.
>
> Søksmål kan reises av den vedtaket retter seg mot eller vedkommendes nærmeste, av statsforvalteren eller Statens helsetilsyn. En mindreårig kan opptre som part og gjøre partsrettigheter gjeldende dersom vedkommende er fylt 12 år og forstår hva saken gjelder.»

Departementet mener at gjeldende smittevernlov § 5-9 om overprøving av tvangstiltak er hensiktsmessig og foreslår å videreføre den i ny § 6-9.

16 Beslutningsnivå for befolkningsrettede smitteverntiltak

16.1 Oppsummering av forslag i kapittelet

I dette kapittelet foreslår departementet i hovedsak følgende:

- videreføre modellen med at både kommunene og staten (ved samfunnskritisk sykdom) kan vedta befolkningsrettede smitteverntiltak for å forebygge eller motvirke overføring av allmennfarlig smittsom sykdom.
- flytte Helsedirektoratets myndighet til å vedta smitteverntiltak for hele eller deler av landet til Kongen, med mulighet for å delegere myndighet til departementet og underliggende organer innenfor rammen av Grunnloven § 28.
- staten skal ha myndighet til å fastsette smitteverntiltak også når det ikke haster
- videreføre kommuneoverlegens myndighet til å vedta smitteverntiltak når det haster, men med tillegg av å lovfeste at kommuneoverlegen så snart som mulig skal orientere kommunestyret eller den som er delegert myndigheten om hastevedtaket, slik at de kan vurdere behovet for eventuell omgjøring.
- staten bør som utgangspunkt ta ansvar for å vurdere om det av hensyn til å beskytte den samlede befolkningens liv og helse er nødvendig å vedta smitteverntiltak som bidrar til å opprettholde regional og nasjonal kapasitet i spesialisthelsetjenesten eller nasjonale forsyningslinjer.
- videreføre og lovfeste forholdet mellom forskrifter vedtatt av kommunen og staten. Det innebærer at kommunene må gjennomføre tiltak vedtatt av staten. Staten kan ikke oppheve kommunale forskrifter, men kan utøve lovlighetskontroll etter kommuneloven. Kommunene kan derfor vedta forskrifter om tiltak som ikke gjør unntak fra statlige forskrifter, for eksempel andre eller strengere tiltak.
- videreføre og presisere hjemmel for at Kongen, når det er nødvendig for å sikre et effektivt og forsvarlig smittevern mot samfunnskritisk sykdom, kan forskriftsfeste begrensninger i kommunenes adgang til på et senere tidspunkt å vedta strengere lokale vedtak enn staten om nærmere bestemte forhold. Dette kan blant annet være aktuelt for vedtak om å stenge skoler og avgrensning av områder i kommunene for inn- og utreise. Loven vil ikke hjemle en generell forskrift om at kommuner ikke kan vedta andre eller strengere tiltak enn staten.

Departementet drøfter også behovet for at staten kan vedta tiltak for kommuner i samme region, og peker på betydningen av statsforvalterens rolle.

Vi ber om høringsinstansenes syn særskilt på om det er behov for å lovfeste myndighet for departementet til å vedta smitteverntiltak med virkning for hele eller deler av landet når det oppstår en samfunnskritisk sykdom og det ikke er tid til at Kongen tar stilling til saken.

-

16.2 Innledning

I dette kapittelet drøftes kommunenes og statens myndighet til, med hjemmel i smittevernloven, å vedta forskrifter om smitteverntiltak som retter seg mot en ubestemt krets personer eller virksomheter. Dette omtales som befolkningsrettede smitteverntiltak, i motsetning til individrettede tiltak, som rettes mot bestemte personer ved enkeltvedtak. Felles for tiltakene er formålet, som er å motvirke overføring av smittsomme sykdommer.

16.3 Gjeldende rett

16.3.1 Vedtaksmyndighet

Kommunene har siden sunnhetsloven av 1860 vært den primære beslutningstakeren for innføring av nødvendige smitteverntiltak rettet mot befolkningen. Kommunen skal ifølge smittevernloven § 7-1 sørge for at alle som bor eller midlertidig oppholder seg i kommunen, med hensyn til smittsom sykdom er sikret nødvendige forebyggende tiltak, undersøkelsesmuligheter, behandling og pleie utenfor institusjon og pleie i sykehjem eller annen kommunal helseinstitusjon. Kommunene skal skaffe seg oversikt over arten og omfanget av smittsomme sykdommer i kommunen. De skal også drive opplysning om smittsomme sykdommer og gi råd og veiledning om hvordan disse kan forebygges, og sørge for at individuelle forebyggende tiltak og andre tiltak etter smittevernloven blir satt i verk.

Smittevernloven § 4-1 første ledd bestemmer at «når det er nødvendig for å forebygge en allmennfarlig smittsom sykdom eller for å motvirke at den blir overført, kan kommunestyret vedta» tiltak etter bokstavene a til e. Bestemmelsen hjemler blant annet begrensninger for sammenkomster, virksomheter, offentlig kommunikasjon og den sosiale omgangen, men også isolering av personer og pålegg om smittesanering. Smittevernloven § 7-1 sjette ledd bestemmer at «kommunens myndighet etter denne lov kan delegeres etter reglene i kommuneloven eller til et interkommunalt organ».

I «hastesaker» kan kommunelegen fatte vedtak, jf. § 4-1 femte ledd. Det forutsettes at myndigheten til å treffe vedtak bare foreligger når kommunestyret, eventuelt det utvalget som er nedsatt til behandling av slike saker, ikke kan treffe vedtaket uten forsinkelse som skader den interessen bestemmelsen skal beskytte. Dette vil særlig være aktuelt ved åpenbar fare for smitteoverføring hvor det er nødvendig med øyeblikkelige tiltak.

Ved et «alvorlig utbrudd av en allmennfarlig smittsom sykdom og når det er avgjørende å få satt i verk tiltak raskt for å motvirke overføring av sykdommen», kan Helsedirektoratet etter andre ledd treffe slike vedtak for «hele landet eller for deler av landet». Siden departementet har instruksjonsmyndighet over Helsedirektoratet, kan også departementet og Kongen i statsråd fatte vedtak etter bestemmelsen, se NOU 1990: 2 punkt 15.3.1.

Departementet er i § 4-1 sjette ledd gitt myndighet til å forskriftsfeste «nærmere bestemmelser om de forskjellige tiltak, herunder fastsette krav til metoder og midler som skal brukes og til kvalifikasjoner hos de personer som skal sette i verk tiltak». Dette hjemler regulering av hvordan smitteverntiltak skal gjennomføres når de først er vedtatt.

Etter smittevernloven § 7-10 kan Helsedirektoratet, og dermed også departementet, bestemme at kommuner skal «organisere eller utføre nærmere bestemte tjenester eller tiltak, samarbeide, eller følge nærmere bestemte retningslinjer når det er nødvendig for å sikre et effektivt og forsvarlig smittevern».

Etter smittevernloven § 7-12 kan Kongen gi bestemmelser av lovgivningsmessig innhold for å trygge folkehelsen, og for at det kan settes inn tiltak til vern om befolkningen, når et utbrudd av en allmennfarlig smittsom sykdom truer folkehelsen eller det er fare for et slikt utbrudd og det på grunn av disse forhold er fare ved opphold. Om nødvendig kan Kongen gjøre avvik fra gjeldende lovgivning. Slik derogasjon kan blant annet være aktuelt når det er behov for å vedta forskrifter om befolkningsrettede smitteverntiltak som ikke omfattes av smittevernlovens konkrete fullmaktshjemler. Forskriftene skal snarest mulig meddeles Stortinget, som kan oppheve dem. Se nærmere omtale i kapittel 22.

Andre bestemmelser i smittevernloven fordeler også myndighet til å gi forskrifter om smitteverntiltak for hele eller deler av befolkningen:

- Kongen kan gi forskrifter for å motvirke at smittsomme sykdommer føres inn i landet eller spres til andre land (§ 4-3). Kongen i statsråd skal ifølge Grunnloven § 28 behandle «saker av viktighet», jf. nærmere om dette i punkt 16.8.
- Departementet kan gi forskrifter om undersøkelse av befolkningen (§§ 3-1, 3-2, 3-4 og 3-9), plikt til vaksinering og plikter for de som ikke er vaksinert (§ 3-8), innførsel, transport og annen håndtering av smittefarlig materiale (§ 4-4), transport av lik og hygieniske bestemmelser i forbindelse med gravferd (§ 4-6), tiltak for å motvirke helsetjenesteassosierte infeksjoner for pasienter, ansatte eller andre (§ 4-7)
- Helsedirektoratet kan forskriftsfeste plikt til vaksinering og plikter for de som ikke er vaksinert når det må skje «med en gang» (§ 3-8).
- Kommunestyret kan vedta forholdsregler i forbindelse med gravferd (§ 4-6).

16.3.2 Forholdet mellom kommunale og statlige vedtak

Kommuner må gjennomføre tiltak slik de er besluttet i forskrift vedtatt av departementet eller Kongen. Dette følger av at både statlige og kommunale forskrifter kan gjelde samtidig, men forutsettes også i smittevernloven § 7-1 andre ledd, som bestemmer at «[k]ommunen skal også utføre de oppgaver innen smittevernet som pålegges i loven her eller bestemmelser i medhold av loven, herunder […] sørge for at andre tiltak etter loven her, folkehelseloven eller helse- og omsorgstjenesteloven blir satt i verk». Statlige forskrifter vil være bestemmelser i medhold av smittevernloven.

Kommunene har selvstendig myndighet til å vedta smitteverntiltak etter smittevernloven. Det innebærer myndighet til å fatte vedtak etter loven også der statlige myndigheter har vedtatt nasjonale tiltak. Et kommunalt tiltak kan generelt være strengere enn nasjonale tiltak eller gjelde andre forhold, men man kan ikke dispensere fra et nasjonalt tiltak med mindre det uttrykkelig er gitt anledning til det. Dette fremgikk blant annet i Helse- og omsorgsdepartementets Rundskriv I-4/2020 Veileder til kommunene om lokale karanteneregler eller innreiserestriksjoner i forbindelse med utbruddet av covid-19.

Koronakommisjonen synes å dele denne vurderingen på side 260 i NOU 2021: 6:

> «Smittevernloven har ingen bestemmelser som direkte regulerer forholdet mellom statlige og kommunale vedtak. Forarbeidene legger vekt på at smittevernarbeidet bør skje i samarbeid mellom de ulike nivåene. Ett av lovens formål er å bidra til at helsemyndighetene og andre myndigheter «samordner sin virksomhet i smittevernarbeidet».
>
> Selv om kommunene har primæransvaret for smittevernet og fatter enkeltvedtak og forskrifter for egen befolkning, må kommunene innrette seg etter og bidra til å gjennomføre statlige forskrifter og regler. Det følger også av systemet i smittevernloven at staten, Helsedirektoratet, Helse- og omsorgsdepartementet eller regjeringen, kan pålegge kommuner plikter. Ettersom kommunene har kompetanse til å fatte vedtak direkte i loven, legger vi til grunn at kommunene kan bestemme tiltak som går lengre enn statlige forskrifter. Forutsetningen er da, som ellers, at vilkårene i loven er oppfylt, inkludert de grunnleggende kravene ved iverksetting av smitteverntiltak etter § 1-5.
>
> Når det gjelder overprøving av kommunale vedtak og forskrifter, legger vi til grunn at det ikke er noe under-/overordningsforhold mellom staten og kommunene. Kommunene fatter selvstendige vedtak, og vedtakene er endelige. Dersom kommunene fatter vedtak som er ulovlige, vil kommunelovens regler om lovlighetskontroll komme til anvendelse.»

Skulle kommunene vedta andre eller strengere tiltak enn det som følger av statlig fastsatt forskrift, kan ikke staten oppheve disse ved vedtak av ny forskrift. Dette følger av kommunenes selvstyre og av at staten mangler hjemmel for overprøving. I slike situasjoner er det kun mulig å oppheve ugyldige vedtak etter reglene om lovlighetskontroll etter kommuneloven § 27-1. Skulle staten være uenig i hensiktsmessigheten av strengere lovlige tiltak, bør uenigheten løses ved veiledning og dialog.

Ved behov gir smittevernloven § 7-10 andre ledd Helsedirektoratet, og dermed også departementet og Kongen, anledning til å «bestemme at kommuner, fylkeskommuner eller statlige institusjoner skal organisere eller utføre nærmere bestemte tjenester eller tiltak, samarbeide, eller følge nærmere bestemte retningslinjer når det er nødvendig for å sikre et effektivt og forsvarlig smittevern». Departementet forstår bestemmelsen slik at den også gir hjemmel til å forskriftsfeste begrensninger i kommunenes adgang til på et senere tidspunkt å vedta strengere lokale vedtak av bestemte forhold enn det staten vedtar, men kun dersom det etter en konkret vurdering anses som nødvendig for å ivareta et «effektivt og forsvarlig smittevern». Se nærmere omtale av dette i punkt 16.9.5.

16.4 Andre land

I den danske epidemiloven kapittel 6 er myndigheten til å vedta regler om «samfundsmæssige foranstaltninger» for hele eller deler av landet i utgangspunktet lagt til justitieministeren, sundhedsministeren eller andre utpeke ministre. Kommunene er ikke tillagt selvstendig vedtaksmyndighet, men de kan etter pålegg fra Styrelsen for Pasientsikkerhed vedta restriksjoner for eller forbud mot adgangen til eller bruken av «behandlings-, pleje- og omsorgsinstitutioner m.v.», «offentlige institutioner, faciliteter m.v.» og «offentlige og private dagtilbud, skoler og andre uddannelsesinstitutioner».

I Sverige må det vedtas egen lov når det ikke er tilstrekkelig å gi anbefalinger eller forskrifter om individuelle tiltak. Regjeringen eller den myndighet som regjeringen

bestemmer, kunne imidlertid vedta befolkningsrettede smitteverntiltak i henhold til midlertidige lover vedtatt i forbindelse med koronapandemien. Se omtale i punkt 17.5.2.

I Finland bestemmer smittevernloven § 58 at kommunen kan fatte vedtak om stenging av bestemte virksomheter og forbud mot offentlige møter. Regionforvaltningsverket kan treffe tilsvarende vedtak når det er nødvendig på flere kommuners område.

16.5 Rapporter fra Koronakommisjonen og Koronautvalget mv.

16.5.1 Kommunale vedtak

Den første Koronakommisjonen fikk utredet hvordan kommunene hadde benyttet smittevernloven under pandemiens første fase. Arbeidet omfattet 177 vedtak gjort i 95 kommuner fra alle landets fylker i perioden mars til november 2020. Funnene og vurderingene er omtalt i NOU 2021: 6 fra s. 277:

> «Det var i tiden rundt 12. mars 2020 at en stor andel av de lokale vedtakene ble gitt. Det var da Helsedirektoratet fattet sitt vedtak om inngripende tiltak for hele samfunnet, det var stor usikkerhet og manglende kunnskap om covid-19, og det var nok en klar forventning i mange kommuner om lokale smitteverntiltak i tillegg til de nasjonale.
>
> […]
>
> Av analysen til Indset og Stokstad (2020) framgår det at det vanligste smitteverntiltaket som det er fattet vedtak om i den aktuelle tidsperioden, er innreisekarantene. Så mange som 42 prosent av vedtakene i utvalget omfatter slike bestemmelser. […] Videre er det 14 prosent av disse vedtakene som inneholder bestemmelser om inn- eller utreiseforbud […] Den nest største kategorien av vedtak gjelder pålegg om isolasjon ved symptomer og sykdom. 39 prosent av vedtakene hadde slike regler. Deretter kommer bestemmelser om restriksjoner på private samlinger eller sammenkomster (20 prosent) og bestemmelser om restriksjoner på offentlige samlinger eller sammenkomster (19 prosent).
>
> […]
>
> For perioden sett under ett ble 62 prosent av de 177 vedtakene fattet av kommunelegen. Formannskap/byråd fattet 13 prosent av vedtakene, mens kommunestyret/bystyret fattet 10 prosent av vedtakene. Som vi ser av figur 24.4 under, var det også andre instanser som fattet vedtak om smitteverntiltak. I begynnelsen av krisen var det i stor grad kommunelegene som drev fram vedtakene. I mars måned ble hele 72 prosent av vedtakene fattet av kommunelegen. I tillegg ble også en del vedtak truffet av kommunelegen og kommunedirektøren i fellesskap. I april endrer bildet seg, både når det gjelder antallet lokale vedtak og forholdet mellom folkevalgte organer og kommunelegen som vedtaksinstans. Antallet vedtak falt markant (fra 105 i mars til 33 i april), av disse ble 12 av vedtakene i april truffet av kommunelegen og 9 av vedtakene av folkevalgte organer.»

Kommisjonen innleder sin vurdering slik på s. 283:

> «Det er kommisjonens generelle vurdering at kommunene har vært svært bevisst sin sentrale smittevernrolle under pandemien. En stor mengde lokale smittevernvedtak har blitt fattet rundt omkring i kommunene for å stanse spredningen av viruset, ofte med stort tidspress, og smittevernloven ser ut til å ha gitt kommunene flere gode verktøy for å utføre arbeidet. Likevel ser vi at det er flere forbedringspunkter både når det gjelder smittevernloven og kommunenes praktisering av denne.»

Kommisjonen redegjør for følgende gjennomgående trekk som bør forbedres: vedtakene drøfter eller vurderer ikke menneskerettslige og grunnlovbeskyttede rettigheter, de mangler stort sett en vurdering av fordeler og ulemper med tiltakene for å avgjøre om de er forholdsmessige, høringer er ikke gjennomført og en del forskrifter er ikke publisert på Lovdata og kunngjort i Norsk Lovtidend.

Kommisjonen anbefaler på s. 285 at regjeringen gjennomfører en revisjon av smittevernloven, og at den blant annet bør inkludere følgende forhold av betydning for kommunenes vedtak:

- en vurdering av om det skal settes en tidsbegrensning for virketiden til kommunelegens hastevedtak etter smittevernloven § 4-1 femte ledd
- en vurdering av om det skal kreves at kommunelegens hastevedtak etter smittevernloven § 4-1 femte ledd i etterkant skal framlegges til behandling for kommunestyret eller et annet folkevalgt organ
- tydeliggjøring av at statsforvalteren skal bidra til samordning av kommunale vedtak, og at statsforvalteren skal bringe forholdet inn til Helse- og omsorgsdepartementet dersom det ikke er mulig å oppnå tilfredsstillende samordning i fylket.

16.5.2 Statlige vedtak

Helsedirektoratet vedtok 12. mars 2020 de første forskriftene som nedla påbud om å stenge en rekke aktiviteter og virksomheter for å motvirke covid-19.

Koronakommisjonen konkluderer i NOU 2021:6 på side 125 med at «Helsedirektoratets vedtak 12. mars 2020 var utvilsomt en sak av viktighet som etter vår vurdering skulle vært fattet av Kongen i statsråd, jf. Grunnloven § 28». Kommisjonen foreslår videre på side 275 å «revidere smittevernloven § 4-1 andre ledd for å få tydeligere fram regjeringens konstitusjonelle ansvar», og peker på at en mulighet er «at Kongen i statsråd som hovedregel skal treffe beslutninger, men at direktoratet kan ta avgjørelser i hastesaker».

I NOU 2023: 16 uttaler Koronautvalget følgende på s. 232:

> «Grunnlovens krav om statsrådsbehandling innebærer at fullmaktene i smittevernloven og helseberedskapsloven må vike når vedtak kan betegnes som «saker av viktighet», da Kongen i statsråd først må treffe et vedtak. Muligheten til å handle raskt gjelder i særlig grad i starten av en krise, der krisens skadeevne ikke er kjent, og det er viktig at regelverket gir nødvendig beslutningsmyndighet og virkemidler. Eventuelle unntak fra statsrådsbehandling i kriser bør kun være aktuelt der krisen har en hastegrad som tilsier at liv og helse kan gå tapt.
>
> Utvalgets anbefaling
>
> • Regjeringen bør i arbeidet med å gjennomgå regelverket sikte mot at adgangen til å handle raskt etter smittevernloven og helseberedskapsloven får en bedre forankring i Grunnloven.»

Helsedirektoratets vedtak ble avløst av covid-19-forskriften, vedtatt av Kongen i statsråd 27. mars 2020. Koronautvalget omtaler statens regulering i covid-19-forskriften slik på side 115 i NOU 2023: 16:

> «Covid-19-forskriften var det sentrale instrumentet for å regulere smitteverntiltak og ble vedtatt av Kongen i statsråd 27. mars 2020. Den trådte i kraft samme dag og hadde hjemmel

i smittevernloven og helseberedskapsloven. I forskriften var det vedtatt at Helse- og omsorgsdepartementet kunne forlenge, oppheve og gjøre endringer i forskriften. Departementet vedtok de fleste av smitteverntiltakene i covid-19-forskriften. […]

Forskriften hadde egne kapitler for regulering av nasjonalt vedtatte regionale tiltak. Det var et mål at kommunale og nasjonale smitteverntiltak var samordnet i den grad dette var hensiktsmessig. Kommunale forskrifter var flere steder strengere enn nasjonale smitteverntiltak som følge av at smitteutbruddene varierte på tvers av landet. I tillegg til pålegg om smitteverntiltak i forskrift ble det fra nasjonale og kommunale myndigheter gitt anbefalinger om hvordan enkeltpersoner og virksomheter burde innrette seg for å begrense smittespredning, og om vaksinasjon.»

16.5.3 Regionale smitteverntiltak

I NOU 2021: 6 s. 282 flg. omtales utviklingen i statens bidrag til å samordne tiltak som burde gjelde for flere kommuner, ofte i samme bo- og arbeidsregion:

«Under pandemien har det vært en utfordring at kommunale smittevernregler ikke har vært samordnet mellom kommuner. De lokale vedtakene om karantene og innreiserestriksjoner våren 2020 er et eksempel på det. Slike regler kan ha virkning langt ut over kommunens grense. Slike tiltak kan påvirke nabokommunenes nærings- og arbeidsliv, kollektivtilbud, skoletilbud osv. […]

I midten av desember 2020 innførte regjeringen et nytt system for å vurdere og håndtere risikonivå og smittesituasjonen lokalt. Systemet skulle «kombinerer statlig veiledning med lokal vurdering og håndtering og regional samordning, og vil være et verktøy for å koordinere tiltak som er aktuelle avhengig av smittesituasjonen i kommuner og omkringliggende regioner».

Fylkesmennene som regionalt samordningsledd fikk tydeligere oppgaver i denne fasen. De skulle gjennomgå rapportene fra Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet ukentlig sammen med kommunene. Dersom disse vurderingene tilsa at tiltak burde endres i områder med flere kommuner, skulle fylkesmannen bidra til samordning av tiltakene. Tiltak skulle vurderes ut fra fem definerte risikonivå.

Systemet beskriver at det i utgangspunktet skal være den enkelte kommunen som fatter vedtak, men at departementet eller Helsedirektoratet kan gjøre det dersom kommunene ikke iverksetter nødvendige tiltak eller samordner seg tilstrekkelig effektivt. Når det gjelder regional samordning og vurdering av tiltak, står det videre at[n]år Helsedirektoratet og FHI i dialogen med kommuner og/eller fylkesmenn vurderer at det kan oppstå behov for omfattende eller inngripende tiltak i mange av kommunene i en bo- og arbeidsmarkedsregion, bør etatene utarbeide anbefaling til Helse- og omsorgsdepartementet om at tiltak i den aktuelle regionen bør besluttes av nasjonale myndigheter eller ved en koordinert prosess i de aktuelle kommunene.

Dette systemet ble tatt i bruk da det på nyåret 2021 var behov for tiltak i forbindelse med smitteutbrudd av mutert virus i Nordre Follo og kommunene rundt. Anbefalingen fra kommunene og statsforvalteren i Oslo og Viken (fylkesmannen) var at nasjonale myndigheter besluttet tiltak. Første gang Helse- og omsorgsdepartementet besluttet smitteverntiltak for «deler av landet», var 23. januar 2021.»

I boken Kriseregulering omtales innretningen av de regionale tiltakene i punkt 10.3.1:

> «De regionale tiltakene som ble iverksatt av nasjonale myndigheter gjennom covid-19-forskriften kapittel 5 fra januar 2021, delte tiltakene inn i ulike soner eller «ringer» innenfor hver enkelt region: De mest omfattende tiltak var beskrevet i kapittel 5A i covid-19-forskriften og ble av den grunn omtalt som «5A-tiltak». På det mest omfangsrike inneholdt covid-19-forskriften fire nivåer, fra de mest inngripende tiltak i 5A til de minst inngripende regionale tiltak i 5D. Kommuner i samme region ble imidlertid ikke alltid plassert under samme tiltakspakke. De kommuner hvor det ble oppdaget smitteutbrudd, ble plassert under 5A-tiltak og klassifisert som «Ring 1-kommuner», mens tilgrensende kommuner uten smitteutbrudd ble plassert under 5B-tiltak av preventive arsaker og klassifisert som «Ring 2-kommuner». Etter hvert som smitteutbruddene i de ulike sonene kom under kontroll, rykket kommunene nedover i mindre omfattende tiltakspakker, eller motsatt, at de steg opp i strengere tiltakspakker dersom nye smitteutbrudd oppsto.»

I NOU 2023: 16 gir Koronautvalget på s. 218 følgende vurdering av prosessen som ledet frem til statlige regionale tiltak:

> «Et virkemiddel som forbedret prosessen med å koordinere kommunenes smitteverntiltak, var covid-19-forskriftens kapitler om forsterkede regionale smitteverntiltak som ble vedtatt av nasjonale myndigheter for grupper av kommuner. Regjeringen vedtok bestemmelsene om regionale smitteverntiltakene første gang i januar 2021. Statsforvalternes bidrag i disse prosessene førte til at kommunene og kommunelegene fikk en viss mulighet til å uttale seg før regjeringen traff beslutninger om tiltak på regionalt nivå. Ordningen fungerte godt, og statsforvalterens rolle i koordineringsarbeidet ble også tydeligere.»

16.6 Kommunenes myndighet til å innføre smitteverntiltak

16.6.1 Kommunenes myndighet videreføres

Ettersom en smittsom sykdom med alvorlig potensiale kan dukke opp hvor som helst i landet, har kommunene og kommuneoverlegene hjemmel til å vedta og iverksette smitteverntiltak ved forskrift eller enkeltvedtak. Dette sikrer at alle deler av landet har grunnleggende smittevernberedskap, og at nødvendige tiltak kan iverksettes av myndigheter med god kunnskap om lokale forhold kort tid etter at behovet oppstår. Kommunenes myndighet til å håndtere smittehendelser på lokalt nivå kan være avgjørende for å unngå spredning til større områder.

Koronakommisjonen uttaler følgende i NOU 2022: 5 på side 71:

> «Det er kommunen som har ansvaret for smittevernet i kommunen, jf. smittevernloven § 7-1. Dette innebærer at kommunen skal sørge for at alle som bor eller oppholder seg i kommunen, er sikret nødvendige forebyggende tiltak, muligheter for undersøkelser og behandling og pleie i forbindelse med smittsom sykdom. Smittevernloven pålegger også kommunen å holde oversikt over smittsomme sykdommer som forekommer i kommunen, drive opplysning og gi råd og veiledning om hvordan slike sykdommer forebygges. Primærhelsetjenesten er dessuten drevet av kommunen: Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 pålegger kommunen å sørge for at alle personer som oppholder seg i kommunen, blir tilbudt nødvendige helse- og omsorgstjenester. Ansvarsprinsippet, nærhetsprinsippet og likhetsprinsippet tilsier at en epidemisk krise i stor grad bør bli håndtert av kommunen.»

Departementet kan i all hovedsak slutte seg til kommisjonens beskrivelse og vurdering og foreslår i hovedsak å videreføre kommunens myndighet til å vedta smittevernvedtak med virkning for kommunen.

I tråd med vurderingen i punkt 11.3 om at det klare utgangspunktet må være at smittevernloven skal legge ansvar for oppgaver og plikter til «kommunen», og ikke til kommunestyret eller andre organer, foreslår departementet at «kommunestyrets» myndighet til å vedta smitteverntiltak i ny smittevernlov erstattes med «kommunen».

I kapitlene 17 og 18 vurderer departementet om forskriftsfesting av enkelte smitteverntiltak likevel bør forbeholdes staten. I punkt 17.7.8.3 foreslås det at kommunene fremdeles skal kunne vedta begrensninger i samvær i private hjem, mens myndigheten innskrenkes når det gjelder tiltak med virkning for arealer som disponeres av Forsvaret, politiet og helseforetak (punkt 17.7.8.2), inn- og utreiseforbud til områder (punkt 18.7.3.2) og forskriftsfesting av befolkningsrettede påbud om isolering og smittekarantene (punkt 18.7.3.3).

16.6.2 Endring av kommuneoverlegens myndighet til å fatte hastevedtak

Ifølge smittevernloven § 4-1 femte ledd kan kommuneoverlegen i «hastesaker» fatte vedtak om smitteverntiltak omfattet av første ledd. Dette er særlig aktuelt ved åpenbar fare for smitteoverføring hvor det er nødvendig med øyeblikkelige tiltak før kommunestyret kan samles.

I NOU 2021: 6 uttaler Koronakommisjonen følgende på side 284:

> «Selv om undersøkelsene til Indset og Stokstad viser at kommunelegene har gjort vedtak i «noe større utstrekning enn det er rettslig adgang til», er det kommisjonens vurdering at det er en hensiktsmessig og god ordning at kommunelegen er gitt en slik hastekompetanse som smittevernloven § 4-1 femte ledd legger opp til. Kommunelegen/smittevernlegen har både den helsefaglige og epidemiologiske kompetansen som er nødvendig for å vurdere tiltak. Ordningen i smittevernloven er videre at det er én person som skal ha ansvaret for smittevernet. I en situasjon hvor det haster, er det positivt med et så klart definert ansvar.»

Samme sted uttaler Koronakommisjonen følgende om behovet for at kommunestyret vurderer tiltakene som er vedtatt etter hasteprosedyre og maksimal virketid:

> «I tilfeller hvor det besluttes omfattende tiltak etter hastebestemmelsen, er det kommunelegen som må gjøre de sektorovergripende konsekvens- og forholdsmessighetsvurderingene som trengs. Dette er vanligvis et ansvar som folkevalgte demokratiske organer har, og vi anser det som en svakhet med dagens smittevernlov at det ikke er satt krav om at kommunelegens hastevedtak skal bringes inn for kommunestyret eller annet folkevalgt organ til etterfølgende vurdering og godkjenning. Mangelen av etterfølgende kontrollordning, kombinert med at det heller ikke for kommunelegens hastevedtak er satt en maksimal virketid, innebærer en betydelig risiko for at inngripende tiltak som er fattet under stort tidspress og med begrenset kunnskapsgrunnlag, opprettholdes lenger enn det er grunnlag for. For å minimere denne risikoen, samt sikre det folkevalgte innslaget og den demokratiske forankringen som smittevernloven § 4-1 bygger på, anbefaler vi

1) at det settes krav i smittevernloven om at kommunelegens hastevedtak i etterkant skal framlegges for kommunestyret eller annet folkevalgt organ, og

2) at det settes en maksimal virketid for kommunelegens hastevedtak, vårt forslag er sju dager.»

I NOU 2022: 5 gjentas behovet for et beslutningsdyktig organ som fortløpende er i stand til å treffe raske beslutninger, samtidig som kommisjonen uttaler følgende på side 99-100 om viktigheten av påfølgende politisk behandling:

> «Etter smittevernloven § 4-1 femte ledd kan kommunelegen utøve kommunestyrets myndighet i hastesaker. Spesielt i perioden da pandemien brøt ut i Norge, ble en rekke tiltak etter smittevernloven § 4-1 besluttet av kommunelegene. Dette gjaldt både enkeltvedtak rettet mot konkrete arrangementer og lignende, men også mange steder forskrifter om generelle smitteverntiltak. Å treffe vedtak om smitteverntiltak som kan ha store konsekvenser for lokalbefolkningen og/eller næringslivet, kan være tyngende for en enkeltperson, og kanskje særlig der kommunelegen ikke har noe faglig kollegium eller støtteapparat å drøfte beslutningene med. […] For å sikre legitimitet i befolkningen, er det derfor etter vårt syn gode grunner til at generelle smitteverntiltak bør bli besluttet av et organ som er utpekt av kommunens øverste politiske organ, og ikke en fagperson på samfunnsmedisin og smittevern. Særlig gjelder dette når det er snakk om tiltak som rammer grunnleggende friheter, som adgangen til sosial omgang med familie og venner eller næringsfriheten.»

I tråd med Meld. St. 15 (2022-2023) *Folkehelsemeldinga* endres begrepet kommunelege til kommuneoverlege i regelverket.

Departementet deler kommisjonens vurdering, og foreslår å videreføre kommuneoverlegens myndighet til å fatte hastevedtak.

Departementet foreslår i tråd med gjeldende rett å presisere at kommuneoverlegens myndighet gjelder vedtak om begrensninger i den sosiale omgangen, avsperring og smittesanering og iverksetting av slike vedtak. Kommuneoverlegen bør også kunne vedta forholdsregler ved gravferd og transport av lik. Kommunens myndighet til å avgrense eller gi unntak fra begrensninger i den sosiale omgangen ut fra vaksinasjonsstatus, gjennomgått sykdom eller resultat av test for sykdom når Kongen har gitt anledning til det, bør i utgangspunktet forbeholdes kommunens politiske organer. Behovet for å avsperre områder kan imidlertid kreve umiddelbare vedtak og unntak som gjør tiltaket mulig å gjennomføre i praksis. Kommuneoverlegen bør derfor kunne forskriftsfeste unntak fra avsperring ut fra vaksinasjonsstatus, gjennomgått sykdom, testresultat eller andre forhold som har betydning for om en person er smittet eller smittsom.

Ved anvendelsen av myndigheten må kommuneoverlegen vurdere om vilkårene for å bruke kommunens myndighet er oppfylt, inkludert den medisinskfaglige begrunnelsen, nødvendigheten og forholdsmessigheten av det aktuelle tiltaket.

Det ligger uansett som en grunnleggende forutsetning at vedtakene vil være midlertidige der kommuneoverlegen benytter myndigheten til å fatte vedtak som normalt er lagt til en annen funksjon i kommunen. Lokal kjennskap til smittesituasjonen og utviklingen av denne, samt nærhet til de folkevalgte generelt gjennom sin stilling som kommuneoverlege, tilsier at befolkningen vil ha tillit til kommuneoverlegens hastevedtak.

Kommuneoverlegen kan også i mange tilfeller oppleve å stå nokså alene med ansvaret i en situasjon som tilsier nødvendige smitteverntiltak i form av hastevedtak for å verne kommunens innbyggere mot smittsomme sykdommer. Vedtakene bør derfor legges frem for det organet som har myndigheten i de tilfellene det ikke er behov for å bruke hastebestemmelsen. Kommunestyret kan delegere myndighet til å treffe vedtak til andre folkevalgte organer, ordføreren eller kommunedirektøren innen rammene av kommuneloven eller annen lov, jf. kommuneloven § 5-3. Ved bruk av myndigheten til å fatte inngripende vedtak som kommunestyret ikke har delegert, vil kommunestyret få seg forelagt hastevedtaket og med det ha anledning til å ta stilling til det. Dette ivaretar behovet for politisk kontroll med og ansvar for vurderingene av nødvendighet og forholdsmessighet.

Ikke alle hastevedtak vil være av en slik karakter at myndigheten ligger hos kommunestyret eller annet folkevalgt organ. Det kan være hendelser som krever at kommuneoverlegen handler raskt, men der den aktuelle myndigheten er delegert eller bør kunne delegeres til administrasjonen. Et slikt eksempel er der det er behov for å stenge en barnehage ved utbrudd av EHEC (en form for E. coli). Det er ikke nødvendigvis noe som må besluttes av kommunestyret selv. Hastevedtak bør derfor også kunne legges frem for det organet (folkevalgt eller administrativt) som er delegert oppgaven i normalsituasjonen i samsvar med kommunens delegeringsreglement.

En plikt til å fremme sak for kommunestyret eller den som er delegert oppgaven, bør ikke tidfestes til et bestemt antall dager, men avhenge av når det er mulig å fatte vedtak. Man unngår med dette en situasjon hvor kommuneoverlegens nødvendige vedtak ikke lenger er gyldig, som følge av at det ikke har vært mulig å for eksempel samle kommunestyret. Kommuneoverlegen må uansett overholde den generelle tidsbegrensningen for vedtak fattet med hjemmel i ny smittevernlov § 7-1 på inntil 30 dager, med mindre særlige grunner tilsier en lengre periode. Se omtale av dette i punkt 17.7.9.

Departementet foreslår på denne bakgrunnen å lovfeste i ny smittevernlov § 7-6 at kommuneoverlegen så snart som mulig skal orientere kommunestyret eller den som er delegert myndigheten om hastevedtaket.

Forslaget gjør det mulig for rett organ i kommunen å vurdere behovet for å omgjøre vedtaket innenfor rammen av forvaltningsloven. Hastevedtaket er gyldig frem til kommunen eventuelt omgjør det.

Vi ber om høringsinstansenes syn på om det i tillegg bør lovfestes en plikt for kommunen til å stadfeste vedtaket eller fatte nytt vedtak. Kommuneoverlegen har myndighet til å fatte hastevedtak også etter folkehelseloven § 9 tredje ledd (ny § 7 a tredje ledd ved ikrafttredelse av lovendringer vedtatt 6. juni 2025). Departementet tar sikte på å endre bestemmelsen slik at den tilsvarer ny smittevernlov § 7-6, for å sikre et enhetlig regelverk.

16.6.3 Adgangen til å delegere myndighet til å vedta smitteverntiltak

Smittevernloven § 7-1 sjette ledd bestemmer at «kommunens myndighet etter denne lov kan delegeres etter reglene i kommuneloven eller til et interkommunalt organ».

Kommunestyret er det øverste organet i kommunen. Kommuneloven § 5-3 tredje ledd bestemmer at «[k]ommunestyret og fylkestinget kan delegere myndighet til å treffe vedtak til andre folkevalgte organer, ordføreren eller kommunedirektøren innenfor rammene av denne loven eller annen lov». Det følger av kommuneloven § 5-4 første ledd at for saker som gjelder lovpålagte oppgaver, kan kommunestyret og fylkestinget bare delegere myndigheten til å treffe vedtak til andre rettssubjekter så langt lovgivningen åpner for det.

Departementet foreslår i punkt 11.3 å videreføre henvisningen til kommunelovens delegeringsbestemmelser og anledningen til å delegere til interkommunalt selskap i forslag til ny smittevernlov § 2-1.

Når kommunestyret tar stilling til om myndigheten etter forslaget til ny smittevernlov kapittel 7 om vedtak av befolkningsrettede smitteverntiltak skal delegeres til andre kommunale organer, bør det legges vekt på hvor inngripende tiltaket er og behovet for prosesser som bidrar til legitimitet og etterlevelse. Kommunestyrene og andre kommunale folkevalgte organer treffer beslutninger i offentlighet og de skriftlige begrunnelsene og debatten er tilgjengelige for allmennheten. Kommuneloven kapittel 11 innebærer blant annet krav om innkalling, saksliste, møtebok og møteoffentlighet alle folkevalgte organer i kommunen. Det følger videre av offentleglova § 16 at saksfremlegg med vedlegg og saksliste til folkevalgte organer ikke kan unntas offentlighet i medhold av §§ 14 og 15. Dette tilsier at kommunestyret eller annet folkevalgt organ som er delegert myndigheten som utgangspunkt bør fatte vedtak om smitteverntiltak, eller behandle grunnlaget for slike vedtak, i tilfeller hvor det ikke er nødvendig at kommuneoverlegen benytter hastekompetansen etter smittevernloven § 4-1. Kommunedirektøren (administrasjonen) kan uansett ikke delegeres myndighet til å treffe vedtak i saker som har prinsipiell betydning, jf. kommuneloven § 13-1 sjette ledd. Departementet legger til grunn at smitteverntiltak som utgangspunkt vil ha prinsipiell betydning, og at kommuneloven derfor normalt ikke vil gi grunnlag for videredelegering til administrasjonen av denne typen vedtak.

16.6.4 Hensyn til konsekvenser som skyldes forhold utenfor kommunens kontroll

Ved smittehendelser vil kommunen ha ansvar for å iverksette tiltak for å begrense smittespredning i størst mulig grad. Kommunens tiltak kan også bidra til å beskytte befolkningen i resten av landet. Kommunens vedtak gjelder likevel bare innenfor kommunegrensene, og kommunens ansvar er begrenset til å forebygge og håndtere smittsomme sykdommer i kommunen.

Et utbrudd av allmennfarlig smittsom sykdom kan medføre at nasjonale eller regionale kapasiteter, eksempelvis kapasiteten i spesialisthelsetjenesten, blir truet, eller at tilgang på utstyr, personell, legemidler eller lignende blir utfordret.

Kommunenes ansvar er i den gjeldende smittevernloven §§ 7-1 og 7-2 knyttet til helse- og omsorgstjenestene i kommunen og personer som oppholder seg i kommunen. Dersom kommunen lokalt kan håndtere situasjonen uten strenge tiltak, vil behovet for ytterligere tiltak være begrunnet i forhold utenfor kommunen som kan påvirke kommunens

befolkning. Under pandemien oppsto eksempelvis spørsmål om kommuner i opptaksområdet til et helseforetak burde eller kunne iverksette tiltak hvis kapasiteten i helseforetaket var presset. I en slik situasjon kan smittetrykket være lavt i flere enkeltstående kommuner, mens det samlede smittetrykket i helseforetakets opptaksområde kan være så stort at det påvirker spesialisthelsetjenestens kapasitet til å yte nødvendige og forsvarlige tjenester. En økning av smittespredningen i den enkelte kommune kan derfor bidra til at kommunens befolkning indirekte vil bli skadelidende fordi de ikke vil få tilstrekkelig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten eller fordi kommunens egen helse- og omsorgstjeneste vil oppleve økt belastning når den må avlaste spesialisthelsetjenesten.

Departementet mener at en kommune skal kunne verne kommunens befolkning mot sannsynlige negative konsekvenser av smittespredning i kommunen, uavhengig av om disse konsekvensene rammer befolkningen eller kommunens eget tjenestetilbud direkte eller indirekte. Se også omtalen av smittevernlovens formål og betydningen av å verne befolkningen mot smitte i punkt 9.4. Kommunene må derfor på prinsipielt grunnlag kunne ta hensyn til negative konsekvenser som økt smittetrykk i egen kommune vil ha for spesialisthelsetjenesten, når kommunen vurderer nødvendigheten og forholdsmessigheten av egne smitteverntiltak.

Det er likevel krevende for den enkelte kommune å vurdere forholdsmessigheten ved å innføre smitteverntiltak i egen kommune når det gjøres av hensyn til å beskytte egen befolkning mot svikt i spesialisthelsetjenesten. Kommunene har heller ikke plikt til å holde oversikt over de faktorene som må hensyntas i en nasjonal krisesituasjon.

Staten har bedre forutsetninger for å ha oversikt over situasjonen i spesialisthelsetjenesten og nasjonale forsyningslinjer mv., og vil i motsetning til kommunene kunne iverksette tiltak for å avhjelpe kapasitetsutfordringer på andre måter enn gjennom tiltak etter smittevernloven. Staten vil også ha bedre forutsetninger for å kunne vurdere nødvendigheten og forholdsmessigheten av tiltakene når de ses i en regional eller nasjonal sammenheng.

Departementet mener derfor at det i en krisesituasjon bør tas som utgangspunkt at staten tar ansvar for å vurdere om det av hensyn til å beskytte den samlede befolkningens liv og helse er nødvendig å vedta smitteverntiltak som bidrar til å opprettholde regional og nasjonal kapasitet i spesialisthelsetjenesten eller nasjonale forsyningslinjer.

16.6.5 Plikt for kommunene til å rapportere en situasjon til statsforvalteren?

Ifølge «Veileder til forskrift om kommunal beredskapsplikt» skal kommunene være forberedt på å sørge for at det rapporteres til statsforvalteren på samordningskanalen i tråd med DSBs retningslinjer, men det er i dag ingen plikt for kommunene å rapportere til statsforvalteren.

I NOU 2023:16 gjengir Koronautvalget på side 212 statsforvalternes erfaringer fra pandemien slik:

> «Statsforvalterne erfarte at kommunene hadde ulik grad av forståelse for at statsforvalter hadde behov for å få tilsendt situasjonsrapporter på fast frekvens for å sammenstille

situasjonsoversikt i fylket, viser DSBs rapport (2022). Kvaliteten på rapportene fra kommunene var også varierende. Rapporteringene var også forankret på ulike nivåer i kommunene og hadde derfor ulik status. Statsforvalterne etterlyser at kommunene får et tydeligere krav, eventuelt en plikt til å rapportere til statsforvalterne på samordningskanalen, og at det vil kunne forbedre kvaliteten på rapportene. Flere av statsforvalterne pekte også på at det var problematisk at viktige deler av kommunikasjonen gikk direkte i sektorlinjen mellom sentralforvaltningen og kommunene, fordi det skapte utfordringer for god tverrsektoriell samhandling.»

Koronautvalget gir følgende anbefaling:

> «På bakgrunn av erfaringene fra pandemihåndteringen, er det behov for å klargjøre forholdet mellom samordningskanalen og fagkanalen i en større krise, for å unngå dobbeltrapportering og unødig ressursbruk. Koronautvalget anbefaler derfor at det gjøres en større revisjon av DSBs «Retningslinjer for varsling og rapportering på samordningskanalen», og at myndighetene bør vurdere om kommunene skal ha en plikt til å rapportere til statsforvalteren.»

Departementet legger til grunn at DSB vil ta hensyn til blant annet statsforvalternes erfaringer fra pandemien og behovet for tydeliggjøring når retningslinjene for varsling og rapportering revideres. Betydningen av å få til en omforent og mest mulig hensiktsmessig rapportering i helsekrise kan også tas opp med kommunene i den løpende dialogen om beredskapsarbeid. Erfaringene med dette arbeidet vil gi bedre grunnlag for å vurdere behovet for regelverksendringer. Departementet foreslår derfor ikke nå å lovfeste ytterligere rapporteringsplikter for kommunene.

16.7 Statens myndighet til å innføre smitteverntiltak

16.7.1 Behovet for statlige vedtak

Koronakommisjonen uttaler i NOU 2021: 6 s. 275 at «[s]elv om det er en styrke at kommunene med sin lokale kunnskap beslutter hvilke smitteverntiltak som skal iverksettes, mener vi erfaringen fra denne koronapandemien viser at det under en pandemi kan være behov for enkelte langvarige tiltak på nasjonalt nivå».

Erfaringen fra pandemien viste at det var lite hensiktsmessig å styre en nasjonal epidemi med kommunalt vedtatte tiltak. Dersom smittehendelsen eller epidemien rammer, eller ligger an til snart å ramme, flere enn noen få kommuner, et helt fylke, landsdel eller hele landet, er det mest effektivt at den håndteres samordnet med nasjonale vedtak. Da unngås tidkrevende prosesser for å sikre at flere kommuner vedtar tiltak hver for seg, med fare for ubegrunnet variasjon i tiltakene.

Det vil kunne være behov for statlige forskrifter når:

- det er behov for statlig koordinering eller beslutning på grunn av store samfunnsmessige konsekvenser, som følge av behovet for inngripende tiltak over tid, i større geografiske områder eller for flere samfunnssektorer
- det kreves et nasjonalt samlet situasjons- og ressursbilde for å få tilstrekkelig rask og helhetlig oversikt over den potensielle alvorligheten og tiltaksbehov

- utbruddet ikke i tide vil kunne stanses eller bringes under kontroll av en eller flere berørte kommuner
- utbruddet truer andre viktige samfunnsfunksjoner, som tilbud av spesialisthelsetjenester og forsyning av viktige varer og tjenester
- kommuner ikke iverksetter tilstrekkelige tiltak.

Departementet legger derfor til grunn at statens hjemler til å forskriftsfeste smitteverntiltak for hele eller deler av landet videreføres.

16.7.2 Staten kan treffe vedtak om smitteverntiltak ved samfunnskritisk sykdom

Smittevernloven § 4-1 andre ledd gir Helsedirektoratet, og dermed også departementet og Kongen som overordnede organer, hjemmel til å treffe vedtak om smitteverntiltak «*[v]ed et alvorlig utbrudd av en allmennfarlig smittsom sykdom*» (inngangsvilkåret). Begrepet er definert i loven § 1-3 nr. 3 og 4. Vi viser til omtale av dette i kapittel 9 og forslag om å erstatte inngangsvilkåret med begrepet «samfunnskritisk sykdom».

Departementet mener at staten fortsatt bør ha hjemmel til å forskriftsfeste smitteverntiltak når det foreligger en ekstraordinær situasjon som krever omfattende smitteverntiltak for hele eller deler av landet, slik det forutsettes for at en sykdom skal anses som samfunnskritisk. Dette markerer at det går et skille mellom hva kommunene skal ha ansvar for i det daglige smittevernarbeidet, og når staten bør ta et overordnet ansvar for krisehåndteringen. Departementet foreslår derfor å videreføre inngangsvilkåret, med de nødvendige justeringene av definisjonene som fremgår i kapittel 9.

I forbindelse med koronapandemien tok departementet stilling til om vilkårene for at det forelå «et alvorlig utbrudd av allmennfarlig smittsom sykdom» var oppfylt. Vurderingen var basert på konkrete vurderinger fra særlig Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet, av blant annet smittens utbredelse, risiko for alvorlig sykdom, risiko for spredning og behovet for tiltak for å ivareta samfunnssikkerheten, liv og helse. Departementet forskriftsfestet ikke at det forelå et alvorlig utbrudd. Ettersom forskrifter bare kan vedtas og opprettholdes så lenge inngangsvilkåret er oppfylt, er det overflødig først å fatte et eget vedtak om at vilkårene faktisk er oppfylt, for så å vedta nødvendige smitteverntiltak. Det må uansett begrunnes hvorfor vilkåret er oppfylt. Ved høring av forskriftsfestede tiltak i en konkret smittesituasjon, vil det være naturlig å be høringsinstansene om å uttale seg også om grunnvilkåret. Departementet foreslår derfor ikke å lovfeste et krav til at det må fremgå av forskrift fastsatt med hjemmel i loven at det foreligger en samfunnskritisk sykdom.

16.7.3 Statlige vedtak når det ikke haster

Smittevernloven § 4-1 regulerer ikke tydelig statens myndighet i de tilfellene hvor det er behov for nasjonale tiltak eller tiltak som gjelder for deler av landet, men det *ikke* er avgjørende å få satt i verk tiltak raskt.

Forarbeidene til smittevernloven § 4-1 andre ledd tar utgangspunkt i at det er nødvendig med overordnet nasjonal ledelse av arbeid mot farlige epidemier, og presiserer at tiltakene også må kunne gjennomføres meget raskt. Behovet for overordnet styring av håndteringen av et

utbrudd som varer over tid for hele eller deler av landet, er imidlertid ikke reflektert i bestemmelsens ordlyd. Bestemmelsen gir Helsedirektoratet, og dermed også departementet og Kongen som overordnede organer, hjemmel til å treffe vedtak om smitteverntiltak «[v]ed et alvorlig utbrudd av en allmennfarlig smittsom sykdom og når det er avgjørende å få satt i verk tiltak raskt for å motvirke overføring av sykdommen».

Koronakommisjonen påpeker i NOU 2021: 6 s. 275 behovet for å klargjøre at staten ikke bare skal kunne forskriftsfeste smitteverntiltak når det haster:

> «Etter dagens regulering kan Helsedirektoratet, det vil si staten, fatte tilsvarende vedtak som kommunene for hele eller deler av landet «når det er avgjørende å få satt tiltak i verk raskt» for å motvirke overføring av sykdommen. At tiltak i utgangspunktet bare kan iverksettes når det er en viss grad av hast, gjør at statens hjemmelsgrunnlag for å vedta forskrifter med mer langvarige tiltak i beste fall er uklart.
>
> Selv om det er en styrke at kommunene med sin lokale kunnskap beslutter hvilke smitteverntiltak som skal iverksettes, mener vi erfaringen fra denne koronapandemien viser at det under en pandemi kan være behov for enkelte langvarige tiltak på nasjonalt nivå. Vi foreslår derfor at det utredes en hjemmel som gir et tydeligere grunnlag for at staten kan bestemme tiltak for hele eller deler av landet under et alvorlig utbrudd av en allmennfarlig smittsom sykdom».

Statlige myndigheter har best informasjon og forutsetninger for å etablere en helhetlig situasjonsforståelse og for å iverksette tiltak når det ikke er et utbrudd som kan avgrenses og håndteres lokalt.

Smittevernloven § 4-1 første ledd inneholder noen av de mest sentrale virkemidlene for å håndtere en helsekrise både innledningsvis og i resten av kriseforløpet. Videre presiserer Samfunnssikkerhetsinstruksen (instruks 1. september 2017 nr. 1349 for departementenes arbeid med samfunnssikkerhet) blant annet kravene til regjeringen og departementenes arbeid med samfunnssikkerhet, og pålegger departementene ansvar for beredskap innenfor sin sektor. Instruksen fastslår at «regjeringen har det øverste ansvaret for beredskapen i Norge, herunder det overordnede politiske ansvaret for både styringen og håndteringen av kriser som oppstår».

Hvis regjeringen ikke har klar hjemmel til å benytte virkemidlene i § 4-1 første ledd i situasjoner der det ikke haster, eller der manglende handling vil lede til behov for raske endringer, er det spørsmål om loven i tilstrekkelig grad understøtter regjeringens konstitusjonelle ansvar for krisehåndteringen. Statens myndighet og ansvar bør derfor tydeliggjøres i loven.

Under koronapandemien var det eksempler på at det var nødvendig med koordinering fra nasjonalt nivå når kommunene eksempelvis ikke selv hadde tilstrekkelig oversikt til å se de samlede behovene i situasjonen, ikke koordinerte sine tiltak eller ikke hadde en omforent tilnærming. Tiden som går med til slik samordning mellom kommuner kan være nødvendig for å forankre beslutningene og komme frem til gode løsninger, men prosesser som tar tid øker samtidig risikoen for at man mister kontroll på smittesituasjonen. Dersom man ikke kommer frem til en felles regional eller nasjonal løsning innen den tiden som står til rådighet,

vil det haste med å få vedtatt smitteverntiltak. Det taler for for at staten allerede har de nødvendige fullmaktene etter smittevernloven § 4-1 andre ledd.

Departementet er likevel enig med kommisjonen i at det kan være hensiktsmessig å klargjøre i loven at hastegraden ikke skal være et vilkår for at staten kan vedta smitteverntiltak med virkning for hele eller deler av landet, og foreslår derfor at hast ikke inngår som et vilkår i ny smittevernlov § 8-1.

16.7.4 Smitteverntiltak som gjelder flere kommuner eller regioner

Når smittesituasjonen tilsier at det er behov for tiltak i flere kommuner i samme område, kan man snakke om regionale smitteverntiltak. Dette kan innføres enten ved at flere kommuner blir enige om å vedta like forskrifter, eller ved at staten vedtar en forskrift som gjelder for navngitte kommuner. Gjeldende smittevernlov § 4-1 åpner for at staten kan vedta forskrifter om smitteverntiltak i hele eller deler av landet. Det er ikke gitt særskilte bestemmelser om prosess eller adgang til å fatte vedtak om at det skal gjelde ulike regler i ulike deler av landet.

Departementet mener at erfaringene med at kommunene ved flere anledninger under koronapandemien hadde vanskelig for selv å enes om felles forskriftsregulering under sterkt tidspress, tilsier at det ved en neste helsekrise vil være naturlig at staten tar hovedansvaret for å lede håndteringen av alvorlige utbrudd som rammer flere enn noen få kommuner.

Det vil være Kongen eller departementet som bestemmer når det er behov for statlig regulering av et høyere tiltaksnivå i deler av landet enn det kommunene selv vedtar, basert på en beskrivelse av den konkrete situasjonen og råd fra Folkehelseinstituttet, Helsedirektoratet og relevante statsforvaltere. Det er særlig aktuelt der sykdommens spredningsevne er så stor at den neppe lar seg begrense til én kommune eller en mindre klynge av nabokommuner.

I vurderingen av behovet for statlige forskrifter og hvilke kommuner som skal omfattes, vil det være relevant om kommunene selv er i stand til å fatte og koordinere vedtak av tilstrekkelige smitteverntiltak. Tiltak som er nødvendige for å håndtere smittesituasjonen i «deler av landet», i én kommune, i flere kommuner, i bo- og arbeidsmarkedsregioner (som benyttet under koronapandemien) eller i større regioner, kan være aktuelle når nasjonale myndigheter etter en konkret vurdering anser at det av hensyn til forsvarlig smittevern er nødvendig med strengere tiltak enn det kommunene selv ønsker å innføre. Det vil også være aktuelt når det er behov for å innføre effektive og konsekvente tiltak i hele det aktuelle befolkningsområdet raskere enn det de berørte kommunene selv er i stand til. Unntaksvis kan en statlig håndtering være hensiktsmessig også ved sykdommer med mindre spredningsevne, men der de(n) aktuelle kommunen(e) ikke evner å iverksette nødvendige tiltak for å stoppe spredningen.

Når staten vedtar forskrifter med virkning for en eller flere kommuner, oppstår spørsmålet om forholdet til det kommunale selvstyret. Kommuneloven § 2-2 første ledd bestemmer at det kommunale og fylkeskommunale selvstyret ikke bør begrenses mer enn det som er

nødvendig for å ivareta nasjonale mål. Det å ivareta liv og helse er et grunnleggende hensyn som kan gi grunn til statlig styring av kommunesektoren, både for å oppnå nasjonale mål og for å sikre den enkeltes rett til helse og beskyttelse knyttet til smittevern, epidemier og miljøforhold med helsekonsekvenser, jf. Kommunal- og distriktsdepartementets veileder om statlig styring av kommuner og fylkeskommuner punkt 4.2. Innen smittevernet er koordinerte og sammenhengende smitteverntiltak avgjørende for å oppnå effekt. Behovet for statlige vedtak om smitteverntiltak vil derfor kunne veie tyngre enn kommuners ønske om selv å bestemme beskyttelsesnivået i egen kommune. Det er uansett en forutsetning for å kunne fastsette og opprettholde statlige tiltak nasjonalt, regionalt og lokalt, at tiltakene er nødvendige og forholdsmessige, jf. smittevernloven § 1-5.

Forberedelse, vedtak og gjennomføring av statlige smitteverntiltak som gjelder for flere kommuner i en bo- og arbeidsregion eller annet større område, krever god dialog med de berørte kommunene. Kommunene skal gis anledning til å uttale seg. Det må gjøres avveininger mellom de ulike kommunenes behov for tilpasninger, samtidig som tiltakene må være tilstrekkelig effektive og mulig å etterleve i hele det berørte området.

Statsforvalterens rolle og samspillet med Helsedirektoratet, Folkehelseinstituttet og kommunene ved utarbeidelse av regionale smitteverntiltak, fungerte godt under koronapandemien. Ved en senere alvorlig smittesituasjon bør det legges til rette for en tilsvarende arbeidsform. Se også departementets forslag i høringsnotatet punkt 11.6.3 om å presisere i ny smittevernlov at statsforvalterens bistandsplikt blant annet kan innebære å koordinere og samordne informasjon, tiltak og aktiviteter mellom kommunene i fylket og staten.

Departementet ser ikke ut over dette behov for å lovfeste særskilte krav til saksbehandling eller hvilke organer som skal være involvert i arbeidet med å utarbeide regionale smitteverntiltak. Slike forhold bør drøftes i forbindelse med videreutvikling av statlige beredskapsplaner og omtales der.

16.8 Hvem bør vedta statens forskrifter om smitteverntiltak?

16.8.1 Vedtakskompetansen flyttes fra Helsedirektoratet til Kongen

Myndigheten etter smittevernloven § 4-1 andre ledd til å vedta smitteverntiltak for hele eller deler av landet er i dag lagt til Helsedirektoratet, men departementet og Kongen kan også fatte vedtak som følge av at de er overordnede organer med instruksjonsmyndighet. I koronapandemiens innledende fase fattet Helsedirektoratet vedtak om forskriftsfesting av befolkningsrettede smitteverntiltak 12. mars 2020. Disse ble opphevet eller videreført ved vedtagelsen av covid-19-forskriften 27. mars 2020, som ble vedtatt av Kongen i statsråd. Senere vedtok departementet de aller fleste endringene i forskriften i tråd med delegert myndighet.

Koronakommisjonen uttaler følgende om begrunnelsen for sitt forslag om å flytte vedtaksmyndigheten fra Helsedirektoratet til Kongen i statsråd i NOU 2021:6 på side 275:

> «Kommisjonen mener likevel det er behov for å revidere smittevernloven § 4-1 andre ledd for å få tydeligere fram regjeringens konstitusjonelle ansvar. Vi viser til at det er uvanlig at et fagdirektorat i lov er tildelt kompetanse til å fatte vedtak av så prinsipiell art og med så store konsekvenser for hele samfunnet. En klar plassering av ansvar til Kongen i statsråd, sørger for politisk ansvar og dermed demokratisk kontroll. Da stilles det også prosessuelle krav, som statsrådsbehandling, som vil bidra til å sikre helhetlige vurderinger. En mulighet er derfor at Kongen i statsråd som hovedregel skal treffe beslutninger, men at direktoratet kan ta avgjørelser i hastesaker. Vi framhever imidlertid at en revisjon ikke må føre til forsinkete prosesser når det haster. En revidert bestemmelse må balansere hensynet til rettssikkerhet og demokratisk kontroll på den ene siden, mot behovet for å treffe raske avgjørelser på den andre siden.»

Departementet foreslår at den nye smittevernloven § 8-1 gir Kongen myndighet til å forskriftsfeste befolkningsrettede smitteverntiltak for hele eller deler av landet i stedet for Helsedirektoratet. Endringen begrunnes først og fremst med at det vil være tale om inngripende tiltak som gjelder hele eller deler av landet, og som regjeringen og ansvarlig statsråd uansett må ta stilling til. Hensynet til rettssikkerheten og demokratisk og nasjonal kontroll og styring tilsier at myndigheten legges til Kongen. Det konstitusjonelle ansvaret for Kongen tydeliggjøres.

Når det oppstår behov for å vurdere omfattende statlige tiltak i forbindelse med en konkret samfunnskritisk sykdom, vil Grunnloven § 28 ofte kreve at saken behandles av Kongen i statsråd.

Under pandemien fikk departementet delegert myndighet til å foreta forskriftsendringer som regjeringen behandlet. Departementet kunne også innenfor departementets fullmakt vedta mindre justeringer og tilpasninger av forskrift for å ivareta tiltakenes tiltenkte formål. Også i en fremtidig langvarig pandemi med behov for mange og raske tilpasninger, vil det oppstå behov for å delegere noe myndighet til å vedta forskrifter for å kunne håndtere situasjonen på en effektiv og hensiktsmessig måte. I de tilfellene hvor Grunnloven § 28 ikke krever behandling i statsråd, bør derfor smittevernloven åpne for at Kongen kan delegere myndighet til å fastsette eller endre forskrifter til departementet eller andre underliggende etater.

Se omtale i punkt 16.8.2 av når delegering er aktuelt og punkt 16.8.3 om forholdet til Grunnloven § 28.

Når det oppstår en samfunnskritisk sykdom med behov for omfattende befolkningsrettede smitteverntiltak, vil det være behov for å koordinere store deler av forvaltningen og vurdere konsekvenser for en rekke samfunnsområder. Det må også gjøres vanskelige avveininger mellom folkehelsen og tunge sosiale og økonomiske hensyn. Dette krever bredere kompetanse enn det Helsedirektoratet besitter, representasjon fra ulike deler av samfunnet og stor institusjonell legitimitet. Det bør derfor fremgå av loven at Kongen skal vurdere og vedta smitteverntiltak for hele eller deler av landet. Dette sikrer at at berørte statsråder involveres i vurderingen av behovet for tiltak og i konkrete vurderinger av hvilke beslutninger som kan og bør delegeres til en eller flere statsråder.

Kongen, og departementet i den grad myndighet er delegert, vil trolig kunne ta stilling til om det foreligger en samfunnskritisk sykdom og treffe vedtak om nødvendige tiltak,

tilnærmet like raskt som Helsedirektoratet. Det vil blant annet ikke være nødvendig å bruke tid på vurderinger av om Helsedirektoratet skal innhente synspunkter eller støtte fra regjeringen eller departementet. Ved behov for å samle regjeringen raskt er det ikke nødvendig at alle statsrådene er tilgjengelige. Grunnloven § 27 bestemmer at statsråd kan avholdes når minst halvparten av medlemmene er samlet, og Grunnloven § 29 gir hjemmel til å konstituere midlertidige statsråder for å avgjøre en sak. Helsedirektoratet skal sammen med Folkehelseinstituttet konsentrere seg om å utrede det faglige grunnlaget, sammenstille data og vurdere og gi anbefalinger til departementet om nødvendige smitteverntiltak, slik tilfellet var under koronapandemien. Departementet ser derfor ikke behov for at smittevernloven gir Helsedirektoratet eller departementet myndighet til å fastsette vedtak selv om det skulle haste.

Når ansvaret for å gi pålegg i forskrift plasseres hos Kongen, vil Helsedirektoratets doble rolle som veileder og myndighetsorgan med hjemmel til å gi pålegg til kommunene, langt på vei opphøre. Denne doble rollen var noe av bakgrunnen for at kommuner under koronapandemien fant det vanskelig å skille mellom når Helsedirektoratet ga råd og pålegg. I NOU 2021: 6 s. 290 viser kommisjonen til at to tredjedeler av kommunene som innførte besøksforbud i omsorgsboliger og bofellesskap, oppgir at de oppfattet retningslinjene fra Helsedirektoratet 14. mars 2020 som et pålegg om besøksstans også i omsorgsboliger. I NOU 2022:5 s. 108 viser kommisjonen til at det under koronapandemien i noen tilfeller var uklart for kommunelegene om Helsedirektoratets vurderinger i forbindelse med dialog om aktuelle smitteverntiltak, var å anse som råd eller pålegg. Departementets forslag legger til rette for rolletydelighet. Helsedirektoratet skal fremdeles ha en normerende rolle, blant annet ved å gi faglige retningslinjer.

Departementet foreslår på denne bakgrunn at ny smittevernlov § 8-1 skal gi Kongen myndighet til å fatte vedtak om befolkningsrettede smitteverntiltak for hele eller deler av landet, til erstatning for den myndigheten som i dag er lagt til departementet og Helsedirektoratet. Kongen skal også være beslutningsmyndighet for andre statlige vedtak med hjemmel i smittevernloven, med mindre annet uttrykkelig foreslås. Departementet foreslår for eksempel å bestemme at «Kongen i statsråd» (i stedet for «Kongen») skal ha hjemmel til å gi forskrifter om bestemt oppholdssted for innreisekarantene ved samfunnskritisk sykdom (§ 9-2), om innreiserestriksjoner for utlendinger ved samfunnskritisk sykdom (§ 9-3), samt forskrift med lovs innhold, herunder fravike gjeldende lovgivning (loven kapittel 11). Det innebærer at myndigheten i disse tre hjemlene ikke kan delegeres til departementet eller andre underliggende organer.

16.8.2 Kongens mulighet til å delegere myndigheten

Når myndigheten legges til Kongen, vil regjeringen også i fremtidige smittesituasjoner kunne delegere myndighet til å endre og justere forskrifter til Helse- og omsorgsdepartementet, eventuelt i samråd med bestemte departementer. Myndigheten må delegeres ved kongelig resolusjon vedtatt av Kongen i statsråd, og overholde de begrensningene som følger av Grunnloven § 28.

Det vil være mer tidkrevende å vedta forskrifter i statsråd. Det bør derfor ikke legges opp til at enhver beslutning må tas av Kongen i statsråd.

I løpet av pandemien ble den sentrale covid-19-forskriften endret over 600 ganger. Kun ved noen få anledninger ble forskriftene endret for å innføre omfattende tiltakspakker eller trappe disse ned. Forskriftsendringene bestod i hovedsak av klargjøring av ordlyd, tillegg eller justering av unntaksbestemmelser, presiseringer for å ivareta formålet med reglene og andre endringer for å opprettholde forholdsmessigheten og tilpasse reglene til alle de tenkelige og utenkelige praktiske spørsmålene som oppstod. Det er normalt verken påkrevd eller hensiktsmessig at en samlet regjering vedtar slike løpende tilpasninger i forskrifter i statsråd. Som illustrasjon vises det imidlertid til at innføring av «tiltakspakkene» ved omikronvarianten høsten 2021 ble besluttet av Kongen i statsråd henholdsvis 8. og 14. desember 2021.

Selv om Kongens myndighet til å vedta forskrifter delegeres til departementet, vil det ofte være behov for at statsråden søker avklaring i regjeringen før forskriftsendringer vedtas. Den til enhver tid sittende regjering må bestemme hvilke saker en statsråd skal ha fullmakt til selv å beslutte, og hva som krever behandling i regjering eller drøfting med andre berørte statsråder.

I NOU 2022:5 tar også Koronakommisjonen på s. 45 utgangspunkt i at regjeringen må ta stilling til hvordan den ønsker å tilrettelegge arbeidet i en smittesituasjon:

> «Det er opp til regjeringen selv å bestemme hvor sterkt involvert den vil være i håndteringen av en krise. Gitt koronapandemiens omfang, alvorlighet og samfunnsgjennomgripende karakter bestemte regjeringen tidlig at den selv skulle treffe beslutninger om håndteringen av pandemien.»

Kommisjonen omtaler deretter bakgrunnen for at regjeringen under koronapandemien selv behandlet mange saker om smitteverntiltak slik:

> «Som sitatet viser, organiserte regjeringen arbeidet under pandemien slik at det primært var regjeringen som traff beslutningene. Slik det blir beskrevet, hadde sektordepartementene og underliggende etater hovedansvaret for den praktiske oppfølgingen og gjennomføringen, mens lederdepartementet skulle koordinere gjennomføringen på tvers av sektorene.
>
> Regjeringsråden ved SMK har overfor kommisjonen forklart hvorfor det sett fra hennes synspunkt, var riktig at regjeringen hadde tett styring med håndteringen:
>
> > «Jeg tror de beslutningene man har tatt, har hatt så store konsekvenser at det er riktig at regjeringen har tatt dem. Det er lett å se at det er enkeltbeslutninger som ikke måtte være i regjering. I det store og hele tror jeg likevel det har vært nødvendig, gitt hvordan vårt samfunn er organisert, at politisk ledelse har vært sterkt involvert. Da er det også slik at noen beslutninger, selv om den enkelte beslutning kan se begrenset ut, så kan den ha overslag mot andre sektorer, og det er regjeringen som er vårt høyeste samordningsorgan. Slik sett tror jeg det er riktig at mange av disse beslutningene har vært i regjering.»
>
> Regjeringens valg om selv å treffe beslutninger om nasjonale tiltak, synes etter dette å være begrunnet i at det var en gjennomgripende og sektoroverskridende krise med store konsekvenser for alle deler av samfunnet. Ved å løfte beslutningene til sitt nivå ønsket regjeringen å sikre en helhetlig håndtering nasjonalt.»

Kommisjonen går så detaljert gjennom hvordan regjeringen innrettet sitt arbeid og oppsummerer sin vurdering slik på side 70:

> «Regjeringens ønske om selv å treffe nasjonale tiltak kan etter kommisjonens syn i visse tilfeller ha ført til et større hastverk enn nødvendig. Slik kommisjonen vurderer det, kan dette ha bidratt til å svekke grunnlaget for regjeringens beslutninger.»

Dette utdypes slik på side 73:

> «Gjennomgangen vår viser at de mange sakene som er løftet til regjeringens bord, har resultert i at resten av statsforvaltningen har brukt mye kapasitet på å ivareta forberedelser for regjeringen og til å gjennomføre tiltak etter at regjeringen har truffet sine beslutninger. Vi har belyst at prosessene har vært arbeidskrevende og preget av tidspress.
>
> Vi mener organisering, arbeids- og beslutningsprosesser i den overordnede krisehåndteringen medførte en klar fare for at beslutningene ikke ville ha god nok kvalitet. For eksempel at den smittevernfaglige begrunnelsen eller forholdet til menneskerettighetene ikke ble godt nok utredet, eller at beslutningene ble lite treffsikre, hadde utilsiktede konsekvenser eller ble vanskelige å gjennomføre. Det er etter vårt syn en klar fare for at tempoet i saksforberedelsen i deler av krisehåndteringen har gått på bekostning av å utrede og kvalitetssikre beslutningene. Det kan også ha gått på bekostning av å se beslutninger i sammenheng, på tvers av sektorene og for ulike deler av landet.»

Departementet understreker at regulering av smitteverntiltak må utredes, uavhengig av om regjeringen eller departementet tar stilling til disse. Behandling i regjering bidrar til bedre beslutningsgrunnlag. Tempoet i saksforberedelsene og behovet for å iverksette tiltak raskt vil også måtte vurderes konkret ved en ny krisesituasjon.

Departementet mener at erfaringene fra pandemien om hvordan regjeringen innrettet sitt arbeid vil være en viktig bakgrunn for regjeringens beslutninger om egen arbeidsform og tempoet i utredningsarbeidet dersom det på nytt oppstår en alvorlig smittesituasjon. Hensynet til bred forankring, demokratisk kontroll, involvering av alle berørte samfunnssektorer og synliggjøring av konsekvenser for samfunnet av smitteverntiltak, må veies opp mot hvor raskt smitteverntiltak må iverksettes, hvor mye tid og ressurser det vil kreve å ivareta disse hensynene og hvordan det vil påvirke beslutningsgrunnlaget.

16.8.3 Forholdet til Grunnloven § 28

16.8.3.1 Grunnlovens forrang og konkret vurdering

Grunnloven § 28 første punktum bestemmer at «[i]nnstillinger om embetsutnevnelser og andre saker av viktighet skal foredras i statsrådet av det medlem til hvis fag de hører, og sakene skal ekspederes av ham eller henne i overensstemmelse med den beslutning som er tatt i statsrådet». Formålet er å sikre at hele regjeringen står bak viktige avgjørelser, at disse vedtas av Kongen i statsråd og å begrense hvilke saker som kan delegeres til et departement eller andre underordnede organer. Statsrådets protokoller, inkludert kongelige resolusjoner som vedtar forskrifter, skal ifølge Grunnloven § 75 bokstav f forelegges Stortinget. For nærmere redegjørelse for Grunnloven § 28 vises det til fremstilling i punkt 5.4.3.

Det må gjøres konkrete vurderinger av når beslutninger skal løftes til Kongen i statsråd. Koronautvalget uttaler følgende i NOU 2023: 16 på side 119:

> «Grunnlovens krav om statsrådsbehandling innebærer at fullmaktene i smittevernloven og helseberedskapsloven må vike når vedtak kan betegnes som «saker av viktighet» da slike vedtak først må behandles av Kongen i statsråd. Det må vurderes konkret hvorvidt en sak innebærer «saker av viktighet». Det er regjeringen som skal sørge for statsrådsbehandlingen etter Grunnloven § 28.»

Departementet legger til grunn samme forståelse som utvalget: Saker av viktighet etter Grunnloven § 28 skal behandles av Kongen i statsråd, uavhengig av om myndigheten er delegert i smittevernloven.

Departementet mener at den første beslutningen om å fastsette statlige smitteverntiltak i hele eller deler av landet normalt bør fattes av Kongen i statsråd. Det kan også gjelde krav til vedtak av Kongen i statsråd når myndigheten i utgangspunktet er delegert til departementet ved kongelig resolusjon. Et eksempel på dette kan være at det blir behov for raskt å vedta en omfattende pakke med inngripende tiltak som samlet må anses som en sak av viktighet.

16.8.3.2 Behov for å endre Grunnloven?

På side 232 i NOU 2023: 16 omtaler Koronautvalget behovet for unntak fra Grunnlovens krav om å fremme saker av viktighet for Kongen i statsråd i krise, slik:

> «Med fullmakter i smittevernloven og helseberedskapsloven hadde myndighetene mulighet til å handle raskt i pandemiens akutte faser. Imidlertid er fullmaktsbestemmelsene vedtatt uten at forarbeidene har vurdert bestemmelsene opp mot Grunnloven § 28 og kravet om statsrådsbehandling av «saker av viktighet». Grunnlovens krav om statsrådsbehandling innebærer at fullmaktene i smittevernloven og helseberedskapsloven må vike når vedtak kan betegnes som «saker av viktighet», da Kongen i statsråd først må treffe et vedtak. Muligheten til å handle raskt gjelder i særlig grad i starten av en krise, der krisens skadeevne ikke er kjent, og det er viktig at regelverket gir nødvendig beslutningsmyndighet og virkemidler. Eventuelle unntak fra statsrådsbehandling i kriser bør kun være aktuelt der krisen har en hastegrad som tilsier at liv og helse kan gå tapt.
>
> Utvalgets anbefaling
>
> Regjeringen bør i arbeidet med å gjennomgå regelverket sikte mot at adgangen til å handle raskt etter smittevernloven og helseberedskapsloven får en bedre forankring i Grunnloven»

Utvalget utdyper dette slik på side 120:

> «På dette grunnlaget mener Koronautvalget at adgangen til å handle raskt etter smittevernloven og helseberedskapsloven bør ha en tydeligere forankring i Grunnloven. Pandemien viste at hastetiltak kan være helt avgjørende i en tidlig fase av en krise. Det var viktig at regelverket ga nødvendig beslutningsmyndighet og virkemidler. Dersom det skal vedtas et unntak fra statsrådsbehandling må det forutsettes at vedtaket så snart som mulig behandles i statsråd. Det kan tas utgangspunkt i helseberedskapsloven § 1-5 som legger til grunn at unntak fra statsrådsbehandling kun er aktuelt når krisen har en hastegrad som tilsier at liv og helse kan gå tapt. Dette kan typisk være i starten av en alvorlig krise. I forbindelse med grunnlovsrevisjonen i 2014 ble det foreslått en tydeligere rett til helse i Grunnloven § 111 som kunne gitt en forankring av smittevernloven og helseberedskapsloven.»

I utgangspunktet vil Grunnloven § 28 kunne fravikes dersom vilkårene for konstitusjonell nødrett er oppfylt. I NOU 1995: 31 defineres dette slik i punkt 4.1.5:

> «Med konstitusjonell nødrett menes en tilstand eller omstendighet som berettiger handlinger som under normale forhold ville være et forfatningsbrudd. Handlingen består som regel i at et statsorgan utøver en myndighet som normalt hører under et annet statsorgan, eller at en setter seg utover andre grunnlovsbestemmelser (materielle bestemmelser eller formelle regler).
>
> […]
>
> Prinsippene om nødrett og konstitusjonell nødrett kan etter utvalgets vurdering suppleres med en ytterligere regel om forholdsmessighet, selv om det kan være en smakssak hvorvidt denne regel kan anses som et selvstendig prinsipp eller som del av prinsippene om (konstitusjonell) nødrett. Poenget med forholdsmessighetsregelen er at myndighetene ikke kan gå lenger i å treffe inngripende tiltak overfor borgerne mv enn det som er nødvendig og rimelig av hensyn til det offentliges interesse. Det må m a o være en viss forholdsmessighet mellom de mål det offentlige søker å oppnå, og de midler som brukes for å oppnå målet.»

Departementet legger til grunn at det allerede i dag vil være mulig å fravike kravet om statsråd når det er nødvendig for å ivareta svært vektige hensyn til liv og helse. Det vil deretter kunne være nødvendig å behandle smitteverntiltakene i statsråd så snart det lar seg gjøre. En eventuell særregulering i smittevernloven vil imidlertid ikke kunne gjøre unntak fra Grunnloven. Departementet legger videre til grunn at det ved en eventuell endring av Grunnloven § 28 om forholdet til vedtak etter smittevernloven, trolig ikke vil være aktuelt åpne for en mindre restriktiv praksis enn det som allerede følger av konstitusjonell nødrett. Det er derfor vanskelig å se hva man vil kunne oppnå med en slik endring. Etter departementets vurdering er det på denne bakgrunn ikke nødvendig å igangsette et arbeid for å endre Grunnloven § 28.

16.8.4 Stortingets rolle

Den gjeldende smittevernloven kapittel 4 gir Kongen, departementet og Helsedirektoratet myndighet til å forskriftsfeste smitteverntiltak for å håndtere et alvorlig utbrudd av allmennfarlig smittsom sykdom. Den nye smittevernloven kapittel 9 viderefører i all hovedsak disse fullmaktene ved «samfunnskritiske sykdommer». Det normale forløpet er derfor at regjeringen og helse- og omsorgsministeren vedtar forskrifter om befolkningsrettede smitteverntiltak ved behov.

I langvarige smittesituasjoner hvor fullmaktene tas i bruk vil det være utstrakt kontakt mellom regjeringen og Stortinget i form av orienteringer, redegjørelser, svar på spørsmål, budsjettarbeid mv. Se omtale av slik kontakt under koronapandemien i NOU 2022: 5 s. 58-60.

Legalitetsprinsippet innebærer at forskrifter om befolkningsrettede smitteverntiltak ikke kan vedtas hvis de mangler hjemmel i lov eller er i strid med lov. Det kan derfor oppstå behov for å fremme forslag til lovendringer for å sikre et tilstrekkelig hjemmelsgrunnlag. Dette ble gjort under koronapandemien, da Stortinget tok stilling til midlertidige lovbestemmelser om blant annet karantene, isolasjon og karantenehotell.

Dersom det i en ekstraordinær situasjon er behov for å fravike lov uten at det er tid til å gjennomføre en lovendringsprosess, gir forslaget til ny smittevernlov kapittel 11 på visse vilkår likevel Kongen hjemmel til å vedta nødvendige forskrifter med lovs innhold, herunder fravike gjeldende lovgivning (derogasjon). Se omtale i kapittel 22.

I dette høringsnotatet foreslår departementet at enkelte forskrifter snarest mulig etter vedtak skal meddeles Stortinget. Dette gjelder forskrifter om isolering, smittekarantene og andre begrensninger i bevegelsesfriheten (§ 8-3) og forskrifter om bestemt oppholdssted for innreisekarantene ved samfunnskritisk sykdom (§ 9-2)

16.9 Forholdet mellom kommunale og statlige vedtak av smitteverntiltak

16.9.1 Delt myndighet

Departementet foreslår å videreføre gjeldende rett. Dette innebærer at kommuner skal gjennomføre tiltak slik det er besluttet i forskrift vedtatt av departementet eller Kongen. Kommunene kan vedta egne forskrifter om smitteverntiltak som ikke gjør unntak fra statlig forskrift, for eksempel gi andre eller strengere tiltak. Staten kan ikke gjennom forskrift oppheve kommunale forskrifter.

Departementet legger vekt på at en slik delt myndighet mellom kommuner og statlige myndigheter balanserer behovet for at kommunene kan gripe inn med forskriftsfestede tiltak som ledd i utøvelsen av lokalt selvstyre, og hensynet til et effektivt, koordinert og konsistent smittevern som er mest mulig tilgjengelig for befolkningen.

Etter departementets syn bør ikke kommunen være avskåret fra å iverksette nødvendige tiltak, selv om vilkårene for at staten kan vedta forskrifter er oppfylt. Det kan heller ikke være slik at statlig myndighet er avskåret fra å iverksette tiltak for hele eller deler av landet der en eller flere av kommunene allerede har iverksatt smitteverntiltak. Staten må kunne iverksette tiltak ved behov, og statens vurdering kan skille seg fra den lokale vurderingen fordi staten vil sitte med en annen og bredere oversikt over situasjonen.

Smittesituasjonene som oppstår vil være så ulike ut fra den aktuelle sykdommen, det aktuelle utbruddet og den aktuelle kommunen, at det kan være vanskelig å stille opp klare avgrensninger mellom nivåenes myndighet i loven. Gjensidig utelukkende myndighet ville kunne medføre at det ikke blir fattet vedtak når det er nødvendig fordi vilkårene som er satt ikke passer i den konkrete situasjonen som er oppstått. Det må alltid vurderes konkret om nasjonale myndigheter bør ta hovedansvaret og ledelsen i situasjonen.

Se også drøfting av kommunenes anledning til å fastsette forskrifter om smitteverntiltak i private hjem i punkt 17.7.8 og inn- og utreiseforbud ved avsperring av områder i punkt 18.7.3.

16.9.2 Støtte til kommunale beslutningstakere

Mange kommuner hadde begrenset tilgang på juridisk kompetanse under pandemien, og det er reist kritikk mot en del vedtak fattet under koronapandemien. Dette ble imidlertid i stor grad kompensert med økt veiledning og statlig koordinering i senere faser av pandemien.

Departementet mener at koronapandemien har belyst viktigheten av at kommunene mottar konkret veiledning om aktuelle smitteverntiltak med hjemmel i smittevernloven og de vurderingene som må gjøres i forkant av beslutninger om forskriftsfesting. I arbeidet med å forbedre beredskapen for fremtidige alvorlige smittesituasjoner som rammer hele eller deler av landet, skal det legges vekt på å utarbeide og videreutvikle skriftlige veiledninger fra Helse- og omsorgsdepartementet, Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet.

Erfaringene fra pandemien skal også ligge til grunn for statsforvalterens, Folkehelseinstituttets og Helsedirektoratets arbeid med å bistå og veilede kommuner når konkrete smittesituasjoner håndteres lokalt. Se vurderinger i punkt 8.7.

16.9.3 Kommuner kan vedta strengere og andre tiltak enn statlige forskrifter

Når staten har vurdert forskriftsfestede tiltak som nødvendige og forholdsmessige, bør det ikke være anledning for kommunene til å overprøve dette ved selv å vedta forskrifter som opphever statlige forskrifter. Det kan likevel være behov for ulik regulering i ulike regioner, avhengig av blant annet smittetrykk og lokale utfordringer. Kommuner som ser behov for justeringer i statlig fastsatte forskrifter, kan spille dette inn til departementet eller i dialogen med statsforvalteren. Statsforvalteren kan bringe dette videre til departementet og ved behov inn i drøftingene i Helseberedskapsrådet. Departementet foreslår derfor ikke å endre gjeldende rett på dette punktet.

Kommunene bør imidlertid beholde adgangen til å vedta strengere og andre tiltak enn hva som er nasjonalt fastsatt. Med utgangspunkt i informasjonen som er tilgjengelig på nasjonalt nivå, kan statlige myndigheter iverksette tiltak fra et nasjonalt perspektiv, men de vil ikke nødvendigvis ha oversikt over lokale forhold i hver enkelt kommune, og kan heller ikke ta høyde for variasjon i tilstrekkelig grad. Også under utbrudd av en samfunnskritisk sykdom som håndteres av nasjonale myndigheter, kan det derfor være behov for ytterligere tiltak i enkeltkommuner, basert på kjennskap til den lokale smittesituasjonen og de lokale forholdene. Kommunale vedtak om strengere tiltak vil kunne bidra til at det samlede nasjonale tiltaksnivået heves.

Departementet foreslår å nedfelle gjeldende rett i ny smittevernlov § 7-9, og der presisere at kommunen ikke kan vedta forskrifter om smitteverntiltak som gjør unntak fra statlige forskrifter vedtatt etter kapittel 8, men at dette er ikke til hinder for at kommunen kan gi forskrifter om andre eller strengere tiltak.

16.9.4 Ny vurdering av kommunale forskrifter når staten vedtar forskrift

Når staten vedtar strengere tiltak eller annen innretning på tiltak enn det som allerede følger av kommunale forskrifter, bør kommunen i forbindelse med vedtaket av den

statlige forskriften gjøre en fornyet vurdering av behovet for den kommunale forskriften og på hvilken måte den supplerer de statlige reglene. Dette kan for eksempel skje i dialog med statsforvalteren. I utgangspunktet bør kommunen så snart som mulig oppheve forskrifter som overstyres av den statlige forskriften og kunngjøre dette til Lovdata, av hensyn til å unngå misforståelser om hvilke regler som gjelder. Behovet for at kommunen gjør en fornyet vurdering skyldes at kommunen skal sørge for å gjennomføre forskriftsfestede smitteverntiltak vedtatt av staten, samtidig som verken Kongen eller departementet kan oppheve forskrifter som kommunen har vedtatt med hjemmel i smittevernloven. Dette er ikke til hinder for lovlighetskontroll etter kommuneloven.

16.9.5 Statlig forskriftsfestet ramme for kommunenes myndighet

Det kan oppstå behov for at staten fastsetter rammer for kommunens myndighet til å vedta forskrifter. Behovet kan være begrunnet i et ønske om å sørge for like tiltak i hele landet, sørge for at vurderingen av hva som kan anses som tjenlige smitteverntiltak praktiseres på en likelydende måte, eller at man ut fra nasjonale vurderinger anser at en eller flere kommuner har lagt for lav terskel til grunn for å vedta smitteverntiltak, på en måte som kan være uheldig for det norske samfunnet som sådan. Det kan også være andre tungtveiende politiske, administrative og samfunnsøkonomiske hensyn som tilsier lik praksis etter smittevernloven i hele landet.

I NOU 2021: 6 s. 257 omtales covid-19-forskriften § 12 c første ledd vedtatt 16. april 2020, som innskrenket kommunenes anledning til å vedta forskrifter om stenging av skoler mv. etter smittevernloven § 4-1:

> «Underveis i pandemien vedtok Helse- og omsorgsdepartementet en egen forskriftsbestemmelse i covid-19-forskriften som presiserte hva som lå i kommunenes mulighet til å treffe vedtak etter bokstav b). Forskriften bestemte at kommunene bare hadde mulighet til å stenge en enkelt barnehage, skole, universitet mv. eller begrense aktiviteten der «dersom det er nødvendig for å stanse pågående smittespredning». Forskriften presiserte at et slikt vedtak ikke kan fattes som et generelt forebyggende vedtak. Det ble bare tillatt å fatte generelt stengingsvedtak for barnehager, skoler, universiteter mv. i kommunen dersom det var «stor smittespredning». Forskriften stilte krav om at slike generelle stengingsvedtak måtte godkjennes av Helsedirektoratet.»

En annen erfaring fra koronapandemien var at det kunne oppstå behov for å begrense kommunenes myndighet til å vedta avstenging av geografiske områder eller lokale karantenebestemmelser for de som reiste inn i kommunen fra områder lenger sør i landet.

I rapport fra Holden-ekspertutvalget (covid-19) levert 26. mai 2020 uttales følgende på s. 46

> «Smittevernloven gir et stort ansvar og betydelig handlingsrom for den enkelte kommune til å iverksette smitteredusерende tiltak. På den annen side kan lokale beslutninger om viktige smitteverntiltak også innebære viktige ulemper, ved at det kan gi uklarhet om den samlede politikken, og at lokale tiltak kan ha negative virkninger for næringsliv og privatpersoner i andre deler av landet. Det kan også reises spørsmål om lokale myndigheter vil kunne vedta tiltak som oppfattes som forskjellsbehandling av ulike bransjer eller virksomheter. I mange tilfeller vil det være krevende beslutninger som skal treffes. Det er derfor sterke argumenter

for nasjonale retningslinjer som legger føringer på lokale beslutninger, om vurderinger som må være foretatt og kriterier som må gjelde for at lokale vedtak skal kunne gjøres. For mer inngripende reguleringer, som f.eks. reiserestriksjoner eller lokale portforbud, bør det vurderes å endre regler slik at vedtak i siste instans godkjennes av Helsedirektoratet.»

Departementets forslag i punkt 18.7.3 om i lov å begrense kommunenes myndighet til å vedta avstenging av områder og til å ilegge karantene, ivaretar langt på vei dette behovet.

Statsforvalterens mulighet til å utføre lovlighetskontroll etter at kommunale forskrifter er vedtatt, vil kunne benyttes i tilfeller hvor det er tvil om lovligheten av strengere tiltak enn det som gjelder nasjonalt eller regionalt. Behovet for å gjøre slik kontroll kan vurderes mer systematisk og rutinemessig. Lovlighetskontroll er derfor et nærliggende virkemiddel på områder hvor regjeringen eventuelt vil mene at grensen for det lovlige utfordres. Det må likevel være en målsetting at man gjennom veiledning, dialog og koordinering unngår behovet for lovlighetskontroll. Man bør derfor bygge videre på de gode erfaringene med veiledning og samarbeid, spesielt i koronapandemiens siste faser. Se omtale i punkt 8.8. Dialog og veiledning bør også være den normale tilnærmingen i de tilfellene hvor det ikke er grunnlag for å vurdere kommunens strengere tiltak som ulovlige. God veiledning vil trolig kunne forebygge tiltak som staten vurderer som uhensiktsmessige og skadelige.

Ved behov gir smittevernloven § 7-10 andre ledd Helsedirektoratet, og dermed også departementet og Kongen, anledning til å «bestemme at kommuner, fylkeskommuner eller statlige institusjoner skal organisere eller utføre nærmere bestemte tjenester eller tiltak, samarbeide, eller følge nærmere bestemte retningslinjer når det er nødvendig for å sikre et effektivt og forsvarlig smittevern». Bestemmelsen gir hjemmel til å rette pålegg til kommunene for å sikre et effektivt og forsvarlig smittevern, dersom de unnlater å gjennomføre stenging av virksomhet eller andre nødvendige tiltak, til tross for smittefare.

Departementet forstår bestemmelsen slik at den også gir hjemmel til å forskriftsfeste begrensninger i kommunenes adgang til på et senere tidspunkt å vedta strengere lokale vedtak av bestemte forhold enn det staten vedtar, men kun dersom det etter en konkret vurdering anses som nødvendig for å ivareta et «effektivt og forsvarlig smittevern». Dette kan være tilfellet dersom strengere lokale tiltak medfører at smittevernet – enten i flere kommuner, i et større geografisk område eller nasjonalt – samlet sett ikke blir forsvarlig eller på sikt kan føre til at smittevernet vil miste effekt. Et eksempel på dette kan være at lokale forebyggende tiltak uthuler effekten av nasjonale smitteverntiltak. Ulike varianter av regulering i ulike kommuner med tilnærmet likt smittenivå vil blant annet kunne bidra til økt usikkerhet i befolkningen, økt kompleksitet og redusert etterlevelse over tid av tiltak som kan fremstå som ukoordinerte.

Mulighet til å begrense vedtaksmyndighet som i utgangspunktet ligger hos kommunen, eller å pålegge kommunen å fatte et bestemt vedtak, er et stort inngrep i det kommunale selvstyret, som krever klar lovhjemmel, høy terskel og særskilt begrunnelse. Det tilsier at statens myndighet til å ramme inn kommunenes myndighet bør fremgå tydelig av loven, legges til Kongen og begrenses til de mest alvorlige smittesituasjonene hvor det er behov for statlig styring og en enhetlig tilnærming til regulering for å ivareta samfunnsfunksjoner på tvers av kommunegrenser.

Departementet foreslår i høringsnotatet punkt 11.12.2 ikke å videreføre gjeldende smittevernlov § 7-10 andre ledd.

Departementet foreslår derfor at ny lov § 7-9 skal gi Kongen hjemmel til å forskriftsfeste begrensninger i kommunenes adgang til på et senere tidspunkt å vedta nærmere bestemte smitteverntiltak, når en slik begrensning av kommunens myndighet er nødvendig for å sikre et effektivt og forsvarlig smittevern mot en samfunnskritisk sykdom i hele eller deler av landet.

Det bør fremgå av loven at Kongens hjemmel inkluderer, men ikke er begrenset til, vedtak om å begrense kommuners anledning til å stenge skoler og stenge områder i kommunene for inn- og utreise. Lovforslaget åpner imidlertid ikke for at Kongen kan forskriftsfeste at kommuner på generelt grunnlag ikke kan vedta andre eller strengere tiltak enn staten.

17 Smitteverntiltak som begrenser kontakt mellom mennesker

17.1 Oppsummering av forslag i kapittelet

Departementet foreslår i hovedsak å videreføre en generell hjemmel for kommunene og staten til å vedta påbud som har til formål å begrense kontakten mellom mennesker overalt hvor de kan samles, når det er nødvendig for å forebygge eller motvirke en allmennfarlig smittsom sykdom.

Departementet foreslår følgende endringer:

- gi flere eksempler på aktuelle tiltak i loven:
    - helt eller delvis stenge virksomheter eller forby møter og sammenkomster
    - stille krav til virksomheter og arrangører av møter og sammenkomster om smittevernfaglig forsvarlig drift, inkludert krav til maksimalt antall personer som kan være til stede, avstand mellom personer, servering, åpningstider, hygienetiltak eller bruk av personlig verneutstyr
    - forby opphold på nærmere bestemt sted
- gi flere eksempler på hvor tiltak kan gjelde i loven:
    - steder hvor det gjennomføres møter og sammenkomster
    - virksomheter, for eksempel serveringssteder, overnattingssteder forretningslokaler, messer og markeder, steder for fritids-, idretts- eller kulturaktivitet, steder for tros- og livssynssamlinger, bedrifter og arbeidsplasser, barnehager, skoler og annen opplærings- og utdanningsvirksomhet, institusjoner i helse- og omsorgstjenesten mv.
    - offentlig og privat samferdsel
    - private hjem
- lovfeste at portforbud ikke kan vedtas med hjemmel i smittevernlovens ordinære fullmakter
- lovfeste at påbud med hjemmel i smittevernlovens ordinære fullmakter som har til formål å begrense kontakten mellom mennesker, ikke kan gis virkning for domstolene, Stortinget og folkevalgte organer i kommuner og fylkeskommuner
- lovfeste at kommuner ikke kan vedta begrensninger i kontakt mellom mennesker med virkning for de lokalene og arealene som Forsvaret, politiet og helseforetak har forbeholdt for sine ansatte, samarbeidende personell og pasientbehandling
- lovfeste at vedtak om begrensninger i kontakten mellom mennesker kan gjelde i inntil 30 dager, med mindre særlige grunner tilsier en lenger periode. Kravet om at den som har satt i verk tiltaket straks skal oppheve vedtaket eller begrense omfanget av det når det ikke lenger er nødvendig, foreslås videreført.

Departementet drøfter om kommuner fortsatt bør kunne vedta smitteverntiltak med virkning for private hjem, og konkluderer med å videreføre adgangen etter gjeldende rett.

Departementet gir en omfattende omtale av forhold som kan være relevante ved en helhetlig vurdering av om de befolkningsrettede smitteverntiltakene er nødvendige og forholdsmessige. Vi ber særskilt om høringsinstansenes syn på denne omtalen og forslag til presisering, utdyping eller tillegg.

17.2 Innledning

I dette kapittelet behandles behovet for og utformingen av konkrete lovhjemler for befolkningsrettede smitteverntiltak som begrenser sosial omgang og annen kontakt mellom mennesker som ikke er underlagt karantene eller isolasjon. De befolkningsrettede tiltakene retter seg mot en ubestemt krets personer. Kommunene eller staten kan vedta slike tiltak med hjemmel i smittevernloven § 4-1 når de grunnleggende kravene til smittevernfaglig begrunnelse, nødvendighet og forholdsmessighet er oppfylt. Behovet for endringer drøftes.

17.3 Gjeldende rett

17.3.1 Grunnloven og menneskerettighetene

Begrensninger i den sosiale omgangen, enten det gjelder forbud mot å møtes, antall personer som kan være til stede eller annet, reiser spørsmål om forholdet til flere grunnlovsbestemmelser og bestemmelser i den europeiske menneskerettskonvensjonen (EMK).

Den enkelte har bevegelsesfrihet, forsamlingsfrihet, religionsfrihet, rett til ikke-diskriminering og rett til beskyttelse mot inngrep i privatlivet og familielivet. Departementet viser til omtalen av rettighetene i kapittel 5 og punkt 10.3.1.

Inngrep i disse rettighetene må ha tilstrekkelig hjemmel i lov, ivareta et legitimt formål og være forholdsmessig. Smittevernloven gir hjemmel til å vedta begrensninger i rettighetene. Hensynet til å beskytte helse er blant de legitime formålene som angis i EMK artikler 8 og 11 nr. 2, og staten har en forpliktelse til å beskytte innbyggernes rett til liv etter Grunnloven § 93. Avveiningen av hensynene og rettighetene må gjøres konkret når det er behov for å forby eller begrense adgangen til å samles. Se nærmere omtale av relevante forhold som inngår i avveiningen i punkt 17.6.10 om vurdering av nødvendighet og forholdsmessighet.

17.3.2 Smittevernloven § 4-1

Smittevernloven § 4-1 gir hjemmel til å vedta en rekke ulike befolkningsrettede eller grupperettede smitteverntiltak som tar sikte på å redusere potensielt smittefarlig kontakt mellom personer. Smittevernloven § 4-1 første ledd bokstavene a til og med d lyder:

> «Når det er nødvendig for å forebygge en allmennfarlig smittsom sykdom eller for å motvirke at den blir overført, kan kommunestyret vedta
>
> a. forbud mot møter og sammenkomster eller påbud om andre begrensninger i den sosiale omgangen overalt der mennesker er samlet,

b. stenging av virksomheter som samler flere mennesker, f.eks. barnehager, skoler, svømmehaller, flyplasser, butikker, hoteller eller andre bedrifter og arbeidsplasser – eller begrensninger i aktiviteter der,

c. stans eller begrensninger i kommunikasjoner,

d. isolering av personer i geografisk avgrensede områder eller andre begrensninger i deres bevegelsesfrihet i opptil sju dager om gangen,»

Bestemmelsens første ledd bokstav e om vern mot smitte fra dyr eller gjenstander med tiltak som rengjøring, desinfeksjon, avlivning og annen smittesanering, omtales i punkt 21.3.

Bokstav a hjemler forbud mot både større og mindre møter og sammenkomster, uansett om de er i offentlig eller privat regi og om de er planlagt eller oppstår tilfeldig. Eksempler er stevner, forestillinger, utstillinger, politiske møter, fester, markeringer og ulike typer arrangementer. Alternativt kan det pålegges andre begrensninger i den sosiale omgangen, for eksempel antallsbegrensninger eller krav om å holde, eller legge til rette for, avstand til andre mennesker. Det kan også være aktuelt å utelukke visse aldersgrupper. Den nedre grensen for dette alternativets begrensning av den sosiale omgangen går på at det ikke vil være adgang til å isolere nære familiemedlemmer eller andre som bor sammen. Høyesterett har i HR-2022-2171-A og HR-2022-2172-A lagt til grunn at § 4-1 gir hjemmel til å vedta antallsbegrensninger også i private hjem.

Bokstav b gir adgang til å stenge eller pålegge begrensninger i aktivitetene for alle slags virksomheter som samler flere mennesker og som dermed kan representere en smitteoverføringsfare. Aktuelle begrensninger kan for eksempel være å stenge en skoles gymnastikksal eller stille krav om avstand mellom de som er til stede. I alternativet gis det eksempler på typiske virksomheter hvor flere mennesker er samlet. Det er ikke et krav at virksomheten har hatt et smitteutbrudd eller at det er mistanke om det. Nedstenging eller begrensninger kan derfor ha et forebyggende formål.

Bokstav c gir adgang til å stanse offentlige eller private kommunikasjoner som for eksempel tog eller buss, eller legge begrensninger på bruken. Eksempler på begrensninger kan være forbud mot å stoppe, slippe av eller ta om bord passasjerer i bestemte områder. Alternativet overlapper med bokstavene a og b.

Bokstav d hjemler «isolering av personer i geografisk avgrensede områder eller andre begrensninger i deres bevegelsesfrihet i opptil sju dager om gangen». Bestemmelsen hjemler avsperring av områder (sanitærbarriere). Det er også spørsmål om bokstav b gir hjemmel til å vedta isolasjon eller karantene for kun enkelte personer i et område, som følge av smitte eller mistanke om smitte. Bestemmelsen omtales derfor i kapittel 18 om isolering og begrensninger i bevegelsesfriheten.

Andre ledd bestemmer at Helsedirektoratet kan treffe vedtak som nevnt i første ledd for hele landet eller for deler av landet «[v]ed et alvorlig utbrudd av en allmennfarlig smittsom sykdom og når det er avgjørende å få satt tiltak i verk raskt for å motvirke overføring av sykdommen». Kongen og departementet har samme vedtaksmyndighet i kraft av å være overordnede organer. Kommunelegen har etter femte ledd myndighet til å

fatte hastevedtak når kommunestyret ikke kan samles. Se omtale av beslutningsmyndighet i kapittel 16.

Kravene i § 1-5 om medisinskfaglig begrunnelse, nødvendighet og forholdsmessighet, samt inngangsvilkårene i § 4-1 første og andre ledd, er avgjørende for hvor omfattende eller inngripende tiltakene kan være. Grunnloven og menneskerettighetene setter også rammer for tiltakene. Se omtale i kapittel 10.

Det er kun tiltak med hjemmel i smittevernloven kapittel 5 som kan gjennomføres med tvang. Tiltakene etter § 4-1 kan følgelig ikke gjennomføres med tvang, men det kan være straffbart å bryte vedtak med hjemmel i denne bestemmelsen, jf. smittevernloven § 8-1.

Tredje ledd bestemmer at kommunestyret kan sørge for at tiltakene blir satt i verk dersom den ansvarlige ikke retter seg etter vedtak om tiltak etter første ledd (kommunen) eller andre ledd (Helsedirektoratet). Kommunestyret kan sørge for iverksetting av tiltakene også dersom den ansvarliges holdning eller atferd kan medføre at iverksettingen blir forsinket, eller dersom det er uvisst hvem som er den ansvarlige. Tiltakene gjennomføres for den ansvarliges regning. Kommunen hefter for kravet om vederlag.

Fjerde ledd bestemmer at ved iverksetting av tiltak som nevnt i bokstav e (smittesanering), kan kommunestyret bruke og om nødvendig skade den ansvarliges eiendom. Ved iverksetting av tiltak som nevnt i første ledd bokstav d (isolering og andre begrensninger i bevegelsesfriheten) og e, kan kommunestyret mot vederlag også bruke eller skade andres eiendom. Det er et vilkår at vinningen er vesentlig større enn skaden eller ulempen ved inngrepet.

Etter *sjette ledd* kan departementet i forskrift gi nærmere bestemmelser om de forskjellige tiltakene, herunder fastsette krav til metoder og midler som skal brukes, og til kvalifikasjoner hos de personer som skal sette i verk tiltak.

For å sikre oppfyllelse av det brede formålet, er smittevernloven innrettet som en generell og funksjonell lov. Lovens ordlyd, formålsbetraktninger, uttalelser i forarbeidene og bestemmelsens historikk tilsier at opplistingene i § 4-1 første ledd ikke skal tolkes strengt. At de grunnleggende kravene i § 1-5 legger begrensninger på myndighetsutøvelsen, tilsier også en vid fortolkning. Dette gir mulighet for tilpasning til den aktuelle situasjonen. Det er forsøkt å gi nødvendig hjemmelsgrunnlag i loven til alle tiltak som kan være hensiktsmessige for å motvirke at smittsomme sykdommer overføres i befolkningen. Hensikten er at loven skal kunne fungere i de mange og høyst ulike situasjonene som kan oppstå. Loven skal således kunne fungere over det brede spekteret av smittsomme sykdommer vi kjenner i dag, samtidig som den skal være anvendbar i situasjoner som kan oppstå i fremtiden.

Det fremgår i NOU 1990: 2 punkt 8.8.1 at man har ansett det som nødvendig å gi en forholdsvis vid adgang til å fastsette restriksjoner på kontakt mellom mennesker, blant annet av hensyn til smittsomme sykdommer som kan overføres luftbårent. Luftbåren smitte nevnes her som et eksempel på egenskaper ved smittsomme sykdommer som kan gjøre restriksjoner nødvendig, og er derfor et uttrykk for at det på generelt grunnlag er vid adgang til å fastsette restriksjoner på kontakt mellom mennesker, også stenging av

virksomheter når det er nødvendig for å hindre spredning av en alvorlig allmennfarlig smittsom sykdom.

Videre følger det av forarbeidene, jf. Ot.prp. nr. 91 (1992–93) side 60–61, at smittevernloven skal gi et rettslig grunnlag som gir en forholdsvis vid adgang til å fastsette restriksjoner på kontakten mennesker imellom. Det ble uttalt at «det ikke kan ses bort fra at det fortsatt kan være aktuelt med tiltak som hindrer nærkontakt mellom et større antall personer, bl.a. av hensyn til smittsomme sykdommer som kan overføres luftbårent eller ved utbrudd av sykdom fremkalt av fremmede smittestoffer som man ikke kan beskytte seg mot ved vaksinasjon eller på annen måte.» Betydningen av at loven gir et klart hjemmelsgrunnlag for iverksettelsen av ulike befolkningsrettede tiltak, ble understreket av departementet.

De eksemplene på tiltak som gjengis i lovteksten, er erfaringsbaserte. Det kan være behov for tiltak som ikke er uttrykkelig nevnt. Det kan også være behov for å iverksette mange ulike tiltak samtidig og i ulike kombinasjoner. Et tiltak kan ha elementer av flere av alternativene eller ikke passe godt inn under noen av dem, men likevel være nødvendig for å hindre smittespredning. Det har da mindre betydning om det enkelte tiltaket hører inn under ett eller flere alternativer, så lenge hele «tiltakspakken» har hjemmel. Bestemmelsen må også ta høyde for at tiltakene skal kunne brukes både lokalt for å hindre smittespredning, for store områder ved alvorlige utbrudd og i kombinasjon med andre tiltak.

17.4 Bruk av forskriftshjemler under koronapandemien

Koronapandemien utløste behov for å innføre ulike tiltak for å hindre eller begrense sosial omgang og annen kontakt mellom mennesker. Koronautvalget gir i NOU 2023: 16 kapittel 2 en oversikt over hendelsesforløpet og hvilke tiltak som ble iverksatt i ulike faser av pandemien.

Helsedirektoratet vedtok 12. mars 2020 de første smitteverntiltakene for hele landet med hjemmel i smittevernloven § 4-1. Landets barnehager, skoler, universiteter, høyskoler og andre utdanningsinstitusjoner skulle holde stengt. Det samme gjaldt kulturarrangementer, idrettsarrangementer og organisert idrettsaktivitet både innendørs og utendørs, alle virksomheter i serveringsbransjen med unntak av serveringssteder der det foregår servering av mat, treningssentre, virksomheter som tilbyr frisørtjenester, hudpleie, massasje og kroppspleie, tatovering, hulltaking (piercing) og lignende tilbud, samt svømmehaller, badeland og lignende.

Fra 27. mars 2020 ble Helsedirektoratets vedtak avløst av covid-19-forskriften fastsatt av Kongen i statsråd. Utformingen av tiltakene og hvem de gjaldt utviklet seg utover pandemien ut fra smittesituasjonen og erfaringer med tidligere regulering.

Covid-19-forskriften regulerte krav til smittevernfaglig forsvarlig gjennomføring av arrangementer på offentlig sted eller i lokaler og utendørs arealer som leies eller lånes ut, inkludert hoteller, grendehus, forsamlingshus, konferansesaler og haller. Det inkluderte begrensninger på maksimalt antall personer som kunne være til stede og krav til avstand

mellom personer og grupper, hygiene og oversikt over de som var til stede for å kunne bistå ved senere smittesporing. I perioder og for hardest rammede regioner, ble det også vedtatt forbud mot å avholde arrangementer, med unntak av begravelser, bisettelser, vielser og dåp.

Forskriften regulerte også virksomheter som drev én-til-én-tjenester, helsefaglige virksomheter, serveringssteder, svømmehaller, treningssenter og andre virksomheter hvor mange mennesker samles. Det ble stilt detaljerte krav til smittevernfaglig drift, på samme måte som nevnt for arrangementer. Serveringssteder med skjenkebevilling var regulert særskilt, med egne åpningstidsbestemmelser, skjenkestopp og andre begrensninger for skjenking av alkohol. I perioder med utbredt smitte ble det også i tiden etter april 2020 påbudt stenging av virksomheter. Våren 2021 vedtok regjeringen forsterkede smitteverntiltak i enkelte kommuner. I de strengest regulerte regionene ble det vedtatt stenging av blant annet serveringssteder, ikke-essensielle butikker, varehus, treningssentre, svømmehaller, tros- og livssynshus, biblioteker, lekeland, museer, kino og andre kultur-, underholdnings- eller fritidsaktiviteter som samler mennesker innendørs.

Barnehager, skoler, universiteter, høyskoler og fagskoler skulle innledningsvis i pandemien holde stengt for barn, elever og studenter. Undervisning skulle da skje digitalt. Slik stenging ble også i senere faser vedtatt for regioner med særlig høyt smittetrykk. Den såkalte Trafikklysmodellen ble innført 29. mai 2020 og stilte krav til hygiene, avstand, gruppestørrelser og andre forhold som påvirket smittevernfaglig forsvarlig drift. Koronakommisjonen beskriver modellen slik i NOU 2022: 5 punkt 10.2 (se også NOU 2023: 16 punkt 6.3.1):

> «Modellen påla skolene ulike tiltak avhengig av om de befant seg på grønt, gult eller rødt nivå. Tiltakene varierte fra tilnærmet normal organisering av skolehverdagen (grønt nivå) til omfattende tiltak med mindre, faste grupper og større avstand mellom elever og ansatte (rødt nivå). Forskjellen på de tre nivåene gikk særlig ut på å redusere kontakt mellom personer. Det var de lokale eller nasjonale smittevernmyndighetene som bestemte hvilket nivå tiltakene skulle ligge på. De lokale myndighetene kunne legge seg på et høyere nivå enn anbefalingen fra nasjonalt hold, men ikke et lavere.»

Andre tiltak som ble forskriftsfestet var blant annet påbud om hjemmekontor, plikt til å bruke munnbind, krav til gjennomføring av kystcruise langs norskekysten og reiselivsaktivitet på Svalbard, inkludert forbud mot større cruisevirksomhet.

I tillegg til de forskriftsfestede tiltakene, hvor overtredelse kunne straffes, ga regjeringen en rekke anbefalinger om hygiene, avstand og antall personer for sammenkomster og sosial omgang som ikke var omfattet av forskriftene. Det gjaldt for eksempel i private hjem, i arbeidslivet, fritidsaktiviteter, kultur- og idrettsaktiviteter og generelt ved omgang med andre.

Se til illustrasjon følgende omtaler på regjeringen.no (Tidslinje: myndighetenes håndtering av koronasituasjonen): de viktigste tiltakene 24. mars 2020, regjeringens plan for justering av koronatiltak presentert 7. mai 2020, videreføring av nasjonale tiltak 15. desember 2020, innføring av flere tiltak presentert 3. januar 2021, nasjonale tiltak 19.

februar 2021, regionale tiltak 4. mars 2021, plan for gjenåpning av samfunnet fremlagt 7. april 2021 og regjeringens samlede tiltakspakke presentert 13. desember 2021.

Mange kommuner vedtok også egne forskrifter. Fra 11. mars 2020 til 25. januar 2022 vedtok kommunene ifølge oversikt på Lovdata 887 forskrifter eller endringsforskrifter med hjemmel i smittevernloven § 4-1 om begrensninger i sosial omgang eller annen kontakt mellom mennesker.

17.5 Regulering i andre land

17.5.1 Danmark

Den danske epidemiloven kapittel 6 regulerer «samfundsmæssige foranstaltninger». Til grunn for kapittelet ligger lovforslag nr. L 134 av 22. desember 2020 og behandlingen i Folketinget.

Loven § 24 hjemler forbud mot at flere personer befinner seg på samme sted, men ikke med virkning for «domstolene og Folketinget og for forsamlinger med et politisk eller andet meningsbefordrende øjemed». Politiet kan forby opphold på bestemt sted hvor allmenheten har adgang. Det gis hjemmel til å vedta begrensninger for eller forbud mot adgangen til eller bruken av henholdsvis transportmidler i § 35 og «lokaler og lokaliteter […] hvor offentligheden har adgang» i § 36. Regler om «anvendelse af personlige smitteforebyggende midler i det offentlige rum» kan vedtas etter § 37. Det gis egne regler om myndigheten til å vedta regler om begrensninger eller forbud mot adgangen til eller bruken av «behandlings-, pleje- og omsorgsinstitutioner m.v.» i §§ 29 og 30 og «dagtilbud, skoler og andre uddannelsesinstitutioner» i §§ 33 og 34. Det kan også gis regler om «nødpasning» av barn.

Staten ved den relevante ministeren kan gi regler for hele eller deler av landet. Kommunene og regionene kan bare vedta regler dersom Styrelsen for Pasientsikkerhed har gitt dem påbud om det, og innenfor de rammene som påbudet oppstiller. I forarbeidene forutsettes det at styrelsen oppretter dialog med kommunene om de konkrete tiltakene.

17.5.2 Sverige

I Sverige er smittevern regulert i Smittskyddslag (2004:168). Loven synes ikke å gi kommuner eller staten hjemmel til å iverksette befolkningsrettede tiltak, med unntak av følgende generelle bestemmelse i loven kapittel 9 § 6:

> «Regeringen får meddela särskilda föreskrifter om smittskyddet enligt denna lag, om det vid en fredstida kris som har betydande inverkan på möjligheterna att upprätthålla ett effektivt smittskydd finns behov av samordnade nationella åtgärder eller ur ett nationellt perspektiv av andra särskilda insatser inom smittskyddet».

Det må derfor vedtas egen lov når det ikke er tilstrekkelig å gi anbefalinger eller forskrifter om individuelle tiltak. Ved lovendring i kraft 1. juli 2020 fikk regjeringen, eller den myndighet som regjeringen bestemte, fullmakt til å vedta enkelte regler om begrensninger i den sosiale omgangen i anledning koronapandemien «hvis riksdagens

beslut inte kan avvaktas». Fra 1. oktober 2021 til 1. april 2022 var hjemmelsgrunnlaget for tiltak mot covid-19 den midlertidige Lag (2021:4) om särskilda begränsningar för att förhindra spridning av sjukdomen covid-19 og kompletterende bestemmelser i Förordning (2021:8) om särskilda begränsningar för att förhindra spridning av sjukdomen covid-19. Loven hjemlet begrensninger for følgende virksomheter og steder dersom det var nødvendig for å forhindre spredning av sykdommen covid-19:

1. ”allmänna sammankomster och offentliga tillställningar,
2. gym- och sportanläggningar, badhus, bibliotek, museer, djurparker, campingplatser och andra platser för fritids- eller kulturverksamhet som är öppna för allmänheten,
3. köpcentrum, varuhus, gallerior, butiker, serviceinrättningar och andra handelsplatser som är öppna för allmänheten,
4. kollektivtrafik och inrikes flygtrafik, och
5. platser för privata sammankomster».

Til hver av kategoriene ble det gitt eksempler på mulige smitteverntiltak. For «allmänna sammankomster” kunne det vedtas begrensninger av antall deltakere, minste avstand mellom deltakere med anviste plasser, begrensning av tiden for sammenkomsten og «andra åtgärder för att förhindra smittspridning». Tilsvarende gjaldt for de andre kategoriene.

17.5.3 Finland

I Finland regulerer smittevernloven (Tartuntatautilaki 1227/2016) § 58 «tiltak knyttet til høy smitterisiko». Når det er påvist en smittsom sykdom som utgjør en omfattende smitterisiko eller som berettiget mistenkes å være allmennfarlig, eller det er rimelig å forvente at sykdommen oppstår, kan kommunen som har ansvar for forebygging av smittsomme sykdommer fatte vedtak om nedleggelse av sosial- og helseinstitusjoner, utdanningsinstitusjoner, barnehager, leiligheter og lignende i sitt virksomhetsområde og om forbud mot offentlige møter eller offentlige arrangementer. Regionforvaltningsverket kan treffe tilsvarende vedtak på sitt område når det er nødvendig på flere kommuners område.

Tiltakene være nødvendige for å hindre spredning av en smittsom sykdom som er allmennfarlig eller med rette mistenkes for å være allmennfarlig. Vedtakene skal treffes for en periode på maksimalt én måned, og tiltakene må stoppes umiddelbart når det ikke lenger er fare for smitte.

17.5.4 Tyskland

I den tyske smittevernloven, Infektionsschutzgesetz, reguleres både individuelle og befolkningsrettede beskyttelsestiltak i lovens kapittel 5. Ansvarlig myndighet kan blant annet med hjemmel i den permanente bestemmelsen i § 28 begrense eller forby arrangementer eller andre sammenkomster av mennesker. Det presiseres at det er hjemmel til å stenge badeanlegg og virksomheter hvor overveiende mindreårige blir tatt hånd om, for eksempel barnehager og skoler.

Det ble i anledning koronapandemien vedtatt nye bestemmelser som hjemlet befolkningsrettede smitteverntiltak. Dette inkluderte detaljerte bestemmelser i § 28b om

bruk av ansiktsmaske i perioden 1. oktober 2022 til 7. april 2023, § 28 c om differensierte tiltak ut fra om personer var testet, hadde gjennomgått sykdom eller var vaksinerte og § 28a med følgende beskyttelsestiltak (vår uoffisielle oversettelse):

«1. Avstandskrav i offentlige rom,

2. Plikt til å bruke munn- og nesedeksel (krav til maske),

3. Plikt til å fremlegge bevis på vaksinasjon, gjennomgått sykdom eller test i samsvar med § 22a nr. 1 til 3,

4. Utgangs- eller kontaktbegrensninger i private og offentlige rom,

5. Plikt til å lage og anvende hygienekonsepter for virksomheter, anlegg eller tilbud med offentlig tilgang,

6. Forbud eller begrensning av fritidsarrangementer og lignende arrangementer,

7. Forbud eller begrensning av drift av fritidsanlegg,

8. Forbud eller begrensning av kulturelle arrangementer eller drift av kulturinstitusjoner,

9. Forbud eller begrensning av sportsbegivenheter og utøvelse av sport,

10. Omfattende eller begrenset forbud mot salg eller inntak av alkohol på visse offentlige steder eller i visse offentlig tilgjengelige fasiliteter,

11. Forbud mot eller pålegg om krav til avholdelse av arrangementer, sammenkomster, parader, forsamlinger og religiøse eller ideologiske sammenkomster,

12. Forbud eller restriksjoner på reise; dette gjelder spesielt turistreiser,

13. Forbud eller begrensning av tilbud om overnatting,

14. Forbud eller begrensning av driften av serveringssteder,

15. Stenging eller begrensning av virksomheter, detalj- eller engroshandel,

16. Forbud eller begrensning av å gå inn i eller besøke helse- eller sosialtjenester,

17. Nedleggelse av fellesskapsanlegg som omhandlet i § 33, universiteter, voksenopplæringsanlegg eller lignende fasiliteter eller pålegg om vilkår for videreføring av deres drift eller

18. Bestilling av behandling av kontaktinformasjonen til kunder, gjester eller arrangementsdeltakere for å kunne spore og avbryte mulige smittekjeder etter at en infeksjon med SARS-CoV-2-koronaviruset har oppstått.

(2) Pålegg om følgende beskyttelsestiltak i samsvar med paragraf 1 sammen med § 28 nr. 1 er bare tillatt dersom, tatt i betraktning alle andre beskyttelsestiltak som er tatt til dags dato, effektivt begrense spredningen av koronavirussykdommen 2019 (COVID) -19) ville være betydelig truet:

1. Forbud mot møter eller parader i henhold til artikkel 8 i grunnloven og religiøse eller ideologiske møter i samsvar med paragraf 1 nummer 11,

2. Beordre en utgangsrestriksjon i henhold til paragraf 1 nummer 4, ifølge hvilken det kun er tillatt å forlate det private oppholdsområdet til bestemte tider eller til bestemte formål, og

3. Forbud mot å komme inn på eller besøke innretninger i henhold til nr. 1 nr. 16, slik som alders- eller sykehjem, innretninger for funksjonshemmede, fødeinstitusjoner eller sykehus for nære pårørende til personer som behandles eller pleies der.

Beskyttelsestiltak i henhold til paragraf 1 nummer 16 må ikke føre til fullstendig isolasjon av enkeltpersoner eller grupper; et minimumsnivå av sosial kontakt må garanteres».

17.5.5 Eksempler på tiltak i andre europeiske land

Koronakommisjonen omtaler tiltak i andre europeiske land våren 2020 slik på s. 156 i NOU 2021: 6:

> «Her er de fem tiltaksområdene som OECD framhever i sin sammenlikning av nasjonale reguleringer i 31 europeiske land våren 2020 (OECD 2020a):
>
> - Portforbud: Ikke tatt i bruk i noen av de skandinaviske landene. 16 av de 31 landene tok i bruk portforbud, i gjennomsnitt for i underkant av 50 dager i løpet av våren.
> - Skolestengning: Stengning av grunnskoler ble ikke gjennomført i Sverige, som eneste land i Europa i tillegg til Island. Blant de resterende 29 landene var skolene stengt i 68 dager i gjennomsnitt gjennom nasjonale vedtak. Norge er registrert med 64 dager, Danmark med kun 30 dager, som er lavest blant landene som brukte dette virkemidlet. Sverige stengte videregående skoler over lengre perioder enn Norge, og Danmark stengte også lenger enn det europeiske snittet.
> - Nasjonal stengning av parker, restauranter, barer, kinoer, «ikke-essensielle» butikker eller andre «public spaces», som OECD kaller det: Sverige skilte seg ut ved å ikke ta i bruk slik stengning. De øvrige 30 landene, inkludert Norge og Danmark, stengte en eller flere av slike funksjoner over kortere eller lengre tid (gjennomsnitt: 56 dager). Norge er registrert med et betydelig større antall dager med slik stengning (64 dager) enn Danmark (33 dager, nest kortest av de 30 landene).
> - Bruk av munnbind var en nasjonal anbefaling i Danmark, men ikke i Sverige og Norge. Island hadde heller ingen nasjonal anbefaling om dette våren 2020, men ellers i Europa ble det anbefalt (8 land, inkludert Danmark) eller påbudt (18 land) å bruke munnbind i nærmere spesifiserte situasjoner og/eller for enkelte grupper av befolkningen.
> - Reiserestriksjoner: De fleste landene i Europa (20 av 31), inkludert Danmark (14. mars) og Norge (16. mars) stengte landegrensene fullstendig i løpet av våren 2020, også for naboland og EU-/Schengen-land. De resterende, heriblant Sverige, hadde kun stengt for innreise fra enkelte land.»

17.6 Koronautvalgets og Koronakommisjonens vurderinger

Verken Koronakommisjonen eller Koronautvalget har gitt anbefalinger om konkrete endringer i de materielle fullmaktene til å vedta begrensninger i den sosiale omgangen mellom mennesker som smittevernloven § 4-1 første ledd bokstavene a til c gir kommuner og stat. Anbefalingene om utvikling av regelverket gjelder prosessuelle forhold, for eksempel begrensninger for vedtaks varighet og at Kongens konstitusjonelle ansvar bør fremheves.

Koronautvalget fremhever behovet for å kunne begrense kontakten mellom mennesker slik i NOU 2023: 16 punkt 5.1:

> «Et virus som lett smitter både gjennom luft og via fysisk kontakt kan ikke håndteres på annen måte enn ved å sette strenge begrensninger for kontakt mellom mennesker. Mangel på slike begrensninger vil medføre økt forekomst av alvorlig sykdom og død i

befolkningen. Et lands myndigheter har en plikt til, og et ansvar for, å beskytte sin befolkning i størst mulig grad. Det betyr at ansvarlighet fra myndighetenes side i møte med koronapandemien i praksis betydde at de måtte innskrenke flere av de rettighetene vi til vanlig tar for gitt i vårt samfunn.»

Koronakommisjonen og Koronautvalget har omtalt konsekvensene av smitteverntiltakene under koronapandemien og hvilke hensyn som bør hensyntas bedre i neste pandemi.

I NOU 2022: 5 belyste Koronakommisjonen grundig konsekvensene av smitteverntiltak for særlig sårbare grupper. Dette gjelder blant annet konsekvenser for barn og unge i punkt 10.2, den samiske befolkningen i punkt 10.3, innvandrere i punkt 10.4 og brukere av kommunale tjenester i punkt 10.5, inkludert tjenester til eldre, personer med nedsatt funksjonsevne og nyankomne flyktninger.

I NOU 2023:16 gir Koronautvalget en bredere oversikt over de økonomiske og samfunnsmessige konsekvensene av smitteverntiltakene under koronapandemien. Se omtale i kapitlene 3 om sykdomsbyrde og konsekvenser for helse, 4 om økonomiske og samfunnsmessige konsekvenser, 5 om samfunnets opplevde tiltaksbyrde og 6 om situasjonen for barn og unge.

Disse erfaringene vil være relevante for å identifisere forhold som bør utredes og inngå i beslutningsgrunnlaget når tiltakenes nødvendighet og forholdsmessighet skal vurderes i en fremtidig smittesituasjon. Vi kommer tilbake til en nærmere omtale av dette, og noen av utvalgenes funn, i punkt 17.7.10 om de forholdene som er aktuelle å undersøke når tiltak vurderes.

17.7 Departementets vurderinger og forslag

17.7.1 Behovet for tiltak som begrenser kontakt mellom mennesker

Infeksjoner som smitter mellom mennesker, kan begrenses når kontakten mellom mennesker begrenses. Man vet at muligheten for smitteoverføring øker med antall personer som kommer i kontakt, kontaktens nærhet og varighet. Tiltak som begrenser kontakt er aktuelt i situasjoner der det ikke er mulig å kontrollere smitten med tiltak rettet mot syke, smittede, nærkontakter og andre som har vært utsatt for smitte. Målet for håndteringen er kontroll, men i noen tilfeller kan det settes som mål å eliminere smitte i et område, eller å utrydde smitten. Hva som er mulig å oppnå, og hvilke mål som settes for håndteringen, er avhengig av egenskaper ved smittestoffet, slik som smittemåte og smittsomhet, hvilken immunitet som oppnås etter smitte, og om vaksine eller andre tiltak er tilgjengelig.

Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet har i hovedsak anbefalt å videreføre smittevernloven § 4-1, med mindre justeringer.

Smittevernloven § 4-1 hjemler blant annet omfattende kontaktreduserende tiltak på lokalt og nasjonalt nivå når det er nødvendig for å forebygge en allmennfarlig smittsom sykdom eller for å motvirke at den blir overført. Dette er tiltak som historisk har vist seg å være smittebegrensende både ved mindre hendelser og under store epidemier og pandemier.

Innføring av slike tiltak hadde avgjørende betydning for å motvirke smitteoverføring og beskytte liv og helse under koronapandemien, og de vil ha avgjørende betydning også i fremtiden. Dette støttes også av Koronautvalget, som i NOU 2023: 16 punkt 5.1 uttaler at «[e]t virus som lett smitter både gjennom luft og via fysisk kontakt kan ikke håndteres på annen måte enn ved å sette strenge begrensninger for kontakt mellom mennesker».

Loven bør gi et stort handlingsrom for kontaktreduserende tiltak. Det gir mulighet for å håndtere ulike smittehendelser. Erfaringene fra pandemien viser også at det er nyttig å kunne kombinere og tilpasse flere tiltak for å oppnå en mest mulig målrettet håndtering av en langvarig smittesituasjon. Under pandemien var det både behov for å kunne forsterke tiltak raskt, og for å vurdere om den helhetlige bruken av ulike kontaktreduserende var i tråd med strategien. Det var blant annet nødvendig da smittespredningen var høy i alle deler av samfunnet samtidig som antall tilfeller med ukjent smittevei var stor. Det var da et mål å beskytte befolkningen mest mulig effektivt i en situasjon med høy usikkerhet. Uten tiltakene i § 4-1 første ledd bokstav a-e, kunne konsekvensen blitt redusert effekt av iverksatte tiltak, at tiltakene måtte stå lenger, og at de samlede konsekvensene ville blitt større.

Departementet foreslår i all hovedsak å videreføre adgangen etter gjeldende smittevernlov § 4-1 til å vedta begrensninger i den sosiale omgangen og kontakt mellom mennesker. Bestemmelsen bidrar til å sikre grunnleggende beredskap og effektiv krisehåndtering både lokalt, i deler av landet og nasjonalt. Se omtale av gjeldende rett i punkt 17.2. Departementet foreslår likevel enkelte endringer og presiseringer i dette kapittelet. I tråd med forslagene i kapittel 16, legges vedtaksmyndigheten til kommunen i ny smittevernlov § 7-1 og til Kongen i § 8-1, med mulighet for å delegere til underordnede organer.

17.7.2 Vide og tydelige fullmakter

Hensynet til å kunne beskytte befolkningen ved å ha tilgjengelig nødvendige og tilstrekkelige virkemidler for å håndtere fremtidige smittehendelser og kriser, bør fortsatt veie tungt i utformingen av lovens bestemmelser.

Beredskapsfullmakter må som utgangspunkt være overordnede for å ta tilstrekkelig høyde for usikkerheten knyttet til hva som vil ramme neste gang. Som nevnt erfarte vi viktigheten av å kunne redusere den samlede mobiliteten i samfunnet med utbruddet av covid-19 i mars 2020. Også i senere faser av pandemien var dette avgjørende for å sikre rask effekt, og dermed begrense utbruddet og konsekvensene av tiltakene. Tiltak som begrenset kontakten mellom mennesker var for eksempel nødvendig i situasjoner der det ble oppdaget nye varianter av koronaviruset som ga covid-19 (SARS-CoV-2-viruset), som mer effektivt unngikk de smittedes immunforsvar. Det var da et mål å beskytte befolkningen mest mulig effektivt i en situasjon med høy usikkerhet, og det var nødvendig å iverksette brede kontakt- og mobilitetsreduserende tiltak for å oppnå dette. Når hjemlene til å vedta forskrifter er vide nok til at tiltakene kan tilpasses den aktuelle situasjonen, kan det bidra til lavere tiltaksbyrde samlet sett.

Neste gang det vil være behov for å innføre tiltak mot et alvorlig utbrudd av allmennfarlig smittsom sykdom (i ny smittevernlov foreslått omtalt som samfunnskritisk sykdom), kan det være en epidemi eller pandemi med helt andre egenskaper enn covid-19. Det tilsier

varsomhet med å foreslå endringer som begrenser rekkevidden av smittevernlovens tiltakshjemler basert på erfaringen med koronapandemien. Betydningen av å beholde brede og varierte tiltakshjemler er også i tråd med følgende uttalelse fra Koronakommisjonen på s. 157 i NOU 2021: 6:

> «Samtidig kan det være at veivalgene som viser seg å ha vært riktige ved denne pandemien, vil være helt feil ved neste pandemi. Det neste viruset som treffer verden, kan være mindre smittsomt og mindre alvorlig. Det kan også være motsatt. Covid-19-pandemien kan ha vært et mildt forvarsel om neste pandemi.»

Generelt formulerte lovhjemler kan medføre at det fremstår som uklart hvorvidt forskriftsfestede tiltak har tilstrekkelig hjemmel i lov, mens man med en mer nyansert og presisert lovtekst kan står i fare for å innskrenke handlingsrommet i for stor grad. Verken Koronakommisjonen eller Koronautvalget har i sine utredninger konkludert med at det er et generelt behov for mer detaljerte beskrivelser av smitteverntiltak i loven. Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet anbefaler i all hovedsak å videreføre gjeldende ordlyd.

Departementet mener likevel at ny lov i større grad enn gjeldende smittevernlov § 4-1, bør synliggjøre hvilke tiltak som erfaringsmessig kan være nødvendige og forholdsmessige for å oppnå formålet. Dette gjelder både ved utforming av lovbestemmelser og gjennom forarbeidenes omtale av de ulike bestemmelsene. Dette vil være til nytte for de som skal anvende og forholde seg til loven ved neste alvorlige smittesituasjon. Det gjelder spesielt i innledende faser, hvor erfaringen og kunnskapen om regelverket kan være begrenset og beslutninger må fattes svært raskt. Av samme grunn gir departementet en nærmere omtale av forhold som kan være relevante og som bør utredes ved en konkret vurdering av om tiltak er nødvendige og forholdsmessige i punkt 17.7.10.

Lovteksten bør gi generelle hjemler med vidt bruksområde, samtidig som den tydeliggjør hvilke tiltak som er aktuelle med eksempler. Når loven gir eksempler på hvilke tiltak som kan forskriftsfestes for å begrense den sosiale omgangen og annen kontakt mellom mennesker overalt der mennesker er samlet, skal det ikke tas til inntekt for en innskrenkende tolkning av bestemmelsens rekkevidde. De grunnleggende vilkårene i ny smittevernlov § 1-5, Grunnloven og menneskerettighetene er uansett avgjørende for hvilke tiltak som kan vedtas. Formålet med ny smittevernlov §§ 7-1 og 8-1 er derfor å gi adgang til å hindre at flere mennesker samles hvis dette representerer en fare for overføring av smitte. Hensynet til å forebygge en allmennfarlig smittsom sykdom eller motvirke at den blir overført, er et overordnet hensyn ved tolkningen av bestemmelsen.

Departementet foreslår i de neste punktene endringer som har til hensikt å gjøre smittevernlovens bestemmelser om kontaktreduserende tiltak mer informative og oversiktlige. I tillegg foreslår departementet å presisere enkelte tiltak som ikke kan vedtas av kommunene eller Kongen etter den ordinære forskriftshjemmelen. Slike vedtak vil kreve lovendring, med mindre det er fare ved opphold og nødvendig at Kongen i statsråd fastsetter forskrift av lovgivningsmessig innhold etter forslag til ny smittevernlov kapittel 11 (gjeldende smittevernlov § 7-12).

17.7.3 Formål å forebygge eller motvirke overføring av allmennfarlig smittsom sykdom

Smittevernloven § 4-1 første ledd gir kommunestyret og kommunelegen (jf. femte ledd) hjemmel til å vedta begrensninger i den sosiale omgangen «når det er nødvendig for å forebygge en allmennfarlig smittsom sykdom eller for å motvirke at den blir overført». Andre ledd gir staten hjemmel til å vedta slike begrensninger «ved et alvorlig utbrudd av en allmennfarlig smittsom sykdom og når det er avgjørende å få satt tiltak i verk raskt for å motvirke overføring av sykdommen». Vilkårene i smittevernloven § 1-5 må også være oppfylt, ved at tiltak må være basert på en klar medisinskfaglig begrunnelse, være nødvendig av hensyn til smittevernet og fremstå tjenlig etter en helhetsvurdering.

Departementet foreslår å videreføre denne to-delingen av inngangsvilkårene i ny lov, i tråd med forslaget om fordeling av vedtaksmyndighet i kapittel 16. Kommunens hjemmel foreslås regulert i ny lov § 7-1, mens Kongens hjemmel reguleres i § 8-1.

Departementet mener at terskelen for når kommunen (og kommuneoverlegen i hastetilfeller) kan vedta tiltak vil blir for høy hvis det stilles krav om at utbruddet må være alvorlig før kommunen kan iverksette tiltak. Kommunen må ha adgang til å gripe inn mot allmennfarlig smittsomme sykdommer ved å stenge virksomheter og forby eller begrense kontakt mellom mennesker, selv om det ikke er et alvorlig utbrudd som krever særlig omfattende tiltak fastsatt av staten. Det skyldes at det meste av smittevernarbeidet foregår lokalt for å forebygge og reagere på smittesituasjoner i en eller noen få virksomheter, før det oppstår behov for omfattende tiltak som berører store områder eller flere sektorer. Det kan for eksempel være nødvendig å stenge en barnehage hvor det er påvist E. coli-smitte. Hjemmelen til å fatte enkeltvedtak eller forskrifter er derfor viktig i det grunnleggende lokale smittevernarbeidet. Kommunen må uansett gjøre en vurdering av nødvendighet og forholdsmessighet etter § 1-5. Terskelen for kommunens hjemmel bør derfor ikke heves.

Statens hjemmel bør derimot fremdeles forbeholdes de tilfellene hvor det oppstår et alvorlig utbrudd av en allmennfarlig smittsom sykdom (i ny lov foreslått omtalt som samfunnskritisk sykdom). Dette gir tydelig uttrykk for at kommunene har ansvaret for å håndtere lokale smittesituasjoner som ikke krever ekstraordinær statlig innsats. Som foreslått i kapittel 16 skal staten kunne vedta smitteverntiltak når det er behov for ekstraordinær innsats, uavhengig av om det vurderes som «avgjørende å få satt tiltak i verk raskt» eller ikke.

Departementet foreslår å tydeliggjøre i loven at vilkåret om at smitteverntiltaket må være «nødvendig for å forebygge en allmennfarlig smittsom sykdom eller for å motvirke at den blir overført» også gjelder for staten.

17.7.4 Begrensninger i kontakt mellom mennesker

Felles for de vedtakene som i dag kan fattes etter smittevernloven § 4-1 første ledd bokstavene a, b og c, er at de gjelder begrensninger i den sosiale omgangen eller annen kontakt mellom mennesker. Departementet mener at det bør tydeliggjøres at smittevernloven i utgangspunktet gir hjemmel til å vedta alle typer begrensninger i den

sosiale omgangen som reduserer kontakten mellom mennesker og motvirker at smitte overføres mellom mennesker som er på samme sted til samme tid. Overføring av smitte ved sosial omgang kan skje direkte mellom mennesker eller indirekte via forurensende overflater. Dette utgangspunktet bør suppleres med lovfestede eksempler for å synliggjøre aktuelle tiltak.

Stenging av virksomheter eller forbud mot møter og sammenkomster er et så inngripende virkemiddel at det fortsatt bør nevnes i loven.

Mindre inngripende tiltak enn stenging eller forbud er også aktuelle. Eksempler på dette kan være stenging av deler av virksomheten eller at det stilles krav til maksimalt antall personer som kan være til stede, avstand mellom personer, vareutvalg, justering av lydnivået, sitteplasser, bordservering, åpningstid, skjenketid for alkohol, skjenkestopp eller andre begrensninger i aktiviteter. Det kan også være aktuelt å kreve bruk av munnbind, hygienetiltak, ventilasjon eller andre tiltak som bidrar til smittevernfaglig forsvarlig drift og reduksjon av kontaktsmitte ved kontakt mellom mennesker eller fra forurensede flater.

Det er ikke hensiktsmessig at loven nevner alle disse formene for begrensninger.

Departementet mener at loven bør tydeliggjøre adgangen etter gjeldende rett til å stenge nærmere bestemte områder og eiendom hvor enhver har tilgang, uansett om personer befinner seg på stedet med samme formål, som del av et planlagt arrangement eller mer tilfeldig. Det skal være klart at det er mulig å regulere situasjoner hvor folk samles spontant uten arrangør, eller hvor flere separate grupper med maksimalt antall tillatte personer samles på samme sted. Det skal som i dag kunne nedlegges forbud mot opphold på stedet eller stille vilkår for opphold som innebærer andre begrensninger, avhengig av hva som vurderes nødvendig og forholdsmessig. Dette kan for eksempel være aktuelt for en offentlig badeplass, parker og lignende som vanligvis er tilgjengelig for allmenheten.

Departementet mener at smittevernloven § 4-1 første ledd bokstavene a, b og c gir hjemmel til å pålegge bruk av munnbind, annet personlig verneutstyr og hygienetiltak, ettersom det fremstår som «begrensninger» i den sosiale omgangen overalt der mennesker er samlet, i aktiviteter eller i kommunikasjoner. Det var imidlertid ulike syn på dette under koronapandemien. Krav eller anbefaling om munnbind ble benyttet som smitteverntiltak under koronapandemien. Det kan også i en fremtidig smittesituasjon være hensiktsmessig å påby bruk av ulike typer verneutstyr, blant annet for å unngå eller nedjustere andre tiltak som krav til avstand og antall personer som kan være til stede.

Under koronapandemien ble det med hjemmel i smittevernloven § 4-1 vedtatt ulike former for påbud om bruk av hjemmekontor. Departementet legger til grunn at også den nye loven hjemler slike forskrifter, men foreslår ikke å lovfeste dette som et eksempel.

Departementet foreslår derfor å lovfeste at kommunen (§ 7-1) og Kongen (§ 8-1) kan vedta påbud som har til formål å begrense kontakten mellom mennesker, inkludert

a) helt eller delvis stenge virksomheter eller forby møter og sammenkomster
b) stille krav til virksomheter og arrangører av møter og sammenkomster om smittevernfaglig forsvarlig drift, inkludert krav til maksimalt antall personer som

kan være til stede, avstand mellom personer, servering, åpningstider, hygienetiltak eller bruk av personlig verneutstyr,

c) forby eller stille vilkår for opphold på nærmere bestemt sted.

17.7.5 Ikke ordinær fullmaktshjemmel for portforbud

Portforbud er en type tiltak som de fleste andre europeiske land ser ut til å ha hjemmel til å innføre, og som mange benyttet under koronapandemien. Enkelte land omtaler dette som *utgangsbegrensninger*, andre som *en plikt til å holde seg hjemme*. Det vanligste er imidlertid å bruke merkelappen *portforbud* på et slikt tiltak. Samtidig varierer det hva ulike land anser som et «portforbud» og hva de heller betegner som ulike former for nedstenging eller andre strenge bevegelsesbegrensende reguleringer. Uavhengig av valg av merkelapp er kjernen i denne type regulering at man som utgangspunkt skal holde seg hjemme og på den måten unngå nærkontakt med andre utenfor hjemmet. Et portforbud kan utformes på svært ulike måter. Det kan være alt fra et forbud mot å være ute på natten, forbud begrenset til bestemte områder eller til et nasjonalt forbud mot å være ute som gjelder hele døgnet. Det kan også oppstilles få eller mange unntak, og det kan være ulike regler på dagtid, kveldstid og nattestid. Disse forholdene har stor betydning for hvor inngripende et portforbud vil være.

Som ledd i regjeringens arbeid med håndteringen av koronapandemien sendte Justis- og beredskapsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet i fellesskap 8. januar 2021 på høring forslag om hjemmelsgrunnlag for portforbud som smitteverntiltak. Formålet med høringsnotatet var å sikre nødvendige fullmakter også til å vedta et så strengt tiltak som portforbud, dersom det skulle vise seg absolutt nødvendig. Portforbud var nevnt som et mulig smitteverntiltak i det mest dramatiske scenariet i regjeringens beredskapsplan 10. juni 2020, og regjeringen ønsket å foreslå en klar lovhjemmel for tiltaket med en mekanisme for å inkludere Stortinget.

Et portforbud er både prinsipielt og praktisk sett et svært inngripende tiltak. Et portforbud innebærer at det grunnlovfestede utgangspunktet om bevegelsesfrihet snus – man kan bare bevege seg i det offentlige rom når det er særskilt angitt at dette er tillatt. I høringsnotatet ble det fremhevet at bruk av et så inngripende virkemiddel først vil være aktuelt i ekstreme situasjoner, der man vurderer at stenging av alle eller de fleste virksomheter som ikke er samfunnskritiske, og andre tiltak for å redusere kontakthyppigheten, ikke vil redusere mobilitet og kontakten i befolkningen i tilstrekkelig grad.

Et portforbud er et inngrep i borgernes frihet og krever hjemmel i lov eller medhold i lov, jf. Grunnloven § 113. Legalitetsprinsippets hjemmelskrav stiller både krav til forankring i lov gitt av Stortinget og til hjemmelens klarhet. Lignende krav følger etter EMDs praksis ved inngrep i rettigheter i EMK.

Grunnloven § 106 første ledd beskytter bevegelsesfriheten innenfor rikets grenser og retten til fritt å velge sitt bosted. I EMK er den parallelle bestemmelsen i tilleggsprotokoll 4 artikkel 2 og i SP er det artikkel 12. Et portforbud vil per definisjon utgjøre et inngrep i bevegelsesfriheten etter disse bestemmelsene. En nedstenging som medfører forbud mot sammenkomster i hjemmet eller på offentlig sted, vil også medføre inngrep i retten til

respekt for privatliv, familieliv og hjem beskyttet av Grunnloven § 102, EMK artikkel 8 og SP artikkel 17, retten til forsamlingsfrihet vernet av Grunnloven § 101, EMK artikkel 11 og SP artikkel 21, samt retten til tros- og livssynsfrihet etter Grunnloven § 16, EMK artikkel 9 og SP artikkel 18.

Etter EMK artikkel 8, 9 og 11 og tilleggsprotokoll 4 artikkel 2 kan det gjøres inngrep i retten til respekt for privatliv, familieliv og hjem, tros- og livssynsfrihet, forsamlingsfrihet og bevegelsesfrihet når dette er i samsvar med lov og «er nødvendig i et demokratisk samfunn av hensyn til […] å beskytte helse». En inngrepsadgang som i hovedsak er tilsvarende, gjelder etter SP. I kravet om at inngrepet må skje i samsvar med lov ligger det dels et krav om at det må ha hjemmel i nasjonal rett og dels et krav om at det nasjonale rettsgrunnlaget må oppfylle krav til tilgjengelighet for den det retter seg mot og være tilstrekkelig klart utformet. I tillegg må tiltaket være nødvendig ut fra formålet og forholdsmessig. Høyesterett har tolket en tilsvarende inngrepsadgang inn i Grunnloven § 102 (se for eksempel HR-2015-206-A avsnitt 60), og det må legges til grunn at det samme også gjelder etter andre menneskerettigheter i Grunnloven hvor en slik inngrepsadgang følger av de parallelle konvensjonsbestemmelsene. Se også sak fra den Europeiske menneskerettighetsdomstolen 49933/20 *Terhes mot Romania* av 13. april 2021, hvor en form for portforbud der det var mulig å bevege seg utenfor hjemmet til ulike tider, ikke ble ansett å stride mot EMK artikkel 5.

Departementene vurderte i høringsnotatet av 8. januar 2021 at gjeldende smittevernlov § 4-1 andre ledd, jf. første ledd bokstav d, gir adgang til isolering av personer i geografisk avgrensede områder, og at dette kan være tiltak som har likhetstrekk med «portforbud». Bestemmelsen gir likevel neppe tilstrekkelig lovgrunnlag for å innføre portforbud, slik dette ble omtalt i høringsnotatet. Gjeldende smittevernlov § 7-12 gir, på nærmere vilkår, hjemmel til å gi bestemmelser om portforbud.

På bakgrunn av nødrettsaspektet ved smittevernloven § 7-12, mente departementene at det var grunn til å fremme et forslag om en særskilt lovhjemmel for et portforbud etter vanlig lovgivningsprosedyre med offentlig høring og meningsutveksling, når man så for seg et mulig fremtidig scenario der det kunne være behov for et portforbud. I stedet for å vente til det forelå fare ved opphold, og så vedta et portforbud med hjemmel i § 7-12, la høringsnotatet til rette for å kunne involvere Stortinget på forhånd.

I høringsnotatet ble det foreslått at en ny § 4-3 b skulle gi Kongen fullmakt til å gi forskrift som begrenser adgangen til opphold på steder der allmennheten kan ferdes, herunder regler som forbyr opphold på slike steder. Tiltaket kunne bare settes i verk innenfor strenge rammer og med nødvendige unntak:

- Når det var strengt nødvendig av hensyn til å trygge folkehelsen, for å forebygge eller motvirke overføring av covid-19.
- Forskriften kunne gjelde for inntil 21 dager og forlenges med inntil 14 dager om gangen.
- Forskriften måtte fastsette hva slags steder begrensningene gjelder for og på hvilke tidspunkter de skal gjelde, ikke stenge for et minimum av menneskelig kontakt for den

enkelte, sikre ivaretakelsen av kritiske og viktige samfunnsfunksjoner og legge til rette for at barn og andre sårbare grupper blir ivaretatt.
- Forskriften skulle meddeles Stortinget straks den ble vedtatt. Stortinget skulle innen sju dager etter vedtakelsen kunne oppheve forskriften helt eller delvis.

Etter at høringen var gjennomført besluttet regjeringen 17. februar 2021 ikke å fremme lovforslag om hjemmel for portforbud for Stortinget. Bakgrunnen var at høringen viste at det ikke var et nødvendig virkemiddel i den aktuelle situasjonen. Det store flertallet av høringsinstansene var negative til forslaget, blant annet på grunn av tiltakets inngripende karakter, store økonomiske, sosiale og psykososiale omkostninger, manglende smittevernfaglig begrunnelse og risiko for å skade den viktige tilliten mellom befolkningen og myndighetene.

Departementet foreslår å lovfeste at bestemmelsen i ny smittevernlov § 7-1 om begrensninger i den sosiale omgangen ikke gir hjemmel til å forby eller begrense adgangen til å forlate private hjem til bestemte tider eller til bestemte formål (portforbud eller lignende).

Dette er likevel ikke til hinder for at personer som er smittet kan ilegges forbud mot inn- og utreise til områder etter ny smittevernlov §§ 7-2 og 8-2, eller isolasjon eller karantene etter forslaget til ny smittevernlov § 8-3.

Skulle det ved en senere svært alvorlig smittesituasjon oppstå et akutt hastebehov for å innføre et portforbud, må det vurderes om det er tid til å gjennomføre høring og et ordinært lovarbeid med forkortede frister. Når det er fare ved opphold, vil Kongen i statsråd også kunne fastsette forskrift av lovgivningsmessig innhold med hjemmel i den ekstraordinære fullmakten i forslaget til ny smittevernlov kapittel 11.

Uansett fremgangsmåte, vil høringsnotatet fra januar 2021 og høringsinnspillene i den sammenheng kunne tas som utgangspunkt for vurderingene.

17.7.6 Overalt hvor mennesker samles

17.7.6.1 Bredt virkeområde med eksempler

Den gjeldende smittevernloven § 4-1 første ledd bokstav a innebærer at det er hjemmel til å fastsette begrensninger «overalt der mennesker er samlet». Dette omfatter alle steder der mennesker samles på en måte som gir risiko for overføring av smitte, innendørs og utendørs, på offentlig eller privat sted. Det omfatter også de eksemplene som nevnes i loven: virksomheter, møter og sammenkomster og kommunikasjoner.

På denne bakgrunn kunne det være tilstrekkelig å lovfeste at begrensninger i den sosiale omgangen kan vedtas med virkning «overalt der mennesker er samlet». Departementet mener likevel at det er viktig for brukerne av loven at den synliggjør en ikke-uttømmende liste med eksempler på steder og formål som kan reguleres. Listen bør ta utgangspunkt i gjeldende § 4-1, men struktureres på en annen måte og oppdateres med relevante eksempler. Det bør fremgå av loven at det kan fattes vedtak med virkning for private hjem.

Departementet foreslår derfor å lovfeste i ny lov § 7-1 at vedtak kan gjelde overalt der mennesker er samlet eller kan samles, inkludert steder hvor det gjennomføres møter og sammenkomster, virksomheter som samler mange mennesker, offentlig og privat samferdsel og private hjem.

Departementet drøfter behovet for eventuelle unntak i punktene 17.7.7 og 17.7.8.

17.7.6.2 Eksempel: Møter og sammenkomster

Departementet foreslår å videreføre lovfesting av eksemplet møter og sammenkomster i ny lov. Møter og sammenkomster omfatter blant annet større eller mindre forsamlinger, arrangementer og begivenheter. Det vil for eksempler kunne fastsettes regler om forbud mot eller begrensninger for konserter, idrettsbegivenheter, fester, generalforsamlinger og møter i selskaper eller foreninger.

Som illustrasjon av hvilke sammenkomster som kan tenkes regulert etter gjeldende smittevernlov, bestemte covid-19-forskriften § 13 at reglene om arrangementer gjaldt for følgende typer sammenkomster fra 15. desember 2021:

> «a. idrettsarrangement, inkludert stevne, cup, turnering og kamp, men ikke organisert trening
>
> b. kulturarrangement, inkludert konserter, utstillingsåpninger, opera, ballett, teater og kino, men ikke organiserte øvelser, trening og prøver
>
> c. seminarer, konferanser, kurs, medlemsmøter og andre faglige sammenkomster, men ikke møter eller sammenkomster som ledd i ordinært arbeid eller undervisning på skole eller universitet
>
> d. livssynssamlinger og seremonier, inkludert seremonier ved bryllup, begravelser, dåp og konfirmasjon
>
> e. private sammenkomster; sammenkomster for familie, venner og bekjente eller sosiale samlinger i tilknytning til arbeid eller skole, inkludert tilstelninger etter seremonier
>
> f. kirkevandringer i kristne trossamfunn.
>
> Som arrangement regnes likevel ikke private sammenkomster kun for medlemmer av samme husstand».

Disse eksemplene kommer fra håndteringen av pandemien, og valg og innretning av tiltakene bygger på strategiske valg og prioriteringer, egenskaper ved smittestoffet, og andre tilgjengelige tiltak. Departementet mener eksemplene også er relevante å vurdere ved behov for en fremtidig forskriftsregulering. Det vil likevel være nødvendig å vurdere konkret om det i en fremtidig alvorlig smittesituasjon vil være mer hensiktsmessig å benytte andre definisjoner, kategorier eller en annen reguleringsteknikk. Departementet foreslår ikke å lovfeste en liste med eksempler på arrangementstyper som kan omfattes av begrepet «møter og sammenkomster». Det skal være anledning til å vedta forskrifter om møter og sammenkomster hvor det ikke er mulig å utpeke en eller flere arrangører.

17.7.6.3 Eksempel: Virksomheter

Med virksomhet mener departementet juridiske personer eller enkeltpersoner som produserer varer eller tjenester, eller som tilbyr aktiviteter som samler mennesker, på steder som ikke er å

anse som deres private hjem. Virksomhet omfatter ikke bare næringsvirksomhet, men også offentlige organer, foreninger og organisasjoner, inkludert trossamfunn.

En virksomhet kan drives uten at personer samles fysisk på en måte som kan overføre smitte, for eksempel fra hjemmekontor eller ved annen nettbasert eller adskilt arbeidsform. Det er derfor ikke nødvendigvis virksomheten som sådan som bør kunne stenges eller ilegges begrensninger, men de lokalene eller arealene, ute som inne, hvor mennesker samles. Departementet mener at det ikke er nødvendig å presisere dette i loven.

Forskrifter som begrenser kontakt mellom mennesker i tilknytning til virksomheter, kan for eksempel avgrenses til å gjelde offentlig sted der enhver har adgang. Ved forskriftsfesting av tiltak som krever avgrensning til offentlig sted, kan det tas utgangspunkt i definisjonen i straffeloven § 10: «et sted bestemt for alminnelig ferdsel eller et sted der allmennheten ferdes». Forståelsen av begrepet er presisert i rettspraksis og normalpolitivedtekten. Normalpolitivedtekten § 1-1 gir følgende eksempler «med offentlig sted forstås gate, vei, fortau, sti, herunder gang- og sykkelvei, park, torg e.l., plass, bru, brygge, kai, strand, anlegg eller annet sted som er alminnelig beferdet eller bestemt for alminnelig ferdsel». Under pandemien la departementet til grunn at dette også gjaldt blant annet restauranter, butikker og fornøyelsesparker i åpningstiden. Det kan være behov for klarere avgrensninger i forskrifter om smitteverntiltak.

Departementet mener at det fortsatt bør være hjemmel til å regulere også offentlig og privat eiendom hvor offentligheten ikke har adgang, for eksempel kontorer, produksjonsarealer og andre arbeidsplasser. Nødvendigheten og forholdsmessigheten av å gi forskrifter for områder som ikke er tilgjengelig for offentligheten eller regnes som offentlig sted, må vurderes i den konkrete smittesituasjonen. Under pandemien var det nødvendig å presisere at reglene for arrangementer også gjaldt i leide og lånte arealer, slik som festlokaler, konferansefasiliteter osv. Konsertlokaler, idrettsanlegg etc. ble regnet som offentlig sted når det var åpent for publikum, men ikke når de var stengt for et generelt publikum og det ble gjennomført øving, trening osv.

Under koronapandemien ble det gitt forskrifter om stenging og smittevernfaglig forsvarlig drift for svært mange virksomheter og organisasjoner. Det gjaldt blant annet serveringssteder med og uten skjenkebevilling, kjøpesentre, butikker, varemesser, midlertidige markeder, treningssentre, svømmehaller, badeland, spaanlegg, hotellbasseng, bibliotek, museer, fornøyelsesparker, lekeland, bingohaller og spillehaller. Det ble gitt forskrifter om hjemmekontor for arbeidsplasser. Det ble også gitt bestemmelser om barnehager, skoler og annen opplærings- og utdanningsvirksomhet. Kommunene ga selv forskrifter om institusjoner i helse- og omsorgstjenesten.

Enkelte av disse kategoriene virksomheter og steder bør synliggjøres i loven. Dette vil vise bredden i mulige tiltak. Departementet foreslår å nevne følgende eksempler i lovteksten:

- Serveringssteder
- Overnattingssteder
- Forretningslokaler, messer og markeder

- Steder for fritids-, idretts- eller kulturaktivitet
- Steder for tros- og livssynssamlinger
- Bedrifter og arbeidsplasser
- Barnehager, skoler og annen opplærings- og utdanningsvirksomhet
- Institusjoner i helse- og omsorgstjenesten.

17.7.6.4 Eksempel: Samferdsel

Departementet foreslår å erstatte eksemplet «kommunikasjoner» i gjeldende smittevernloven § 4-1 første ledd bokstav c med «offentlig eller privat samferdsel» i ny smittevernlov § 7-1, og legger til grunn at det er en tydeliggjøring av gjeldende rett. Det avgjørende er om flere mennesker ferdes på samme transportmiddel. Forskriftene kan gi bestemmelser med virkning for ethvert privat eller offentlig transportmiddel, inkludert tog, buss, fly, skip, taxi og privatbiler. Lovforslaget åpner også for å fastsette regler om at personer som ikke overholder begrensningene kan bortvises fra transportmiddelet, ettersom dette kan være nødvendig for å håndheve de forskriftsfestede begrensningene.

17.7.6.5 Eksempel: Private hjem

Høyesterett har i HR-2022-2171-A avsnitt 41 bekreftet at gjeldende smittevernlov § 4-1 gir hjemmel til å fatte vedtak om smitteverntiltak for private hjem. Departementet legger likevel vekt på at dette er et inngrep i privatlivets fred som bør fremgå av lov, og foreslår at loven presiserer at «overalt der mennesker er samlet» også omfatter private hjem.

I forbindelse med forskriftsfesting av smitteverntiltak, kan det oppstå behov for å avgrense hva som regnes som private hjem. Dette omfatter typisk eide og leide boliger, inkludert omsorgsboliger, fritidsboliger og hytter. Bofellesskap og bokollektiv omfattes også. Den enkeltes oppholdsrom på internater, studenthjem og andre bofellesskap med fellesområder regnes som private hjem, men det kan være behov for særskilt regulering av sammenkomster i fellesarealer eller annen bruk av disse.

Ifølge forarbeidene til den danske epidemiloven skal privat bolig forstås bredere enn bopel, og omfatter det stedet hvor personen overnatter. Departementet deler denne forståelsen. Hotellrom og andre rom hvor overnatting tilbys kan ha likhetstrekk med private hjem og hensynet til privatlivets fred gjør seg også gjeldende der. Departementet deler også de danske forarbeidenes vurdering av at hager, gårdsplasser, andre områder utendørs, låver, skur og verksteder som den enkelte råder over, normalt ikke regnes som privat hjem. Vi ber om høringsinstansenes syn på hvilke steder som ved behov for forskriftsfesting bør nyte særlig beskyttelse mot inngrep.

Se nærmere omtale av regulering i private hjem i punkt 17.7.8.

17.7.7 Unntak for møter i domstolene, Stortinget og folkevalgte organer i kommuner og fylkeskommuner

Departementet foreslår at verken kommunen eller Kongen skal kunne vedta forbud mot møter eller andre begrensninger for domstolene, Stortinget og folkevalgte organer i kommuner og fylkeskommuner med hjemmel i smittevernlovens bestemmelse om begrensninger i kontakt mellom mennesker.

Hensynet til utøvelse av viktige samfunnsfunksjoner, demokrati og rettssikkerhet tilsier at slike tiltak eventuelt bør vedtas av organene selv eller følge av særskilt lovgivning. Disse organene er nærmest til selv å avveie hensynet til funksjonsdyktighet opp mot eventuelle anbefalinger om smittevernfaglig forsvarlig innretning av virksomheten. Under koronapandemien gjaldt ikke reglene om arrangementer som var forskriftsfestet med hjemmel i smittevernloven, for møter i Stortinget, folkevalgte organer i kommuner og fylkeskommuner eller domstolene. Forslaget er i tråd med den danske epidemiloven § 24.

Lovbestemmelsen bør imidlertid ikke være til hinder for at stat eller kommune kan vedta forskrifter om begrensninger i *publikums* adgang til disse stedene, når hensynet til smittevern er et nødvendig og forholdsmessig inngrep i andre rettigheter. Vi viser til at folkevalgte organer i kommuner og fylkeskommuner ifølge kommuneloven § 11-5 skal ha åpne møter (møteoffentlighet), og at møteoffentlighet har vern i Grunnloven § 100 femte ledd. Det kreves klart lovgrunnlag for å kunne sette begrensninger i allmennhetens tilgang til møter i folkevalgte organer. Departementet foreslår derfor å presisere i smittevernloven § 7-1 at det kan gis forskrifter om å forby eller begrense *publikums* adgang.

Forslaget er heller ikke til hinder for regulering av smitteverntiltak med virkning for domstolene eller folkevalgte organer med hjemmel i annen lovgivning.

17.7.8 Unntak fra kommunens vedtaksmyndighet

17.7.8.1 Innledning

Når loven, som i dag, gir kommuner og stat myndighet til å vedta begrensninger for sosial omgang overalt hvor mennesker samles, vil det ved forskriftsfesting av slike tiltak oppstå spørsmål om forskriftene skal gjelde overalt eller om det skal gjøres unntak. Dersom forskriften ikke presiserer virkeområdet eller unntar enkelte steder, vil smitteverntiltakene gjelde overalt.

Under koronapandemien gjaldt de nasjonale reglene for arrangementer på offentlig sted og i lånte eller leide lokaler. Formålet var å avgrense fra private hjem, men også fra annen offentlig og privat eiendom hvor enhver ikke har adgang. Forskriftene gjaldt derfor ikke på forsvarets områder, politistasjoner eller andre offentlige kontorer hvor publikum ikke har adgang. De gjaldt heller ikke på privat eiendom som var lukket for allmennheten, som kontorer, produksjonslokaler mv. Forskriftene om begrensninger for virksomheter gjaldt kun bestemte kategorier virksomheter, som serveringssteder.

Når forskrifter skal vedtas i en konkret smittesituasjon vil man kunne ha begrenset tid til å tenke gjennom virkeområdet. Det tilsier at man bør ta stilling til viktige avgrensninger i dette lovarbeidet.

Departementet foreslår i kapittel 16 i all hovedsak å videreføre kommunenes myndighet til å forskriftsfeste smitteverntiltak. Hensynet til kommunalt selvstyre, kjennskap til lokale forhold og evne til å gripe raskt inn for å kontrollere en smittesituasjon tilsier at kommunene bør ha tilgang til et bredt sett av virkemidler. Det kan særlig være behov for å gjennomføre kraftfulle tiltak innledningsvis i et smitteutbrudd som oppstår i kommunen, men det kan også være behov for en sikkerhetsventil for tilfeller hvor staten ikke reagerer tilstrekkelig raskt. Det forutsettes at det vil foreligge god veiledning som kommunene kan ta utgangspunkt i og rask tilgang på rådgivning fra statsforvalteren, Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet. Statsforvalteren vil også aktivt kunne utøve lovlighetskontroll, se punkt 8.9.2. Disse forholdene tilsier at kommunene vil være bedre rustet til å vurdere hensiktsmessigheten og lovligheten av smitteverntiltak ved en fremtidig smittesituasjon enn tilfellet var under koronapandemien.

Nedenfor drøftes det om forskriftsfesting av enkelte smitteverntiltak likevel bør forbeholdes staten. Dette gjelder begrensninger i samvær i private hjem og tiltak med virkning for Forsvaret, politiet og helseforetak. Kommunenes myndighet til å vedta inn- og utreiseforbud til områder (avsperring), drøftes i kapittel 18.

17.7.8.2 Unntak for arealer som disponeres av Forsvaret, politiet og helseforetak

Det må forventes at kommunen har tilstrekkelig oversikt over og planer for egne virksomheter og tjenester, slik som helse- og omsorgstjenesten, skoler, barnehager, den kommunale administrasjonen mv. Det kan imidlertid være vanskelig for en kommune å overskue de konsekvensene som smitteverntiltak kan ha for utførelsen av viktige samfunnsfunksjoner.

Forsvaret, politiet og helseforetak har behov for å opprettholde tilnærmet normal drift i sine lokaler og arealer. Disse virksomhetene må anses å være nærmest til selv å gjøre gode vurderinger av hensynet til smittevern og på hvilke vilkår organene skal utøve sine offentlige oppgaver.

Departementet foreslår derfor at kommunen med hjemmel i forslaget til ny smittevernlov § 7-1, ikke skal kunne vedta begrensninger i kontakt mellom mennesker med virkning for de lokalene og arealene som Forsvaret, politiet og helseforetak har forbeholdt for sine ansatte, samarbeidende personell og pasientbehandling. Denne avgrensningen gir tydelig anvisning på hvilke arealer som er omfattet, og gir etatene anledning til å avklare tvil.

Forslaget innebærer at tiltak etter smittevernloven kun kan pålegges av staten på disse stedene. Arbeidsgiver vil kunne iverksette tiltak med grunnlag i instruksjonsmyndighet.

Avgrensningen av kommunens myndighet er ikke til hinder for at kommuner gir anbefalinger som omfatter de aktuelle områdene, oppretter dialog med virksomhetene eller samarbeider med statlige myndigheter om utforming av regler, retningslinjer eller instrukser. Kommunen vil også kunne regulere lokaler og arealer som publikum har fri tilgang til.

17.7.8.3 Ikke unntak for private hjem

Under koronapandemien ga regjeringen anbefalinger om hvordan man burde begrense samvær i private hjem, men forskriftsfestet ikke slike begrensninger. Bakgrunnen for dette var blant annet at forskriftsfesting av atferd i private hjem, med potensielt straffansvar og håndhevingsmuligheter, er et svært inngripende tiltak. Friheten til selv å bestemme i private hjem er gitt et sterkt vern i Grunnloven og menneskerettslige forpliktelser.

Enkelte kommuner forskriftsfestet i løpet av pandemien begrensninger på hvor mange personer som kunne være til stede i private hjem. Indre Østfold innførte i august 2020 forbud mot besøk i private hjem i én uke. Bergen kommune bestemte samme høst at det var forbudt å være til stede ved private sammenkomster med mer enn fem personer. Oslo kommune nedla våren 2021 forbud mot å arrangere eller delta i private sammenkomster i private hjem med flere enn to personer til stede. Slike forskrifter var omstridt og ble i noen tilfeller behandlet av domstolene. Kommunene vant frem i domstolene, som konkluderte med at de aktuelle begrensningene på samvær i private hjem var i tråd med smittevernloven. Se Høyesteretts avgjørelser i sakene HR-2022-2171-A og HR-2022-2172-A.

I NOU 2021: 6 kapittel 25 omtaler Koronakommisjonen erfaringene med at kommunene under pandemiens innledende fase innførte besøksbegrensninger og andre begrensninger på samvær i omsorgsboliger og bofellesskap. Kommisjonen mente at «det er alvorlig at mange norske kommuner ser ut til å ha innførte besøksforbud i omsorgsboliger for eldre og/eller personer med nedsatt funksjonsevne uten å ha hjemmel til det eller å ha foretatt de nødvendige juridiske vurderingene i forkant».

Norges institusjon for menneskerettigheter (NIM) har også tatt opp besøksrestriksjoner, for eksempel i rapporten «Ivaretakelsen av menneskerettighetene ved håndteringen av utbruddet av covid-19», publisert 13. november 2020. Diskrimineringsnemnda konkluderte i sak 20/200 med at omfattende besøksrestriksjoner til et bofelleskap i en omsorgsbolig av hensyn til å unngå smitte av covid-19, var lovstridig, da det diskriminerte klager på grunn av funksjonsnedsettelse.

Koronakommisjonen viser til at veiledningen fra statlige myndigheter ble misforstått og kunne vært klarere, og at det er et læringspunkt at «det ville vært gunstig å trekke [inn] juridisk kompetanse tidligere og mer aktivt i smittevernarbeidet». Det må videre forventes at kommunene i en tidlig fase vil kunne oppnå god effekt av klare oppfordringer om å begrense samvær, og av den myndighet de uansett har til å vedta isolasjon av smittsomme personer. Som hovedregel bør det derfor være tid til å bringe spørsmålet om regulering i private hjem til vurdering i departement og regjering, med tilhørende parlamentarisk kontroll. Videre vil det ved en ny pandemi være større bevissthet om behovene for veiledning, konkret rådgivning, koordinering og lovlighetskontroll blant kommunene og statlige myndigheter. En mer utfyllende omtale i lovens forarbeider om hvilke forhold som må tas i betraktning, vurderes og begrunnes, vil også gi bedre veiledning om når hjemmelen kan benyttes. Se omtale av dette i punkt 17.7.10.

Departementet foreslår at kommunene fremdeles skal kunne vedta begrensninger i den sosiale omgangen i private hjem, og ber særskilt om høringsinstansenes syn på dette.

17.7.9 Generell tidsbegrensning

I NOU 2021: 6 uttaler Koronakommisjonen følgende:

> «Samtlige av hjemlene i smittevernloven § 4-1 første ledd bokstav a) til e) gir kommunene mulighet til å fatte svært inngripende smitteverntiltak. Likevel er det i dag bare vedtak om isolering av personer i geografisk avgrensete områder eller andre begrensninger i deres bevegelsesfrihet etter alternativ d), som har en tidsbegrensning, nærmere bestemt sju dager. For øvrige tiltak skal de straks oppheves eller begrenses i omfang av den som har fattet vedtaket, når de ikke lenger er nødvendige. Men det er altså ikke satt en maksimal virketid. Med tanke på de store konsekvensene som smitteverntiltak mener vi at alle vedtak bør ha en tidsbegrensning. Å sette krav om at denne typen vedtak må vurderes med jevne mellomrom for å sikre at vilkårene for tiltakene fortsatt er til stede, er etter vår vurdering naturlig i vårt demokratiske samfunn. Vi anbefaler derfor at det innføres en tidsbegrensning for samtlige vedtak fattes etter smittevernloven § 4-1 første ledd.»

Den danske epidemiloven § 23 fjerde og femte ledd begrenser forskriftenes gyldighet til i utgangspunktet fire uker av gangen, med mindre særlige grunner unntaksvis tilsier en lengre periode. «Restriktioner for eller forbud mod adgangen til eller brugen af behandlings-, pleje- og omsorgsinstitutioner m.v.» skal «efterprøves af Styrelsen for Patientsikkerhed, henholdsvis 3, 10, 20 og 30 dage efter at påbuddet er meddelt, for at påse, om betingelserne for påbuddet fortsat er opfyldt».

I Hyttedommen (HR-2022-718-A) forutsetter Høyesterett at det må gjelde et krav om vurdering med visse mellomrom av iverksatte tiltak. Det er viktig at vurderingen gjøres jevnlig og ved behov. Særlig der tiltak har blitt iverksatt raskt og uten at man har fått utredet tilstrekkelig i forkant, slik tilfellet eksempelvis var da Norge valgte en slå-ned-strategi i mars 2020, er det nødvendig snarlig å vurdere justeringer for å unngå utilsiktede konsekvenser.

I langvarige kriser der de grunnleggende forutsetningene ikke nødvendigvis endrer seg raskt, kan det være riktig å gi større rom for langsiktighet i den samlede vurderingen av tiltakene. Dette tilsier at det ikke er hensiktsmessig å begrense revurderingen til at det skal skje etter et bestemt antall dager. En slik regel vil dessuten gjøre det vanskelig å holde rede på når smitteverntiltak vedtatt til ulik tid og med justeringer skal revurderes. Den vil også legge ytterligere administrative byrder på de myndighetene som har ansvar for å håndtere smittesituasjonen. Departementet foreslår derfor ikke en prosessuell regel om at slike vurderinger skal gjøres på bestemte tidspunkter.

Departementet foreslår imidlertid, i tråd med Koronakommisjonen og dansk epidemilov, at vedtak om begrensninger i den sosiale omgangen etter smittevernloven § 7-1 kan gjelde i inntil 30 dager, med mindre særlige grunner tilsier en lenger periode. Dette gjelder både enkeltvedtak og forskrifter. Det skal fremgå av vedtaket hvor lenge det gjelder. Dersom det er behov for å videreføre tiltaket etter den fastsatte virketiden, må det fattes nytt vedtak. Forslaget vil øke den administrative byrden, men understreker tiltakenes ekstraordinære karakter og at de skal trappes ned eller avsluttes så snart som mulig.

Dersom tiltaket før utløpet av 30 dagers perioden (eller en lengre periode som følge av «særlige grunner») ikke lenger er nødvendig eller forholdsmessig, skal tiltaket uansett

oppheves. Departementet foreslår derfor å videreføre bestemmelsen i gjeldende § 4-1 femte ledd om at «[d]en som har satt i verk tiltaket, skal straks oppheve vedtaket eller begrense omfanget av det når det ikke lenger er nødvendig» i ny smittevernlov § 7-1.

17.7.10 Vurdering av nødvendighet og forholdsmessighet

17.7.10.1 Innledning - særlig om situasjonen ved samfunnskritisk sykdom

Som ved andre smitteverntiltak må det vurderes om det aktuelle smitteverntiltaket for å begrense sosial omgang og annen kontakt mellom mennesker er medisinskfaglig begrunnet, nødvendig og forholdsmessig, jf. § 1-5. Se kapittel 10 om grunnleggende krav.

Det vil kunne være behov for tiltak av svært ulikt omfang, fra å pålegge hygienetiltak eller stenging for en enkelt barnehage til omfattende reguleringer av en rekke virksomheter i hele eller deler av landet ved samfunnskritisk sykdom. I alle tilfeller skal det gjøres vurderinger av både smittevernfaglige og samfunnsmessige konsekvenser som omtalt nærmere i punktene nedenfor.

Når det oppstår en pandemi som krever tiltak i hele eller deler av landet, vil det erfaringsmessig være behov for omfattende smitteverntiltak over lenger tid. I begynnelsen vil det gjerne være stor usikkerhet om blant annet smittsomhet, helsemessige konsekvenser av å få sykdommen, hvilke tiltak som er tilstrekkelig effektive og hvor lenge de må vare. Det er også utfordrende å konkretisere og få oversikt over konsekvensene av tiltak ved en helsekrise som rammer hele samfunnet. Under koronapandemien ledet dette til at de første tiltakene som ble innført var generelle tiltak med få unntak, som for eksempel stenging av virksomheter og forbud mot arrangementer. Over tid vil det oppstå behov for stadig mer detaljerte og målrettede tiltak, blant annet basert på vurderinger av hvordan smittevernet må balanseres mot negative konsekvenser og ivaretakelse av ulike grupper i befolkningen.

«Holden-ekspertutvalget (covid-19)» gir i «Hovedrapport Samfunnsøkonomiske vurderinger av smitteverntiltak» av 6. april 2022 nyttig innsikt i hvordan de samlede samfunnsøkonomiske konsekvensene ble vurdert i pandemiens sluttfase. Rapporten kapittel 4 omtaler blant annet pandemiens konsekvenser for den nasjonale økonomien, spesielt berørte næringer, serveringsvirksomhet, arbeidsmarkedet, utdanning, skole og læring og universiteter. Velferdstap og helsetap drøftes i kapitlene 7 og 8. I kapittel 12 om tiltakspakker gjengis blant annet en tiltaksbyrdetabell som gir en samlet oversikt over nytte og kostnad for tiltak på et gitt smittenivå. I rapportens hovedkonklusjoner fremheves det på side 10 at alle samfunnsmessige konsekvenser må med i beslutningene.

I høringsnotatets punkt 8.3 omtales prosesser for å innhente innspill og vurderinger fra offentlige etater, kommuner, næringsliv, interesseorganisasjoner og andre berørte interesser, inkludert fra barn og unge. Dette inkluderer også omtale av hvordan bruk av rådgivende ekspertutvalg kan bidra til et bredere kunnskapsgrunnlag og samfunnsøkonomiske vurderinger av aktuelle smittevern- og beredskapstiltak.

Ved samfunnskritisk sykdom vil det være nødvendig å ta stilling til konsekvensene av det enkelte tiltak, men også summen av tiltak. Erfaringene fra koronapandemien viser at det

kan være utfordrende å identifisere konsekvenser av enkelttiltak, ettersom det ble iverksatt pakker med tiltak som samlet skulle senke smittetrykket i samfunnet.

Ved en langvarig smittesituasjon bør også forholdsmessigheten av å opprettholde inngripende tiltak over tid vurderes. Med tiden vil det samlede tiltakstrykket og de negative konsekvensene øke, og persongrupper og samfunnssektorer vil rammes ulikt. Skjev belastning, særlig for sårbare grupper, må tillegges vekt ved politikkutformingen. Et eksempel på dette er hvordan barn og unge måtte tåle langvarige begrensninger i sosial omgang under koronapandemien. Befolkningsundersøkelser under koronapandemien indikerer at de negative velferdsvirkningene oppleves størst blant barn, ungdom, studenter, aleneboere og unge voksne. Se rapporten av 6. april fra Holden-ekspertutvalget (covid-19) side 11.

I NOU 2023:16 fremhever Koronautvalget i kapittel 5 at tiltak kan ramme skjevt og at det derfor er viktig å ta hensyn til sårbare grupper:

> «Det er viktig at myndighetene tar hensyn til belastningen smitteverntiltakene kan ha for personer i sårbare livssituasjoner, for enkelte grupper og for samfunnet som helhet. I dette ligger det at myndighetene må legge til grunn at ulike deler av befolkningen vil oppleve tiltaksbyrden ulikt, og at de som er mest sårbare før krisen, ofte vil være ekstra sårbare under krisen.»

Tiltaksbyrden kan også variere geografisk. I NOU 2023: 16 punkt 5.2 uttaler Koronautvalget

> «Når ulike regioner har ulikt smittetrykk, vil nasjonale tiltak kunne medføre ulik tiltaksbyrde i ulike deler av landet. Opplevelsen av tiltaksbyrde økte også utover i pandemien, ikke fordi tiltakene i seg selv ble endret, men fordi situasjonen hadde vart lenge og vi måtte forholde oss til pandemien og smitteverntiltakene over lang tid.»

Det hører også til vurderingen av forholdsmessighet å ta stilling til om man bør ha harde tiltak over kort tid eller mindre harde tiltak over lengre tid. Dette vil blant annet avhenge av hvordan smitte spres, hvor alvorlig den er og hva som er målet for håndteringen.

Behovet for og virkningen av kompenserende tiltak må også inngå i avveiningen av ulike interesser.

Nedenfor omtales relevante hensyn ved noen utvalgte tiltak.

17.7.10.2 Vedtak som i særlig grad berører barn

For tiltak som berører barn, skal barnets beste være et grunnleggende hensyn. Det følger av barnekonvensjonen artikkel 3 og Grunnloven § 104. Dersom smitteverntiltaket berører barn, skal kommunen eller staten vurdere hva som vil være det beste for barnet eller gruppen barn. Betydningen av å vurdere barnets beste er også presisert i oppdatert veileder til utredningsinstruksen.

Helseberedskapsmeldingen (Meld. St. 5 (2023–2024)) fremhever at det skal tas spesielt hensyn til barn og unge ved vurdering av tiltak ved kriser, og at det skal gjennomføres barns-beste-vurdering. Det skal også legges til rette for medvirkning for barn og unge. Det påpekes også behov for mer kunnskap om hvordan ulike tiltak påvirker barn og unge, inkludert trygghet, mulighet for sosial kontakt og læring.

Barneombudet har utarbeidet veiledning om hvordan barnerettighetsvurderinger bør gjøres (Barnerettighetsvurderinger steg for steg – Barneombudet), og fremhever følgende steg: Vurder hvor omfattende vurderingen skal være, identifiser rettigheter som påvirkes, innhent kunnskap og vurder barns medvirkning, vurder konsekvensene for barn, vurder barnets beste, vei ulike hensyn opp mot hverandre og konkluder.

Hensynet til barnets beste skal ha stor vekt, men Barnekonvensjonen stiller ikke krav om at hensynet til barns beste skal være det avgjørende hensynet i alle tilfeller. Det betyr at andre hensyn kan veie tyngre.

En vurdering av konsekvenser for barn forutsetter ofte kunnskap fra flere sektorer. Det vil derfor være nødvendig at helsemyndigheter, utdanningssektoren og andre relevante aktører samarbeider om å belyse konsekvenser. Et eksempel på dette var samarbeidet mellom FHI, Utdanningsdirektoratet og Helsedirektoratet under koronapandemien om utvikling av veiledere for skoler mv. og svar på oppdrag fra regjeringen.

Barns beste forutsetter beskyttelse både mot alvorlig sykdom som følge av smittespredning, og mot uforholdsmessige smitteverntiltak. Det er blant annet viktig å ta høyde for at en allmennfarlig smittsom sykdom kan tenkes å ramme særlig barns liv og helse. Dette var for eksempel tilfellet for spanskesyken under første verdenskrig og svineinfluensa i 2009. I så fall kan barns beste samlet sett være at det legges størst vekt på hensynet til deres egen helse.

I noen tilfeller vil også hensynet til barns beste trekke i ulike retninger. Selv om en sykdom ikke primært rammer barn, vil de kunne være smittekilde for foreldre, besteforeldre og andre voksne som er viktige i deres liv. Barn med underliggende sykdommer kan også ha behov for særskilt beskyttelse. Uansett er det viktig å få frem eventuelle interessekonflikter og konsekvenser av ulike valg, og vise tydelig i vurderingen hvordan barnets beste er tatt hensyn til. Det er viktig å vurdere forslag som reduserer negative konsekvenser for barn.

Barnehager, skoler og utdanningsinstitusjoner samler mange personer og kan derfor være en betydelig kilde til smittespredning mellom barn og mellom barn og voksne. Det er derfor behov for å kunne vedta stenging av eller begrensninger for virksomhetene og aktivitetene der. Det må likevel gjøres vurderinger av om nytten vil overstige de negative konsekvensene, og av hvordan tiltakene kan tilpasses for å redusere de negative konsekvensene for barn og ivareta barnas sammensatte behov.

Koronakommisjonen og Koronautvalget har belyst de negative konsekvensene for barn og unge av å stenge fritidstilbud, skoler, barnehager og undervisningsinstitusjoner. Se NOU 2022: 05 kapittel 10.2 og NOU 2023: 16 kapittel 6 om situasjonen for barn og unge gjennom pandemien, hvor blant annet konsekvenser for læring, tjeneste- og aktivitetstilbud og psykisk helse omtales.

Barn ble omfattet av langvarige og inngripende tiltak som reduserte deres sosiale omgang med andre i skoletiden og ved fritidsaktiviteter. Barns læringsutbytte vil også kunne påvirkes av smitteverntiltak. Digital tilrettelegging vil ikke kunne kompensere fullt ut for daglig oppmøte, og vil også være ulikt egnet for barn med ulike behov. Barnehager og skoler

har også en viktig rolle i å fange opp barn med særskilte behov eller som er utsatt for omsorgssvikt, gi tilbud til barn og unge med funksjonsnedsettelser og bidra til sosial utvikling og læring. De har også en viktig rolle for barns generelle trivsel i det daglige.

Koronakommisjonen inkluderer følgende punkt i sine hovedfunn på s. 443 i NOU 2022 05:

> «Smitteverntiltakene har rammet barn og unge hardt. Myndighetene har ikke i tilstrekkelig grad klart å skjerme barn og unge i tråd med egen målsetting.»

Koronautvalget konkluderer i NOU 2023:16 punkt 16.2.9 med at «[m]yndighetene bør sørge for at hensynet til barn og unge gjennomgående tas inn som en del av beslutningsgrunnlaget for tiltak i kriser», og utdyper dette slik:

> «De fleste barn og unge klarte seg godt gjennom pandemien. Regjeringen hadde som mål at barn og unge skulle ha så lav tiltaksbyrde som mulig, og gjorde en innsats for å avdempe de negative konsekvensene for barn og unge. Koronautvalget mener likevel at barn og unge måtte bære en uforholdsmessig stor byrde. Barn og unge hadde lav risiko for sykdom og død som følge av covid-smitte, mens deres livsutfoldelse ble vesentlig begrenset gjennom redusert tilstedeværelse på skolen og tidvis nedstengte fritidsaktiviteter. For de aller fleste barn og unge har ikke pandemien medført langsiktige negative konsekvenser, men mange fikk tapt livskvalitet gjennom to år med pandemi, og det er indikasjoner på at et mindre antall har fått mer langvarige negative virkninger.
>
> Barndom og ungdomsårene er viktige i menneskers sosiale utvikling, og fagmiljøer har uttrykt bekymring for økt sosial usikkerhet hos ungdom etter pandemien. Da hensynet til barn skulle vurderes i saker som angår dem, mener utvalget at myndighetene i større grad burde brukt erfaringer fra tidligere faser i pandemien. På den måten kunne tiltaksbyrden for barn og unge blitt lavere i pandemiens siste faser. Dette kunne blant annet vært oppnådd gjennom mer differensiering av tiltakene, for eksempel innenfor breddeidretten og andre utendørs fritidsaktiviteter, eller mer bruk av geografisk differensiering. Utvalget mener at regjeringen, i tråd med sin egen strategi, burde sørget for større samsvar mellom målet om lav tiltaksbyrde for barn og unge og smitteverntiltakenes utforming.»

I punkt 16.3.2 gir Koronautvalget følgende anbefaling om utdanningssektoren:

> «I fremtidige pandemier bør myndighetene søke å holde utdanningssektoren åpen i størst mulig grad. Trafikklysmodellen kan være et effektivt virkemiddel for å oppnå det. Modellen bør derfor bli evaluert og vurdert utvidet til å inkludere høyere utdanning.»

Se også omtale av konsekvenser av stengte barnehager og skoler i rapporten fra Holden-ekspertutvalget (covid-19) «Samfunnsøkonomisk vurdering av smitteverntiltak – andre rapport» av 22. mai 2020 s. 68 flg.

Departementet legger til grunn at disse erfaringene kan tilsi at man utviser en større tilbakeholdenhet og bevissthet om avveiningen mellom hensynet til smittevernet i stort og hensynet til barn og unge ved fremtidige alvorlige smitteutbrudd. Dette gjelder for eksempel ved beslutninger om å stenge eller begrense barnehagetilbud, opplæring og utdanning. Vurderingen må baseres på den kunnskapen man har om blant annet den faktiske risikoen for smittespredning i skolemiljøet, hvordan smitten påvirker barn, barns rolle i å bringe smitten videre, effektiviteten av ulike tiltak og de bredere konsekvensene av skolestenging for barns utdanning, sosiale utvikling og velferd, inkludert hvordan det

påvirker ulike grupper av barn. Kommunenes planer og risikoreduserende tiltak må tilpasses den konkrete situasjonen. Det vil også være relevant å ta hensyn til behovet for tiltak overfor barn og unge for å kunne ivareta et tilbud til dem over tid. Det kan for eksempel bli vanskelig å opprettholde et tilbud dersom mange ansatte i barnehager eller skoler må holde seg hjemme fordi de har blitt smittet av barna. Trafikklyssystemet var et forsøk på å ta hensyn også til disse faktorene.

Departementet er enig med utvalget om at det også i fremtiden kan være aktuelt å benytte en ordning med statlige anbefalinger om ulike tiltaksnivåer avhengig av hvor alvorlig smittesituasjonen er. Slike anbefalinger må imidlertid tilpasses den konkrete smittesituasjonen og bygge på tverrfaglige vurderinger. Det vil også være viktig å ta i betraktning hvor lenge tiltakene har vart og forventes å vare, og at de samlede konsekvensene for barn og unge øker over tid. Det vil også kunne kreve mer av de kompenserende tiltakene.

Det er behov for å understreke betydningen av å ta hensyn til barns beste i smittevernloven. I kapittel 10 foreslår departementet å innta hensynet til barns beste i § 1-5 om grunnleggende krav til smitteverntiltak. Departementet foreslår også at barnehager, skoler og annen opplærings- og utdanningsvirksomhet nevnes uttrykkelig i forslaget til ny § 7-1 om tiltak som gir begrensninger i kontakt mellom mennesker.

17.7.10.3 Begrensninger for institusjoner, omsorgsboliger mv.

Begrensninger som omfatter omsorgsboliger og institusjoner som sykehjem, kan gripe inn i retten til respekt for privatliv, familieliv og hjem beskyttet av Grunnloven § 102, EMK artikkel 8 og SP artikkel 17. Retten til privatliv kan også innebære at staten er forpliktet til å tilrettelegge for at en person skal kunne utøve et privatliv.

Det er viktig å beskytte personer eller grupper som på grunn av alder, svekket helse eller nedsatt immunforsvar kan være særlig sårbare hvis de blir smittet av en allmennfarlig smittsom sykdom. Særlig er det viktig å beskytte personer som ikke fritt kan velge hvor de vil oppholde seg, men som er under det offentliges omsorg. Disse personene vil ofte oppholde seg eller bo på sykehus, sykehjem, bosentre eller andre steder hvor man er tett på andre mennesker, og hvor det er felleslokaler og felles tilknyttet personell. Kommuner og helseforetak skal ivareta beboernes liv og helse ved å sørge for å hindre smittespredning. Det kan derfor være nødvendig å vedta begrensninger for bruken av og adgangen til disse stedene, slik at sykdom ikke bringes inn eller spres.

Det samme behovet kan gjelde for andre typer institusjoner eller bo- og oppholdssteder hvor mange bor og omgås samtidig, for eksempel fengsler, asylmottak og behandlingsinstitusjon for ungdom.

Det kan være aktuelt å vedta adgangsforbud eller andre begrensninger i adgangen eller bruken av disse stedene, både for beboere, besøkende og ansatte. Dette kan for eksempel være begrensninger i antall samtidig besøkende ved institusjonen, hvor mange besøkende hver enkelt kan motta, at besøk skal skje til bestemte tider eller på en bestemt måte, krav om bruk av munnbind eller hygienetiltak.

I NOU 2022: 5 omtaler Koronakommisjonen kommunale tjenester til eldre i punkt 10.5. Dette inkluderer også kritikk reist i NOU 2021:6 kapittel 25 om kommunenes innføring av besøksforbud i omsorgsboliger og bofellesskap i mars 2020. Kommisjonen uttaler blant annet at «[n]år de fatter slike vedtak, må kommunene sørge for at andre hensyn og rettigheter vurderes opp mot smittevernhensynet for å unngå at det blir begått overgrep.». Dette utdypes slik i NOU 2023: 16 punkt 16.2.8:

> «Myndighetene søkte gjennom pandemien å beskytte personer i sårbare livssituasjoner så mye som mulig. Utvalget mener de til dels lyktes med det. Enkeltpersoner og grupper som lever i sårbare livssituasjoner ble likevel sterkt påvirket av pandemien og av pandemihåndteringen. Det gjelder blant annet pleietrengende eldre og personer med funksjonsnedsettelser. Utvalget vurderer det som svært inngripende, slik det ble gjort i starten av pandemien, å nekte beboere på kommunale institusjoner muligheten til få besøk fra sine aller nærmeste, selv om målet om å unngå å få smitte inn på sykehjemmene er forståelig. Utvalget mener myndighetene bør søke bedre løsninger for dette dilemmaet ved en fremtidig pandemi.»

Departementet mener det er viktig å utrede konsekvensene også for annet enn smittevern, og at flere hensyn balanseres mot vern av liv og helse, slik at de som omfattes av tiltakene også opprettholder en god livskvalitet. Besøksrestriksjoner kan blant annet reise diskrimineringsrettslige spørsmål for personer med funksjonsnedsettelser. De psykiske konsekvensene av isolasjon og endringer i daglige rutiner må vurderes. Det er viktig å finne måter å opprettholde kontakt med familie og venner på, selv under strenge smitteverntiltak. Dette må vurderes konkret.

Det kan være behov for å gjøre unntak fra besøksforbud når det er begrunnet i andre tungtveiende hensyn enn hensynet til smittevernet, og besøket ikke kan utsettes. Dette kan for eksempel gjelde besøk til en kritisk syk person eller personer som befinner seg i livets siste fase, besøk fra barns nære pårørende eller tilstedeværelse ved fødsel. Retten til familieliv og hensynet til barns beste vil veie tungt i slike tilfeller, og det bør derfor vurderes andre begrensninger for familiemedlemmer. Det samme kan gjelde for verger, personlige representanter, advokater og lignende som ledd i å ivareta den enkeltes interesser.

Omsorgsboliger mv. regnes som private hjem. Behovet for sosial kontakt og vurdering av forholdsmessighet ved institusjonsopphold vil være relevant også for de som mottar tjenester fra kommunene i hjemmet.

Departementet foreslår av hensyn til behovet for en klar hjemmel i lov, at institusjoner i helse- og omsorgstjenesten mv. nevnes uttrykkelig i forslaget til ny smittevernlov § 7-1.

17.7.10.4 Vedtak som gjelder virksomheter og næringsliv

Mange virksomheter har som formål å samle mennesker for aktiviteter og sosial omgang. Det kan for eksempel være kaféer, restauranter, puber, treningssentre, virksomheter innenfor kultur og underholdning, bowlinghaller og spillehaller. Butikker og utsalgssteder samler også mange mennesker. Smitteverntiltak som begrenser eller forbyr sosial omgang og kontakt mellom mennesker vil derfor ramme disse virksomhetene hardt. Dette kan dreie seg om stenging av virksomhet eller andre begrensninger som for eksempel antall

personer som kan være til stede, avstandskrav for gjester, reduserte åpningstider, helt eller delvis skjenkeforbud, hygienekrav mv.

Når det er behov for å begrense befolkningens kontakt med hverandre i så stor grad at kun de mest nødvendige tjenestene og tilbudene bør holdes åpne, må det vurderes konkret hvilke utsalgssteder som må stenges og om det kan gjøres unntak. Det må gjøres en konkret vurdering av risiko for smitteoverføring og hvordan befolkningens og samfunnets behov kan ivaretas. Dagligvarehandel og apotek må åpenbart være tilgjengelig. Under koronapandemien viste det seg for eksempel også nødvendig å holde Vinmonopolet åpent. Det kan også være behov for at andre spesialiserte utsalgssteder får holde åpent, for eksempel utsalg som betjener profesjonelle håndverkere eller utsalg av medisinske hjelpemidler.

Koronautvalget oppsummerer i NOU 2023: 16 punkt 4 at «norsk økonomi, og enkelte næringer spesielt, ble hardt rammet av pandemien og av smitteverntiltakene». De næringene som ble hardest rammet av pandemien var overnattings- og serveringsvirksomhet, kultur, underholdning og annen tjenesteyting, transport utenom utenriks sjøfart og forretningsmessig tjenesteyting. Næringene består av tjenester med mye personkontakt, og flere er avhengig av turisme og reisevirksomhet. Aktiviteten ble kraftig begrenset av adferdsendringer som følge av pandemien og av smitteverntiltakene.

Se omtale av konsekvenser av begrensninger for serveringssteder, treningssentre, svømmehaller, fornøyelsesparker, bingohaller mv. i rapporten fra Holden-ekspertutvalget (covid-19) «Samfunnsøkonomisk vurdering av smitteverntiltak – andre rapport» av 22. mai 2020 s. 79 flg.

Økonomiske kompensasjonsordninger vil være et viktig element i vurderingen av om det er forholdsmessig å vedta begrensninger i den sosiale omgangen som rammer næringslivet og arbeidsplasser. I NOU 2023: 16 kapittel 4 omtales ulike ordninger innført under koronapandemien.

Departementet foreslår at serveringssteder, overnattingssteder, forretningslokaler, messer og markeder nevnes uttrykkelig i forslaget til ny lov § 7-1 som eksempler på steder hvor det kan vedtas begrensninger i kontakt mellom mennesker.

17.7.10.5 Forbud og begrensninger for arrangementer

Forsamlingsfriheten er forankret i Grunnloven § 101 andre ledd, EMK artikkel 11 og SP artikkel 21, med noe ulikt innhold. Forsamlingsfriheten verner i utgangspunktet alle former for fredelige forsamlinger, herunder selskapelige og dagligdagse. Noen typer forsamlinger har imidlertid et sterkere vern enn andre fordi de er så nært knyttet til andre menneskerettigheter, som ytringsfriheten og tros- og religionsfrihet etter Grl. § 16 og EMK artikkel 9. Dette innebærer at det skal mer til for å begrense eksempelvis retten til å avholde en demonstrasjon eller livssynssamlinger enn for eksempel en konsert.

Under koronapandemien la departementet vekt på hensynet til tros- og religionsfriheten ved utformingen av blant annet antallsbegrensninger for tros- og livssynssamlinger. Det var ved flere anledninger tillatt å være flere til stede ved slike sammenkomster enn ellers. Det ble også forskriftsfestet adgang til å gjennomføre kirkevandringer julen 2020 og 2021.

Ved kirkevandring ble det satt et tak på antall personer som til enhver tid kunne være til stede i kirken, samtidig som nye deltakere kunne slippes inn kontinuerlig når noen gikk ut. Koronautvalget omtaler erfaringene fra koronapandemien i NOU 2023: 16 punkt 5.2.7.

Se omtale av konsekvenser av begrensninger for kultur- og idrettsarrangementer i rapporten fra Holden-ekspertutvalget (covid-19) av 22. mai 2020 s. 75 flg.

Det vil være nødvendig å vurdere risikoen for smittespredning ved ulike typer arrangementer opp mot de negative konsekvensene for publikum og arrangører.

Koronautvalget omtaler erfaringer med tiltak overfor kultursektoren i punkt 5.2.4, og uttaler følgende om behovet for målretting av tiltak:

> «Kultursektoren er svært heterogen. Aktørene varierer fra enkeltmannsforetak til store kommersielle virksomheter, og sektoren omfatter alt fra biblioteker, teatre, billedkunstnere og musikere. Denne heterogeniteten kombinert med manglende nasjonal oversikt over sektoren gjorde det utfordrende å utforme treffsikre smitteverntiltak for kultursektoren. Mange av smitteverntiltakene kunne vært mer differensierte slik at ikke hele sektoren ble underlagt det samme smittevernregimet, men heller mer spesifikt vurdert ut fra faktisk smitterisiko. Det er for eksempel ulik smitterisiko ved åpne biblioteker sammenlignet med åpne konserter.»

Idrett omtales i punkt 5.2.5, hvor det legges vekt på betydningen av å kunne samles:

> «På lik linje med kultursektoren, opplevde også idretten en betydelig tiltaksbyrde. I visse perioder gjennom pandemien var det svært begrensede muligheter for å drive organisert idrett. Breddeidretten er viktig for folks opplevde livskvalitet på daglig basis, og på lengre sikt har den stor betydning for den generelle folkehelsen. Det er derfor bekymringsfullt at det gjennom pandemien var et betydelig frafall av deltagere i breddeidretten. Frafallet, særlig blant barn og unge, har vedvart i kjølvannet av pandemien. Utvalget vurderer at myndighetene var i overkant forsiktige når det gjaldt mulighetene for å drive idrett utendørs gjennom pandemien. […]
>
> Gitt viktigheten av idretten for den generelle folkehelsen, bør myndighetene ved fremtidige situasjoner se mer differensiert på denne sektoren slik at mest mulig aktivitet kan opprettholdes uten at det svekker det generelle smittevernregimet. Utvalget vurderer at myndighetene, i nært samarbeid med idrettsbevegelsen og i et folkehelseperspektiv, kunne funnet bedre løsninger for breddeidretten under koronapandemien etter hvert som man opparbeidet seg mer og bedre kunnskap».

Departementet foreslår at steder for fritids-, idretts- eller kulturaktivitet og for tros- og livssynssamlinger, nevnes uttrykkelig i forslaget til § 7-1 om hjemmel til å vedta begrensninger i kontakt mellom mennesker.

17.7.10.6 Politiske møter, demonstrasjoner og markeringer

Den danske epidemiloven § 24 bestemmer at hjemlene til å vedta smitteverntiltak ikke gjelder for «forsamlinger med et politisk eller andet meningsbefordrende øjemed, eksempelvis demonstrationer eller møder i politiske partier». Den norske smittevernloven har ikke en tilsvarende avgrensning, men det ble tatt tilsvarende hensyn under koronapandemien. Forskriftene om arrangementer gjaldt kun for bestemte kategorier sammenkomster. Medlemsmøter var omfattet av reglene, men det var ikke demonstrasjoner eller politiske markeringer. Departementet uttalte at valgvaker var

omfattet av forskriften. Helsedirektoratet vurderte at appeller og debatter med publikum var omfattet, men ikke valgkamp fra stands etc.

Bakgrunnen for tilbakeholdenheten med å regulere slike sammenkomster, er hensynet til ytringsfrihet, et velfungerende demokrati og forsamlingsfriheten. Også under en alvorlig smittesituasjon må det være rom for å utøve politisk arbeid, politiske markeringer og demonstrasjoner. Dette taler for at det bør utvises forsiktighet med å nedlegge forbud, og at dette virkemidlet eventuelt reserveres for de mest alvorlige smittesituasjonene.

Etter departementets syn bør det være mulig å gi forskrifter om krav til avstand, antall deltagere, serverings og andre begrensninger i den sosiale omgangen i den grad det anses medisinskfaglig begrunnet, nødvendig og forholdsmessig. Det krever en konkret vurdering, hvor også muligheten for at reglene etterleves og kan håndheves kan tillegges vekt. Det vil for eksempel være stor forskjell på muligheten for å etterleve begrensninger for avstand ved politiske partiers medlemsmøter og enn ved større demonstrasjoner utendørs.

Departementet foreslår derfor at hjemmelen til å forskriftsfeste begrensninger i den sosiale omgangen smittevernlovens forskriftshjemler også skal gjelde for politiske møter, demonstrasjoner, markeringer osv.

17.7.10.7 Tiltak i private hjem

Begrensninger som omfatter private hjem vil i tillegg til retten til forsamlingsfrihet vernet av Grunnloven § 101, EMK artikkel 11 og SP artikkel 21, særlig gripe inn i retten til respekt for privatliv, familieliv og hjem beskyttet av Grunnloven § 102, EMK artikkel 8 og SP artikkel 17. Det skal derfor mer til for at et slikt tiltak er nødvendig og forholdsmessig enn begrensninger i sammenkomster som avholdes andre steder.

Under koronapandemien begrenset departementet seg til å gi anbefalinger om hygiene, avstand og maksimalt antall personer som burde samles i private hjem. Forskriftshjemmelen ble imidlertid benyttet av enkelte kommuner til å oppstille antallsbegrensninger. Det kan også i en fremtidig alvorlig smittesituasjon oppstå behov for å vedta forskrifter med virkning for private hjem.

Forarbeidene presiserer at nedre grense for hvor mye den sosiale omgangen kan begrenses vil gå på at det ikke vil være adgang til å isolere nære familiemedlemmer eller andre som bor sammen. Derimot vil det kunne være adgang etter bestemmelsen til å pålegge restriksjoner på den sosiale omgangen og funksjonen i et større bofellesskap eller bokollektiv, for eksempel i fellesarealer. Departementet legger dette til grunn også for de nye bestemmelsene i ny lov §§ 7-1 og 8-1.

I forarbeidene til den danske epidemiloven, men ikke i selve lovteksten, gis det retningslinjer for hva loven hjemler av tiltak i private hjem. Det uttales at det som et utgangspunkt ikke vil bli fastsatt regler for private boliger. Hvis det likevel viser seg nødvendig, vil det kunne gis begrensninger i adgangen til å benytte private boliger til sammenkomster med personer utenfor husstanden som er samlet på en måte som utgjør en særlig fare for smitte med en samfunnskritisk sykdom. Departementet foreslår at det samme legges til grunn for forståelsen av den nye bestemmelsen, og ber om

høringsinstansenes syn på dette. Departementet vil i denne forbindelse vise til at det ved vurderingen av om det skal gis begrensninger i private hjem, også vil være relevant å se hen til om det er fastsatt tiltak om karantene og isolasjon.

I praksis kan det være utfordrende for politiet å håndheve vedtak som retter seg mot sammenkomster i private hjem. Grunnloven § 102 første ledd andre punktum forutsetter at politiet må ha mistanke om overtredelse av et straffebud for å ta seg inn i et privat hjem (uten samtykke). Politiet vil derfor ofte ha begrenset mulighet til å undersøke om smittevernreglene overholdes. Politiloven gir anledning til å gripe inn der en sammenkomst forårsaker støy i nabolaget. Det vil typisk være i disse tilfellene at politiet får kjennskap til en sammenkomst. Forbud mot sammenkomster over en viss størrelse i private hjem vil derfor neppe utvide politiets mulighet til å gripe inn overfor samlinger som representerer en smittefare. Også dette forholdet tilsier tilbakeholdenhet med å gi slike forskrifter.

Departementet foreslår at private hjem nevnes uttrykkelig i forslaget til § 7-1 om begrensninger i kontakt mellom mennesker.

17.7.10.8 Antall personer som kan være til stede og avstand

Det fremgår i dag av smittevernlovens forarbeider at den nedre grensen for begrensning av den sosiale omgangen «vil gå på at det ikke vil være adgang til å isolere nære familiemedlemmer eller andre som bor sammen». Det gis ikke nærmere veiledning om hva dette innebærer. Høyesterett har imidlertid lagt til grunn at kommunene står relativt fritt til å vedta lokale forskrifter om antallsbegrensninger med utgangspunkt i kunnskap om sosial distansering som tiltak for å hindre smittespredning. Se blant annet HR-2022-2172-A avsnitt 64.

I forarbeidene til den danske epidemioloven, men ikke i selve lovteksten, omtales den nedre grensen for hva loven hjemler av begrensninger i antall personer. Det kan forbys at tre eller flere personer befinner seg på samme sted. Det kan likevel ikke forbys at medlemmer av samme husstand befinner seg på samme sted. Nærmeste pårørende kan heller ikke forbys å oppholde seg samme sted. Departementet vurderer å legge samme forståelse til grunn for hjemmelen til å vedta forskrifter om den sosiale omgangen i § 7-1. Vi ber om høringsinstansenes syn på en slik beskrivelse av den nedre grensen for hjemmelen, og på om omtale i lovens forarbeider vil være tilstrekkelig.

Regulering av avstand eller antall personer som kan være til stede har både en smitteverneffekt, en helse- og velferdseffekt for enkeltindivider og effekt for virksomheter. Det vil være aktuelt å vurdere virkningene for hver enkelt sektor, for eksempel skoler, kultur- og idrett, serveringssteder, reiseliv, arbeidsliv og for befolkningen.

Se også omtalen av regulering av tiltak i private hjem i punktet ovenfor.

17.7.10.9 Forbud mot opphold på nærmere bestemt

I punkt 17.7.4 foreslår departementet foreslår å lovfeste at kommunen (§ 7-1) og Kongen (§ 8-1) «kan vedta påbud som har til formål å begrense kontakten mellom mennesker, inkludert […] forby eller stille vilkår for opphold på nærmere bestemt sted».

Ved et større utbrudd kan det være nødvendig å stenge nærmere bestemte områder og eiendom hvor enhver har tilgang, for eksempel offentlige badeplasser, parker og lignende som vanligvis er tilgjengelig for allmenheten. Ved utformingen av tiltaket må det videre tas stilling til om det er nødvendig å nedlegge et totalt forbud mot opphold, eller om det kan stilles vilkår for opphold. Det kan for eksempel innebære å kreve registrering eller dokumentasjon av besøkende og deltakere, eller å tillate kun viktige ærender eller alminnelig ferdsel på stedet.

Det avgjørende for bruk av tiltaket, vilkårene for opphold og hvor det skal gjelde, vil være en konkret vurdering av hva som er medisinskfaglig begrunnet, nødvendig og forholdsmessig.

I vurderingen av forholdsmessighet må det tas hensyn til at tiltaket blir mer inngripende jo større områder som omfattes. Det går derfor en øvre grense for hvor store sammenhengende områder som kan underlegges oppholdsforbud eller strenge vilkår for opphold. Departementet foreslår i punkt 17.7.5 å presisere at smittevernloven ikke vil gi hjemmel til å vedta portforbud. Det er dermed samtidig uttrykk for den øvre grensen for å forby opphold på bestemt sted.

17.7.10.10 Bruk av personlig verneutstyr

Det vil være hjemmel til å stille krav om bruk av munnbind eller annet personlig verneutstyr etter forslag til ny smittevernlov § 7-1.

I vurderingen av om det skal gis pålegg om bruk av personlig verneutstyr, er det relevant å ta hensyn til blant annet tilgjengelighet, kostnaden for den enkelte og forventet effekt. Forskriftsfestet krav om bruk av munnbind kan også redusere stigmatisering av personer som ønsker å bruke dette, bidra til å skape større oppmerksomhet om alvoret i smittesituasjonen og minne om at også andre smitteverntiltak bør følges. Ulempen med personlig verneutstyr kan være økt risiko for kontaktsmitte ved feil bruk, ubehag og at det vanskeliggjør kommunikasjon.

Det må også tas hensyn til behovet for å gi unntak for personer og i ulike situasjoner. Det kan for eksempel vedtas at kravet om bruk av verneutstyr ikke gjelder når man spiser eller drikker, under samtale med tolk, ved behov for identifisering, ved pustebesvær, når barn eller andre skal trøstes eller når de skremmes av bruken. Det kan også være aktuelt å gjøre unntak for personer som på grunn av for eksempel fysiske eller mentale svekkelser ikke er i stand til å bruke verneutstyret.

Departementet foreslår at krav om bruk av personlig verneutstyr nevnes som eksempel på tiltak i forslag til ny lov § 7-1.

17.7.10.11 Krav til ventilasjon mv.

Det vil være hjemmel til å stille krav om ventilasjon etter § 7-1. Departementet anser at ventilasjon er et hygienetiltak og foreslår derfor ikke å nevne dette i lovens eksempler på tiltak. Krav til ventilasjon og luftrensing omtales slik av Holden IV april 2022 s. 39:

> «Fra et samfunnsperspektiv er ventilasjon og luftrensing et relativt lite inngripende tiltak, fordi det ikke begrenser sosial eller økonomisk aktivitet. Det kan ligge store samfunnsgevinster i å utbedre luftkvaliteten i de rommene hvor gruppene som av strukturelle årsaker har høy smitteforekomst oppholder seg store deler av dage. Det kan også være relevant å vurdere denne typen tiltak i andre sammenhenger, som ved aktiviteter med stor smitterisiko (tett samling med mennesker i dårlig ventilerte rom).»

17.7.10.12 Hjemmekontor

Under koronapandemien ble det med hjemmel i smittevernloven § 4-1 vedtatt påbud om bruk av hjemmekontor. Covid-19-forskriften § 15 bestemte følgende fra 15. desember 2021:

> «Arbeidsgivere skal sørge for at ansatte jobber hjemmefra når det er praktisk mulig og ikke til hinder for viktig og nødvendig virksomhet på arbeidsplassen, blant annet virksomhet for å ivareta barn og sårbare grupper. Arbeidsgivere skal kunne dokumentere at det er gitt beskjed til de ansatte om hvordan dette skal gjennomføres i virksomheten».

Lovforslaget § 8-1 vil gi hjemmel til i forskrift å påby bruk av hjemmekontor. I vurderingen bør det tas hensyn til om virksomheter kan opprettholde et kvalitetsmessig godt tilbud ved hjelp av digitale løsninger. I mange tjenester, som for eksempel de som omfatter psykisk helse, sårbare brukere, fremmedspråklige eller og barn og unge, er relasjonsbygging og trygging en viktig del av arbeidet, og kan som oftest ikke erstattes av digitale tjenester.

Se omtale av mulige konsekvenser av hjemmekontor i rapporten fra Holden-ekspertutvalget (covid-19) «Samfunnsøkonomisk vurdering av smitteverntiltak – andre rapport» av 22. mai 2020 s. 65 flg.

17.7.11 Kommunens iverksetting av vedtak

Departementet foreslår å videreføre bestemmelsene i smittevernloven § 4-1 tredje og fjerde ledd om at kommunestyret kan sørge for at tiltakene rettet mot kontakt mellom mennesker og smittesanering blir satt i verk, hvis den ansvarlige ikke retter seg etter kommunestyrets eller statens vedtak. Myndigheten foreslås lagt til «kommunen», slik at det fremkommer tydelig at kommunelovens delegeringsadgang gjelder.

Departementet foreslår også å videreføre kommunens adgang til å bruke og om nødvendig skade den ansvarliges eiendom ved iverksetting av tiltak som går ut på smittesanering. Ved iverksetting av smittesanering eller begrensninger i bevegelsesfriheten, kan kommunestyret mot vederlag også bruke eller skade andres eiendom. Det er et vilkår at vinningen er vesentlig større enn skaden eller ulempen ved inngrepet.

Kommunens myndighet skal også gjelde dersom Kongen, eller den Kongen utpeker, har truffet vedtak som den ansvarlige ikke retter seg etter.

Se forslag til ny smittevernlov § 7-5 og spesielle merknader til bestemmelsen.

Se også omtale i punkt 24.4.3 av forslag til ny smittevernlov § 12-4 som viderefører bestemmelsen om at politiet etter anmodning skal bistå med gjennomføring av tiltak.

17.7.12 Forskrifter om gjennomføring av tiltakene

Gjeldende smittevernlov § 4-1 sjette ledd bestemmer at departementet i forskrift kan gi nærmere bestemmelser om de forskjellige tiltakene, herunder fastsette krav til metoder og midler som skal brukes og til kvalifikasjoner hos de personer som skal sette i verk tiltak. Ordlyden tilsier at det her ikke er tenkt på vedtak om å innføre konkrete smitteverntiltak, men regulering av hvordan smitteverntiltak skal gjennomføres når de er vedtatt. Dette bekreftes av at forarbeidene kun omtaler behovet for å regulere gjennomføring av smittesanering.

Departementet foreslår å videreføre bestemmelsen i forslag til ny smittevernlov §§ 7-1 og 8-1.

18 Isolering og andre befolkningsrettede begrensninger i bevegelsesfriheten

18.1 Oppsummering av forslag i kapittelet

I dette kapittelet foreslår departementet i hovedsak følgende:

- videreføre Kongens hjemmel til å gi forskrifter om isolering, smittekarantene og andre begrensninger i bevegelsesfriheten, men med klargjøringer i forarbeidene, gjennom eksempler på begrensninger som kan besluttes med hjemmel i bestemmelsen og tiltak som kan komme istedenfor slike begrensninger.
- vovfeste at forskrift om ovennevnte snarest mulig skal meddeles Stortinget etter vedtak.
- vlargjøre at kommunene ikke har en hjemmel til å forskriftsfeste pålegg om isolering eller smittekarantene for en ubestemt krets personer, men videreføre hjemmelen til å treffe individuelle vedtak om dette.
- velvis videreføre hjemmelen kommunene har til å vedta forbud mot inn- og utreise for hele eller deler av geografisk avgrensede områder (sanitærbarriere/avsperring). Det tydeliggjøres at kommunene ved forskrift kan avsperre geografiske avgrensede områder, men ikke vedta isolering og smittekarantene for en ubestemt krets personer. Kommuner kan vedta forbud mot innreise til eller utreise fra hele eller deler av kommunens område, når formålet er å forhindre spredning av smitte enten innad i den enkelte kommune eller fra kommunen til andre deler av landet hvor det er vesentlig lavere smittetrykk.
- videreføre hjemmelen for Kongen til å vedta avsperring av områder (sanitærbarriere).
- vovfeste en tidsbegrensning for vedtak om avsperring av områder (sanitærbarriere).

18.2 Innledning

I dette kapittelet drøftes behovet for endringer i smittevernlovens regulering av befolkningsrettede smitteverntiltak i form av isolering og begrensninger i bevegelsesfriheten. Kommunens og statens hjemler følger av smittevernloven § 4-1 første ledd bokstav d, § 4-1 andre ledd jf. første ledd bokstav d og § 4-3 a.

Isolering og karantene er begreper som i dagligtale ofte benyttes som synonymer. I smittevernloven er *isolering* eller *isolasjon* et begrep som benyttes om restriksjoner i bevegelsesfriheten for smittede personer. *Karantene* er begrepet som benyttes om tiltak som landene iverksetter for å hindre spredning av sykdom over landegrensene (innreisekarantene). Videre benyttes begrepet *smittekarantene* om restriksjoner i bevegelsesfriheten for personer som har økt risiko for å være smittet etter nærkontakt med smittede eller antatt smittede personer, eller annen smittekilde.

18.3 Gjeldende rett

18.3.1 Retten til fri bevegelse

Bevegelsesfrihet er en grunnleggende menneskerettighet. Av den internasjonale konvensjonen om sivile og politiske rettigheter (SP), følger det av artikkel 12 nr. 1 at «Enhver har rett til fri bevegelse og fritt valg av bosted innenfor grensene til en stat.»

Videre følger det av EMK tilleggsprotokoll nr. 4, artikkel 2 at:

> «1. Enhver som lovlig befinner seg på en stats territorium, skal ha rett til bevegelsesfrihet innenfor dette territorium og til fritt å velge sitt bosted.
>
> 2. Enhver skal være fri til å forlate ethvert land, også sitt eget.
>
> 3. Utøvelsen av disse rettigheter skal ikke bli pålagt andre innskrenkninger enn slike som er i samsvar med lov og er nødvendige i et demokratisk samfunn av hensyn til nasjonal sikkerhet eller offentlig trygghet, for å opprettholde samfunnsordenen (ordre public), for å forebygge forbrytelser, for å beskytte helse eller moral, eller for å beskytte andres rettigheter og friheter.
>
> 4. De rettighetene som er slått fast i avsnitt 1 kan også i bestemte områder bli pålagt innskrenkninger i samsvar med lov og begrunnet med samfunnsmessige hensyn i et demokratisk samfunn».

Ved grunnlovsrevisjonen i 2014 ble retten til bevegelsesfrihet nedfelt i Grunnloven § 106 første ledd, som bestemmer at «[e]nhver som oppholder seg lovlig i riket, kan fritt bevege seg innenfor rikets grenser og velge sitt bosted der».

18.3.2 Smittevernloven § 4-3 a

Smittevernloven § 4-3 a lyder:

> «§ 4-3 a Forskrift om isolering, smittekarantene og andre begrensninger i bevegelsesfriheten
>
> Ved alvorlig utbrudd av en allmennfarlig smittsom sykdom, jf. § 1-3 nr. 3 og 4, kan Kongen, for å forebygge eller motvirke overføring av sykdommen, gi forskrift om
>
> a. isolering for smittede personer, jf. § 1-3 nr. 2, og
> b. smittekarantene for personer som har økt risiko for å være smittet av den allmennfarlige smittsomme sykdommen etter nærkontakt med en smittet eller antatt smittet person, eller annen smittekilde.
>
> Kongen kan i forskrift fastsette andre begrensninger i bevegelsesfriheten for personer som omfattes av første ledd, og nærmere krav til undersøkelser i forbindelse med, eller til erstatning for, isolering, smittekarantene eller begrensninger i bevegelsesfriheten».

Bestemmelsen er utformet med utgangspunkt i den midlertidige forskriftshjemmelen som under koronapandemien var inntatt i loven § 4-3 a knyttet til viruset SARS-CoV-2 (viruset som gir covid-19), og som ble opphevet 1. juli 2023. Gjeldende bestemmelse ble foreslått i Prop. 127 L (2022-2023) *Endringer i smittevernloven og helseberedskapsloven (isolering og smittekarantene m.m.)*. Stortinget sluttet seg til bestemmelsen i tråd med lovforslaget, og bestemmelsen trådte i kraft 12. januar 2024.

Vilkårene som må være oppfylt for at bestemmelsen kan anvendes, er i henhold til bestemmelsens første ledd at det foreligger et «alvorlig utbrudd av en allmennfarlig smittsom sykdom» jf. loven 1-3 nr. 3 og nr. 4. Når det gjelder forståelsen av dette begrepet vises det til redegjørelsen i høringsnotatets punkt 9.6.6. Videre må formålet med å anvende bestemmelsen være å «forebygge eller motvirke overføring av sykdommen», jf. nærmere omtale i høringsnotatets punkt 9.4.

Forutsatt at vilkårene er oppfylt kan Kongen i henhold til første ledd bokstav a gi forskrift om «isolering for smittede personer». Isolering innebærer at personer avskjæres fra omgivelsene, og er i smittevernsammenheng et tiltak som har som formål å hindre eller begrense spredningen av smitte (kontaktreduserende tiltak). Med «smittede personer» menes personer som har eller etter en faglig vurdering antas å ha den smittsomme sykdommen, jf. loven § 1-3 første ledd nr. 3.

I henhold til bestemmelsens første ledd bokstav b kan Kongen også gi forskrift om «smittekarantene for personer som har økt risiko for å være smittet av den allmennfarlige smittsomme sykdommen etter nærkontakt med en smittet eller antatt smittet person, eller annen smittekilde». Smittekarantene er i likhet med isolering et kontaktreduserende tiltak, men vil som utgangspunkt være mindre inngripende enn isolering. Isolering vil som utgangspunkt ha strengere kontaktreduserende krav enn smittekarantene.

Bokstav b regulerer for det første smittekarantene for personer som har økt risiko for å være smittet av den smittsomme sykdommen etter nærkontakt med en smittet eller antatt smittet person. Hva som skal til for at en person defineres som nærkontakt må beskrives nærmere i forskrift. For det andre regulerer bokstav b smittekarantene for personer som har økt risiko for å ha blitt smittet av den smittsomme sykdommen etter nærkontakt med en «annen smittekilde». Ulike smittsomme sykdommer vil ha ulike smittemåter.

Tiltak som hjemles i denne bestemmelsen vil være generelle befolkningsrettede tiltak. Dette vil være plikter for en ubestemt krets av personer som oppfyller kriteriene. Det vil kunne fastsettes unntak og eller andre regler for barn, unge og grupper som er i en særlig utsatt situasjon.

Hvilke plikter som pålegges de personene som blir underlagt isolering eller smittekarantene, må konkretiseres i forskriften. For eksempel kan det være at personen skal oppholde seg i eget hjem eller på annet egnet oppholdssted.

Det kan ikke brukes tvang for å gjennomføre plikter etter bestemmelsen. Dersom det er nødvendig å bruke tvang, vil smittevernloven kapittel 5 forutsette at det fattes individuelt vedtak. Bestemmelsen omfatter ikke innreisekarantene. I smittevernloven § 4-3 er det hjemmel til å iverksette karantenetiltak for å hindre smittespredning inn og ut av Norge.

Av § 4-3 a andre ledd fremgår det at Kongen i forskrift kan fastsette «andre begrensninger i bevegelsesfriheten for personer som omfattes av første ledd, og nærmere krav til undersøkelser i forbindelse med, eller til erstatning for, isolering, smittekarantene eller begrensninger i bevegelsesfriheten.» Andre begrensninger i bevegelsesfriheten vil være tiltak som er mindre inngripende for den enkelte enn isolering og smittekarantene. Det kan for eksempel gis regler om mulighet til å teste seg ut av karantenen, eller om mindre

strenge krav for gjennomføring av karantenen. Med hjemmel i denne bestemmelsen kan det også fastsettes krav om hvordan undersøkelse skal innrettes. Andre begrensninger i bevegelsesfriheten etter bestemmelsens andre ledd kan være mer aktuelt for personer som omfattes av smittekarantene etter bokstav b, enn for personer som omfattes av isoleringsregelen etter bokstav a.

18.3.3 Smittevernloven § 4-1

Smittevernloven § 4-1 første ledd bokstav d bestemmer at kommunestyret kan vedta «isolering av personer i geografisk avgrensede områder eller andre begrensninger i deres bevegelsesfrihet i opptil sju dager om gangen». Vilkåret er at det er nødvendig for å forebygge en allmennfarlig smittsom sykdom eller for å motvirke at den blir overført. Etter andre ledd kan også Helsedirektoratet (og dermed også Kongen og departementet som overordnede organer) treffe slikt vedtak, men det forutsetter et «alvorlig utbrudd» av en allmennfarlig smittsom sykdom og at det er avgjørende å få satt tiltak i verk raskt for å motvirke overføring av sykdommen.

Under koronapandemien var det flere uklarheter knyttet til bestemmelsen. Det var blant annet spørsmål om bestemmelsen hjemlet (ordinær) isolering og smittekarantene ved påvist smitte eller nærkontakt med smittede. Den midlertidige bestemmelsen i smittevernloven § 4-3 a ble, som omtalt i punkt 18.3.2, vedtatt nettopp for å gi et klart hjemmelsgrunnlag for isolering og smittekarantene.

Etter ordlyden er det klart at bestemmelsen gjelder personer i et geografisk avgrenset område. Personene i dette bestemte området kan pålegges isolering eller andre begrensninger i bevegelsesfriheten.

I merknaden til bestemmelsen i Ot.prp. nr. 91 (1992-1993), side 144, er det uttalt følgende:

> «Etter alternativ d vil det være adgang til å vedta isolering av smittede eller mistenkt smittede innenfor et mindre, geografisk avgrenset område. Etter bestemmelsen er det et vilkår at det i vedtaket nærmere må fremgå en angivelse av det geografiske området det ikke er adgang til å bevege seg utenfor eller bevege seg inn i. I denne forbindelse må det tas nødvendig hensyn til «sikkerhetssoner». Som alternativ til total isolering kan det etter bestemmelsen f.eks. legges begrensninger på antall personer eller nærmere regulering av hvem som kan komme inn i eller ut av det smitteutsatte området. Isolering eller begrensninger etter bestemmelsen kan bare gjelde opp til sju dager om gangen. Dette betyr at hvis det er behov for å opprettholde et tiltak etter bestemmelsen utover sju dager, er det nødvendig å gjøre et nytt formelt vedtak i saken. Det er ikke satt noen begrensning for hvor mange ganger det kan gjøres et nytt vedtak, da det i praksis etter en tid vil være aktuelt å gå over til andre avløsende tiltak. Dette må ses i sammenheng med bestemmelsen i femte ledd om at et vedtak skal oppheves straks det ikke lenger er nødvendig. Det presiseres at det ikke er adgang til å bruke tvang ved gjennomføringen av tiltak etter bokstav d. Dersom noen nekter å overholde de pålagte begrensninger i bevegelsesfriheten og dette anses som så alvorlig at noe må gjøres, må det eventuelt fattes vedtak etter reglene i kapittel 5.»

Basert på uttalelsene i forarbeidene, legger departementet til grunn at bestemmelsen primært omfatter det gamle smitteverntiltaket sanitærbarriere (cordon sanitaire).

Sanitærbarriere er en avsondring av et geografisk område med personene som befinner seg der, for å hindre at personer skal ta seg ut av området og spre epidemien videre, og for å hindre at andre tar seg inn i området der de er i større smittefare. Det vil ikke være et krav at alle personene skal være smittet eller mistenkt smittet. Det holder at de befinner seg i et område der en smittsom sykdom har brutt ut og man ønsker å hindre at sykdommen brer seg utenfor dette området. Sanitærbarrierer ble i tidligere tider benyttet mot blant annet pest, kolera, gulfeber og kopper.

18.4 Regulering i Danmark og Sverige

I kapittel 6 er det gitt en overordnet beskrivelse av andre lands rett. I dette kapittelet omtales dansk og svensk lovgivning spesifikt.

Den danske epidemiloven § 26 «Afspærring af områder» lyder:

> «§ 26. Styrelsen for Patientsikkerhed kan påbyde, at der skal ske afspærring af et bestemt område, hvor en alment farlig eller samfundskritisk sygdom optræder, hvor der er risiko for, at en sådan sygdom optræder eller bringes ind, eller hvor der er mistanke om, at der er udlagt biologisk kampstof, således at samvær med omgivelserne forhindres i fornødent omfang.
>
> Stk. 2. Påbud om afspærring efter stk. 1 meddeles for en periode på indtil 7 dage. Perioden kan forlænges, hvis betingelserne for at nedlægge et påbud fortsat er opfyldt.
>
> Stk. 3. Sundhedsministeren kan fastsætte nærmere regler om påbud efter stk. 1».

I forarbeidene til loven (Lovforslag nr. L 134 2020-2021) uttales det på side 133-134 at påbud etter § 26, stk. 1 «vil kunne gives for i fornødent omfang at forhindre samvær med omgivelserne til og fra et afgrænset geografisk område, for eksempel en bygning, boligkarré eller bydel.»

Videre forutsettes det i forarbeidene at avsperring av et bestemt område etter bestemmelsen «offentliggøres på en tydelig måde det pågældende sted ved skiltning eller lignende.»

Sundhedsministeren kan fastsette nærmere regler om «den nærmere geografiske afgrænsning af, hvilke områder, der kan omfattes af påbud. Herudover vil der kunne fastsættes regler om, at visse persongrupper har lov til at færdes i området, herunder personer med bopæl eller ophold i området, eller personer med andet anerkendelsesværdigt formål til at færdes i området, eksempelvis redningsarbejdere, hjemmehjælpere og skraldemænd.» og regler om «hvordan, hvornår og i hvilket omfang personer, der har bopæl i et afspærret område, må færdes i området».

Den danske epidemiloven § 28 «Foranstaltninger over for en flerhed af personer, som har befundet sig på steder med konstateret smitte», lyder:

> «§ 28. Sundhedsministeren kan fastsætte regler om, at personer, som har befundet sig et bestemt sted, deltaget i en forsamling, et arrangement eller en begivenhed el.lign., hvor der er konstateret smitte med en alment farlig eller samfundskritisk sygdom, skal lade sig undersøge af en sundhedsperson eller isolere i en egnet facilitet».

I forarbeidene på s. 135-136 uttales det at bestemmelsen gjør det mulig å isolere personer i situasjoner hvor det vil være «uforholdsmæssigt ressourcekrævende at identificere hver enkelt person, f.eks. gæster til en stor koncert eller sportsbegivenhed, hvor det tidsmæssige hensyn til hurtigt at kunne iværksatte foranstaltninger med henblik på at hindre smittespredning er afgørende.»

Bestemmelsen får også anvendelse for personer som «er rejst ind i Danmark fra et konkret område i udlandet, hvor der er konstateret smitte» og de «skal lade sig undersøge af en sundhedsperson ved tilbagekomst til Danmark».

Om undersøkelse uttales det på samme sted:

> «En undersøgelse kan bl.a. omfatte kliniske tests m.v. af personer, der formodes at kunne være smittet med en alment farlig eller samfundskritisk sygdom, således at der vil kunne stilles en diagnose. Der kan ligeledes være tale om undersøgelse af en person, som allerede er diagnosticeret med en alment farlig eller samfundskritisk sygdom, med henblik på at afklare, om vedkommende fortsat er smittet. Undersøgelsen kan således afhængigt af de nærmere omstændigheder, herunder sygdommens karakter, omfatte blodprøvetagning, podning, legemsbesigtigelse m.v.»

Om isolasjon uttales det på samme sted:

> «Isolation vil – ved visse alment farlige eller samfundskritiske sygdomme – kunne finde sted i eget hjem, men isolation vil også i nogle tilfælde (f.eks. hvor man ikke råder over en bolig, som gør det muligt at holde sig adskilt fra resten af boligens beboere) forudsætte, at der tages ophold i anden egnet facilitet. En facilitet vil være egnet til isolation, hvis der er mulighed for overnatning og adgang til alle basale fornødenheder, herunder mad og drikke. Dette kan bl.a. være sygehuse, kaserner, hoteller m.v.»

Det presiseres at det vil bero på «den konkrete alment farlige eller samfundskritiske sygdom, hvorledes et krav om isolation skal forstås».

Den svenske smittskyddslag § 10 lyder:

> «Om en samhällsfarlig sjukdom har eller misstänks ha fått spridning inom ett avgränsat område utan att smittkällan eller smittspridningen är fullständigt klarlagd, får Folkhälsomyndigheten besluta att ett visst område ska vara avspärrat. Ett beslut om avspärrning innebär förbud för den som vistas i området att lämna det och förbud för den som befinner sig utanför området att besöka det.
>
> Om det kan ske utan risk för spridning av sjukdomen får Folkhälsomyndigheten i det enskilda fallet medge undantag från beslutet om avspärrning.»

18.5 Bruk av forskriftshjemler under koronapandemien

18.5.1 Nasjonale regler om karantene og isolering

Under koronapandemien ble nasjonale regler om karantene og isolering først regulert i forskrift 15. mars 2020 nr. 294 om karantene, isolasjon og forbud mot opphold på fritidseiendommer mv. i anledning utbrudd av Covid-19, med hjemmel i smittevernloven § 7-12, jf. § 1-2 tredje ledd. Etter fastsettelse av covid-19-forskriften ved kongelig resolusjon 27. mars 2020, ble regler om isolering og smittekarantene videreført her. Som

redegjort for i punkt 18.3.2, ble det 23. juni 2020 vedtatt en midlertidig bestemmelse i smittevernloven § 4-3 a for å sikre klar lovhjemmel for isolering og smittekarantene.

18.5.2 Kommunale karanteneregler - «søringkarantene»

Kommuner som forskriftsfestet restriksjoner på reiser inn i kommunene eller karantene ved ankomst til kommunen, ofte omtalt som «søringkarantene», hjemlet reglene i smittevernloven § 4-1 bokstav d. Enkelte kommuner hadde karanteneplikt for tilreisende fra sør for Dovre, andre hadde karanteneplikt for tilreisende fra Trøndelag og sørover, enkelte kommuner i samme region hadde karanteneregler for alle tilreisende utenfor regionen, og noen kommuner hadde karanteneplikt for alle tilreisende til kommunen.

Helse- og omsorgsdepartementet sendte 29. mars 2020 ut Rundskriv I-4/2020 - *Veileder til kommunene om lokale karanteneregler eller innreiserestriksjoner i forbindelse med utbruddet av Covid-19. Tiltak etter smittevernloven § 4-1 bokstav d.* Departementet ga i rundskrivet uttrykk for at det ikke var behov for kommunale karanteneregler i tillegg til de nasjonale reglene. Departementet anbefalte kommunene ikke å innføre egne generelle regler om karantene eller reiserestriksjoner. Videre ble de gitt anbefalinger om tiltak som burde unngås i lokale regler for å sikre forholdsmessighet og samordning mellom nasjonale og lokale tiltak. Bakgrunnen for rundskrivet var at mange kommuner hadde innført lokale karanteneregler som skapte utfordringer for blant annet for person- og varetransport, for de som var avhengige av å reise mellom kommuner og for næringsliv og en del offentlige tjenester som ytes på tvers av kommunegrensene.

Statsforvalterne fikk gjennom Helsedirektoratet i oppdrag å følge med på og veilede om lokale karanteneregler. Statsforvalterne ble videre bedt om å vurdere lovlighetskontroll med kommunale vedtak etter kommuneloven kapittel 27. I enkelte tilfeller opphevet statsforvalteren de lokale ordningene etter lovlighetskontroll, se eksempelvis Statsforvalteren i Troms og Finnmark sitt vedtak 31. mars 2020 med referanse 2020/2900.

18.5.3 Hytteforbud

Forskrift 15. mars 2020 nr. 294 om karantene, isolasjon og forbud mot opphold på fritidseiendommer mv. i anledning utbrudd av Covid-19, hjemlet det såkalte hytteforbudet. Hjemmelen ble forlenget to ganger, til og med 20. april 2020. Forskriften § 5 lød:

> «§ 5 Forbud mot opphold på fritidseiendom i annen kommune enn hjemstedskommunen
>
> Personer som har fritidseiendom i annen kommune enn der vedkommende er folkeregistrert, forbys å ta opphold på denne. Strengt nødvendig vedlikehold eller tilsyn som er nødvendig for å avverge store materielle skader tillates».

Bakgrunnen for bestemmelsen var bekymring blant flere hyttekommuner for om den kommunale helse- og omsorgstjenesten var dimensjonert til å ta hånd om også hyttebeboere.

18.6 Rapporter fra Koronakommisjonen, Koronautvalget mv.

18.6.1 Koronakommisjonen

Koronakommisjonen vurderte i sine utredninger også adgangen til å fastsette smitteverntiltak med hjemmel i smittevernloven § 4-1 første ledd bokstav d og forholdet mellom nasjonale og kommunale smitteverntiltak. Kommisjonen uttalte blant annet følgende i NOU 2021: 6 på side 281:

> «Ut fra en naturlig språklig forståelse er det ikke lett å lese ut av ordlyden at denne bestemmelsen gir hjemmel for å verken pålegge innreiseforbud for personer som ikke befinner seg i kommunen, eller å pålegge personer som oppholder seg i kommunen, karantene. Spesielt er det vanskelig når pålegget omfatter personer som ikke er mistenkt smittet.»

Kommisjonens vurdering på side 281-282 var som følger:

> «Det er kommisjonens vurdering at hjemmelsgrunnlaget for kommunenes vedtak om innreisekarantene og -restriksjoner i beste fall kan karakteriseres som tvilsomt. Samtidig ser vi at det må ha framstått som krevende for kommunene å fatte beslutninger knyttet til bruken av bestemmelsen. Tilrådingene og signalene som kom fra statlige myndigheter i den første tiden, må kunne sies å ha vært motstridende. (…). Det er åpenbart at dette var et krevende juridisk landskap for kommunene å navigere i.»

Videre uttales det blant annet følgende på side 284:

> «Når det gjelder lokale innreisekarantene og - restriksjoner, er det vår vurdering at flere kommuner må kunne sies å ha «strukket» hjemmelen i smittevernloven § 4-1 første ledd bokstav d). Vi anbefaler at regjeringen gjennom en revisjon av smittevernloven klargjør og presiserer i hvilken grad smittevernloven gir hjemmel for slike smitteverntiltak på kommunalt nivå. Vi mener at behovet for en tilstrekkelig klar lovhjemmel gjør seg spesielt gjeldende for denne typen tiltak. Dette skyldes at de i sin natur er svært inngripende overfor en potensielt stor gruppe enkeltmennesker, de begrenser utøvelsen av flere grunnlovbeskyttete og menneskerettslige beskyttete rettigheter, og at overtredelse av smitteverntiltakene kan føre til straff.»

Koronakommisjonen har i sin andre utredning, NOU 2022: 5, vurdert innføring av kommunale karanteneregler, herunder såkalt «søringkarantene». På side 95 uttales det blant annet:

> «Per 29. mars 2020 hadde 124 av landets 356 kommuner innført lokale karanteneregler. Det skapte noen utfordringer, blant annet fordi kommunene bare til en viss grad koordinerte innføringen av slike regler seg imellom, og fordi det i liten grad var innført unntak fra karanteneplikten der reglene fikk utilsiktede eller særlig inngripende virkninger.
>
> Samlet sett førte dette til at også reiser mellom kommuner innenfor samme bo- og arbeids-markedsregion i mange tilfeller ble rammet av karantenebestemmelsene. Dette skapte vanskeligheter blant annet for person- og varetransport, personer som på grunn av familie- eller arbeidsforhold var avhengige av å reise mellom kommuner, og næringsliv og en del offentlige tjenester som foregikk på tvers av kommunegrenser.»

Om bakgrunnen for de såkalte «søringkarantenene» uttaler kommisjonen på side 94 blant annet:

> «Mange kommuner vurderte tidlig at det var nødvendig å iverksette forebyggende tiltak mot smitte fra andre deler av landet. Dette må for det første ses i lys av at smittesituasjonen i landsdelene til dels var svært ulik. (…). Flere kommuneleger i kommuner som i denne fasen hadde lite eller ingen smitte, har gitt uttrykk overfor kommisjonen for at de var bekymret for tilsvarende smitteøkning som på Sør-Østlandet.
>
> For det andre hadde flere kommuneleger oppfattet det slik at statlige myndigheter forventet at kommunene selv foretok fortløpende vurderinger knyttet til pandemihåndteringen, for med dette å kunne ta hensyn til lokale forhold. (…). Enkelte kommuner hadde ikke fått rigget noe apparat for testing og smittesporing, og testkapasiteten var uansett lav mange steder. I distriktene tok det dessuten tid å få svar på prøvene. Det var utbredt mangel på smittevernutstyr. Mange kommuner kom derfor fram til at det ville være svært utfordrende å håndtere lokale smitteutbrudd. Dette var bakgrunnen for at en rekke kommuner etablerte egne, lokale karanteneregler, gjerne omtalt som «søringkarantene».»

Ifølge kommisjonen reagerte flere kommuner på Helse- og omsorgsdepartementets Rundskriv I-4/2020. På utredningens side 95 uttales det blant annet:

> «Staten hadde på dette tidspunktet innført restriksjoner for reisende fra utlandet, blant annet med henvisning til at flere land i Europa hadde langt høyere smittetall enn det som var registrert i Norge, og at man ville unngå tilsvarende press på helsetjenestene som man så i flere av disse landene. Det skapte derfor reaksjoner i kommunene at sentrale helsemyndigheter så ut til å gjøre forsøk på å hindre at lokalsamfunn benyttet tilsvarende virkemiddel for å beskytte seg mot smitte utenfra. Noen oppfattet sentrale myndigheters involvering som et inngrep i det lokale selvstyret.»

Når det gjelder tiden forut for at det såkalte hytteforbudet ble innført i nasjonal forskrift, uttalte Koronakommisjonen i NOU 2022: 5 side 96 blant annet:

> «Mange av de samme bekymringene som førte til at noen kommuner innførte den såkalte søringkarantenen, gjorde seg gjeldende i en del typiske hyttekommuner i mars 2020. Selv om det også er variasjoner mellom slike kommuner, er fellestrekk at mange har relativt få innbyggere med tilsvarende kapasitet i helsetjenesten, og at antallet som oppholder seg i kommunen mangedobles i helger og ferier i turistsesongen på grunn av hyttebeboerne. Dette var en bekymring for kommunelegene i slike kommuner, ikke minst fordi turistsesongen på de utpregede skidestinasjonene var i full gang da pandemien brøt ut i Norge. Helsedirektoratets vedtak 12. mars 2020 om møteforbud og stenging av virksomheter var ikke rettet mot turistnæringen som sådan eller adgangen til å benytte egne fritidseiendommer. Noen kommuneleger vurderte imidlertid at det måtte iverksettes tiltak for å hindre den tilstrømmingen av mennesker som normalt forekommer i kommunene deres på den tiden av året. Dette var for å skjerme helsetjenesten lokalt. Den 12. mars sendte derfor flere hyttekommuner SMS til hytteeiere og ba dem om ikke å oppholde seg på hyttene sine. (…). Det innebar i praksis langt på vei en nedstenging av turistnæringen i disse kommunene. Dette ble gjort som hastevedtak etter smittevernloven.»

18.6.2 Koronautvalget

Koronautvalget støttet Koronakommisjonen i at smittevernloven og helseberedskapsloven bør revideres, og uttaler på s. 120 i NOU 2023: 16:

> «Koronapandemien har gitt ny og verdifull kunnskap om bruk av rettslige virkemidler. Dette omfatter bruken av fullmaktslovgivning, blant annet for å endre lover med forskrift for å kunne gjennomføre en rask regelendring.

De fleste lover er vedtatt uten tanke på kriser, og at loven ikke kan virke etter sin hensikt under en alvorlig krise. Koronautvalget er kjent med Helse- og omsorgsdepartementets arbeid med å gjennomgå smittevernloven og helseberedskapsloven. Et spørsmål er i hvilken grad midlertidige bestemmelser bør videreføres som ledd i beredskapen. I en høring i februar 2023 foreslo departementet dette når det gjelder smittevernloven § 4- 3a forskrifter om isolering og begrensninger i bevegelsesfrihet, og helseberedskapsloven § 5-2 andre ledd om pålegg om omsetningsrestriksjoner og rasjonering av medisinsk utstyr.

Koronautvalget mener at erfaringene fra pandemien med lovene bør ligge til grunn for beredskapsbestemmelser, og for hvordan smittevernloven og helseberedskapsloven i større grad kan ses i sammenheng. Blant annet når det gjelder situasjonen i helsetjenesten som grunnlag for smitteverntiltak. Behovet for smitteverntiltak henger også sammen med grunnkapasiteten i helsetjenesten slik Koronautvalget omtaler i kapittel 13.»

18.6.3 Holdenutvalget

Ekspertgruppen ledet av Steinar Holden ble oppnevnt 13. januar 2022. Gruppen skulle belyse og vurdere de samfunnsmessige konsekvensene av smitteverntiltakene i forbindelse med koronapandemien. En av gruppens hovedoppgaver var å vurdere de samfunnsøkonomiske konsekvensene av tiltakspakkene som ble utarbeidet av Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet. Gruppen skulle også bidra med innspill og vurderinger både til håndteringen av koronapandemien og til strategien for å leve med koronaviruset SARS-CoV-2 i samfunnet. Ekspertgruppen leverte sin endelige rapport 6. april 2022 hvor det på side 46 uttales:

«Smittevernloven gir et stort ansvar og betydelig handlingsrom for den enkelte kommune til å iverksette smitteredusерende tiltak. På den annen side kan lokale beslutninger om viktige smitteverntiltak også innebære viktige ulemper, ved at det kan gi uklarhet om den samlede politikken, og at lokale tiltak kan ha negative virkninger for næringsliv og privatpersoner i andre deler av landet. Det kan også reises spørsmål om lokale myndigheter vil kunne vedta tiltak som oppfattes som forskjellsbehandling av ulike bransjer eller virksomheter. I mange tilfeller vil det være krevende beslutninger som skal treffes. Det er derfor sterke argumenter for nasjonale retningslinjer som legger føringer på lokale beslutninger, om vurderinger som må være foretatt og kriterier som må gjelde for at lokale vedtak skal kunne gjøres. For mer inngripende reguleringer, som f.eks. reiserestriksjoner eller lokale portforbud, bør det vurderes å endre regler slik at vedtak i siste instans godkjennes av Helsedirektoratet.»

18.7 Departementets vurderinger og forslag

18.7.1 Innledning

I det videre drøfter departementet i punkt 18.7.2 hvilken adgang Kongen bør ha til å vedta befolkningsrettede påbud om isolering, smittekarantene og andre begrensninger i bevegelsesfriheten. Videre drøftes Kongens adgang til å vedta forbud mot innreise til eller utreise fra et geografisk avgrenset område, når det er nødvendig for å forebygge en samfunnskritisk sykdom eller for å motvirke at den blir overført. Deretter drøftes det i punkt 18.7.3 i hvilken grad den enkelte kommune bør ha samme fullmakter som Kongen. Som det vil fremgå, foreslår departementet at Kongens og kommunens myndighet på enkelte punkter bør utformes ulikt.

18.7.2 Kongens myndighet

18.7.2.1 Isolering og smittekarantene

I Prop. 127 L (2022-2023) ble det presisert at den foreslåtte bestemmelsen i smittevernloven § 4-3 a ville bli gjennomgått på nytt i den helhetlige revisjonen av smittevernloven. Smittevernloven § 4-3 a gir staten adgang til å gi nasjonale forskrifter om isolering og smittekarantene ved alvorlig utbrudd av allmennfarlig smittsom sykdom («samfunnskritisk sykdom» i henhold til lovforslagets begrepsbruk).

Isolering innebærer at smittede personer avskjæres fra omgivelsene. Smittekarantene er i likhet med isolering et kontaktreduserende tiltak, og er aktuelt for personer som har økt risiko for å være smittet av den allmennfarlige smittsomme sykdommen etter nærkontakt med en smittet eller antatt smittet person, eller annen smittekilde. Smittekarantene vil derfor som utgangspunkt være mindre inngripende enn isolering.

Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet har i sine innspill til departementet understreket at isolering og karantene er viktige kontaktreduserende tiltak for å bekjempe smittsomme sykdommer. Koronapandemihåndteringen viste også at tiltak som reduserer kontakt mellom mennesker er avgjørende for å hindre smittespredning i samfunnet. Tidlig oppdagelse og isolering av smittede, og oppfølgning av eksponerte personer for å hindre videre smitte, var blant de mest sentrale kontaktreduserende tiltakene for å holde koronapandemien under kontroll. Ved bekjempelse av alvorlige epidemier eller pandemier må det være mulig å svært raskt isolere smittede og sette i karantene personer med økt risiko for å være smittet, dersom tiltakene skal ha nødvendig effekt. I slike situasjoner vil det ofte heller ikke være mulig for den enkelte kommunes helse- og omsorgstjeneste å foreta en epidemiologisk vurdering som i tilstrekkelig grad vurderer regionale eller nasjonale hensyn og konsekvenser.

Regler om isolering og karantene må ses i sammenheng med øvrige smitteverntiltak. Effektive regler om isolering og karantene vil ha betydning for innretningen og omfanget av øvrige smitteverntiltak. Departementet legger til grunn at vedtak om for eksempel møteforbud, antallsbegrensninger eller stenging av virksomheter vil være mindre effektive dersom det ikke også er mulig å isolere smittede eller å pålegge karantene for personer med økt risiko for å være smittet. Dersom det ikke hadde vært adgang til å pålegge isolasjon eller karantene, ville det etter departementets syn blitt nødvendig å innføre strengere tiltak knyttet til avstandskrav og antallsbegrensninger for arrangementer og sosiale sammenkomster og stenging av ulike virksomheter for å oppnå ønsket effekt av de samlede smitteverntiltakene. Man ville også oppnådd mindre effekt av innreisekarantene hjemlet i gjeldende smittevernlov § 4-3 dersom det ikke hadde vært adgang til å pålegge smittede innenlands isolering eller å pålegge mulige smittede smittekarantene.

Etter departementets vurdering er det nødvendig å videreføre statens hjemmel til raskt å gripe inn med nasjonale forskrifter om isolering og smittekarantene. Departementet foreslår derfor å videreføre hjemmelen i gjeldende smittevernlov § 4-3 a første ledd i ny lov § 8-3 første ledd, men med enkelte justeringer i bestemmelsens ordlyd. Departementet foreslår blant annet å benytte begrepet «eksponerte personer» til erstatning for dagens begrep «personer som har økt risiko for å være smittet av den allmennfarlige smittsomme

sykdommen etter nærkontakt med en smittet eller antatt smittet person, eller annen smittekilde», jf. lovforslaget § 1-3 første ledd nr. 5 hvor begrepet «eksponert person» defineres.

Forskriften må konkretisere hvilke plikter som skal pålegges personer som blir underlagt isolering eller smittekarantene. Det kan for eksempel bestemmes at personen skal oppholde seg i eget hjem eller på annet egnet oppholdssted. Innholdet i pliktene skal være basert på en medisinskfaglig vurdering og justeres etter som det tilsies av ny kunnskap om sykdommen, utbredelsen og smitterisiko. Forskriften må videre bestemme hvor lenge isolering, karantene eller andre bevegelsesrestriksjoner skal gjelde, noe som primært vil bero på en medisinskfaglig vurdering av hvor lenge en person anses å være smitteførende.

Som ved andre smitteverntiltak, må det vurderes om isolering, smittekarantene og andre begrensninger i bevegelsesfriheten er medisinskfaglig begrunnet, nødvendig og forholdsmessig, jf. lovforslaget § 1-5 om grunnleggende krav til smitteverntiltak som diskuteres i høringsnotatets kapittel 10.

18.7.2.2 Andre begrensninger og undersøkelser

Gjeldende smittevernlov § 4-3 a andre ledd åpner for at Kongen kan fastsette «andre begrensninger i bevegelsesfriheten for personer som omfattes av første ledd, og nærmere krav til undersøkelser i forbindelse med, eller til erstatning for, isolering, smittekarantene eller begrensninger i bevegelsesfriheten». Av forarbeidene til bestemmelsen, jf. Prop. 127 L (2022-2023), fremgår det at dette særlig er ment som tiltak som skal gjøre at isolering og karantene blir mindre inngripende, for eksempel ved at man kan teste seg ut av karantene.

Testing eller andre former for undersøkelse er viktig for å kunne oppdage smittede personer slik at disse kan isoleres og eventuelle nærkontakter (eksponerte personer) kan varsles. Hvilke undersøkelser som er aktuelle vil avhenge av hva slags type allmennfarlig smittsom sykdom det er et alvorlig utbrudd av. Muligheten til å undersøke personer vil også i stor grad kunne bidra til å unngå innføring av mer inngripende og generelle tiltak. Dette vil være av stor betydning både for den enkelte og for samfunnet som helhet.

Departementet foreslår å videreføre den adgangen Kongen etter gjeldende smittevernlov § 4-3 a andre ledd har til å fastsette «andre begrensninger i bevegelsesfriheten for personer som omfattes av første ledd, og nærmere krav til undersøkelser i forbindelse med, eller til erstatning for, isolering, smittekarantene eller begrensninger i bevegelsesfriheten», jf. forslaget til ny smittevernlov § 8-3 andre ledd.

Departementet viser også til høringsnotatets kapittel 20 og lovforslaget § 8-9 om tilpasning av smitteverntiltak, hvor departementet foreslår at Kongen kan gi forskrifter for hele eller deler av landet om at vaksinasjonsstatus, gjennomgått sykdom, resultat av test for sykdom eller andre forhold som har betydning for om en person kan smitte andre, bli smittet eller utvikle alvorlig sykdom, inngår i avgrensningen av eller gir unntak fra smitteverntiltak forskriftsfestet etter loven § 8-2 (avsperring) og § 8-3 (smittekarantene mv.).

Se også punkt 18.7.3.2 om kommunens kompetanse til å vedta isolering og smittekarantene.

18.7.2.3 Inn- og utreiseforbud (avsperring av områder)

Helsedirektoratet kan etter gjeldende smittevernlov § 4-1 andre ledd treffe vedtak blant annet om «isolering av personer i geografisk avgrensede områder» for hele landet eller for deler av landet. Slik isolering kan skje ved å sperre av geografiske områder for inn- og utreise. Vedtak kan treffes ved et alvorlig utbrudd av en allmennfarlig smittsom sykdom (i ny lov foreslått omtalt som samfunnskritisk sykdom). Det vises til kapittel 16 hvor Helsedirektoratets myndighet til å vedta befolkningsrettede smitteverntiltak foreslås flyttet til Kongen.

Departementet foreslår å lovfeste i ny smittevernlov § 8-2 at Kongen kan vedta forbud mot innreise til eller utreise fra et område, når det er nødvendig for å forebygge en samfunnskritisk sykdom eller for å motvirke at den blir overført, jf. bestemmelsens første ledd. Departementet foreslår også at Kongen kan vedta karantene for personer som har oppholdt seg i et område som er omfattet av forbudet, jf. bestemmelsens andre ledd.

Departementet foreslår i kapittel 17 i høringsnotatet å lovfeste en generell maksimal tidsbegrensning for tiltak som begrenser den sosiale omgangen vedtatt med hjemmel i smittevernloven § 8-1. Vedtak skal kunne gjelde i inntil 30 dager, med mindre særlige grunner tilsier en lenger periode. Tidsbegrensningen kommer i tillegg til kravet om å oppheve eller begrense tiltak straks de ikke lenger er nødvendig, jf. smittevernloven § 1-5. Departementet foreslår at den generelle tidsbegrensningen også skal gjelde for inn- og utreiseforbud med hjemmel i ny lov § 8-2 ettersom varigheten av forbudet bør avhenge av hvor lenge smittekilden er til stede og utgjør en smitterisiko for personer som oppholder seg i området. Den gjeldende begrensningen på syv dager etter smittevernloven § 4-1 første ledd bokstav d, foreslås derfor ikke videreført.

Se også punkt 18.7.3.3 om kommunens myndighet til å vedta inn- og utreiseforbud.

18.7.2.4 Meddelelse til Stortinget

Den offentlige debatten under og etter pandemien har synliggjort viktigheten av hensiktsmessig parlamentarisk kontroll med regjeringens arbeid. Dette ble ikke foreslått i Prop 127 L (2022-2023) i påvente av en helhetlig vurdering i en samlet lovrevisjon.

Departementet mener at forskriftsfestede påbud om isolering, smittekarantene og andre begrensninger i bevegelsesfriheten er inngripende tiltak som Stortinget bør orienteres om. Departementet foreslår derfor å lovfeste en særskilt meddelelsesplikt til Stortinget i § 8-3 for de tilfellene Kongen, eller departementet etter delegering, gir forskrifter om isolering, smittekarantene og eller begrensninger i bevegelsesfriheten.

For prinsipielle vurderinger knyttet til meddelelsesplikt overfor Stortinget vises det til høringsnotatet punkt 22.4.13.2 om meddelelsesplikt overfor Stortinget ved anvendelse av nødrettshjemmelen i lovforslaget § 11-1, som viderefører og erstatter nødrettshjemmelen i gjeldende smittevernlov § 7-12. Sett hen til bestemmelsens begrunnelse, bør meddelelsen til Stortinget så langt det er mulig redegjøre for hvorfor tiltaket er medisinskfaglig begrunnet, nødvendig og forholdsmessig.

18.7.3 Kommunens myndighet

18.7.3.1 Innledning

Som redegjort for i punkt 18.6.1, mener Koronakommisjonen at dagens § 4-1 første ledd bokstav d er uklar. Det påpekes videre at flere kommuner under koronapandemien «strakk» hjemmelen når de innførte lokale regler om innreisekarantene og -restriksjoner. Kommisjonen har anbefalt at det i en lovrevisjon bør klargjøres i hvilken grad smittevernloven gir hjemmel for slike smitteverntiltak på kommunalt nivå.

Også i juridisk teori er det påpekt at bestemmelsen er uklar på flere punkter, jf. boken «Kriseregulering - lovgivning under koronakrisen». I bokens kapittel 29 punkt 2.1, side 763, argumenteres det for at det må klargjøres hvilke tiltak som kan hjemles i smittevernloven § 4-1 bokstav d. I den forbindelse uttales det blant annet:

> «Mest uklar og med størst behov for forbedringer er bokstav d som hjemlet «isolering av personer i geografisk avgrensede områder eller andre begrensninger i deres bevegelsesfrihet opptil sju dager om gangen». Denne formuleringen er så uklar at det er uvisst hva bestemmelsen egentlig hjemler. Særlig tre kontroversielle tiltak ble forsøkt plassert inn under denne formuleringen. Det gjaldt smittekarantene i eget hjem ved nærkontakt med covid-19-syk person, den foran omtalte innreisekarantene i karantenehotell, og «søringkarantene», se kapitlene 10, 15 og 16. Uklarhetene besto både i om tiltaket som sådant hadde tilstrekkelig hjemmel i bestemmelsen, om det overhodet var akseptabelt å ha et lemfeldig forhold til tidsbegrensningen på sju dager, og om nasjonale myndigheter hadde kompetanse til å benytte hjemmelen til å innføre nasjonale reguleringer. For den som ønsker vide fullmakter, kan det selvsagt oppleves som en umiddelbar fordel at hjemmelen har en utydelig avgrensning, men det er liten tvil om at alle disse tiltakene burde hatt en klarere hjemmel i smittevernloven.»

18.7.3.2 Inn- og utreiseforbud (avsperring av områder)

Departementet legger til grunn at gjeldende smittevernlov § 4-1 første ledd bokstav d i utgangspunktet gjelder smitteverntiltaket sanitærbarriere (cordon sanitaire). Sanitærbarriere innebærer en avsondring av et geografisk område med personene som befinner seg der, og vil i det følgende omtales som avsperring. Formålet er å hindre at personer skal ta seg ut av området og spre epidemien videre, og hindre at andre tar seg inn i området der de er i større smittefare. Det er altså ikke et krav at alle personene skal være smittet eller mistenkt smittet. Det holder at de befinner seg i et område der en smittsom sykdom har brutt ut, og at man ønsker å hindre at sykdommen brer seg utenfor dette området.

Departementet foreslår å tydeliggjøre i forslag til ny lov § 7-2 at kommunene kan avsperre geografiske områder.

Holden-ekspertutvalget vurderte i rapporten Holden II, på side 46, at det er sterke argumenter for nasjonale retningslinjer som legger føringer på lokale beslutninger. Ekspertutvalget skrev også at det ved mer inngripende reguleringer, som for eksempel reiserestriksjoner, bør vurderes å endre reglene slik at kommunens vedtak i siste instans godkjennes av Helsedirektoratet. Se nærmere omtale i høringsnotatets punkt 18.6.3. I NOU 2021:6 konkluderer Koronakommisjonen med at det er behov for «[k]largjøring og presisering av om smittevernloven § 4-1 bokstav d) gir hjemmel for kommunene til å

ilegge innreisekarantene og innreiserestriksjoner». Bakgrunnen for dette er også omtalt i NOU 2022: 5 på side 94 flg.

Når formålet er å hindre overføring av smitte til kommunen fra andre deler av landet eller nabokommuner med høyere smittetrykk, også kalt «søringkarantene» under koronapandemien, mener departementet at behovet for begrensninger i bevegelsesfriheten bør vurderes av staten. Dette skyldes at flere kommuner og store deler av landet kan berøres av enkeltkommuners vedtak. Vedtakene kan skape vanskeligheter blant annet for person- og varetransport, for personer som på grunn av familie- eller arbeidsforhold er avhengige av å reise mellom kommuner og for næringsliv og en del offentlige tjenester som ytes på tvers av kommunegrensene. Når flere enkeltkommuner skal ta stilling til behovet for å beskytte befolkningen mot smitte fra andre deler av landet, kan det lett oppstå utilsiktede konsekvenser, og det er fare for at de samlede tiltakene blir for inngripende. Statlig vedtaksmyndighet gir anledning til å se helhetlig på situasjonen, gi koordinerte og likelydende regler, beskytte kritiske samfunnsfunksjoner, bruke kompetanse som den enkelte kommune ofte ikke besitter, gjennomføre dialog med berørte kommuner og vurdere konsekvensene for bo- og arbeidsmarkedsregioner.

Når det identifiseres smitte i en kommune, kan det imidlertid være behov for raskt å innføre strenge smitteverntiltak som hindrer videre spredning internt i kommunen eller ut av kommunen. Det kan også oppstå situasjoner hvor anbefalinger og enkeltvedtak om isolering av smittede personer ikke er tilstrekkelig. Kommunene bør derfor beholde hjemmelen til å kunne isolere hele eller deler av kommunens geografiske område i slike situasjoner.

Erfaringene fra koronapandemien gjaldt tilfeller hvor kommuner iverksatte tiltak for å hindre at smitte kom inn fra omkringliggende kommuner. Kommuner vil trolig være noe mer tilbakeholdne med å stenge egne områder for å hindre smittespredning innad i eller ut fra kommunens områder, ettersom dette krever vurdering av den lokale smittesituasjonen snarere enn en generell smittefare fra andre områder.

Departementet foreslår derfor å lovfeste i ny lov § 7-2 at kommuner kan vedta forbud mot innreise til eller utreise fra hele eller deler av kommunens område, når formålet er å forhindre spredning av smitte enten innad i den enkelte kommune eller fra kommunen til andre deler av landet hvor det er vesentlig lavere smittetrykk. Det gjør det mulig for kommuner som oppdager smitte lokalt å handle raskt for å hindre spredning til andre deler av landet.

Under koronapandemien stod kommunelegene for mange av hastevedtakene om innreiseforbud og karantene. Departementet foreslår i punkt 16.6.2 i høringsnotatet å presisere i ny smittevernlov at kommuneoverlegen så snart som mulig skal orientere kommunestyret, eller det organet som er delegert kompetansen, om hastevedtak. Dette kan også bidra til at hensynet til viktige tjenester og varer ivaretas. En annen utfordring for kommunene under koronapandemien var mangelen på veiledningsmateriell. Dette kom på plass etter kort tid våren 2020, og kommunene tilpasset eller opphevet deretter innreisetiltakene. Ved en fremtidig pandemi vil kommunene i større grad ha tilgang til veiledning i lovens forarbeider, rundskriv mv.

Dersom det skulle oppstå situasjoner hvor kommunen ser seg nødt til å stenge av områder med smitte, vil det være nødvendig å vurdere unntak for samfunnskritisk personell og for distribusjon av viktige varer. I den grad tiden tillater det, bør statlige myndigheter involveres i beslutninger som kan hindre viktige transporter ut av kommunen og hindre arbeidstagere med samfunnskritiske funksjoner, for eksempel innenfor matvare- og drivstofforsyning, i å reise inn i kommunen. Statsforvalteren, Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet vil kunne gi kommunene konkret veiledning når behovet for å sperre av områder oppstår. Også Helse- og omsorgsdepartementet, andre departementer og regjeringen vil raskt kunne involveres ved behov. Statsforvalteren vil eventuelt også kunne gjennomføre lovlighetskontroll.

Vi ber om at høringsinstansene særskilt vurderer om det bør lovfestes en plikt for kommunen til å informere Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet så snart den ser behov for å vurdere stenging av områder med smitte, og om dette eventuelt kun bør gjelde ved samfunnskritisk sykdom.

Departementet viser også til forslaget til ny smittevernlov § 7-9 andre ledd og drøftingen av dette i høringsnotatets punkt 16.9.5. Etter bestemmelsen kan Kongen forskriftsfeste begrensninger i kommunens adgang til på et senere tidspunkt å vedta nærmere bestemte smitteverntiltak, når det er nødvendig for å sikre et effektivt og forsvarlig smittevern mot samfunnskritisk sykdom i flere kommuner. Dette inkluderer, men er ikke begrenset til, å stille vilkår for at kommunen kan stenge områder for inn- og utreise etter kapittel 7.

Det geografisk bestemte området bør fremgå tydelig gjennom for eksempel skilting i området. Det kan være viktig i en innledende fase, før man får tilstrekkelig oversikt.

Departementet foreslår videre at kommunen kan vedta karantene for personer som har oppholdt seg i et område som er omfattet av slikt forbud. Dette er ment som et mindre inngripende tiltak enn forbud mot å forlate området. Personer kan eksempelvis få reise hjem dersom det er egnet sted for karantene. Departementet begrunner dette med at personer som kortvarig har oppholdt seg i et område med en smittekilde, vil kunne ha større risiko for å bli smittet av den allmennfarlige smittsomme sykdommen jo lenger de oppholder seg i de smittefarlige området, avhengig av hvilke egenskaper sykdommen antas å ha.

Kommunens hjemmel til å vedta forbud mot innreise eller utreise omfatter ikke forbud mot utlendingers innreise fra eller utreise til annet land. Slike tiltak kan bare vedtas med hjemmel i lovgivningen for utlendingers adgang til riket og forslag til ny smittevernlov § 9-3.

Departementet foreslår å lovfeste at vedtak om kommunale inn- og utreiseforbud med hjemmel i ny lov § 7-2 skal kunne gjelde i inntil 30 dager, med mindre særlige grunner tilsier en lenger periode. Dette tilsvarer forslaget til regulering i § 8-2 om statlige vedtak av nasjonale inn- og utreiseforbud. Tidsbegrensningen kommer i tillegg til kravet om å oppheve eller begrense tiltak straks de ikke lenger er nødvendig, jf. smittevernloven § 1-5.

18.7.3.3 Ikke hjemmel for at kommunene kan forskriftsfeste isolering eller smittekarantene

Departementet mener at forskriftsfesting av befolkningsrettede påbud om isolering og smittekarantene er et så inngripende tiltak for de som omfattes, at hjemmelen bør forbeholdes Kongen. Med en slik avgrensning, vil det også kunne bli færre kryssende regelverk å forholde seg til i ulike deler av landet. Kommuners eventuelle forskriftsfesting av slike smitteverntiltak ville heller ikke vært underlagt parlamentarisk kontroll, jf. forslaget i punkt 18.7.2.4 om å lovfeste en særskilt meddelelsesplikt til Stortinget ved innføring av nasjonale forskrifter om isolering og smittekarantene.

Departementet foreslår derfor ikke å lovfeste en adgang for kommunen til å forskriftsfeste befolkningsrettede påbud om isolering og smittekarantene. Ved behov, vil det kunne fattes enkeltvedtak om isolering med hjemmel i dagens § 5-1 tredje ledd. Befolkningen i utsatte områder kan også oppfordres til å beskytte seg selv og andre ved å holde avstand til andre ved forhøyet risiko for smitte.

19 Smitteverntiltak mot spredning av smitte over landets grenser mv.

19.1 Oppsummering av forslag i kapittelet

I dette kapittelet foreslår departementet i hovedsak følgende:

- å videreføre Kongens hjemmel til å gi forskrifter for å motvirke at smittsomme sykdommer føres inn i landet, spres i landet eller spres til andre land. Forskriftene kan gjelde smittede eller eksponerte personer, men også dyr, transportmidler, varer og gjenstander som kan tenkes å overføre smittsomme sykdommer.
- å presisere i loven at forskriftene blant annet kan omfatte krav om innreisekarantene inkludert krav til hvor og hvordan innreisekarantenen skal gjennomføres, krav til å fremvise dokumentasjon og krav om å la seg undersøke for allmennfarlig smittsom sykdom.
- en hjemmel for Kongen i statsråd til å gi forskrifter med krav om at innreisekarantene må gjennomføres på et nærmere pålagt oppholdssted som for eksempel karantenehotell. Hjemmelen kan anvendes når det foreligger en samfunnskritisk sykdom. Slike forskrifter skal snarest mulig meddeles Stortinget.
- en begrenset hjemmel i smittevernloven om at Kongen i statsråd i forskrift kan fastsette begrensninger på reiser til Norge, herunder innreiserestriksjoner og smitteverntiltak, som vedtatt av Rådet for den europeiske union i gjennomføringsrettsakter om begrensninger på reiser til Unionen i medhold av grenseforordningen artikkel 21a, jf. grenseloven § 8 nr. 1. Slike restriksjoner vil bare gjelde Schengen-områdets yttergrense.

Forslagene har til hensikt å ivareta en generell innretning av hjemlene slik at de kan benyttes i ulike scenarier av ulike smittsomme sykdommer, gi veiledning for hvilke tiltak som ligger i kjernen av fullmaktshjemlene og angi vilkår for noen særlig inngripende tiltak.

Departementet drøfter i punkt 16.6.4, men foreslår ikke, en hjemmel som gir Kongen i statsråd fullmakt til å gi forskrifter om nasjonale innreiserestriksjoner for utlendinger. Dersom det oppstår behov for slik regulering, vil det måtte fremmes et ordinært lovforslag. Dersom ordinær lovprosess vil være tidsmessig uforsvarlig, umulig eller vesentlig vanskeliggjort på grunn av den konkrete situasjonen, vil det være mulig å benytte den ekstraordinære kompetansen til å vedta forskrifter etter ny smittevernlov kapittel 11, som i det vesentlige tilsvarer gjeldende § 7-12, jf. høringsnotatet kapittel 22. Departementet ber høringsinstansene om å uttale seg om behovet for en slik lovfestet beredskapsfullmakt for nasjonale innreiserestriksjoner.

19.2 Innledning og bakgrunn

I dette kapittelet drøftes behovet for endringer i smittevernlovens hjemler for regulering av befolkningsrettede smitteverntiltak mot spredning av smitte over landets grenser. Som

for andre smitteverntiltak etter loven, kan tiltak knyttet til smitte over grensen kun være aktuelle når de grunnleggende kravene til nødvendighet og forholdsmessighet er oppfylt.

Historisk sett har smitteverntiltak for å forhindre eller begrense smitte av smittsomme sykdommer over landets grenser vært sentrale og effektive virkemidler i statens oppgave med å verne befolkningens helse. Etter Svartedauden ble det utviklet karanteneordninger i Norge. Siden utbruddet av byllepesten på 1700-tallet og frem til Koronapandemien i 2020-2022 har statens fullmakt til å iverksette slike tiltak variert. En nærmere omtale av historikken knyttet til smitteverntiltak fremgår av Ot.prp. nr. 91 (1992-1993) *Om lov om vern mot smittsomme sykdommer (smittevernloven)* Del I, punkt 3.2.

Tiltak mot spredning av smitte over landets grenser kan være alt fra å nekte innreise for utlendinger, som det mest inngripende tiltaket, til ulike former for innreisekarantene, kontroll av reisende og reiseråd.

Norge er tilsluttet flere internasjonale avtaler og konvensjoner som har betydning for innreisetiltak. Gjennom EØS-avtalen er vi underlagt regler som skal sikre fri bevegelse av personer, varer, tjenester og kapital. Schengensamarbeidet skal sikre fri reise innenfor Schengenområdet. Det internasjonale helsereglementet (IHR) skal beskytte folkehelsen og åpner for tiltak som hindrer at smitte spres på tvers av landegrensene. FNs menneskerettighetskonvensjoner og den europeiske menneskerettighetskonvensjonen (EMK) pålegger blant annet statene å beskytte innbyggernes rett til liv og helse, men også personlige frihet. Andre relevante internasjonale avtaler og konvensjoner er for eksempel Wien-konvensjonene, som blant annet gjelder diplomater, administrativt og teknisk personale og utsendte konsulære tjenestemenn, samt medfølgende familiemedlemmer og avtaler som gjelder sjø- og luftfart.

Den aktuelle smittsomme sykdommen, situasjonen i Norge og i utlandet, formålet med tiltakene og den vedtatte strategien, samfunnsutviklingen, reiseaktivitet og flytrafikk har betydning for hvilke innreisetiltak som er effektive, hvordan de innrettes og hvor lenge de anses nødvendige og forholdsmessige.

Konstitusjonelt har Justis- og beredskapsdepartementet ansvar for utlendingsloven, grenselova, grensekontroll og bortvisning. Helse- og omsorgsdepartementet har det konstitusjonelle ansvaret for smittevernloven og smitteverntiltak rettet mot innreise, som for eksempel innreisekarantene. Videre har Utenriksdepartementet ansvar for fortløpende å gi reiseråd.

I dette høringsnotatet behandles behovet for tiltak hjemlet i smittevernloven. Departementet vil likevel understreke at innreisetiltak i smittevernloven må vurderes helhetlig og ses i sammenheng med andre mulige innreisetiltak som for eksempel innreiserestriksjoner, grensekontroll og bortvisning som hører inn under Justis- og beredskapsdepartementets ansvarsområde.

Departementet har startet arbeidet med å følge opp tiltak varslet i Meld. St. 5 (2023-2024) *En motstandsdyktig helseberedskap* (helseberedskapsmeldingen). Gjennom en ny helseberedskapsmodell tydeliggjør regjeringen roller og ansvar, og legger til rette for at riktige beslutninger tas på rett nivå. Gjennom systematisk arbeid med risiko- og

sårbarheter, felles scenarioer, integrert planverk og øvelser, skal helsesektoren være best mulig forberedt til å møte hendelser i hele krisespekteret. Helseberedskapsrådet ble etablert i 2024 og samler de mest sentrale lederne fra helsesektoren. Rådet ledes av Helse- og omsorgsdepartementet. Det er etablert beredskapsutvalg for særskilte risikoområder, herunder smittevern og pandemi. Videre har det vært en endring i den sentrale helseforvaltningen for å avklare roller og sørge for mer effektiv ressursbruk.

19.3 Gjeldende rett

19.3.1 Grunnloven, menneskerettighetene og Norges folkerettslige forpliktelser

I en helsekrise har staten en forpliktelse til å iverksette tiltak for å sikre retten til liv og helse, jf. blant annet Grunnloven § 93, den europeiske menneskerettskonvensjon (EMK) artikkel 2 nr. 1, FNs konvensjon om sivile og politiske rettigheter (SP) artikkel 6 nr. 1 og FNs konvensjon om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter (ØSK) artikkel 12 nr. 1. En stat har også i utgangspunktet en suveren rett til å regulere utlendingers adgang til riket, med mindre det foreligger en traktatrettslig plikt til å tillate innreise.

Etter Grunnloven § 106 andre ledd andre punktum kan norske statsborgere ikke nektes adgang til riket. Tilsvarende følger det av EMK tilleggsprotokoll 4 artikkel 3 nr. 2 at «ingen skal bli berøvet retten til adgang til territoriet til den stat han er borger av». Det foreligger lite praksis fra EMD om tilleggsprotokoll 4 artikkel 3, og det er noe uklart hvor langt forpliktelsen strekker seg. Tilleggsprotokoll 4 artikkel 3 inneholder ingen begrensningshjemmel for å beskytte helse, samfunnsordenen eller lignende, og retten er derfor absolutt. Etter Grunnloven § 106 andre ledd kan heller ingen nektes å forlate riket «med mindre det er nødvendig av hensyn til en effektiv rettsforfølgelse eller for avtjening av verneplikt».

Videre stiller Grunnloven § 102 og EMK artikkel 8 krav om rett til privatliv og familieliv. Tiltak for å begrense smitte over grensen, som for eksempel innreisekarantene, kan utgjøre et inngrep i disse rettighetene. Etter EMK artikkel 8 nr. 2 kan det gjøres inngrep i disse rettighetene når dette er i samsvar med lov og «er nødvendig i et demokratisk samfunn […] for å beskytte helse». I kravet om at inngrepet må være i samsvar med lov ligger det at det må være hjemmel i nasjonal rett, og i tillegg er det krav om at det nasjonale rettsgrunnlaget må oppfylle krav til tilgjengelighet for den det retter seg mot og være tilstrekkelig klart utformet. I tillegg må tiltaket være nødvendig ut fra formålet og forholdsmessig.

Grunnloven § 104 andre ledd stiller krav om at «ved handlinger og avgjørelser som berører barn, skal barnets beste være et grunnleggende hensyn». Det samme fremgår av FNs barnekonvensjon artikkel 3. Dette innebærer at det aktuelle smitteverntiltaket som skal hindre smitte over grensen for å beskytte folkehelsen, må vektes og dokumenteres opp mot hensynet til barnets beste. Under koronapandemien ble hensynet til barnets beste satt på spissen i forbindelse med besøks- og omsorgsrett for barn over grensen. Personer med omsorgsrett hadde unntak fra innreiserestriksjoner, og det oppstod spørsmål om tilrettelegging for familiebesøk mv. Videre reiste innreisekarantene, covid-19 testing,

opphold på karantenehotell og innreiserestriksjoner flere problemstillinger og behov for unntak.

Retten til fri bevegelighet for personer er en av de grunnleggende frihetene i EØS-avtalen. Den kommer blant annet til uttrykk gjennom EØS-avtalens artikkel 28 om fri bevegelighet for arbeidstakere. Det følger av artikkel 28 nr. 3 at den frie bevegeligheten skal gi rett til blant annet å ta arbeid og opphold, med forbehold om de begrensninger som er begrunnet ut fra hensynet til offentlig orden, sikkerhet og folkehelse. Tilsvarende begrensninger som er begrunnet ut fra hensynet til folkehelsen mv. gjelder for etablereringsfriheten (artikkel 31) og adgangen til å yte tjenester (artikkel 36), jf. avtalens artikkel 33 og 39. Også Wien-konvensjonene om akkreditert diplomatisk og konsulært personell mv. vil her være relevant, jf. nærmere omtale i punkt 5.6.

Videre fastsetter Europaparlaments- og rådsdirektiv 2004/38/EF av 29. april 2004 om unionsborgeres og deres familiemedlemmers rett til å bevege seg og oppholde seg fritt på medlemsstatenes territorium («fri bevegelighetsdirektivet») artikkel 5, en rett til innreise for statsborgere i EØS-statene. Det følger av artikkel 27 og 28 at inngrep i retten til fri bevegelighet bare er tillatt dersom tiltakene er nødvendige, forholdsmessige og basert på objektive og ikke-diskriminerende kriterier. Artikkel 29 nr. 1 fastsetter videre følgende:

> «Sykdommer som kan gi grunnlag for å begrense den frie bevegelighet, er bare sykdommer som kan være epidemiske i henhold til Verdens helseorganisasjons gjeldende bestemmelser samt infeksjonssykdommer eller smittsomme parasittære sykdommer dersom de omfattes av vernetiltak som gjelder for vertsstatens egne borgere.»

Smitteverntiltak for å begrense smitte over grensen må derfor oppfylle et legitimt formål, som for eksempel å beskytte folkehelsen, slik at restriksjoner i den frie bevegeligheten i prinsippet kan rettferdiggjøres under EØS-avtalen. Videre må tiltaket være ikke-diskriminerende og forholdsmessig.

19.3.2 Smittevernloven

Smittevernlovens formål er å verne befolkningen mot smittsomme sykdommer ved å forebygge dem og motvirke at de overføres i befolkningen, samt motvirke at slike sykdommer føres inn eller ut av Norge til andre land, jf. § 1-1.

Smittevernloven § 1-5 oppstiller grunnleggende krav til smitteverntiltak. Tiltaket må bygge på en medisinskfaglig vurdering av smittemåte og forebygging av sykdommen. Videre må tiltaket være nødvendig av hensyn til smittevernet og fremstå tjenlig etter en helhetsvurdering. Endelig er utgangspunktet for smitteverntiltak at de skal baseres på frivillighet. Se kapittel 10 for nærmere gjennomgang av de grunnleggende kravene i smittevernloven § 1-5.

Smittevernloven § 4-3 gir Kongen hjemmel til å «gi forskrifter for å motvirke at smittsomme sykdommer føres inn i landet eller spres til andre land (karantenetiltak), herunder bestemmelser om tiltak som gjelder personer, dyr, transportmidler, varer og gjenstander som kan tenkes å overføre smittsomme sykdommer». I forskriftene kan Kongen også fastsette «nærmere krav til undersøkelser, smittesanering og dokumentasjon

i forbindelse med innreise til og utreise fra Norge og i forbindelse med inn- og utførsel av varer».

Bestemmelsen gjennomfører WHOs internasjonale helsereglement (IHR) ved at den hjemler forskrift 21. desember 2007 nr. 1573 om varsling av og tiltak ved alvorlige hendelser av betydning for internasjonal folkehelse mv. (IHR-forskriften). Formålet etter forskriften § 1 er «å forebygge og motvirke alvorlige hendelser av betydning for internasjonal folkehelse, og sikre en internasjonalt koordinert oppfølging […] på måter som unngår unødvendig forstyrrelse av internasjonal trafikk og handel». IHR-forskriften § 14 gir Helsedirektoratet hjemmel til å bestemme iverksettelse av følgende tiltak overfor personer ved innreise til eller ved utreise fra Norge:

> «a. plikt til å opplyse om reisehistorikk i berørte områder, samt planlagt reiserute eller oppholdssted,
>
> b. plikt til å fremlegge dokumentasjon på medisinske undersøkelser, laboratorieanalyser, vaksinasjon eller annen profylaktisk behandling, herunder vaksinasjonssertifikat,
>
> c. medisinske undersøkelser av personer som er mistenkt smittet,
>
> d. masseundersøkelser,
>
> e. nekte mistenkt smittede personer innreise, dersom ingen andre tiltak anses tilstrekkelige,
>
> f. nekte ikke-smittede personer innreise til berørte områder, dersom ingen andre tiltak anses tilstrekkelige.»

Det går et klart skille mellom befolkningsrettede og generelle reguleringer av karantene og individuelle vedtak om tvangsisolasjon. Hjemmelen i § 4-3 om innreisekarantene må med andre ord ikke forveksles med tvangsvedtak rettet mot enkeltindivider som er regulert i smittevernloven kapittel 5. Smittevernloven § 4-3 gir ikke hjemmel til å bruke tvang til å holde personer fysisk på karantenestedet. Det er imidlertid anledning til å følge opp brudd med straffereaksjoner (for eksempel bøter).

Reguleringen av innreisekarantene kan være mer eller mindre tillitsbasert med hensyn til kontroll av etterlevelsen, og kan gå ut på alt fra at den innreisende kan gjennomføre karantene i eget hjem til pålegg om opphold på et sted som oppfyller mer spesifikke krav til ivaretakelse av smittevernet. Sted for gjennomføring av karantene kan for eksempel være i hjemmet, på arbeidsplassen eller annet egnet sted inntil faren for smitteoverføring er over eller avklart.

Under koronapandemien konkluderte regjeringen med at det var nødvendig å lovfeste en klarere hjemmel til å fastsette plikt til å gjennomføre innreisekarantene på karantenehotell. Det ble lagt vekt på at en plikt til å oppholde seg på karantenehotell for personer som kommer fra land med forhøyet smitte, og som utelukkende av den grunn anses å utgjøre en smitterisiko, er et inngripende tiltak, og at legalitetsprinsippet etter Grunnloven § 113 derfor tilsa en klarere lovhjemmel. Plikt til å gjennomføre innreisekarantene på karantenehotell ble første gang vedtatt ved kongelig resolusjon med hjemmel i smittevernloven § 7-12, med ikrafttredelse 9. november 2020. Regjeringen fremmet like etter forslag om midlertidig endring av smittevernloven § 4-3 med hjemmel til å gi forskrift om oppholdssted under innreisekarantene i Prop. 62 L (2020-2021). Pålegget om

karanteneopphold i hotell innebar et større inngrep enn karantene i eget hjem, men ble innført som en konsekvens av at den tillitsbaserte ordningen ikke fungerte tilstrekkelig effektivt.

Høyesterett har i den såkalte «Hyttedommen», jf. avsnitt 64-65 i HR-2022-718-A, lagt til grunn at den opprinnelige hjemmelen i smittevernloven § 4-3 er tilstrekkelig for å hjemle innreisekarantene. Høyesterett tok ikke stilling til om de midlertidige tilleggene i andre og tredje ledd om gjennomføring av karantene i hotell var nødvendige og tilstrekkelige for å hjemle dette tiltaket, da det ikke var sentralt i den aktuelle saken.

Høyesterett kom i sak HR-2024-1107-A til at bestemmelsen i covid-19-forskriften § 5 om plikt til karantenehotell var gyldig. Saken dreide seg om en svensk statsborger bosatt i Norge som på hjemreise til Norge fikk pålegg om å ta inn på karantenehotell, men heller valgte å gjennomføre karantenen hjemme. Mannen nektet å vedta forelegg for overtredelse. Høyesterett kom i likhet med tingretten og lagmannsretten til at vilkårene for smitteverntiltak i smittevernloven § 1-5 var oppfylt. Straff var ikke i strid med kravet til klar lovhjemmel, jf. Grunnloven § 96 og EMK artikkel 7. Mannens rett til privatliv og familieliv, jf. Grunnloven § 102 og EMK artikkel 8, ble ikke krenket ved at han ble straffet. EØS-rettens bestemmelser om retten til fri bevegelighet var heller ikke til hinder for straff. I EFTA-domstolens rådgivende uttalelse E-5/23 i anledning saken fremgår blant annet følgende:

> «6. Om det er usikkert hvorvidt eller i hvilket omfang det foreligger risiko for menneskers helse, må en EØS-stat kunne treffe beskyttende tiltak i samsvar med føre-var-prinsippet, uten å måtte vente til risikoen blir helt åpenbar, og særlig må EØS-statene kunne iverksette ethvert tiltak for å redusere en helserisiko i størst mulig grad for å nå målet om å beskytte folkehelsen. Restriktive tiltak som i hovedsaken kan bare anses å være i stand til å sikre det fastsatte folkehelsemålet dersom de reelt gjenspeiler et ønske om å nå det og gjennomføres på en konsekvent og systematisk måte. Den anmodende domstol vil måtte prøve om ovennevnte restriktive tiltak var begrenset til det som var strengt nødvendig, og om det fantes midler som ville være mindre inngripende i forhold til personenes frie bevegelighet, men like effektive for å nå folkehelsemålet.
>
> 7. EØS-statene kan ikke nektes muligheten for å kunne sikre det fastsatte folkehelsemålet ved å innføre generelle og ukompliserte regler som det er lett for enkeltpersoner å forstå og anvende og lett for vedkommende myndigheter å forvalte og kontrollere. Slike generelle og ukompliserte regler må overholde EØS-rettens generelle prinsipper, herunder prinsippene om forholdsmessighet og rettssikkerhet. Generelt kan ikke økt økonomisk og administrativ belastning utgjøre grunner som kan rettferdiggjøre en restriksjon på en grunnleggende frihet som er sikret i EØS-retten.
>
> 8. I lys av retten til fri bevegelighet kan det å avskrekke folk fra å reise utenlands ikke i seg selv være et legitimt mål, men kan være et berettiget middel for å oppnå folkehelsemålet om å redusere det totale smittetrykket i en situasjon slik som den hovedsaken gjelder.»

Forarbeidene til smittevernloven § 4-3 gir lite veiledning om hvor langt hjemmelen rekker for vedtak om å begrense utlendingers adgang til riket (innreiserestriksjoner). Samtidig gir som nevnt IHR-forskriften Helsedirektoratet myndighet til å iverksette innreiserestriksjoner. Helsedirektoratet kan etter forskriften § 14 første ledd bokstavene e og f «nekte smittede innreise» og «ikke-smittede personer innreise til berørte områder»,

dersom ingen andre tiltak anses tilstrekkelige. Under koronapandemien ble verken smittevernloven § 4-3 eller IHR-forskriften benyttet til å gi forskrifter om innreiserestriksjoner. I en overgangsperiode i koronapandemiens innledende fase ble hjemmelen i smittevernloven § 7-12 benyttet til å gi forskrifter, frem til vedtaket av en egen innreiserestriksjonslov. Se nærmere omtale i punkt 19.4.

19.3.3 Utlendingsloven

Lov 15. mai 2008 nr. 35 om utlendingers adgang til riket og deres opphold her (utlendingsloven) og forskrift 15. oktober 2009 nr. 1286 om utlendingers adgang til riket og deres opphold her (utlendingsforskriften), regulerer blant annet bortvisning.

Loven §§ 17 og 121 gir hjemmel for bortvisning av for eksempel utlendinger fra land utenfor EØS og utlendinger som er omfattet av EØS-regelverket. Bortvisning kan blant annet skje av hensyn til folkehelsen. Det følger av utlendingsloven § 17 første ledd bokstav l at en utlending kan bortvises «når det er nødvendig av hensyn til Norges eller et annet Schengenlands indre sikkerhet, folkehelse eller offentlig orden». I Ot.prp. nr. 73 (2005–2006) understreket departementet i tilknytning til den tilsvarende bestemmelsen i den tidligere utlendingsloven av 1988, at det skal legges avgjørende vekt på helsefaglige vurderinger. Videre er følgende uttalt i forarbeidene til dagens utlendingslov, jf. Ot.prp. nr. 75 (2006–2007) s. 409:

> «Et vedtak om bortvisning vil alltid bygge på tilrådinger fra helsemyndighetene. For at noen skal kunne bortvises med grunnlag i denne bestemmelsen, må det videre dreie seg om enten:
>
> - en sykdom som potensielt kan utvikle seg til en epidemi slik dette er definert i Det internasjonale helsereglementet (IHR) til Verdens Helseorganisasjon (WHO), eller
>
> - en annen infeksjonssykdom eller smittsom parasittsykdom dersom sykdommen fører til at det blir satt i verk vernetiltak overfor borgere i medlemsstatene.»

Bortvisning av EØS-borgere og deres familiemedlemmer reguleres av utlendingsloven § 121, som gjennomfører direktivet om fri personbevegelighet 2004/38/EF. Det følger av bestemmelsens første ledd bokstav a at EØS-borgere og deres familiemedlemmer kan bortvises dersom det foreligger forhold som gir grunnlag for utvisning. Hva som gir grunnlag for utvisning, følger av §§ 122 og 123. Etter utlendingsloven § 123 kan en utlending med oppholdsrett etter § 111 utvises når det er nødvendig av hensyn til folkehelsen og myndighetene har iverksatt beskyttelsestiltak ovenfor egne borgere. Departementet viser til omtale av bortvisning av hensyn til folkehelsen i Prop. 124 L (2019–2020) og Prop. 61 L (2020–2021).

Bestemmelsene om bortvisning i utlendingsloven er ikke utformet med sikte på så omfattende innreiserestriksjoner som det var behov for under koronapandemien. Bestemmelsene er innrettet mot situasjoner hvor det er mer rom for individuelle smittevernvurderinger og ordinære, individuelle saksbehandlingsprosedyrer. Det følger også av utlendingsloven § 18 at bortvisningsvedtak etter § 17 bokstav l må treffes av Utlendingsdirektoratet, og ikke av politiet. Under koronapandemien var det nødvendig å innføre både generelle innreiserestriksjoner overfor tredjelandsborgere (i samsvar med

EUs oppfordringer til Schengen-landene), omfattende inngrep i retten til fri bevegelighet etter EØS-retten, og unntak fra blant annet forvaltningsloven. Det ble derfor vedtatt først forskrift med hjemmel i smittevernloven § 7-12, og deretter en midlertidig lov og forskrift om innreiserestriksjoner for utlendinger av hensyn til folkehelsen. Loven og forskriften er nå opphevet. Se omtale i punkt 19.4.

19.3.4 Grenseloven

Etter grenseloven § 12 første ledd kan Kongen fatte vedtak om å forby eller begrense opphold, ferdsel og kryssing av grensen i situasjoner som ikke kan håndteres gjennom ordinære kontrolltiltak, når det er nødvendig av hensyn som er nevnt i nr. 1 til 4. Tiltaket skal være tidsmessig og geografisk avgrenset.

Etter første ledd nr. 1 til 3 omfatter bestemmelsen tiltak som er nødvendige for å trygge riksgrensen, grenseovergangsstedene og forholdene der, tiltak som er nødvendige for å styrke kontrollen med grensepasseringer og ferdselen og tiltak som er nødvendige for å verne samfunnet eller naturen. Første ledd nr. 4 omfatter tiltak som er nødvendige av andre helsemessige grunner eller sikkerhetsmessige forhold. Avtale 28. februar 2011 mellom Kongeriket Norges regjering og Den russiske føderasjonsregjering om grensepasseringsstedet Storskog-Boris Gleb på den norsk-russiske riksgrensen artikkel 5 gir også eksplisitt grunnlag for begrensning eller stans i trafikken som følge av naturkatastrofer, epidemiske eller epizootiske (som rammer dyr) sykdommer.

Ifølge Prop. 161 L (2016-2017) punkt 7.4.5 gjelder lovbestemmelsen «bare for den fysiske landegrensen, og vil ikke gi grunnlag for å stenge innreise til Norge over sjø- eller luftgrensene».

Kongen kan etter tredje ledd gi forskrift med nærmere regler om ekstraordinære adgangsbegrensninger.

19.3.5 Grenseforordningen

Grenseforordningen av 9. mars 2016 ((EU) 2016/399) regulerer kontrollen med bevegelsen av personer over ytre og indre Schengen-grenser. Forordningen er gjennomført i grenseloven og gjort til norsk rett ved inkorporasjon i grenseloven § 8 nr. 1. Del II har bestemmelser om grensekontroll ved passering av ytre Schengen-grenser og om grenseovervåking langs Schengen-områdets yttergrense. Del III oppstiller regler om indre grensekontroll.

Som hovedregel skal det ikke foretas grensekontroll av personer som passerer de indre grensene i Schengen-området. Dersom det foreligger en alvorlig trussel mot offentlig orden eller indre sikkerhet, kan medlemsstatene som siste utvei likevel midlertidig gjeninnføre grensekontroll i henhold til kriteriene og fremgangsmåten beskrevet i artikkel 25–35 i forordningens del III kapittel 2. Gjeninnføring av indre grensekontroll skal være nødvendig og forholdsmessig.

Beslutninger om gjeninnføring av indre grensekontroll skal notifiseres de øvrige medlemsstatene og Kommisjonen, som kan avgi uttalelser om tiltaket og vurderingen av dets nødvendighet og forholdsmessighet. Notifikasjonene og uttalelsene skal kunne

diskuteres i særlige konsultasjonsprosesser mellom medlemsstatene og Kommisjonen (samråd). Det gjelder særlige regler der trusselen krever umiddelbare tiltak, og i ekstraordinære situasjoner etter artikkel 28, 29 og 30. I henhold til artikkel 33 skal medlemsstater som gjeninnfører indre grensekontroll rapportere til Europaparlamentet, Rådet og Kommisjonen. Kommisjonen skal minst årlig avgi en rapport til Europaparlamentet og Rådet om beslutninger om gjeninnføring av indre grensekontroll i løpet av det aktuelle året.

Forordning (EU) 2024/1717 om endringer i grenseforordningen ble vedtatt i EU 13. juni 2024. Forordningen endrer Schengen-regelverket for bevegelsen av personer over indre og ytre Schengen-grenser, herunder reglene om grensekontroll og grenseovervåking. Endringsforordningen artikkel 21a gir Rådet myndighet til å fastsette en gjennomføringsrettsakt med felles innreisetiltak for Schengen-områdets *yttergrense*. Bestemmelsen kommer til anvendelse ved storskala folkehelsekriser som er anerkjent av Kommisjonen etter innspill fra nasjonale helsemyndigheter. Tiltakene kan omfatte innreiserestriksjoner for tredjelandsborgere og midlertidige smitteverntiltak for alle reisende (helserelaterte restriksjoner som testing, karantene, selvisolering mv.) som er nødvendig for å beskytte folkehelsen i Schengen-området. Restriksjonene må være forholdsmessige og ikke-diskriminerende. Personer med rett til fri bevegelse og personer med oppholdstillatelse vil aldri kunne nektes innreise etter gjennomføringsrettsakten, og kan bare pålegges minimumssmitteverntiltak. Andre personer som foretar essensielle reiser (definert i liste A og B i nytt vedlegg XI) vil kun unntaksvis og for en strengt begrenset tidsperiode kunne nektes innreise.

Dersom medlemsstatene innfører strengere nasjonale innreisetiltak, skal disse ikke ha en negativ innvirkning på Schengen-områdets funksjon. Smitteverntiltak skal være i overenstemmelse med direktivet om fri personbevegelighet (direktiv 2004/38/EF).

Ved en alvorlig trussel mot offentlig orden eller indre sikkerhet i en medlemsstat, kan *indre grensekontroll* unntaksvis gjeninnføres langs hele eller deler av den indre grensen. En slik alvorlig trussel kan stamme fra terrorhandlinger eller -trusler og trusler fra alvorlig organisert kriminalitet, storskala folkehelsekriser og store eller høyprofilerte internasjonale arrangement eller hendelser.

Stortinget samtykket 10. juni 2025 til godtakelse av endringsforordningen, jf. Prop. 123 LS (2024–2025) *Endringer i grenseloven og utlendingsloven mv. (gjennomføring av revidert grenseforordning) og samtykke til godtakelse av forordning (EU) 2024/1717 om endringer i grenseforordningen (videreutvikling av Schengen-regelverket)*.

19.4 Tiltak under koronapandemien

Koronapandemien utløste behov for å innføre ulike tiltak for å hindre eller begrense spredningen av covid-19 over landegrensen. Tiltak som ble benyttet var blant annet:

- Innreiserestriksjoner for utlendinger, inkludert bortvisning ved brudd på plikter om testing mv.
- Grensekontroll

- Opprettelse av innreiseregistreringssystem (IRRS), inkludert plikt til å opplyse om reisehistorikk
- Opprettelse av Nasjonalt kontrollsenter for innreisende
- Innreisekarantene
- Krav om opphold på karantenehotell og krav om opphold på isolasjonshotell
- Krav om testing eller undersøkelse ved grensepassering, inkludert massetesting eller masseundersøkelser
- Krav om testing eller undersøkelse etter grensepassering

Av disse tiltakene hjemlet smittevernloven § 4-3 innreisekarantene, krav om testing og undersøkelse ved og etter grensepassering, opprettelse av Nasjonalt kontrollsenter for innreisende, plikt til å opplyse om reisehistorikk og opprettelse av innreiseregistreringssystemet (IRRS).

Opphold på karantenehotell ble først hjemlet i smittevernloven § 7-12 og deretter i en ny midlertidig lovhjemmel i § 4-3 andre ledd. Staten inngikk avtaler med aktuelle kommuner om etablering av karantenehotell og kompenserte kommunene for utgiftene til dette.

Innreiserestriksjoner og grensekontroll ble også hjemlet i midlertidig lovverk. Med hjemmel i smittevernloven § 7-12 vedtok Kongen i statsråd 15. mars 2020 forskrift nr. 293 om bortvisning av utlendinger av hensyn til folkehelsen (bortvisningsforskriften). Forskriften innførte strenge begrensninger for utlendingers rett til innreise i Norge. Fra 1. juli 2020 var midlertidig lov 19. juni 2020 nr. 83 om innreiserestriksjoner for utlendinger av hensyn til folkehelsen (innreiserestriksjonsloven) hjemmel for innreiserestriksjonene, utfylt av en ny forskrift med hjemmel i denne loven. De siste innreiserestriksjonene ble opphevet gjennom forskriftsendringer 26. november 2021. Loven ble opphevet 1. mai 2022. Se nærmere omtale av hjemmelsgrunnlaget i Prop. 124 L (2019-2020).

Som kjent var målet i den tidlige fasen av pandemien å hindre ytterligere smitte av viruset til Norge og å slå ned utbruddet med strenge smitteverntiltak innenlands. Så lenge smittetrykket i andre land var større enn i Norge var det nødvendig med tiltak på grensen, slik at smittede ble identifisert og isolert før de smittet videre inn i befolkningen. I den situasjonen var strenge TISK-tiltak (testing, isolering, smittesporing og karantene) nødvendige for å identifisere smittede og stoppe videre spredning av viruset. For å få kontroll over eventuell smitte blant innreisende, ble det nødvendig å redusere volumet av reisende inn til Norge ved å innføre innreiserestriksjoner.

I situasjoner der det var oppdaget nye og mer alvorlige virusvarianter i andre land, ble tiltakene på grensen strammet inn. Det viste seg vanskelig å hindre innføring av nye virusvarianter, men strenge tiltak både på grensen og innenlands forsinket imidlertid spredningen innad i landet. En slik forsinkelse av spredningen ble ansett som viktig blant annet for å få bedre tid til å vaksinere en så stor andel av befolkningen som mulig og opparbeide mer kunnskap om sykdommen.

Som med alle andre smitteverntiltak under pandemien, var effekten av tiltakene avhengig av hvilke andre samtidige smitteverntiltak som var gjeldende. For eksempel påvirket innreiserestriksjonene om det var gjennomførbart å teste alle på grensen, mens karantenehotell økte etterlevelsen av innreisekaranteneplikten. God tilgang på

testkapasitet i kommunen kunne videre bidra til å forkorte innreisekarantenen. Innreiserestriksjoner var et mer inngripende tiltak enn innreisekarantene, kostbart å håndheve og hadde stor økonomisk effekt på samfunnsnivå, men var samtidig enklere å håndheve. Den generelle mobiliteten i samfunnet minket og dermed minket også smittespredningen. Innreiserestriksjoner bidro til å hindre stor konsentrasjon av tilreisende på enkelte steder, noe som igjen kunne gi bedre forutsetninger for overholdelse av smittevernanbefalinger. Innreiserestriksjonene ivaretok også EUs tilrådninger i EØS- og Schengensamarbeidet.

19.5 Uttalelser fra Koronakommisjonen, Koronautvalget mm.

Koronakommisjonen omtaler ansvar, tiltak, prosess og anbefalinger knyttet til håndtering av importsmitte, innreiserestriksjoner og innreisekarantene under store deler av koronapandemien i NOU 2022: 5 kapittel 7. Kommisjonen omtaler sine funn og anbefalinger i punkt 7.9. Her gjengis anbefalingene som særlig rettet seg mot innreisetiltak og innreiserestriksjoner:

> «Kommisjonen anbefaler at myndighetene systematisk går gjennom og analyserer tilgjengelige data for å vurdere hvorvidt karantenehotellordningen og de enkelte innreiserestriksjonene er effektive smitteverntiltak. Dette vil være nyttig for eventuelle senere pandemier. Myndighetene bør utarbeide bedre statistikk over reiseaktiviteten inn og ut av Norge, hvem som reiser, hvilke land de reiser fra og til osv. Innsamling, analyser og bruk av slik informasjon må selvsagt skje innenfor rammene av personopplysningsregelverket.»
>
> «Kommisjonen anbefaler også at myndighetene utarbeider tverrsektorielle konsekvensutredninger og kost–nytte-analyser av å stenge grensene og andre tiltak på grensen. Disse analysene bør omfatte de samlede kostnadene knyttet til å stenge grensene, inkludert offentlig ressursbruk og økonomiske konsekvenser for næringslivet. Myndighetene bør også foreta en systematisk evaluering av konsekvensene av importsmittetiltakene som ikke er av rent økonomisk karakter, for eksempel hvilke virkninger opphold på karantenehotell har hatt for barn og unge, mennesker med sosiale problemer eller psykiske lidelser og andre sårbare grupper.»
>
> «Kommisjonen anbefaler at ansvarsforholdet mellom helsemyndigheter, kommuner og politi tydeliggjøres med tanke på mulige tiltak for å begrense importsmitte i en framtidig krise.»
>
> «Kommisjonen anbefaler at DSB sitt ansvar for tverrsektoriell koordinering der myndighetene innfører tiltak på grensen, blir klargjort. På dette området bør det også klargjøres hva som er DSBs ansvar for faglige innspill ved utarbeidelse og justering av regelverk, og for tolkninger av regelverk.»
>
> «Kommisjonen anbefaler at myndighetene gjør en evaluering spesielt av karantenehotellordningens konkrete innretning, med tanke på eventuell framtidig bruk. Ved disse vurderingene bør det bli rettet spesiell oppmerksomhet mot hvilke saksbehandlingskrav og rettssikkerhetsgarantier som bør gjelde for en slik ordning.»
>
> «Kommisjonen anbefaler at myndighetene foretar en helhetlig utredning av innreisekarantene, innreiserestriksjoner og andre tiltak på grensen med tanke på hvordan slike tiltak best kan bli innrettet ved en framtidig krise for å oppnå ønsket effekt og samtidig være i samsvar med Norges internasjonale forpliktelser.»

«Koronakommisjonen anbefaler at innreiserestriksjoner og innreisekarantene også blir vurdert i lys av det nordiske samarbeidet.»

«Kommisjonen anbefaler at Ullensaker kommunes rolle som vertskommune for Oslo lufthavn blir spesielt tatt hensyn til ved i revideringen eller utarbeidelsen av framtidige beredskapsplaner, med utgangspunkt i erfaringene fra pandemien.»

«Kommisjonen anbefaler at myndighetene foretar en risiko- og sårbarhetsanalyse av innføringen av innreiserestriksjoner og stengte grenser, som grunnlaget for framtidige beredskapsplaner.»

I NOU 2023: 16 uttaler Koronautvalget følgende i punkt 12.3.2:

«Både regjeringen Solberg og regjeringen Støre valgte en pandemihåndtering som innebar streng innreisekontroll. Koronakommisjonens første rapport ga generell støtte til de første tiltakene som ble innført for å begrense importsmitte våren 2020, men vurderte ikke konsekvensene av å stenge grensene. I Koronakommisjonens andre rapport ble innreisetiltakene frem til høsten 2021 drøftet i mer detalj, og kommisjonen belyser sider ved myndighetenes håndtering som de mente var kritikkverdig. Kritikken fra kommisjonen gikk blant annet ut på et unødvendig tidspress, prosess, involvering, mangel på kunnskap om konsekvensene, uklar ansvarsfordeling og at det var utydelig hva som var politiske beslutninger og hva som var faglige råd.

Koronautvalget har gjennomført en mer begrenset gjennomgang av de faglige vurderingene som lå til grunn for de politiske beslutningene på innreisefeltet høsten 2021 og vinteren 2022. Utvalgets gjennomgang viser at fagetatene hadde ulik oppfatning av bruken og effekten av innreisetiltak for å begrense importsmitte».

Utvalgets vurdering avsluttes med følgende anbefaling:

«Koronautvalget støtter Koronakommisjonens anbefaling om at myndighetene bør gå gjennom tilgjengelige data for å vurdere hvorvidt innreisetiltakene var effektive og om innretningen kan forbedres. Videre mener Koronautvalget at ordningen med karantehotell kan være viktig som ledd i beredskapen og at karantenehotellordningen bør videreutvikles for å redusere svakheter, slik også Koronakommisjonen påpekte.

Utvalget anbefaler at myndighetene lager beredskapsplaner for hvordan det ved behov kan innføres tiltak på grensen for å begrense importsmitte. Dersom neste pandemi involverer et alvorlig virus, er det avgjørende at innreisetiltak kan opprettes raskt, at systemet er håndterbart og tiltakene virkningsfulle».

I svar på departementets oppdrag i tildelingsbrev 2023 nr. 69 del 2 anbefaler både Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet å videreføre hjemmelen i smittevernloven § 4-3 til å gi forskrifter for å motvirke at smittsomme sykdommer føres inn i landet eller spres til andre land. De mener det er viktig å ivareta bestemmelsens vide og generelle preg fordi vi ikke kan være sikre på hvor effektive enkelte tiltak vil være i neste smittesituasjon. Det må vurderes konkret hver gang. Helsedirektoratet peker på at det kan være behov for å presisere nærmere hvilke smitteverntiltak bestemmelsen omfatter, men advarer samtidig mot en uttømmende opplisting som bidrar til å innskrenke hjemmelen. Både Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet anbefaler at hjemmel for karantenehotell tydeliggjøres i smittevernloven.

19.6 Departementets vurderinger og forslag

19.6.1 Generell hjemmel

Departementet foreslår at lovhjemlene i smittevernloven for å motvirke at smittsomme sykdommer føres inn i landet, spres i landet eller spres til andre land, fortsatt skal være utformet på en måte slik at de kan gi grunnlag for flere ulike tiltak. Det er viktig at smittevernloven både er effektfull ved enkelttilfeller av alvorlig smitte på grensen, og at den kan hjemle nødvendige tiltak ved større smittehendelser, slik som ved en pandemi.

Departementet legger i likhet med Helsedirektoratet vekt på at loven må gi hjemmel for tiltak ved smittevernhendelser av mindre omfang, så vel som forskrifter ved større smittevernhendelser hvor det er avklart at det gjelder en nærmere definert allmennfarlig smittsom sykdom. Bestemmelsene skal også gi hjemmel for tiltak etter WHOs internasjonale helsereglement (IHR), gjennomført i IHR-forskriften. Vi må ha verktøy for å kunne møte en ny pandemi av ukjent karakter. Sykdommene som vil kunne utløse behov for bruk av fullmaktsbestemmelsene kan være svært ulike og hvilke tiltak som vil ha smittevernmessig effekt vil avhenge av den konkrete situasjonen. En generell utforming av hjemmelen vil bidra til at smittehendelser av ulikt omfang og ulike typer hendelser, med kjente eller ukjente smittestoffer, omfattes av bestemmelsene Det vises i denne sammenhengen også til historikken til smittevernlovgivningen, som har gått fra et spesifikt sykdomsfokus til å bli generell og omfavne alle typer hendelser. Bestemmelsene som skal beskytte innbyggerne mot smittsomme sykdommer som føres inn og ut av landet, må kunne hjemle nødvendige tiltak ved en krise.

Departementet har vurdert om terskelen for å benytte hjemmelen burde knyttes til et vilkår om at den smittsomme sykdommen må være «allmennfarlig», men er kommet til at dette vil være en for høy terskel for operative smitteverntiltak av mer daglig karakter og tiltak som fremgår av IHR-forskriften.

Selv om gjeldende smittevernlov § 4-3 oppgir formålet som å motvirke at smittsomme sykdommer føres inn i landet eller spres til andre land, er det klart at hjemlene også skal brukes til å motvirke at smittsomme sykdommer spres i landet.

Departementet foreslår derfor å videreføre Kongens hjemmel til å gi forskrifter for å motvirke at smittsomme sykdommer føres inn i landet, spres i landet eller spres til andre land, likevel slik at loven gir flere og mer detaljerte bestemmelser. Departementet foreslår egne paragrafer for tiltak overfor personer (ny lov §§ 9-1 til 9-3) og tiltak overfor dyr, transportmidler, varer og gjenstander (§ 9-4).

Samtidig setter legalitetsprinsippet grenser for hvor generelt utformet en hjemmel kan være. Jo mer inngripende tiltaket som skal forskriftsfestes er, desto større krav stilles det til at forskriftshjemmelen er klar. Departementet vurderer derfor i punkt 19.6.2 behovet for å presisere at Kongens hjemmel til å gi forskrifter kan omfatte krav om

- innreisekarantene og hvordan den skal gjennomføres
- at innreisekarantene må gjennomføres på pålagt sted (karantenehotell)

- å fremvise dokumentasjon
- å la seg undersøke for allmennfarlig smittsom sykdom.

Departementet vurderer videre i punkt 19.6.3 behovet for å gi Kongen i statsråd hjemmel til å forskriftsfeste innreiserestriksjoner for utlendinger, ut over det som allerede følger av gjeldende smittevernlov og annen lovgivning.

Smitteverntiltak overfor dyr, transportmidler, varer og gjenstander vurderes i punkt 19.6.4.

Kravet til nødvendighet om forholdsmessighet av smitteverntiltakene omtales i punkt 19.6.5. Se også punkt 20.7.4 om avgrensning av smitteverntiltak ut fra vaksinasjonsstatus, gjennomgått sykdom, resultat av test for sykdom eller andre forhold som har betydning for om en person kan smitte andre, bli smittet eller utvikle alvorlig sykdom.

19.6.2 Smitteverntiltak for personer ved inn- og utreise - innreisekarantene, dokumentasjon og undersøkelse

19.6.2.1 Smitteverntiltak overfor smittede og eksponerte personer

I gjeldende lov er det hjemmel til å forskriftsfeste tiltak ved inn- og utreise overfor personer «som kan tenkes å overføre smittsomme sykdommer». Begrepet er ikke forklart nærmere i forarbeidene og ordlyden gir lite veiledning om begrensninger. Departementet ser behov for at det fremgår tydeligere av lovteksten når forskriftshjemmelen kan anvendes og at ordlyden i større grad samsvarer med lovforslaget § 8-3 om innenlandske forskrifter om isolering, smittekarantene og andre begrensninger i bevegelsesfriheten, se høringsnotatets punkt 18.7.2.1.

Lovforslaget § 8-3 bestemmer at Kongen ved samfunnskritisk sykdom kan gi forskrift om isolering for smittede personer og smittekarantene for eksponerte personer, for å forebygge eller motvirke overføring av sykdommen. Begrepene smittet person og eksponert person er definert i lovforslaget § 1-3. Ved innreise til landet og utreise fra landet vil det tilsvarende være behov for å kunne rette smitteverntiltak mot personer som enten anses smittet etter en faglig vurdering (smittet) eller som har økt risiko for å være smittet etter å ha vært eksponert for en smittekilde (eksponert). Eksempler på eksponerte personer kan for eksempel være de som har oppholdt seg i land eller områder med et høyere smittetrykk enn Norge. Det kan også være personer som har hatt nærkontakt med en smittet eller som har oppholdt seg for eksempel på et fly sammen med en smitteførende person. Departementet legger til grunn at gjeldende § 4-3 også i dag hjemler tiltak overfor disse persongruppene.

De grunnleggende kravene om medisinskfaglig begrunnelse, nødvendighet og forholdsmessighet i forslaget til ny smittevernlov § 1-5 kan kreve tilpasninger eller unntak fra smitteverntiltakene når det er mulig å identifisere personer som ikke er smitteførende eller har tilstrekkelig lav risiko for å føre sykdommen videre. Se omtalen av tilpasning av smitteverntiltak i kapittel 20 og forslaget til ny lov § 9-6, hvor det fremgår at Kongen kan gi forskrifter om at vaksinasjonsstatus, gjennomgått sykdom, resultat av test for sykdom eller andre forhold som har betydning for om en person kan smitte andre, bli smittet eller utvikle alvorlig sykdom, inngår i avgrensningen av eller gir unntak fra, smitteverntiltak.

Departementet foreslår på denne bakgrunn å lovfeste at Kongen kan gi forskrifter for å motvirke at smittsomme sykdommer føres inn i landet, spres i landet eller spres til andre land av smittede eller eksponerte personer.

19.6.2.2 Innreisekarantene

I ny smittevernlov § 9-1 andre ledd bokstav a foreslår departementet at Kongen i forskrift kan fastsette krav om at smittede og eksponerte personer er skal oppholde seg adskilt fra andre i en periode inntil det er tilstrekkelig klarlagt at de ikke er smitteførende, inkludert krav til hvor og hvordan innreisekarantenen skal gjennomføres (innreisekarantene). Formålet med kravet må være å motvirke at smittsomme sykdommer føres inn i landet, spres i landet eller spres til andre land.

Bestemmelsen tydeliggjør i all hovedsak gjeldende rett, og gir hjemmel til å forskriftsfeste generelle regler om at personer som ankommer landet må tilbringe innreisekarantene i eget hjem eller på annet egnet oppholdssted hvor det går an å holde seg adskilt fra andre.

Sykdommens dødelighet, smittsomhet, inkubasjonstid, smittemåte og andre egenskaper vil ha stor betydning for innreisekarantenens varighet, krav til oppholdssted og hvilke unntak som kan gjelde. Kapasiteten ihelse- og omsorgstjenesten, hvilke andre smitteverntiltak som gjelder og hensynet til at reglene etterleves og kan kontrolleres, vil også ha stor betydning for hvordan en forskrift om innreisekarantene bør utformes.

Innreisekarantene kan for eksempel være aktuelt å pålegge personer som har oppholdt seg i et land med betydelig høyere smittetrykk enn i Norge.

Det vil være nærliggende at personer som har bosted i Norge kan gjennomføre innreisekarantene i eget hjem der det er mulig å holde avstand til andre i husstanden. For personer som ikke har eget bosted i landet, kan det være nødvendig å kreve dokumentasjon for egnet oppholdssted hvor karantene kan gjennomføres. Egnede karantenesteder kan i slike tilfeller for eksempel være hotellrom, hus, leilighet eller hytte.

Retten til privatliv og hensynet til barns beste (inkludert samvær mellom foreldre og barn over grensen) må vurderes ved utforming av forskrifter om innreisekarantene. Det må også tas hensyn til konsekvenser for grenseboere som daglig pendler til arbeid eller skole over grensen, vareforsyning, tilgang til arbeidskraft og særlige forpliktelser overfor diplomater og andre utsendinger fra andre land. Under koronapandemien gjaldt det for eksempel egne karantenebestemmelser for trailersjåfører, flymannskap, sjøfolk, diplomater, personer som arbeidet over grensen og barn som skulle ha samvær med foreldre over grensen.

Varigheten av en pågående smittesituasjon og valg av strategi vil også være relevant for hvor detaljert reguleringen må være med hensyn til blant annet unntak fra innreisekarantene. Koronapandemien er et eksempel på en smittesituasjon som var langvarig og hvor det var behov for detaljert regulering.

Bestemmelsen gir også hjemmel til å forskriftsfeste nærmere hvordan innreisekarantenen skal gjennomføres. Det kan for eksempel være aktuelt å kreve at personer i karantene ikke skal ta offentlig transport, må bruke munnbind eller på andre måter skal unngå nærkontakt med andre.

Hjemmelen kan også benyttes til å regulere ulike former for kontroll med etterlevelsen av innreisekarantene. Under koronapandemien ble det for eksempel opprettet et kontrollsenter som ringte til personer som var i innreisekarantene for å veilede og kontrollere at de etterlevde karantenebestemmelsene.

Bestemmelsen hjemler ikke bruk av tvang. Brudd på bestemmelsen vil imidlertid kunne straffes etter forslaget til § 12-1.

19.6.2.3 Forskrifter om innreisekarantene på pålagt oppholdssted ved samfunnskritisk sykdom

Departementet har vurdert om det er behov for en hjemmel som åpner for at Kongen i statsråd i særlige tilfeller kan gi forskrift om at gjennomføring av innreisekarantene skal skje på et nærmere pålagt oppholdssted, som for eksempel på karantenehotell.

Det kan være nødvendig å stille strenge krav til oppholdssted og føre strammere kontroll med karantenen i særlige alvorlige smittesituasjoner. Karantenehotell var et sentralt virkemiddel under koronapandemien og ble innført som en konsekvens av at den tillitsbaserte ordningen med karantene «på egnet sted» ikke fungerte godt nok. I kongelig resolusjon 6. november 2020 om karantenehotell ble det blant annet lagt vekt på følgende:

> «Det er vurdert om det hadde vært mulig med mindre inngripende regulering, blant annet ved å angi flere aktuelle karantenesteder. Erfaringen viser imidlertid at karantene i andres hjem ikke gir tilstrekkelig beskyttelse. Heller ikke andre alternativer, som opphold på hotell bestilt av den enkelte eller korttidsleie, vil etter helsemyndighetenes syn ha gitt et tilstrekkelig vern mot importsmitte. Ved slike opphold vil personer i karantene i større grad samhandle med andre persongrupper. Det vil videre være vanskelig på grensen å kontrollere dokumentasjonen for et egnet oppholdssted, og det vil være svært utfordrende å gjennomføre kontroll og tilsyn. Ved at personene befinner seg på spesielt angitte hoteller, vil man lettere sikre at karantene gjennomføres smittevernfaglig forsvarlig, og at dette kan kontrolleres vesentlig enklere. Det etableres videre et system med testing av personer på karantenehotell, som gir økt beskyttelse for den enkelte, for andre som bor på hotellet og for de som arbeider der. Da vil man blant annet sikre rask isolering dersom en test er positiv.»

Krav om opphold på karantenehotell vil gi bedre kontroll med etterlevelsen hos innreisende og bidra til mindre reiseaktivitet som ikke anses som nødvendig for å ivareta viktige behov. Krav om karantenehotell vil være mindre inngripende for utlendinger enn et innreiseforbud. Dette kan igjen ha betydning for muligheten til å opprettholde aktiviteten i næringsliv og samfunnet ellers.

Videre har staten fått medhold i de sakene om bruk av karantenehotell under koronapandemien som har vært prøvd for domstolene. En hjemmel som åpner for karantenehotell, vil også være i tråd med Koronautvalgets anbefaling om å videreutvikle karantenehotellordningen og Helsedirektoratets anbefaling om slik hjemmel.

På den annen side, kan det reises spørsmål ved om en permanent forskriftshjemmel i smittevernloven som åpner for karantenehotell kan utfordre maktfordelingsprinsippet i for stor grad. Krav om opphold på karantenehotell er et svært inngripende tiltak for den enkelte. Det griper inn i grunnleggende rettigheter som retten til privatliv og familieliv i Grunnloven § 102 og EMK artikkel 8 nr. 2. Det kan hevdes at Stortinget må involveres i

større grad ved et så inngripende tiltak, enten ved en ordinær forkortet lovgivningsprosess eller ved bruk av fullmaktshjemmelen § 7-12 der det haster. Det vises til at det var mulig å få vedtatt lovhjemmel for karantenehotell relativt raskt under koronapandemien.

I tråd med etatenes anbefalinger foreslår departementet likevel en hjemmel som gir Kongen i statsråd myndighet til å gi forskrift om at innreisekarantene må gjennomføres på karantenehotell. Departementet legger avgjørende vekt på at vi under deler av koronapandemien erfarte at karantenehotell var et helt nødvendig tiltak for å få kontroll på smitte ved innreise. Dette er også i tråd med Koronakommisjonens og Koronautvalgets anbefalinger. Departementet foreslår å lovfeste i ny lov § 9-2 at det snarest mulig skal sendes meddelelse til Stortinget når forskrift vedtas med hjemmel i bestemmelsen. En slik meddelelsesplikt vil kunne bidra til at hensynet til parlamentarisk kontroll ivaretas.

Departementet foreslår at forskriftshjemmelen kun kan brukes når det er «nødvendig for å motvirke en samfunnskritisk sykdom. «Samfunnskritisk sykdom» er definert i § 1-3 som en allmennfarlig smittsom sykdom, hvor utbredelsen medfører eller risikerer å medføre alvorlige forstyrrelser av viktige samfunnsfunksjoner. Videre må Kongen ha bestemt at den aktuelle allmennfarlige smittsomme sykdommen utgjør en samfunnskritisk sykdom.

Formålet med forskriftshjemmelen er å kunne bestemme at innreisekarantene skal gjennomføres på et bestemt oppholdssted, slik som et karantenehotell, for å sikre at karantenen kan gjennomføres på en smittevernfaglig egnet måte. Tiltaket må være forholdsmessig og nødvendig for å hindre at smittede tilreisende skal spre sykdommen. Tiltaket må vurderes opp mot andre tiltak. I noen tilfeller vil pålegg om innreisekarantene på karantehotell kunne anses å være det eneste effektive alternative tiltaket til innreiseforbud. Forbud mot å la utlendinger reise inn i landet (innreiserestriksjoner) vil for disse anses som et mer inngripende tiltak enn å stille krav til gjennomføring av karantene, inkludert gjennomføring på karantenehotell. Momenter som kan tale for bruk av karantenehotell kan for eksempel være at mobiliteten inn og ut av landet er stor og etterlevelsen av innreisekarantene er dårlig.

Departementet understreker at krav om bestemt oppholdssted under innreisekarantene må være basert på en klar medisinskfaglig begrunnelse. Dette vil sammen med de andre rettslige rammene begrense bruken av denne forskriftshjemmelen.

Et eksempel på en situasjon hvor det kan være nødvendig med forskrift om karantenehotell, er når den eneste muligheten for å få kontroll med eller begrense innføring av en samfunnskritisk sykdom er å begrense og kontrollere reisevirksomhet inn og ut av landet i betydelig grad. Det kan også være aktuelt i situasjoner der den aktuelle samfunnskritiske sykdommen er av en særlig alvorlig eller smittsom karakter, slik at det må stilles særskilte krav til karantenestedet og legge til rette for god etterlevelse og kontroll. Bruk av karantenehotell vil være aktuelt der alternativet ved å ikke iverksette tiltaket vil kunne medføre alvorlige forstyrrelser av viktige samfunnsfunksjoner. Det kan for eksempel være tilfellet dersom helse- og omsorgstjenesten ikke lenger kan tilby nødvendig helsehjelp på grunn av kapasitetsproblemer, undervisningstilbudet reduseres eller nødvendige funksjoner som søppeltømming, viktig vedlikehold av strøm og telenett opphører.

Departementet vil understreke viktigheten av at det ved utarbeidelse av planverk for pandemihåndtering planlegges for et scenario hvor bruk av karantenehotell kan bli nødvendig. Det bør med andre ord legges planer for bruk av særskilte karantenesteder som for eksempel hotell i nærheten av flyplasser, fergeanlegg eller andre knutepunkt for innreise. I den forbindelse bør det også legges planer for logistikk med hensyn til undersøkelser, transport og isolering av dem som skal i karantene.

19.6.2.4 Forskrifter om dokumentasjon

I ny smittevernlov § 9-1 andre ledd bokstav b, foreslår departementet å presisere at Kongen i forskrift kan fastsette krav om at personer som ankommer Norge skal fremvise dokumentasjon for at de ikke har en allmennfarlig smittsom sykdom. Dette viderefører Kongens hjemmel i gjeldende smittevernlov § 4-3 til å fastsette nærmere krav til dokumentasjon i forbindelse med innreise til og utreise fra Norge.

En slik plikt og hvilke krav som skal stilles til dokumentasjon, vil kunne variere etter hva slags allmennfarlig smittsom sykdom det er snakk om og den praktiske muligheten for å innhente dokumentasjon. I noen tilfeller kan det for eksempel være tilstrekkelig med en skriftlig legeerklæring, mens det i andre tilfeller vil kunne være nødvendig å fastsette mer spesifikke dokumentasjonskrav som det er enklere å kontrollere ektheten av. Hensynet til å unngå forfalskning, kapasitetshensyn i grensekontrollen, reisevolum, etterlevelse og internasjonale avtaler vil også kunne påvirke dokumentasjonskravene.

Under koronapandemien ble det for eksempel ansett som nødvendig å innføre krav om dokumentasjon gjennom et såkalt Koronasertifikat. Se kapittel 20.7.6 om lovhjemmel til å gi forskrifter om krav til dokumentasjon av vaksinasjonsstatus, gjennomgått sykdom, resultat av test for sykdom eller andre forhold som har betydning for om en person er smittet eller smittsom, når det inngår i avgrensningen av smitteverntiltak eller gir unntak fra smitteverntiltak.

19.6.2.5 Forskrifter om undersøkelser

I ny smittevernlov § 9-1 andre ledd bokstav c, foreslår departementet å presisere at Kongen i forskrift kan stille krav om at smittede og eksponerte personer som ankommer Norge, skal la seg undersøke for om de har en allmennfarlig smittsom sykdom. Dette viderefører Kongens hjemmel i smittevernloven § 4-3 til å fastsette nærmere krav til undersøkelser i forbindelse med innreise til og utreise fra Norge.

Departementet forutsetter at de aktuelle undersøkelsene er avgrenset på samme måte som de undersøkelsene som er omfattet av ny lov § 5-4 om undersøkelse av befolkningen, dvs. «blodprøvetaking, eller andre tilsvarende undersøkelser som er medisinskfaglig forsvarlig og kan gjøres uten fare». Se også dom 19. april 2023 ved Agder Lagmannsrett (LA-2022-33163) hvor retten blant annet vurderte lovanvendelsen i forbindelse med at en kvinne nektet å vedta bot for å ha unnlatt å ta en covid-19-test og fylle ut skjema ved innreise til Norge i september 2021. Dommen kan gi en viss veiledning med hensyn til hvilke momenter som bør vektlegges i vurderingen av hvor langt en plikt til å la seg undersøke kan gå.

19.6.3 Innreiserestriksjoner for utlendinger

19.6.3.1 Behovet for innreiserestriksjoner for utlendinger

Ved en ny pandemi kan det være helt nødvendig å begrense utlendingers rett til å reise inn i landet for å forhindre, begrense eller forsinke spredning av samfunnskritisk sykdom inn til og i landet (innreiserestriksjoner). Som kjent kan norske statsborgere ikke nektes adgang til riket, jf. Grunnloven § 106.

Det er klart at tiltak som begrenser innreise vil kunne være effektivt for å forhindre eller bremse innføring av en ny samfunnskritisk sykdom som enda ikke er utbredt i landet. Å begrense antall tilreisende minsker også den generelle personmobiliteten i samfunnet og dermed også smittespredningen. Det bidrar til å hindre stor konsentrasjon av tilreisende på enkelte steder, noe som gir bedre forutsetninger for overholdelse av smittevernanbefalinger og som hindrer ekstrabelastning på helse- og omsorgstjenesten.

Under store deler av koronapandemien var innreiserestriksjoner overfor utlendinger et sentralt og nødvendig tiltak for å få kontroll på smitte ved innreise. Det gjaldt både i Norge og i andre land.

Karanteneregler og innreiserestriksjoner er to typer tiltak som må ses i sammenheng og som begge bidrar til å hindre smittespredning ved import av nye tilfeller, og til å nå det ønskede beskyttelsesnivået. Innreisekarantenen skal hindre at smittede tilreisende smitter andre. Gitt effektive karanteneregler, vil risikoen ved grensekryssing begrenses. Innreiserestriksjoner er et mer inngripende tiltak, men gir en tilleggsbeskyttelse ut over det karanteneregler kan gi. Innreiserestriksjonene tjener særlig følgende formål:

- Begrense innreise av smittede personer
- Hindre smittespredning gjennom å begrense mobilitet (særlig relevant i turistsesongen med potensielt mange tilreisende)
- Hindre et stort antall innreisende som kan vanskeliggjøre effektiv gjennomføring av andre smitteverntiltak (karantenekrav, sosial distansering mv.)
- Motvirke at det oppstår kapasitetsmessige utfordringer i helse- og omsorgstjenesten (særlig i mindre lokalsamfunn)

I en situasjon der det er nødvendig at personer som reiser inn i landet gjennomfører karantene på karantenehotell, vil en effektiv og vellykket gjennomføring av tiltaket særlig avhenge av at innreisevolumet ikke er for stort. Under koronapandemien ble innreisevolumet effektivt redusert, slik at det var mulig å gjennomføre smitteverntiltak som testing og karantene for personer som fortsatt hadde rett til å reise inn i landet. Adgangen til å kunne innføre nødvendige innreiserestriksjoner for utlendinger påvirker derfor også effekten av andre tiltak som har til formål å begrense spredning av smitte over grensen.

På den annen side er innreisenekt for utlendinger et svært inngripende tiltak overfor enkeltpersoner og kan ha store sosiale og økonomiske konsekvenser for samfunnet ellers. Det å nekte innreise for utlendinger er tiltak som kan gripe inn i grunnleggende menneskerettigheter som blant annet retten til privatliv og familieliv i Grunnloven § 102 og EMK artikkel 8 nr. 2. Turisme har imidlertid ikke et menneskerettslig vern. Det griper også inn i retten til fri bevegelighet for personer etter EØS-avtalen, se kapittel 5 og punkt

19.3.1. Innreiserestriksjoner kan derfor bare opprettholdes i den grad de er nødvendige etter en helhetsvurdering og tiltaket er forholdsmessig.

Behovet for å kunne innføre innreiserestriksjoner for utlendinger for å forhindre eller motvirke spredning av smittsomme sykdommer er videre forutsatt i grenseforordningen, der det gis bestemmelser om statenes anledning til å midlertidig gjeninnføre indre grensekontroll og Rådets myndighet til å fastsette en gjennomføringsrettsakt med felles innreisetiltak for Schengen-områdets yttergrense ved storskala folkehelsekriser.

Departementet mener på denne bakgrunn at det også i fremtiden vil kunne oppstå behov for å vedta innreiserestriksjoner for utlendinger som balanserer behovet for å beskytte befolkningen mot smittsomme sykdommer mot grunnleggende rettigheter etter Grunnloven, menneskerettighetene og EØS-avtalen.

19.6.3.2 Rekkevidden av gjeldende forskriftshjemler

Gjeldende smittevernlov § 4-3, utlendingsloven §§ 17 og 121 og grenseloven § 12 gir etter sin ordlyd i varierende grad hjemmel til å vedta begrensninger i utlendingers innreise til Norge, ut over det som følger av utlendingsloven og reglene for begrensninger på reiser til Norge over Schengen-områdets yttergrense. Departementet mener at bestemmelsene ikke gir tilstrekkelig klar hjemmel for de omfattende og generelle innreiserestriksjonene som det vil kunne være behov for ved en pandemi.

Smittevernloven § 4-3 gir Kongen hjemmel til å «gi forskrifter for å motvirke at smittsomme sykdommer føres inn i landet eller spres til andre land (karantenetiltak), herunder bestemmelser om tiltak som gjelder personer, dyr, transportmidler, varer og gjenstander som kan tenkes å overføre smittsomme sykdommer». Vedtak om å nekte utlendinger innreise til landet vil kunne «motvirke at smittsomme sykdommer føres inn i landet». Ordlyden tilsier derfor isolert sett at innreiserestriksjoner kan vedtas med hjemmel i bestemmelsen. Det samme tilsier forskriftsfestingen i IHR-forskriften § 14 om at Helsedirektoratet kan nekte personer som mistenkes å være smittet rett til innreise.

På den annen side er det ikke konkrete holdepunkter i forarbeidene for at hjemmelen rekker så langt som til å begrense utlendingers adgang til riket. Ordet karantenetiltak som samlebetegnelse på de aktuelle tiltakene kan også skape tvil om innreiserestriksjoner er omfattet. Det er videre slik at kravet til klar lovhjemmel skjerpes ved innføring av omfattende innreiserestriksjoner. Dette var bakgrunnen for at regjeringen i den første akutte fasen av koronapandemien valgte å regulere innreiserestriksjoner i en ny forskrift (bortvisningsforskriften) med hjemmel i smittevernloven § 7-12, og senere foreslo regulering i en midlertidig lov.

Departementet legger derfor til grunn at smittevernloven § 4-3 slik den er utformet i dag ikke alene vil være tilstrekkelig hjemmel til å innføre generelle innreiserestriksjoner. Departementet mener at dagens hjemmel sett i sammenheng med IHR-forskriften kun gir hjemmel for tiltak som kan iverksettes i enkelttilfeller for et kortere tidsrom. Det kan for eksempel innebære å nekte personer som er om bord i et skip eller fly med smitte ilandstigning inntil det er klart hva slags smittsom sykdom det er snakk om eller til den smittsomme sykdommen er definert som en allmennfarlig smittsom sykdom.

Departementet mener videre at utlendingslovens regler om bortvisning ikke gir et tilstrekkelig grunnlag for de omfattende og generelle innreiserestriksjonene som det vil kunne være behov for ved en pandemi. Bestemmelsene kan imidlertid benyttes når det er nødvendig å bortvise enkeltpersoner av hensyn til folkehelsen. Se omtalen i punkt 19.3.3.

Kongens hjemmel i grenseloven § 12 til å fatte vedtak om å forby eller begrense opphold, ferdsel og krysning av grensen, når det er nødvendig blant annet av hensyn til å verne samfunnet (nr. 3) eller av andre helsemessige grunner (nr. 4), gjelder i henhold til uttalelser i forarbeidene «bare for den fysiske landegrensen, og vil ikke gi grunnlag for å stenge innreise til Norge over sjø- eller luftgrensene», jf. Prop. 161 L (2016-2017), punkt 7.4.5. Departementet legger derfor til grunn at grenseloven § 12 ikke gir klar hjemmel til å forskriftsfeste generelle innreiserestriksjoner uavhengig av hvor innreisen finner sted.

Inntil videre vil derfor et eventuelt vedtak om omfattende generelle innreiserestriksjoner for å begrense spredning av samfunnskritisk sykdom over grensen forutsette følgende prosesser:

- Stortinget vedtar lov tilpasset den aktuelle situasjonen etter en ordinær lovprosess med forkortede frister, eventuelt som avløsning av forskrift vedtatt av Kongen i statsråd som nevnt i neste strekpunkt.
- Når det er fare ved opphold, kan Kongen i statsråd fastsette forskrift av lovgivningsmessig innhold, med hjemmel i gjeldende smittevernlov § 7-12. Departementet foreslår i dette høringsnotatet kapittel 22 å videreføre den ekstraordinære fullmakten, med enkelte tilpasninger.

Det kan være behov for lovbestemmelser som gir Kongen i statsråd permanent hjemmel til å gi forskrifter om å nekte innreise for utlendinger som ellers vil ha lovlig adgang til innreise etter utlendingsloven, uten at prosessen i smittevernloven § 7-12 følges. I punktene 19.6.3.3 og 19.6.3.4 vurderer derfor departementet behovet for to ulike forskriftshjemler om forbud mot innreise for utlendinger over henholdsvis Schengen-områdets yttergrense og Norges grense mot andre land i Schengen-området.

19.6.3.3 Forskriftshjemmel for gjennomføring av felles innreisetiltak for Schengen-områdets yttergrense

I forordning (EU) 2024/1717 om endringer i grenseforordningen ny artikkel 21a er Rådet ved fremtidige storskala folkehelsekriser gitt kompetanse til ved gjennomføringsrettsakter å fastsette felles innreisetiltak for Schengen-områdets yttergrense. Norges ytre Schengen-grense er i første rekke mot Russland, og på norske skips- og lufthavner med trafikk fra land utenfor Schengen-området. Se omtalen i punkt 16.3.5.

Som del av Schengen-samarbeidet vil Norge være forpliktet til å implementere gjennomføringsrettsakten i norsk rett, slik at den får internrettslig virkning. Det følger av det dualistiske systemet at folkerettslige regler først blir gjeldende norsk rett når de er gjennomført i enten lov eller forskrift. Dette reiser spørsmålet om nødvendige nasjonale regelverksendringer som følger av en gjennomføringsrettsakt om felles innreisetiltak bør vedtas av Stortinget i lovs form, eller om Stortinget bør delegere sin kompetanse i form av en hjemmel for gjennomføring av Rådets gjennomføringsrettsakter i forskrift. I Prop. 123

LS (2024-2025) er det ikke foreslått en forskriftshjemmel om gjennomføringskompetanse for felles innreisetiltak for Schengen-områdets yttergrense, i påvente av en bredere vurdering av hvordan beredskapshjemler skal utformes og hvilke fullmakter regjeringen skal ha i krisesituasjoner.

Gjennomføringsrettsakter om felles innreisetiltak vil oppstille restriksjoner som griper inn i privatpersoners bevegelses- og handlefrihet. Restriksjonene knytter seg til helserelaterte forhold, og unntak fra restriksjonene vil kunne gis etter medisinsk testing og dokumentasjon. En slik gjennomføringsrettsakt vil også kunne påvirke nasjonale behov for innvandring og arbeidskraft. Reglenes inngripende karakter kan tale for at disse bør fastsettes av Stortinget.

Den valgte kompetansefordelingen i EU, hvor rettsaktkompetansen er lagt til Rådet, taler på den annen side for at kompetanse til gjennomføring i norsk rett bør legges til regjeringen i form av en forskriftshjemmel. Tidselementet er også et vektig argument for å delegere gjennomføringskompetansen til regjeringen i form av en forskriftshjemmel. Det lar seg neppe gjøre å forutse hvordan fremtidens storskala folkehelsekriser vil utarte, men det kan antas at det vil være behov for rask implementering i møte med trusselen. Innreisetiltakene skal være nødvendige og forholdsmessige, noe som må påregnes å nødvendiggjøre hyppige endringer og regler av kort varighet. Det skal videre tas stilling til felles innreiserestriksjoner innenfor de detaljerte ytre rammene som fremgår av grenseforordningen og etter en prosess hvor mange land har tatt del i å forberede beslutningsgrunnlaget. Også dette tilsier forskriftshjemmel.

Departementet foreslår på denne bakgrunn en begrenset hjemmel i smittevernloven om at Kongen i statsråd i forskrift kan fastsette begrensninger på reiser til Norge over Schengen-områdets yttergrense, herunder innreiserestriksjoner og smitteverntiltak, som vedtatt av Rådet for den europeiske union i gjennomføringsrettsakter om begrensninger på reiser til Unionen i medhold av grenseforordningen artikkel 21a, jf. grenseloven § 8 nr. 1. Se omtale i punkt 16.3.5 av hvilke personer som etter grenseforordningen ikke kan ilegges innreiserestriksjoner.

Slike forskriftsbestemmelser bør fastsettes av Kongen i statsråd som en sak av viktighet, og ikke ved departementsvedtak. Som påpekt av Koronakommisjonen i NOU 2021: 6 *Myndighetenes håndtering av koronapandemien* punkt 23.4 sørger denne vedtakelsesformen for politisk ansvar og dermed demokratisk kontroll, i tillegg til at de prosessuelle kravene ved slik behandling bidrar til å sikre helhetlige vurderinger.

19.6.3.4 Forskriftshjemmel for nasjonale innreiserestriksjoner

I tillegg til behovet for å innføre felles innreiserestriksjoner på Schengen-områdets yttergrense, kan det oppstå behov for nasjonale innreiserestriksjoner enten for å handle raskere overfor tredjeland enn det som er mulig innen Schengen-samarbeidet eller for å regulere innreise også på Norges grense mot andre Schengen-land. Det er et visst rom for strengere særnasjonale innreisetiltak, begrenset av unionsborgerdirektivet og overordnede prinsipper for den frie bevegelsen i EØS. Dette forutsetter at det er hjemmel i lov når det gis bestemmelser i forskrift.

Det vil normalt være nødvendig å innføre eventuelle innreiserestriksjoner for utlendinger raskt i en tidlig fase av en pandemi for at det skal ha effekt. Under koronapandemien var det mulig å få vedtatt relativt raskt både forskrift med hjemmel i smittevernloven § 7-12 og en detaljert lovregulering av innreiserestriksjoner tilpasset den aktuelle smittesituasjonen vedtatt av Stortinget. Begge disse prosessene legger til rette for involvering av Stortinget, samtidig som hensynet til å handle raskt ivaretas.

Departementet har vurdert om smittevernloven bør gi Kongen i statsråd en generell hjemmel til i forskrift å bestemme at grupper av utlendinger, som ellers vil ha lovlig adgang til innreise etter utlendingsloven, kan nektes innreise i landet når det er nødvendig for å motvirke og begrense at en samfunnskritisk sykdom føres inn i eller spres i landet.

Departementet ser at en slik overordnet regulering i lov vil kunne synliggjøre at Kongen i statsråd har myndighet til å forskriftsfeste forbud mot at utlendinger reiser inn i landet ved samfunnskritisk sykdom. Utover en slik klargjøring, vil lovbestemmelsen i stor grad speile de kravene som allerede følger av gjeldende smittevernlov § 7-12 og videreføringen av denne i forslag til ny smittevernlov kapittel 11. Der er også forskriftskompetansen lagt til Kongen i statsråd, meddelelse skal sendes Stortinget og forskrifter kan bare gis når det er et utbrudd av samfunnskritisk sykdom, eller fare for slikt utbrudd. Selv med en permanent lovhjemmel for forskriftsfesting av nasjonale innreiserestriksjoner vil det ta tid å utforme og vedta situasjonstilpassede bestemmelser

Departementet ser derfor ikke nå behov for på forhånd å lovfeste hvilke grupper av personer som ikke skal kunne ilegges innreiserestriksjoner. Det skyldes at utformingen av unntak må tilpasses den aktuelle situasjonen og at kravene til nødvendighet og forholdsmessighet som utledes blant annet av Grunnloven, menneskerettene, EØS-retten og smittevernloven § 1-5 uansett vil gi strenge rammer for vurderingen. Det er åpenbart at de grunnleggende behovene for å unnta blant annet utlendinger bosatt i Norge med oppholdstillatelse eller oppholdsrett etter utlendingsloven, som søker beskyttelse i riket (asyl), som er strengt nødvendige for å kunne opprettholde forsvarlig drift av kritiske samfunnsfunksjoner eller som det knytter seg sterke velferdshensyn til, vil veie svært tungt i en forholdsmessighetsvurdering. Det er også slik at departementets vurdering av de forholdene som bør reguleres i en eventuell forskrift eller midlertidig lov om innreiserestriksjoner i seg selv vil bidra til å tydeliggjøre rammer og forventninger. Se omtalen i neste punkt, som blant annet er basert på erfaringene med den midlertidige innreiserestriksjonsloven vedtatt av Stortinget under koronapandemien.

Departementet utelukker likevel ikke at det på et senere tidspunkt kan vurderes som hensiktsmessig å regulere innreiserestriksjoner nærmere i lov. Vi ber om høringsinstansenes syn på behovet for å lovfeste en beredskapsfullmakt som gir Kongen i statsråd uttrykkelig hjemmel til å vedta innreiserestriksjoner, ut over det som følger av gjeldende rett og den foreslåtte hjemmelen for felleseuropeiske innreiserestriksjoner overfor tredjelandsborgere.

19.6.3.5 Hvilke forhold må vurderes ved regulering av innreiserestriksjoner?

Hva som er nødvendig og forholdsmessige kriterier for å nekte utlendinger å reise inn i landet vil arte seg ulikt avhengig av den aktuelle smittsomme sykdommen, situasjonen i

Norge og i utlandet, formålet med tiltakene og den vedtatte strategien. Sykdommens smittsomhet, inkubasjonstid, smittemåte og utbredelse i ulike land og regioner vil for eksempel ha stor betydning for hvem restriksjonene skal gjelde for, varigheten og unntak. Det samme gjelder eksistensen av testmuligheter, vaksine og behandling mot sykdommen. Utformingen av forskrifter om innreiserestriksjoner må bygge på en avveining av hensynet til folkehelsen, samfunnsmessige konsekvenser og rettigheter nedfelt i Grunnloven, menneskerettighetene, EØS-retten og internasjonale avtaler.

Varigheten av en pågående smittesituasjon vil også være relevant for hvor detaljert blant annet unntak fra innreiserestriksjoner må være. Koronapandemien er et eksempel på en smittesituasjon som var langvarig og hvor det var behov for detaljert og fortløpende justert regulering. Det er også viktig å understreke at unntak fra innreiserestriksjoner ikke nødvendigvis vil gi unntak fra andre smitteverntiltak, som for eksempel innreisekarantene og testing.

Innreiserestriksjonene skal være nødvendige for å motvirke at en samfunnskritisk sykdom føres inn i eller spres i landet. Det kan for eksempel være tilfellet når den eneste muligheten for å få kontroll over eller begrense innføring av en samfunnskritisk sykdom er å begrense og kontrollere reisevirksomhet inn og ut av landet i betydelig grad. Det kan også være aktuelt i situasjoner der den aktuelle samfunnskritiske sykdommen er særlig alvorlig eller smittsom.

Det vil være behov for å regulere hvilke grupper av utlendinger som ikke kan nektes innreise. Dette må vurderes i den aktuelle smittesituasjonen. Som eksempel hadde følgende utlendinger fra 11. juni 2021 rett til innreise etter endring av midlertidig lov om innreiserestriksjoner for utlendinger av hensyn til folkehelsen §§ 1 og 2 (supplert med mange flere unntak i forskrift):

- statsborger fra et annet nordisk land som er bosatt i Norge
- utlendingen er bosatt i Norge med oppholdstillatelse eller oppholdsrett etter utlendingsloven
- utlendingen søker beskyttelse i riket (asyl) eller på annen måte påberoper en rett til internasjonal beskyttelse på grunn av fare ved forfølgelse mv., jf. utlendingsloven § 73
- utlendingens tilstedeværelse i riket er strengt nødvendig for å kunne opprettholde forsvarlig drift av kritiske samfunnsfunksjoner eller ivareta befolkningens grunnleggende behov
- utlendingen er gitt oppholdstillatelse uten utsatt innreise, jf. § 3, og omfattes av unntak fra innreiserestriksjoner i loven eller forskrift gitt i medhold av loven på tidspunktet for innreise
- utlendingen er gitt innreisevisum etter utlendingsloven § 12, og omfattes av unntak fra innreiserestriksjoner i loven eller forskrift gitt i medhold av loven på tidspunktet for innreise
- utlendingen har visum og omfattes av unntak fra innreiserestriksjoner i loven eller forskrift gitt i medhold av loven på tidspunktet for innreise.
- dersom særlige grunner tilsier det, slik som særskilt omsorgsansvar for personer i Norge eller andre sterke velferdshensyn.

Ved utforming av forskrifter om innreiserestriksjoner må det blant annet tas hensyn til retten til privatliv og familieliv, barns beste som samvær mellom barn og foreldre over grensen, diplomater, administrativt og teknisk personale og utsendte konsulære tjenestemenn, samt medfølgende familiemedlemmers frihet, grenseboere som daglig pendler til arbeid over grensen, vareforsyning og tilgang til arbeidskraft. Under koronapandemien gjaldt det for eksempel egne bestemmelser for trailersjåfører, flymannskap, sjøfolk, diplomater og personer som arbeidet over grensen.

Det skal legges vekt på å ivareta grunnleggende hensyn til barnets beste så langt som råd, for eksempel ved unntak fra innreiserestriksjoner for foreldre som skal ha samvær med mindreårige barn og for mindreårige barn som skal ha samvær med sine foreldre.

Terskelen for å innføre innreiserestriksjoner vil være høy overfor nære familiemedlemmer til personer bosatt i Norge og overfor EØS-borgere. Under koronapandemien varierte reglene om hvem som ble ansett som nære nok ut fra smittesituasjonens alvorlighet. Det ble for eksempel åpnet for besøk fra kjærester som ledd i en liberalisering av strenge regler.

Det vil også være behov for at innreiserestriksjoner ikke skal gjelde for utlendinger hvis tilstedeværelse i riket er strengt nødvendig for å kunne opprettholde forsvarlig drift av kritiske samfunnsfunksjoner eller ivareta befolkningens grunnleggende behov. Store deler av norsk næringsliv har et høyt innslag av utenlandsk arbeidskraft og utenlandske eksperter. Innsnevring av reiseadgang, og et eventuelt innreiseforbud, kan derfor få store konsekvenser for næringslivet. Det ble under pandemien opprettet en begrenset, søknadsbasert unntaksordning fra innreiseforbudet for «strengt nødvendig arbeidskraft», for å redusere konsekvensene for næringslivet generelt, for forsyningssikkerheten spesielt, herunder matvareforsyningen, og for norsk økonomi. Erfaringene fra koronapandemien viser at et innreiseforbud kan ha store økonomiske konsekvenser, også ut over bedrifter med ansatte som defineres som «strengt nødvendig arbeidskraft». Det vil også være nødvendig å ta hensyn til alliert militært og sivilt personell som i kraft av sin funksjon eller stilling har behov for innreise til Norge.

En forskrift om innreiserestriksjoner bør som hovedregel kun gjelde restriksjoner på gruppenivå slik at det ikke skal gjøres individuelle vurderinger på grensen.

Ved regulering av innreiserestriksjoner er det videre behov for bestemmelser om ansvar for utgifter, bortvisning, utvisning, forholdet til forvaltningsloven, forenklet saksbehandling for å sikre balanse mellom effektiv gjennomføring og grunnleggende rettssikkerhet, straff og tvangsmidler.

19.6.4 Smitteverntiltak overfor dyr, transportmidler, varer og gjenstander

Departementet foreslår å videreføre hjemmelen i gjeldende smittvernlov § 4-3 om at Kongen kan gi forskrifter med smitteverntiltak som gjelder dyr, transportmidler, varer og gjenstander som kan tenkes å overføre smittsomme sykdommer, for å motvirke at smittsomme sykdommer føres inn i landet eller spres til andre land. Det samme gjelder bestemmelsen om at Kongen kan fastsette «nærmere krav til blant annet undersøkelser,

smittesanering og dokumentasjon i forbindelse med innreise til og utreise fra Norge og i forbindelse med inn- og utførsel av varer.» Hjemmelen foreslås videreført i ny smittevernlov § 9-3, som kun omfatter dyr, transportmidler, varer og gjenstander.

Departementet legger til grunn at dyr, transportmidler, varer og gjenstander kan tenkes å overføre smittsomme sykdommer når det er holdepunkter for at de er smittet, er bærere av smitte eller har vært eksponert for smitte på en måte som gjør dem til en mulig kilde til spredning av sykdom.

19.6.5 Nødvendig og forholdsmessig

Det må vurderes om det aktuelle smitteverntiltaket for å begrense smitte over grensen er forholdsmessig og nødvendig, jf. smittevernloven § 1-5. Se nærmere omtale i kapittel 10.

Tiltakene må avveies og vektes mot krav og rettigheter som er nedfelt i Grunnloven, menneskerettighetene, EØS avtalen og internasjonale avtaler. Vurderingen av om de konkrete tiltakene vil stå seg, må ta utgangspunkt i regjeringens vedtatte mål for smittevernarbeidet, og strategien for å nå dette. Det kan være stor forskjell på hva som anses som nødvendig og forholdsmessig for å henholdsvis slå ned og holde kontroll på smittespredning. Som omtalt i punkt 10.3.4, har EØS-statene en betydelig skjønnsmargin når de skal velge hvilket nivå for beskyttelse av befolkningen som staten skal sikte mot når trusler mot liv og helse truer folkehelsen. I sak E-15/12 Jan Anfinn Wahl mot den islandske stat uttalte EFTA-domstolen i avsnitt 69 at "dersom en person ikke er integrert i vertsstaten, har myndighetene i denne staten en videre skjønnsmargin til å nekte innreise enn ved utvisning". Etter departementets syn gjelder dette særlig når innreise nektes på grunnlag av midlertidige restriksjoner som er innført for å beskytte folkehelsen.

Tiltakene må også vurderes opp mot samfunnsmessige konsekvenser. Krav om innreisekarantene og innreiserestriksjoner under koronapandemien fikk blant annet stor betydning forhelse- og omsorgstjenesten og næringsliv innen fiskeri, fly- og skipsfart, transport og service som var avhengig av grensekryssende arbeidskraft. Tiltakene skal bare opprettholdes så lenge nytten overgår kostnadene.

Ved smitteverntiltak som skal motvirke at smittsomme sykdommer skal føres inn i landet eller spres til andre land, vil evnen til å handle raskt som regel være helt avgjørende for om tiltaket vil ha effekt. Under koronapandemien viste variantene av viruset at viruset hadde en eksponentiell evne til å spre seg. Hensynet til å reagere raskt med tiltak vil igjen ha betydning for hvor grundig det i forkant kan utredes hvilke konsekvenser smitteverntiltakene kan ha for ulike grupper og sektorer. I tilfeller der det ikke har vært tid til grundig utredning før iverksettelse, må tiltakene løpende tilpasses med unntak og vurderes opp mot de grunnleggende kravene til nødvendighet og forholdsmessighet.

19.6.6 Endring av IHR-forskriften

Verdens helseforsamling (WHA) vedtok 1. juni 2024 endringer i det internasjonale helsereglementet (IHR) 2005. Bestemmelsene i IHR 2005 er innarbeidet i norsk rett gjennom smittevernloven § 4-3, folkehelseloven § 29 og forskrift 21. desember 2007 nr.

1573 om varsling og tiltak ved alvorlige hendelser av betydning for internasjonal folkehelse mv (IHR-forskriften), jf. nærmere omtale i høringsnotatets punkt 4.11. Hovedinnholdet av endringene i IHR er:

- Ny definisjon av pandemikrise - «pandemic emergency» - for å utløse mer effektivt internasjonalt samarbeid som svar på hendelser som er i fare for å bli, eller er, en pandemi
- Bestemmelser om styrket tilgang til helseprodukter og finansiering for kapasitetsbygging for å forberede og respondere på internasjonale folkehelsekriser, særlig for lavinntektsland
- Etablering av en komité for å fremme og støtte samarbeid mellom statspartene for effektiv implementering av IHR
- Krav om å utpeke nasjonal IHR-myndighet for koordinering av gjennomføringen innen og mellom land og
- Økt detaljnivå av kapasitetene som land skal ha på plass på lokalt, regionalt og nasjonalt nivå.

Ved kongelig resolusjon 4. april 2025 har Norge gitt sin tilslutning til endringene i Det internasjonale helsereglementet (IHR 2005) som vedtatt på Verdens helseforsamling 1. juni 2024. Gjennomføring av endringene vil ikke kreve lovendring og endringsbehovene i forskrift er begrensede. Endringer i forskriften vil i hovedsak være tekniske og begrepsmessige endringer. Departementet vil komme tilbake til slike forskriftsendringer, men foreslår inntil videre å endre forskriften §§ 14 og 15 slik at kompetansen til å vedta forskrifter flyttes fra Helsedirektoratet til Kongen.

20 Tilpasning av smitteverntiltak ut fra personers evne til å smitte eller bli smittet

20.1 Oppsummering av forslag i kapittelet

I dette kapittelet drøftes hjemmel for en spesiell form for tilpasning av befolkningsrettede smitteverntiltak: I hvilken grad bør smittevernloven gi adgangtil å tilpasse smitteverntiltak basert på den enkeltes sannsynlighet for å bli smittet, å spre smitte og å bli alvorlig syk, slik at det gjelder egne regler for de som har lavere risiko på disse områdene? Den lavere risikoen kan skyldes at de har testet negativt, har gjennomgått sykdom, er vaksinert eller kan vise til andre medisinsk relevante årsaker.

Gjeldende smittevernlov gir hjemmel til å vedta slike tilpasninger av smitteverntiltak når det anses medisinskfaglig begrunnet, nødvendig og forholdsmessig, men regulerer i liten grad rammene for slike vedtak særskilt.

I dette kapittelet foreslår departementet i hovedsak følgende:

- lovfeste hjemmel for at Kongen ved samfunnskritisk sykdom kan forskriftsfeste at personer ikke skal ilegges karantene, isolasjon eller innreiserestriksjon når det foreligger informasjon om vaksinasjonsstatus, gjennomgått sykdom, resultat av test for sykdom eller andre forhold som tilsier at en persons evne til å videreføre smitte er vesentlig redusert.
- lovfeste hjemmel for at Kongen ved samfunnskritisk sykdom kan gi forskrifter om at personers vaksinasjonsstatus, gjennomgått sykdom eller resultat av test for sykdom kan inngå i avgrensningen av, eller gi unntak fra, smitteverntiltak som begrenser kontakt mellom mennesker. Det innebærer for eksempel at flere kan være til stede på sammenkomster hvor det stilles krav til negativ test, gjennomgått sykdom eller vaksinering.
- det skal likevel bare kunne stilles krav om gjennomgått sykdom eller vaksinering når også testing er et reelt alternativ. Det er derfor ikke hjemmel til å beslutte at kun vaksinerte eller de som har gjennomgått sykdom kan være til stede – det vil kreve lovendring begrunnet i den konkrete smittesituasjonen.
- tilpasning av smitteverntiltak som begrenser kontakten mellom mennesker, ut fra andre medisinske forhold som påvirker en persons evne til å smitte eller bli smittet, vil kreve lovendring i den konkrete smittesituasjonen.
- loven skal ikke gi hjemmel til å innføre omfattende restriksjoner på nødvendige tjenester som dagligvarer, apotek mv. eller andre grunnleggende samfunnsområder for personer som ikke er testet, ikke har gjennomgått sykdom eller ikke er vaksinert.
- lovfeste presisering av at alder kan inngå i avgrensningen av, eller gi unntak fra, smitteverntiltak, når det er begrunnet i at ulik alder gir ulik risiko for å smitte, bli

smittet eller utvikle alvorlig sykdom. Diskrimineringslovgivningen vil gi rammene for hvilke tilpasninger som er lovlige.

- lovfeste permanente bestemmelser om at Kongen kan forskriftsfeste krav til dokumentasjon når vaksinasjonsstatus, gjennomgått sykdom eller testresultat inngår i avgrensningen av, eller gir unntak fra, smitteverntiltak etter loven.
- lovfeste at kommunene bare kan vedta tilpassede smitteverntiltak for den sosiale omgangen ut fra om personer har testet negativt, gjennomgått sykdom eller er vaksinert når Kongen i forskrift gir anledning til det.

Departementet ber særskilt om høringsinstansenes syn på følgende alternative reguleringer:

- Om loven bør tillate unntak fra eller lettelser i begrensninger i den sosiale omgangen for personer som har gjennomgått sykdom eller er vaksinert, *uten at testing er et reelt alternativ*. Det avgjørende blir i så fall om, en slik avgrensning oppfyller de generelle vilkårene om medisinskfaglig begrunnelse, nødvendighet og forholdsmessighet.
- Om loven uttrykkelig bør *forby unntak* fra eller lettelser i smitteverntiltak som begrenser den sosiale omgangen for personer som har testet negativt for sykdom, har gjennomgått sykdom eller er vaksinert. Dette alternativet innebærer at det må fremmes lovforslag når behovet for slik tilpasning av smitteverntiltak oppstår i en konkret smittesituasjon.

20.2 Innledning

Smitteverntiltak må tilpasses den konkrete smittesituasjonen. De må skreddersys for å møte spesifikke behov eller risikonivåer i ulike situasjoner eller blant forskjellige grupper av mennesker. Dette er særlig aktuelt for begrensninger i den sosiale omgangen.

Spørsmålet om tilpasning av smitteverntiltak oppstår som følge av de grunnleggende vilkårene om at smitteverntiltak skal være medisinskfaglig begrunnet, nødvendige og forholdsmessige. Målet er å finne en balanse mellom behovet for å beskytte folkehelsen og andre samfunnshensyn, som økonomi og personlig frihet. Det krever tilpasninger slik at tiltakene er målrettede, ikke mer inngripende eller omfattende enn nødvendig, og slik at de tar hensyn til andre rettigheter enn retten til liv og helse, blant annet retten til privatliv, bevegelsesfrihet og ikke-diskriminering.

Tilpasninger kan innebære at det i en innledende fase nedlegges forbud mot arrangementer, som deretter går over i begrensninger i antall personer som kan være til stede eller krav om ventilasjon, avstand, bruk av munnbind eller andre krav til smittevernfaglig forsvarlig gjennomføring. Det kan også innebære at det legges strengere begrensninger på virksomheter som samler mange mennesker i aktiviteter som fremmer smittespredning, for eksempel på utesteder der det serveres alkohol. En tredje variant er at enkelte områder med høy smitte kan ha strengere restriksjoner. Tilpasninger er også aktuelle for regler om karantene og isolasjon. Det kan gjelde ulike krav til hvor lenge og hvordan isolasjon av smittede skal gjennomføres, avhengig av hvilken sykdom det er tale

om og hvilken kunnskap man har. Det samme gjelder for karantene for de som har vært i nærkontakt med smittede eller har oppholdt seg i smitteutsatte områder.

Dette kan omtales som differensierte, målrettede, selektive eller avgrensede smitteverntiltak. I noen tilfeller kan det også være naturlig å snakke om unntak fra en hovedregel. Departementet bruker her begrepet tilpassede smitteverntiltak.

I dette kapittelet drøftes hjemmel for en spesiell form for tilpasning av smitteverntiltak: Tilpasning av smitteverntiltak basert på den enkeltes sannsynlighet for å bli smittet, å spre smitte og å bli alvorlig syk.

Spørsmålet er om det bør kunne gjelde egne regler for personer som har lavere risiko for å smitte, bli smittet eller utvikle alvorlig sykdom. Dette er egenskaper som knytter seg til individet selv og kroppslig autonomi, og som står i en annen stilling enn behovet for å gi ulike regler for ulike næringer, geografiske områder eller aktiviteter. Det innebærer at man tar hensyn til den enkeltes fysiske egenskaper og smitterisiko, for eksempel underliggende helseforhold og immunstatus. Det reiser spørsmål om, og eventuelt om hvordan, man med hjemmel i smittevernloven skal kunne ta hensyn til slike egenskaper ved den enkeltes helse når smitteverntiltakene utformes. Hvilken betydning bør informasjon om dette ha for karantenereglene eller for størrelsen på arrangementer? Kan og bør større arrangementer forbeholdes de som har testet negativt for sykdom, eller bare for de som er immunisert gjennom vaksine eller sykdom?

Denne debatten var aktuell under koronapandemien, da det ble utviklet et koronasertifikat som ga informasjon om personer var vaksinert, hadde gjennomgått sykdom eller hadde testet negativt for sykdom. Det ble da lagt til grunn at vaksinasjon og gjennomgått sykdom beskyttet mot smitte og reduserte risikoen for å smitte andre, men at beskyttelsen avtok over tid. Det ble også lagt til grunn at personer som nylig hadde avlagt negativ test, med stor sannsynlighet ikke var smittet, og at risikoen for å smitte andre var liten. En slik sannsynlighetsvurdering er avhengig av blant annet inkubasjonstid, insidens og egenskaper ved testene som brukes.

20.3 Gjeldende rett

20.3.1 Smittevernloven

20.3.1.1 Innledning

I dette kapittelet redegjøres det for adgangen til å forskriftsfeste tilpassede smitteverntiltak basert på den enkeltes sannsynlighet for å bli smittet, å spre smitte og å bli alvorlig syk.

Dersom slik informasjon skal legges til grunn for smitteverntiltak, må det også være mulig å dokumentere dette. Departementet redegjør derfor også for anledningen til å regulere krav til slik dokumentasjon. Omtalen bygger på departementets redegjørelse i Prop. 203 LS (2020-2021) og Prop. 92 L (2021-2021). Departementet foreslo den gang henholdsvis innføring og forlengelse av midlertidige bestemmelser i smittevernloven om dokumentasjonsløsningen koronasertifikat, men ikke endringer i smittevernlovens bestemmelser som regulerer adgangen til å tilpasse de ulike smitteverntiltakene.

Smittevernloven § 3-8 om vaksinering, § 4-1 om kontakt mellom mennesker og § 4-3 om smittespredning over grensen åpner for å vedta tilpassede smitteverntiltak for personer som antas å ha en lavere smitterisiko og som kan dokumentere dette. Dersom det er personer som kun i marginal utstrekning representerer smittefare, eksempelvis på grunn av vaksine eller gjennomgått sykdom, vil det kunne gis unntak fra smitteverntiltak for disse personene, men ikke for andre personer. De mest aktuelle eksemplene under koronapandemien var begrensning av antall personer på et arrangement og unntak fra karanteneplikt.

Det avgjørende for om et smitteverntiltak kan eller må tilpasses basert på den enkeltes sannsynlighet for å bli smittet, å spre smitte og å bli alvorlig syk, er om tiltaket i samsvar med smittevernloven § 1-5 er basert på en klar medisinskfaglig begrunnelse, er nødvendig av hensyn til smittevernet og fremstår tjenlig etter en helhetsvurdering. Slik tilpasning medfører også forskjellsbehandling som må overholde diskrimineringsforbudene i norsk rett, hvor særlig Grunnloven § 98, EMK artikkel 14 og diskrimineringsloven er sentrale. Også etter disse reglene er det avgjørende om tiltaket er forholdsmessig og har et saklig formål.

Vilkårene må være oppfylt ikke bare for det enkelte tiltak, men også for summen av tiltak. Omfanget av alle unntak må vurderes samlet for å unngå at noen grupper i samfunnet diskrimineres og stenges ute fra samfunnslivet. I vurderingen av om tilpasning skal benyttes eller ikke, må det vurderes på hvilke områder og i hvilket omfang det skal benyttes og hvilke konsekvenser dette vil ha både rettslig og faktisk.

Vurderingen av om et smitteverntiltak tilfredsstiller kravene i smittevernloven og de kravene som følger av våre folkerettslige forpliktelser mv., må gjøres ved innføringen av det aktuelle smitteverntiltaket. Det må i den sammenheng også vurderes om krav om dokumentasjon i forbindelse med smitteverntiltaket reiser særskilte problemstillinger.

20.3.1.2 Hjemmelen i smittevernloven § 4-1

En sentral bestemmelse er § 4-1, hvor hovedvilkårene er at det kan iverksettes tiltak når det er «nødvendig for å forebygge en allmennfarlig smittsom sykdom eller for å motvirke at den blir overført». Eksempelvis er det etter bestemmelsens første ledd bokstav a hjemmel til å iverksette «forbud mot møter og sammenkomster eller påbud om andre begrensninger i den sosiale omgangen overalt der mennesker er samlet». På samme vilkår gir § 4-1 første ledd bokstav b hjemmel til «stenging av virksomheter som samler flere mennesker, for eksempel barnehager, skoler, svømmehaller, flyplasser, butikker, hoteller eller andre bedrifter og arbeidsplasser – eller begrensninger i aktiviteter der».

Det kan stilles spørsmål ved om disse bestemmelsene gir hjemmel til å begrense deltakelse på offentlige arrangementer eller tilgangen til ulike tjenester o.l. som virksomheter tilbyr, til personer som er vaksinert, har gjennomgått sykdommen, har avlagt negativ test eller av andre grunner antas å ha en lavere smitterisiko. Det følger direkte av bestemmelsenes ordlyd at det er adgang til å fastsette andre begrensninger enn et absolutt forbud mot møter, sammenkomster mv. eller fullstendig stenging av virksomheter, jf. ordlyden «påbud om andre begrensninger i den sosiale omgangen» i bokstav a og «begrensninger i aktiviteten der» i bokstav b. Spørsmålet er i hvilken grad adgangen til å

fastsette slike begrensninger som er mindre omfattende enn absolutte forbud eller fullstendig stenging, medfører at det er adgang til å skille mellom persongrupper basert på i hvilken grad de antas å risikere å bli smittet eller bringe smitte videre. Ordlyden gir liten veiledning, men synes ikke å være til hinder for slike tiltak.

Smitterisikoen forbundet med å samle flere mennesker reduseres dersom dette kun omfatter personer som ikke representerer fare for overføring av smitte. Som eksempel på avgrensning av tiltak etter § 4-1 omtales «utelukkelse av visse aldersgrupper e.l.» i NOU 1990:2 på s. 107 og «aldersmessige begrensninger i betjening av virksomheten» i Ot.prp. nr. 91 (1992–1993) på side 144. Det synes naturlig å forstå eksemplene slik at de bygger på en forutsetning om at smittefaren kan variere mellom ulike aldersgrupper, og at slik variasjon mellom grupper kan utgjøre et avgrensningskriterium for smitteverntiltak etter § 4-1 første ledd bokstav a og b. Forstått slik har eksempelet en parallell til avgrensning av smitteverntiltak basert på om en person er vaksinert, har gjennomgått sykdom eller har avlagt negativ test, idet det i begge tilfeller gjøres en målretting av tiltaket basert på antatt smitterisiko.

Det er dermed støtte i forarbeidene for at tiltak etter § 4-1 første ledd bokstav a og b kan avgrenses ut fra hvilket behov det er for å opprettholde smitteverntiltakene overfor ulike grupper.

20.3.1.3 Hjemmelen i smittevernloven § 3-8

Smittevernloven § 3-8 tredje og fjerde ledd regulerer direkte adgangen til å ha særlige restriksjoner overfor de som ikke er vaksinert. Bestemmelsene lyder som følger:

> «Når det er avgjørende for å motvirke et alvorlig utbrudd av en allmennfarlig smittsom sykdom, kan departementet i forskrift fastsette at befolkningen eller deler av den skal ha plikt til å la seg vaksinere.
>
> Ved et alvorlig utbrudd av en allmennfarlig smittsom sykdom kan departementet i forskrift bestemme at personer som ikke er vaksinert
>
> a. må oppholde seg innenfor bestemte områder,
>
> b. skal nektes deltakelse i organisert samvær med andre, f.eks. i barnehage, skole, møter eller kommunikasjonsmidler,
>
> c. må ta nødvendige forholdsregler etter kommunelegens nærmere bestemmelse»

I Prop. 203 LS (2020-2021) punkt 6.2.2 konkluderer departementet med at smittevernloven § 3-8 fjerde ledd ikke uttømmende regulerer i hvilke tilfeller smitteverntiltak kan avgrenses basert på vaksinasjonsstatus. Det faktum at hjemmelen i § 3-8 fjerde ledd vil kunne overlappe hjemmelen i § 4-1, kan i lys av smittevernlovens system og krav til forholdsmessighet neppe tas til inntekt for at det ved avgrensningen av øvrige smitteverntiltak etter loven ikke er adgang til å ta hensyn til at personer er vaksinert, har gjennomgått sykdom, har avlagt negativ test eller på annen måte antas å ha en lavere smitterisiko.

20.3.1.4 Hjemmelen i smittevernloven § 4-3

Smittevernloven § 4-3 bestemmer at Kongen kan gi forskrifter for å motvirke at smittsomme sykdommer føres inn i landet eller spres til andre land (karantenetiltak),

herunder bestemmelser om tiltak som gjelder personer, dyr, transportmidler, varer og gjenstander som kan tenkes å overføre smittsomme sykdommer. I forskriftene kan Kongen også fastsette nærmere krav til undersøkelser, smittesanering og dokumentasjon i forbindelse med innreise til og utreise fra Norge og i forbindelse med inn- og utførsel av varer.

Forskriftsfestede smitteverntiltak skal ha til formål å motvirke at smittsomme sykdommer føres inn i landet. De skal også overholde de grunnleggende kravene i smittevernloven § 1-5 om nødvendighet og forholdsmessighet. Etter departementets oppfatning er det derfor hjemmel til å gjøre unntak fra forskriftsfestede smitteverntiltak for de tilfellene hvor risikoen for å føre smitte inn i landet ikke er til stede eller er tilstrekkelig redusert. Det kan etter omstendighetene være tilfellet for personer som er vaksinert, har gjennomgått sykdom eller har avlagt negativ test.

Smittevernloven § 4-3 første ledd gir hjemmel til å kreve dokumentasjon ved innreise. Etter departementets syn gir § 4-3 dermed også hjemmel til å fastsette krav om dokumentasjon i forbindelse med spørsmål om innreisekarantene og andre tiltak med hjemmel i § 4-3.

20.3.1.5 Hjemmel til å stille krav til dokumentasjon

Departementet mener at selve etableringen av en dokumentasjonsløsning ikke er et inngrep overfor den enkelte som krever lovhjemmel. Det er ikke behov for lovhjemmel til å gi reguleringer som ledd i organiseringen av forvaltningens egen virksomhet. Det er heller ikke et inngrep i Grunnlovens § 113 forstand å legge til rette for at innbyggerne kan få et verifiserbart dokument i fysisk eller elektronisk form, som bekrefter vaksine, gjennomgått sykdom eller negativt testresultat. Myndighetene trenger ikke hjemmel i lov for å utstede offentlige bekreftelser eller dokumenter.

Under koronapandemien ble det opprettet en forenklet utgave av et koronasertifikat for nasjonal bruk, og det ble da lagt til grunn at den midlertidige dokumentasjonsløsningen kunne etableres innen rammene av gjeldende rett, jf. Prop. 203 LS (2020-2021) punkt 6.2 og 6.6.3, samt Prop. 92 L (2021–2022) punkt 6.3.2.

Det ble i forkant av lovreguleringen stilt spørsmål ved om smittevernloven hjemlet adgang til å fastsette regler om at koronasertifikatet kunne være eneste aksepterte dokumentasjon. Departementet konkluderte med at det var hjemmel for dette etter § 4-3 for innreisekarantene, hvor «dokumentasjon» er nevnt, men kommenterte ikke direkte forholdet til smittevernloven § 4-1 om begrensninger i kontakt mellom mennesker. Det kan argumenteres for at bestemmelser om dokumentasjon ved tilpassede smitteverntiltak er hjemlet fordi det ellers ikke ville være mulig å sikre etterlevelse av tiltakene. Departementet foreslo uansett å lovfeste i den midlertidige smittevernloven § 4A-2 at det kunne fastsettes regler om at sertifikatet kunne være eneste akseptable dokumentasjon.

20.3.2 Grunnloven og internasjonale menneskerettsforpliktelser

Se omtale i kapittel 5 av grunnleggende rettslige rammer etter Grunnloven og internasjonale menneskerettighetskonvensjoner.

En praktisk konsekvens av at smittevernrestriksjoner tilpasses basert på om personer antas å ha en lavere smitterisiko eller kan vise dette, vil kunne være at omfanget av inngrep i menneskerettigheter som retten til privatliv, bevegelsesfriheten, personvernet og diskrimineringsvernet varierer mellom ulike grupper. Tilpasning og dokumentasjonskrav kan på den ene siden være et middel for å sikre at inngrep i menneskerettighetene ikke opprettholdes lenger enn nødvendig eller i større omfang enn nødvendig. På den annen side vil opprettholdelse av smitteverntiltak overfor de som ikke antas å ha en lavere smitterisiko, eller endring av smitteverntiltak i retning av å begrense tilgangen til ulike tilbud mv. overfor slike personer, utgjøre et inngrep i disse personenes menneskerettigheter, som må oppfylle de kravene som stilles for slike inngrep.

Hvorvidt tilpasning av smitteverntiltak basert på den enkeltes sannsynlighet for å bli smittet, å spre smitte og å bli alvorlig syk vil være i overensstemmelse med menneskerettighetene, avhenger av en konkret vurdering av om inngrepene er forankret i lov, nødvendige for å ivareta nærmere angitte legitime formål, og at de er forholdsmessige ut fra en helhetsvurdering.

En avsagt storkammerdom fra Den europeiske menneskerettsdomstol (EMD) i saken *Vavricka mfl. mot Tsjekkia*, 8. april 2021, trekker opp enkelte rammer for statens handlingsrom til å knytte rettsvirkninger til vaksinasjonsstatus, som også vil kunne ha overføringsverdi til differensierte smitteverntiltak og bruk av koronasertifikat. Dommen bekrefter at statene har en vid skjønnsmargin i spørsmål om for eksempel å stille vaksinering som vilkår for goder.

Spørsmålet for domstolen var om obligatorisk barnevaksinering og utelukkelse fra for eksempel barnehager for barn som foreldrene velger å ikke vaksinere, krenker retten til respekt for privatlivet etter EMK artikkel 8. Domstolen kom (med 16 mot 1 stemme) til at dette var innenfor rammene av artikkel 8. Helsepolitikken ligger ifølge domstolen innenfor statens skjønnsmargin, som er vid i slike saker. Det ble vist til at det er en generell konsensus i statene om viktigheten av barnevaksinering og om vaksineringsgradens betydning for flokkimmuniteten. Vaksinering dreier seg ikke bare om beskyttelse av den enkeltes helse, men også om den generelle folkehelsen. Domstolen viste til verdien av sosial solidaritet ved å peke på at vaksineringen beskytter andre medlemmer i samfunnet enn den vaksinerte selv. Videre ble det tillagt vekt at barnevaksineringsprogrammet er vurdert som effektivt og sikkert av det medisinske fagmiljøet. Samtidig er det akseptert at vaksinen i særlige tilfeller kan skade individet. Derfor er det ifølge domstolen viktig at det kan gjøres unntak på grunn av den enkeltes helse og at bivirkningene overvåkes. Domstolen fremhevet også betydningen av åpen debatt og transparens i reglene.

Domstolen mente at myndighetene hadde funnet en rimelig balanse mellom klagernes rettigheter og behovet for å beskytte befolkningens helse, slik at inngrepet var forholdsmessig, selv om det førte til at saksøkernes barn ikke fikk gå i barnehage. Dette inngrepet måtte aksepteres selv om det førte til et tap som hadde betydning for den enkelte i form av manglende læring, sosialisering mv. Om de uvaksinerte barna skulle få gå i barnehagen, ville det bety en alvorlig risiko for de sårbare barna som ikke kan vaksineres,

og dette ville være et større inngrep enn å utsette andre barn for en liten risiko for bivirkninger. Domstolen viste også til at det var unntak fra vaksinekravet for personer som ikke kan eller bør vaksineres av helsemessige årsaker.

20.3.3 Likestillings- og diskrimineringsloven

Forbudet mot diskriminering kan utledes av Grunnloven § 98 og EMK artikkel 14, og er nedfelt i likestillings- og diskrimineringsloven (lov 16. juni 2017 nr. 51). Loven § 6 første ledd første punktum fastsetter et generelt diskrimineringsforbud:

> «Diskriminering på grunn av kjønn, graviditet, permisjon ved fødsel eller adopsjon, omsorgsoppgaver, etnisitet, religion, livssyn, funksjonsnedsettelse, seksuell orientering, kjønnsidentitet, kjønnsuttrykk, alder eller kombinasjoner av disse grunnlagene er forbudt.»

Med diskriminering menes direkte eller indirekte forskjellsbehandling, jf. § 6 fjerde ledd. Forskjellsbehandling er definert i § 7 og § 8 som det at «en person behandles dårligere enn andre blir, har blitt eller ville blitt behandlet i en tilsvarende situasjon» (direkte forskjellsbehandling) eller «enhver tilsynelatende nøytral bestemmelse, betingelse, praksis, handling eller unnlatelse som vil stille personer dårligere enn andre» (indirekte forskjellsbehandling). Forskjellsbehandlingen er ikke i strid med forbudet når den har et saklig formål, er nødvendig for å oppnå formålet og ikke er uforholdsmessig inngripende overfor den eller de som forskjellsbehandles (jf. § 9).

20.3.4 Arbeidsmiljøloven

Lov 17. juni 2005 nr. 62 om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv. (arbeidsmiljøloven) regulerer en rekke sider av forholdet mellom arbeidsgiver og arbeidstaker. Av relevans for smittevern er særlig lovens kapittel 4 om krav til arbeidstakernes arbeidsmiljø og kapittel 9 om hvilke kontrolltiltak arbeidsgiver kan iverksette overfor sine arbeidstakere. Loven § 2-1 bestemmer at arbeidsgiver er det primære pliktsubjektet. Reglene håndheves av Arbeidstilsynet.

Etter arbeidsmiljøloven § 4-1 skal virksomhetens arbeidsmiljø være «fullt forsvarlig ut fra en enkeltvis og samlet vurdering av faktorer i arbeidsmiljøet som kan innvirke på fysisk og psykisk helse og velferd». Bestemmelsen er en rettslig standard som i seg selv ikke gir presis veiledning om hvilke krav som stilles til arbeidsmiljøet. Arbeidsmiljøet skal være så godt og hensiktsmessig som det etter forholdene lar seg gjøre. Kravet til fullt forsvarlig arbeidsmiljø innebærer imidlertid ikke at all risiko nødvendigvis skal være eliminert.

Forsvarlig smittevern er en av flere forutsetninger for et fullt forsvarlig arbeidsmiljø. Når smitte er utbredt i samfunnet kan også annen risiko øke, som tidspress, frykt for å bli smittet og annen psykisk belastning. Dette er forhold arbeidsgiver i tillegg til smittevern må ivareta for å sikre et fullt forsvarlig arbeidsmiljø. Under koronapandemien la Arbeidstilsynet til grunn at brudd på relevante smitteverntiltak etter smittevernloven ogcovid-19-forskriften regelmessig også ville være brudd på lovens krav til forsvarlig (biologisk) arbeidsmiljø.

Kapittel 9 gir regler om arbeidsgivers adgang til å iverksette kontrolltiltak i virksomheten. Dette favner et bredt spekter av tiltak fra registrering av oppmøtetidspunkt og kontroll av at arbeidstaker bruker påbudt verneutstyr, til undersøkelser av arbeidstakers helse. Innhenting av helseopplysninger, for eksempel om vaksinestatus, og krav om helseundersøkelser anses å være blant de de mer inngripende kontrolltiltakene. De er derfor spesifikt regulert i §§ 9-3 og 9-4. Den sentrale bestemmelsen om hvorvidt kontrolltiltak er lovlig, er § 9-1, som lyder:

> «Arbeidsgiver kan bare iverksette kontrolltiltak overfor arbeidstaker når tiltaket har saklig grunn i virksomhetens forhold og det ikke innebærer en uforholdsmessig belastning for arbeidstakeren.»

Bestemmelsen legger opp til en bred skjønnsmessig avveining av virksomhetens behov for kontrolltiltaket på den ene siden, og de ulemper arbeidstakerne vil bli påført som følge av kontrollen på den andre. Kravet til saklig grunn innebærer at arbeidsgiver må kunne vise til et formål som er forankret i virksomheten og som i seg selv er saklig ovenfor den enkelte som omfattes av kontrolltiltaket. Kjernen i kravet til forholdsmessighet er at tiltakene som iverksettes må stå i rimelig forhold til de målene som søkes oppnådd. Dersom det iverksettes flere kontrolltiltak, må det samlet vurderes om tiltakene totalt sett er forholdsmessige.

Arbeidsmiljøloven § 9-2 gir regler om arbeidstakermedvirkning i forbindelse med iverksettelse av kontrolltiltak i virksomheten.

Medisinske undersøkelser av arbeidssøkere og arbeidstakere reguleres i § 9-4 første ledd. Arbeidsgiver kan kun kreve gjennomføring av medisinske undersøkelser når det følger av lov eller forskrift, ved stillinger som innebærer særlig risiko eller når arbeidsgiver finner det nødvendig for å verne liv eller helse. Dersom andre arbeidsmiljø- og smitteverntiltak ikke reduserer risiko tilstrekkelig, og det er nødvendig med test for å verne liv eller helse hos eksempelvis pasienter eller brukere, vil kravene til saklighet og forholdsmessighet etter § 9-1 normalt være oppfylt. Faren må fremstå konkret, nærliggende og sannsynlig, jf. Ot.prp. nr. 49 (2004–2005) punkt 12.6.4.

Se også omtalen i punkt 14.7 om videreføring av departementets hjemmel etter ny lov § 5-5 til i forskrift å kreve undersøkelse av arbeids- og utdanningssøkere, arbeidstakere og personer under utdanning mv.

Arbeidstaker har etter arbeidsmiljøloven § 2-3 nr. 1 en medvirkningsplikt som innebærer å medvirke ved utforming, gjennomføring og oppfølging av virksomhetens systematiske helse, miljø- og sikkerhetsarbeid. Som omtalt i Helsedirektoratets veileder om vaksinasjon av helsepersonell, innebærer det at arbeidssøkere som ikke ønsker å opplyse om vaksinasjonsstatus, må behandles som om de ikke er immune. Vaksinasjon er frivillig for den enkelte arbeidstaker. Ansatte som ikke er immune og som ikke tar imot tilbud om vaksinasjon, kan bli omplassert eller bli nektet å utføre nærmere spesifiserte arbeidsoppgaver.

20.4 Opphevede bestemmelser om koronasertifikat

20.4.1 Midlertidige bestemmelser i lov om koronasertifikat

Ved lov 11. juni 2021 nr. 66 om midlertidige endringer i smittevernloven mv. (koronasertifikat) fikk smittevernloven tillegg av de midlertidige bestemmelsene § 4A-1 om koronasertifikat og § 4A-2 om bruk av koronasertifikat. Opprinnelig skulle bestemmelsene oppheves seks måneder etter ikrafttredelse. Virketiden ble forlenget til 1. juli 2022 ved endringslov 29. november 2021 og senere til 1. juli 2023 ved endringslov 17. juni 2022. Etter den siste endringsloven lød bestemmelsene slik:

> «§ 4A-1 *Koronasertifikatet*
>
> Koronasertifikatet skal i samsvar med et felles europeisk teknisk rammeverk dokumentere at en person er vaksinert mot covid-19, har gjennomgått covid-19 basert på godkjent test eller testresultat for SARS-CoV-2.
>
> Departementet kan gi forskrift for å gjennomføre forpliktelser som følger av EØS-avtalen om EUs koronasertifikat.
>
> § 4A-2 *Bruk av koronasertifikatet*
>
> Ingen kan forskjellsbehandles på grunnlag av at de ikke kan fremvise koronasertifikat, med mindre bestemmelser i eller i medhold av lov gir adgang til dette.
>
> Når sykdommen covid-19 utløst av SARS-CoV-2 regnes som en allmennfarlig smittsom sykdom, jf. § 1-4, kan departementet gi forskrifter for hele eller deler av landet om bruk av koronasertifikat som dokumentasjon når vaksinasjonsstatus, gjennomgått covid-19 eller testresultat inngår i avgrensningen av smitteverntiltak etter loven. Bestemmelser om at koronasertifikat er eneste aksepterte dokumentasjon, kan bare fastsettes når det anses nødvendig med effektiv og sikker verifikasjon, og det etter smitteverntiltakets art og forholdene ellers ikke vil være uforholdsmessig.»

Bestemmelsene ga ikke i seg selv hjemmel til å iverksette smitteverntiltak, men åpnet for bruk av koronasertifikat som dokumentasjon, når det med hjemmel i øvrige bestemmelser i smittevernloven ble vedtatt smitteverntiltak hvor vaksinasjonsstatus, gjennomgått koronasykdom eller testresultat inngikk i avgrensningen av tiltaket.

Koronasertifikatet var et system for sikker og verifisert dokumentasjon av vaksinasjonsstatus, gjennomgått koronasykdom (covid-19) og testresultat, som bygget på EUs rammeverk for «digitale grønne sertifikater». Det ble gitt to forordninger, COM/2021/130 og COM/2021/140, som senere ble justert og forlenget. Til grunn for den siste forlengelsen lå EU-forordning om koronasertifikat (EU 2021/953), som ble vedtatt 14. juni 2021 og som kom til anvendelse ved innlemming i EØS-avtalen 1. juli 2021. Forordningen la opp til at det skulle være en rettighet for medlemsstatenes borgere å få utstedt et koronasertifikat digitalt eller i papirformat, eller begge deler. Sertifikatet skulle kunne verifiseres i en annen medlemsstat enn der det var utstedt, slik at man under reiser kunne dokumentere status for vaksinasjon, gjennomgått koronasykdom eller testing. Et gyldig koronasertifikat skulle ikke være en forutsetning for å kunne reise i EØS. Det var opp til det enkelte land å bestemme bruken av sertifikatene innenlands og hvilke reiserestriksjoner som skulle gjelde.

Sertifikatet kunne vises digitalt eller lastes ned til mobiltelefon for bruk uten kobling til internett, eventuelt skrives ut på papir. Sertifikatet bestod av identitetsopplysninger (navn og fødselsdato) og tre medisinske deler. De medisinske delene viste vaksinasjonsstatus, gjennomgått koronasykdom og negativt testresultat. Sertifikatet inneholdt også metadata om sertifikatutsteder, sertifikatidentifikator og sertifikatets gyldighetstid (fra og til). Folkehelseinstituttet behandlingsansvarlig for koronasertifikatet etter personvernforordningen, mens Norsk Helsenett SF tilgjengeliggjorde det på helsenorge.no i henhold til bruksvilkår som innbyggerne samtykket til.

Bestemmelsene var ikke til hinder for at kommunene for egne forskriftsfestede smitteverntiltak, kunne stille krav om annen type dokumentasjon for test eller vaksinasjon enn koronasertifikat.

I Norge har vi allerede et vaksinasjonskort som er digitalt tilgjengelig gjennom helsenorge.no. Det ble derfor under koronapandemien lagt til rette for en løsning på helsenorge.no hvor den enkelte kunne få en utskrift av vaksinestatus og testresultat. Løsningen var basert på det nasjonale vaksinasjonsregisteret SYSVAK.

Midlertidig lov om 19. juni 2020 nr. 83 om innreiserestriksjoner for utlendinger av hensyn til folkehelsen (innreiserestriksjonsloven) ga hjemmel til å nekte innreise for utlendinger som ellers ville hatt lovlig adgang, når det var nødvendig for å trygge folkehelsen ved utbrudd av den allmennfarlige smittsomme sykdommen covid-19. Loven § 2 fjerde ledd ga hjemmel til å fastsette unntak og bestemmelser om bruk av koronasertifikat som dokumentasjon i forskrift. Dette inkluderte unntak fra innreiserestriksjonene for utlendinger som kunne fremlegge tilfredsstillende dokumentasjon på vaksine, gjennomgått covid-19 eller negativ test, herunder ved fremleggelse av koronasertifikat. Bestemmelsen lød slik:

> «Kongen kan gi forskrift om bruk av koronasertifikat som dokumentasjon på vaksinasjonsstatus, gjennomgått covid-19 og testresultat for SARS-CoV-2, herunder bestemmelser om at koronasertifikat er eneste aksepterte dokumentasjon når det anses nødvendig med effektiv og sikker verifikasjon».

20.4.2 Tilpasning av smitteverntiltak i covid-19-forskriften

Vaksinasjon mot covid-19 inngikk i det nasjonale vaksinasjonsprogrammet, var frivillig og ble gitt vederlagsfritt. I løpet av pandemien ble det innført flere smitteverntiltak avgrenset med utgangspunkt i smittestatus.

Covid-19-forskriften ga fra 7. mai 2020 unntak fra innreisekarantene og smittekarantene for personer som ved godkjent laboratoriemetode kunne dokumentere at de i løpet av de siste seks månedene hadde gjennomgått covid-19. Vilkårene for unntak ble senere endret mange ganger. Det ble også gitt unntak for personer som var vaksinert. Koronasertifikat ble tatt i bruk 11. juni 2021 som dokumentasjon på unntak fra innreisekarantene.

Forskriften § 13 e om nasjonale tiltak innførte ulike antallsbegrensninger for arrangementer i perioden 20. juni til 25. september 2021, avhengig av om publikum kunne dokumentere med koronasertifikat at de var vaksinerte, hadde gjennomgått covid-19 eller

hadde testet negativt. Arrangører kunne stille krav om koronasertifikat på idretts- og kulturarrangementer, seminarer, konferanser, kurs mv. og livssynssamlinger, men ikke private sammenkomster. Test kunne også tas på stedet og arrangøren pliktet å tilby test for inkludering i koronasertifikat for personer som ønsket å delta. Det ble også gitt unntak fra ilandstigningsforbud fra kystcruise. Det ble vurdert, men ikke vedtatt, forskrifter om bruk av koronasertifikat for adgang til serveringssteder med skjenkebevilling.

Forskriften § 19 ga i perioden 20. juni til 25. september 2021 og 19. november til 1. juli 2023 hjemmel for at kommuner som vedtok kommunale smitteverntiltak for virksomheter og arrangementer etter smittevernloven § 4-1 første ledd, kunne gi regler om bruk av koronasertifikat for bestemte typer virksomheter og arrangementer. I den første perioden gjaldt hjemmelen kun for kommuner med forsterkede smitteverntiltak vedtatt av departementet som også hadde forskriftsfestet stenging av virksomhet eller forbud mot arrangement. I den siste perioden gjaldt hjemmelen alle kommuner. Departementet er ikke kjent med at kommuner benyttet hjemmelen.

20.5 Andre land

20.5.1 Innledning

Alle EØS-landene etablerte koronasertifikater i tråd med EU-regelverket. Dette var de forpliktet til gjennom forordningene COM/2021/130 og COM/2021/140, som senere ble justert og forlenget. I mange av landene ble sertifikatene benyttet for å forbeholde adgangen til restauranter, kjøpesentre, kino mv. for personer som var vaksinert eller hadde gjennomgått covid-19 sykdom. En rekke land utenfor EØS etablerte også tilsvarende sertifikatløsninger.

20.5.2 Danmark

Departementet forstår den danske epidemiloven slik at forskriftsfesting av tilpassede smitteverntiltak hjemles i de generelle bestemmelsene om adgang til å beslutte restriksjoner på, eller forbud mot, å kunne samles, bruke lokaler, tjenester, transportmidler mv. i lovens kapittel 6 om «samfundsmæssige foranstaltninger». Den danske epidemiloven inneholder derfor ikke en særskilt regulering av adgangen til å gjøre unntak for plikter eller forbud for personer som kan dokumentere bestemte egenskaper som reduserer deres smittsomhet.

Det ble vedtatt egen lov om krav til bruk av koronapass for arbeidstakere i lov nr 2098 av 25. november 2021 om «arbejdsgiveres adgang til at pålægge lønmodtagere forevisning af coronapas, test for covid-19 m.v.»

Omtalen i det følgende bygger på Prop. 92 L (2021-2022). I Danmark ble en form for koronasertifikat (omtalt i det følgende som koronapass) et sentralt virkemiddel i gjenåpningen av samfunnet våren og sommeren 2021. Koronapass ble gjeninnført som smittereduserende tiltak på enkeltområder fra og med 12. november 2021, og avviklet samtidig med alle smitteverntiltak 1. februar 2022.

Regelverket for koronapasset bestod av sektorspesifikke forskrifter («bekentgørelser»), hjemlet i smittevernlovgivningen (epidemiloven). Koronapasset viste via en digital løsning om man var fullvaksinert, var tidligere smittet av covid-19 eller hadde avgitt en negativ koronatest de siste 48 eller 72 timer. Kravet om å fremvise koronapass gjaldt ikke for barn under 15 år. Det gjaldt heller ikke for personer som av medisinske årsaker, eller på grunn av en fysisk eller psykisk funksjonsnedsettelse, ikke burde ta en koronatest.

Danmark skilte seg ut i Europa med en svært utstrakt bruk av sertifikater. Koronapasset var en forutsetning for at mange tjenester, servicebransjen og kulturlivet kunne åpne tidligere enn hva som ellers ville vært mulig. Muligheten til å benytte tjenestene var imidlertid forbeholdt de som kunne fremvise et koronapass.

Etter innstilling fra Epidemikommision vedtok Folketingets Epidemiutvalg gjeninnføring av koronapass som smittereduserende tiltak på enkeltområder fra og med 12. november 2021. Med virkning fra 3. januar 2022 ble det stilt bl.a. krav om koronasertifikat på utdanningsinstitusjoner over grunnskolenivå, på serveringssteder, hos såkalte liberale servicenæringer (frisører, spa mv.), i svømmehaller og treningssentre, ved fengselsbesøk og ved besøk til pleiehjem og sykehus (med unntak for personlige representanter slik som verger eller advokater). Det var krav om koronapass til gudstjenester og religiøse handlinger med mer enn 100 deltagere innendørs eller mer enn 1000 deltagere utendørs (dette gjaldt også for dåp, begravelser, vielser mv.). Private virksomheter kunne kreve koronasertifikat av sine ansatte. For ansatte i staten og regionene var det krav om koronapass. Dette etter at det 12. november 2021 var enighet mellom regjeringen og arbeidsmarkedets parter om at «arbejdsgiverne sikres en lovmæssig adgang til at pålægge ansatte at forevise et gyldigt coronapas». Reglene var gjenstand for løpende endringer.

Private næringsdrivende, kulturinstitusjoner og foreninger kunne i utgangspunktet stille strengere krav til gjester enn loven foreskrev, for eksempel om bruk av munnbind eller koronapass, herunder krav om at gjester var fullvaksinert.

20.5.3 Sverige

I Sverige er smittevern regulert i Smittskyddslag (2004:168). Loven gir ikke hjemler til å iverksette befolkningsrettede tiltak. Det må derfor vedtas egen lov når det ikke er tilstrekkelig å gi anbefalinger.

Den svenske reguleringen av koronasertifikat ble omtalt slik i Prop. 92 L (2021-2022):

> «Hjemmelsgrunnlaget for innenlands bruk av vaksinasjonsbevis var Lag (2021:4) om särskilda begränsningar för att förhindra spridning av sjukdomen covid-19 og kompletterende bestemmelser i Förordning (2021:8) om särskilda begränsningar för att förhindra spridning av sjukdomen covid-19. Dertil kom Folkhälsomyndighetens forskrifter og allmenne råd med støtte i forordningen.
>
> I Sverige kunne virksomheter og arrangører, herunder konserthaller, kinoer og idrettsarenaer, fra 1. desember 2021 til 9. februar 2022 kreve vaksinasjonsbevis av besøkende over 18 år. På arrangementer med over 500 personer var det krav om vaksinasjonsbevis. Virksomheter og arrangører som valgte ikke å benytte seg av muligheten

til å kreve vaksinasjonsbevis var underlagt strengere krav om bl.a. maksimalt antall og avstand mellom besøkende.

Regjeringens hensikt var å begrense smitten, men unngå nedstengning: *«…att begrense smittspridning bland framför allt ovaccinerade genom att förhindra att ovaccinerade personer samlas i större grupper, samtidigt som verksamheter kan fortsätta att ta emot besökare*.» Kun vaksinesertifikat (dvs. vaksinedelen i EUs digitale koronasertifikater) var godkjent. Bevis på gjennomgått infeksjon og/eller negativ test var ikke omfattet av ordningen.»

20.5.4 Tyskland

Den tyske smittevernloven, Infektionsschutzgesetz, § 28c gir forbundsregjeringen fullmakt til å vedta lettelser eller unntak fra beskyttelsestiltak omfattet av lovens kapittel 5, for vaksinerte, testede og andre personer som kan forventes å være immunisert mot koronaviruset (vår oversettelse). Se omtale av hvilke tiltak dette gjelder i kapittel 17. Delstatsregjeringene kan vedta slike lettelser og unntak for egne beskyttelsestiltak, men kun hvis forbundsregjeringen har tillat det. Forbundsregjeringens regulering av slike tilpassede smitteverntiltak krever godkjenning fra Forbundsdagen og Bundesrat.

Den tyske reguleringen av koronasertifikat ble omtalt slik i Prop. 92 L (2021-2022):

«Reglene om innenlands bruk av koronasertifikat i Tyskland ble innført 24. november 2021, med enkelte endringer 7. januar og i all hovedsak avviklet 20. mars 2022. Forbundsdagen besluttet å gjenåpne store deler av samfunnet gjennom en endring av smittevernloven (Infektionsschutzgesetz). Denne loven utgjør den rettslige rammen for å tillate smitteverntiltak, herunder bruk av koronasertifikat.

I regelverket har det vært skilt mellom tiltak på nasjonalt nivå og tiltak som delstatene selv kunne beslutte.

Frem til 20. mars var lovens hovedregel 3G-regelen: Man måtte enten være vaksinert [Geimpft], ha gjennomgått en koronasykdom [Genesen] eller kunne vise til en negativ hurtigtest [Getestet])

Innleggelsesraten utgjorde utgangspunktet for om strengere regler, herunder 2G-regelen (at man enten er vaksinert eller har gjennomgått en koronasykdom) kunne innføres. 2G-regelen kunne innføres nasjonalt dersom den nasjonale innleggelsesraten var 3 eller over per 100 000 innbyggere.

Ved en nasjonal innleggelsesrate på 6 eller over, gjaldt 2G+-regelen, det vil si at man i tillegg til å være vaksinert mot eller friskmeldt fra korona måtte kunne fremvise en negativ (hurtig)test. eller være vaksinert med en tredje dose/booster.

Ved en innleggelsesrate på 9 og over, kunne et eventuelt portforbud og andre inngripende kontaktbegrensninger på delstatsnivå besluttes. Myndighetene hadde også mulighet til å beslutte et strengere tiltaksnivå (2G eller 2G+) uavhengig av insidenstallene og innleggelsestallene.

21. desember 2021 besluttet kansleren og regjeringssjefene på delstatsnivå at 2G-regelen som beskrevet over skulle gjelde nasjonalt for adgang til kultur- og fritids- og idrettsaktiviteter og -arrangementer og for adgang til detaljhandel, museer, kino og konserter, bibliotek, hoteller, spillehaller mv. 7. januar ble det innført en «2G+» – regel for restaurantbransjen og serveringssteder. Dette ble avviklet 4. mars 2022.

Kollektivtransport og flyreiser var omfattet av 3G-regelen for de reisende og for ansatte. Denne regelen falt bort den 20. mars 2022, men plikt til å bruke munnbind i offentlig transport ble videreført. Etterlevelse av 3G-regelen ble kontrollert gjennom stikkprøver gjennomført av tilbyder. Arbeidsplasser der personlig kontakt mellom ansatte eller mellom ansatte og tredjepersoner ikke kunne utelukkes falt inn under 3G systemet frem til 20. mars. Arbeidsgiver hadde plikt til å kontrollere at reglene ble etterlevd, og hadde mulighet til å etterspørre ansattes vaksinasjonsstatus.

Skoleelever var unntatt kravet, og 3G gjaldt heller ikke bruk av taxi. Matbutikker, apoteker og andre nødvendige tjenester pliktet å være tilgjengelige for alle. Krav om munnbind gjaldt i alle offentlige rom.

Rett til gratis hurtigtest minst én gang i uken, ble gjeninnført 13. november. Det var etablert testsentre overalt, særlig i de store byene, der man kunne få gjennomført gratis hurtigtest.

10. desember 2021 vedtok Forbundsdagen vaksineplikt for ansatte ved klinikker, pleiehjem og lignende institusjoner. De ansatte måtte fremlegge vaksinesertifikat eller sertifikat for gjennomgått sykdom innen 15. mars 2022. Det kan nevnes at soldater i det tyske forsvaret hadde plikt til å følge statens vaksineanbefalinger, og pliktet dermed å ta koronavaksinen.

For adgang til alders- og sykehjem samt institusjoner der mennesker med funksjonsnedsettelse eller andre helsemessige sårbare grupper bor, måtte man som ansatt eller besøkende fremlegge negativt testbevis daglig, dette gjaldt også for vaksinerte. Dette var et av tiltakene som ble videreført også etter 20. mars 2022.

På delstatsnivå kunne det innføres 3G+-regel (kun PCR-test), 2G-regel, eller 2G+-regel, basert på innleggelsesraten i delstaten. Reglene kunne besluttes gjennom forordninger på delstatsnivå. Ved en innleggelsesrate på 9 og over, kunne eventuelt portforbud og andre inngripende kontaktbegrensninger besluttes på delstatsnivå. Delstatene kunne gjennom forordninger innføre såkalt «2G-Optionsmodell», der for eksempel restauranter og arrangører av kulturtilbud selv kunne beslutte bruk av 2G-regelen.

Kontroll av koronasertifikat innebar også kontroll av ID. Forfalskninger av vaksinebevis var et problem i Tyskland, og det ble innført strenge straffer for dette, blant annet fengsel i inntil to år for den som utformer et falskt vaksinebevis. Endringene i infeksjonsvernloven av 20. mars innebar at delstatene beholdt muligheten til å kunne innføre smitteverntiltak i «hotspot-områder», det vil si i områder der smittetallene har en sterkt økende tendens».

20.6 Etiske vurderinger

Departementet omtalte de etiske problemstillingene som oppstår ved bruk av tilpassede smitteverntiltak og dokumentasjon ved koronasertifikat slik i Prop. 203 LS (2020-2021) punkt 1.5:

«Bruk av koronasertifikat reiser flere etiske problemstillinger. Reidun Førde og Bjørn M Hofmann drøfter dette i rapporten *Etiske problemstillinger ved etablering av koronasertifikat* (2021). Rapporten ble utarbeidet på oppdrag fra Helsedirektoratet. Begge forfatterne er professorer i medisinsk etikk og tilknyttet Senter for medisinsk etikk ved Universitet i Oslo. I det følgende gjøres det rede for hovedpunktene i Førde og Hofmanns vurderinger i rapporten.

Førde og Hofmann peker på rettferdighet som det mest sentrale prinsippet for vurdering av koronasertifikat. Rettferdighet og likebehandlingsidealet står sterkt i vårt solidariske offentlige helsevesen. Pandemien i seg selv synes å være en trussel mot likhets- og

rettferdighetsprinsippet fordi den rammer ulikt. Både risiko, smittebyrde og tiltaksbyrde har vært ulikt fordelt geografisk og aldersmessig. Risikoen har vært større hos eldre enn hos yngre, og større i tettbygde strøk enn i tynt befolkede områder. Smittebyrden og tiltaksbyrden har vært stor i tettbygde strøk.

At noen får vaksine før andre og i tillegg raskere kan komme tilbake til normale liv, kan ifølge Førde og Hofmann oppleves som sterkt urettferdig, særlig for ungdommene som lenge har måtte gi avkall på å leve et normalt ungdomsliv der omgang med venner og aktiviteter utenfor hjemmet er så sentralt. Eldre og mennesker med risikotilstander har i stor grad fått sitt liv preget av restriksjoner og angst for et alvorlig utkomme av en eventuell smitte med covid-19. I noen tilfeller vil vaksinasjon kompensere for ulikheten ved at de som er mest utsatte for et fatalt utkomme, og derfor må følge de strengeste smittetiltakene, blir prioritert for vaksinasjon. Når disse er beskyttet, kan det virke urimelig at de ikke skal kunne dra nytte av at de ikke lenger er så utsatte. Et koronasertifikat vil også kunne være et synlig bevis på at de utgjør en mindre trussel for å smitte andre. Samtidig vil det å gi personer med koronasertifikat fordeler, kunne gjøre at arbeidsgivere vil foretrekke å ansette dem med koronasertifikat, og derved true rettighetene til de som ikke har det. Her er tidsaspektet viktig: Dersom situasjonen er kortvarig, vil dette få mindre betydning enn om den skulle være langvarig.

Mangel på vaksiner vil gjøre at fordelingen kan oppfattes som urettferdig, og koronasertifikat vil ifølge Førde og Hofmann dermed kunne bidra til å øke forskjellene i befolkningen og gi nye former for forskjellsbehandling.

Sårbare grupper tester og vaksinerer seg mindre og vil derfor kunne bli mer sårbare. Et annet argument som faller inn under rettferdighetsprinsippet, er at bruk av koronasertifikat er en biologisk basert forskjellsbehandling. Ved vurdering av slike argumenter er det ifølge Førde og Hofmann viktig å reflektere over om det er moralsk relevante forskjeller mellom de som har opparbeidet seg immunitet og ikke.

Det sentrale spørsmålet er om friske borgere som ikke kvalifiserer til koronasertifikat kan fratas grunnleggende rettigheter når risikoen for å påføre andre skade som følge av smittespredning, avtar.

Dessuten kan det være etiske utfordrende om man ikke har planer for hvordan alle skal få tilgang til koronasertifikat. Dersom det ikke finnes planer for hvordan barn skal immuniseres (og derved få sertifikat), så vil dette ifølge Førde og Hofmann representere en strukturell urettferdighet.

Førde og Hofmann peker i tillegg på selvbestemmelsesprinsippet knyttet til frihet og at dersom man ikke lenger utgjør noen fare for andre, så bortfaller legitimiteten for frihetsbegrensende tiltak. Med koronasertifikat kan man komme i den situasjonen at man antar at borgere ikke har bevegelsesfrihet, men trenger dokumentasjon for å oppnå grunnleggende rettigheter. I den gjeldende situasjonen er dette forståelig (for mange), men en ordning der man trenger sertifikater for å oppnå grunnleggende rettigheter kan legge føringer for fremtiden.

Det er en viktig forskjell på et dokument som viser at viktige begrunnelser for å begrense borgernes frihet bortfaller og et dokument som skal gi borgere tilgang til visse goder. Dersom forutsetningene for frihetsbegrensning ikke er til stede, mangler man grunnlaget for frihetsbegrensningen. Utfordringen er at det samme dokumentet kan brukes til begge formål – altså både å legitimere at forutsetningene for frihetsbegrensning bortfaller og å gi tilgang til visse goder. Det vesentlige er hvorvidt disse godene er ekstraordinære, eller om de er alminnelige (og i hvilket tidsperspektiv).

Førde og Hofmann konkluderer med at det under bestemte forutsetninger (eksempelvis lav opplevd urettferdighet) vil være legitimt å innføre et koronasertifikat som gir bærerne fritak fra ulemper. Kompenserende tiltak som bidrar til å redusere forskjellsbehandling (eksempelvis økt testing), vil styrke legitimiteten. Koronasertifikat bør ikke brukes der det rokker ved den grunnleggende samfunnskontrakten mellom borger og stat».

20.7 Departementets vurderinger og forslag

20.7.1 Pålegg om hygienetiltak, bruk av smittevernutstyr mv.

I punkt 17.7.10 drøfter departementet hjemmel til å forskriftsfeste krav om bruk av munnbind og annet personlig verneutstyr for både kommune og Kongen, og foreslår dette i ny smittevernlov §§ 7-1 og 8-1. Det bygger på at smittevernloven § 4-1 første ledd bokstavene a, b og c allerede gir hjemmel til å pålegge bruk av munnbind, annet personlig verneutstyr og hygienetiltak. Det skal derfor kunne stilles vilkår om gjennomføring av hygienetiltak eller bruk av personlig verneutstyr for å kunne være til stede på blant annet sammenkomster. Departementet drøfter ikke slike pålegg i dette kapittelet.

20.7.2 Forhold som påvirker ulike personers risiko for å smitte andre eller bli smittet

Det grunnleggende formålet med smitteverntiltak er å forhindre overføring av smitte til og mellom personer. Smitteverntiltak kan derfor utformes slik at det gjelder ulike regler for personer ut fra faktiske eller antatte egenskaper som påvirker deres evne til å smitte andre, å bli smittet eller bli alvorlig syk. Det kan også gjelde ulike regler for arrangører og virksomheter avhengig av hvilke krav som stilles til de personene som kan være til stede eller delta i aktivitet.

Typiske eksempler på forhold som påvirker menneskers evne til å smitte andre og å bli smittet, er om man er vaksinert, har gjennomgått sykdom eller har testet negativt for sykdommen. Disse forholdene var sentrale faktorer i vurderingen av risiko og innretningen av smitteverntiltak under koronapandemien, og vil trolig også være relevante i en fremtidig alvorlig smittesituasjon. Under pandemien viste det seg også at eldre personer var mer utsatt for å utvikle alvorlig sykdom, mens barn og unge ble hardest rammet under spanskesyken på 1900-tallet.

Dette er likevel bare eksempler på forhold som i ulik grad kan tenkes å ha betydning for vurderingen av den enkeltes risiko for å smitte, bli smittet eller bli alvorlig syke.

I en fremtidig alvorlig smittesituasjon kan og vil sykdommen være annerledes. Da kan det vise seg at man får medisinskfaglig kunnskap om at også andre egenskaper påvirker smitterisikoen og virusets opptreden. Det kan for eksempel ikke utelukkes at risikoen ved en fremtidig smittsom sykdom avhenger av om man har bestemte sykdommer eller lidelser, bestemte genetiske egenskaper eller andre medisinske faktorer som nå er ukjente. Det kan også tenkes at det utvikles antivirale legemidler som påvirker den enkeltes risiko for å smitte andre, bli smittet eller bli alvorlig syke.

I dette punktet drøfter departementet lovregulering av adgangen til å ta hensyn til slike personlige egenskaper ved utformingen av smitteverntiltak.

20.7.3 Tilpasning for alder

Gjeldende smittevernlov § 3-8 om vaksinering, § 4-1 om kontakt mellom mennesker og § 4-3 om smittespredning over grensen åpner for å vedta tilpassede smitteverntiltak for personer som antas å ha en lavere smitterisiko og som kan dokumentere dette. I NOU 1990:2 omtales på side 107 «utelukkelse av visse aldersgrupper e.l.» som et eksempel på slik tilpasning. Det avgjørende etter gjeldende rett for om et smitteverntiltak kan tilpasses basert på den enkeltes alder, er om tiltaket har en klar medisinskfaglig begrunnelse, er nødvendig av hensyn til smittevernet og er forholdsmessig etter smittevernloven § 1-5. En tilpasning etter alder må også overholde forbudet mot usaklig diskriminering.

Forbudet mot diskriminering på grunn av alder er nedfelt i likestillings- og diskrimineringsloven § 6 og kan også utledes av Grunnloven § 98 og EMK artikkel 14. Diskrimineringsvernet innebærer at en forskjellsbehandling på grunn av alder må ha et saklig formål, være nødvendig for å oppnå formålet og forholdsmessig for å være tillatt, jf. blant annet likestillings- og diskrimineringsloven § 9 første ledd. For å kunne legge vekt på alder ved utformingen av smitteverntiltak må det derfor foreligge informasjon om at alder vil ha betydning for risikoen for å bli smittet, spre smitte og bli alvorlig syk. Det må også sannsynliggjøres at tiltaket er nødvendig og at det ikke finnes andre egnede handlingsalternativer. I tillegg må det sannsynliggjøres at tiltaket ikke rammer de som forskjellsbehandles på grunn av alder uforholdsmessig. Det vil si at det må være et rimelig forhold mellom det man ønsker å oppnå og hvor inngripende forskjellsbehandlingen er for den eller de som stilles dårligere på grunn av alder.

Departementet foreslår å tydeliggjøre i forslaget til ny smittevernlov §§ 7-3, 8-9 og 9-6 at alder kan inngå i avgrensningen av, eller gi unntak fra, smitteverntiltak når det er begrunnet i at ulik alder gir ulik risiko for å smitte, bli smittet eller utvikle alvorlig sykdom. Dette gjelder for alle typer smitteverntiltak, som begrensninger i den sosiale omgangen, karantene, isolasjon, innreiserestriksjoner mv.

20.7.4 Tilpasning av smitteverntiltak for smittede og eksponerte – isolasjon, karantene og inn- og utreise

Noen smitteverntiltak er rettet direkte mot personer som er smittet, antas å være smittet eller har forhøyet risiko for å være smittet etter eksponering, og pålegger dem begrensninger i bevegelsesfriheten. Eksempler på dette er plikt til isolasjon, smittekarantene, avsperring av områder, innreisekarantene og innreiseforbud.

Tiltakene kan bare gjennomføres overfor de personene som faktisk vurderes å ha disse egenskapene og som derfor utgjør en særlig smittefare. I den medisinskfaglige vurderingen av den enkelte må det være anledning til å ta hensyn til alle opplysninger som har betydning for den enkeltes smittsomhet i en konkret smittesituasjon. Under koronapandemien var det på ulike måter forskriftsfestet at de som var vaksinert, hadde

gjennomgått sykdom eller hadde testet negativt for sykdommen ikke skulle omfattes av tiltakene. I en fremtidig pandemi kan det også tenkes at andre forhold er avgjørende.

Tilpasningene kan oppfattes som unntak fra plikt til karantene, isolasjon eller forbud mot innreise, men det er mer treffende å beskrive det som at det i disse tilfellene ikke er medisinskfaglig begrunnet, nødvendig eller forholdsmessig overfor den konkrete personen å gjøre unntak fra bevegelsesfriheten. Tiltakene må avgrenses fra disse tilfellene.

Det er derfor etter departementets oppfatning nødvendig at smittevernloven gir hjemmel til å forskriftsfeste at karantene, isolasjon eller forbud mot inn- og utreise ikke skal pålegges personer som på grunn av vaksine, gjennomgått sykdom, negativt testresultat, funn ved undersøkelser eller andre nærmere bestemte forhold har redusert risiko for å bli smittet eller for å smitte videre. Departementet har ikke grunn til å tro at dette er omstridt. Koronautvalget uttaler i NOU 2023: 16 punkt 12.3.4 at «[p]olitisk og faglig sett var bruken av koronasertifikat for grensepassering relativt uproblematisk, mens bruken av koronasertifikat innenlands har vært mer omdiskutert».

Departementet foreslår på denne bakgrunn å lovfeste i ny smittevernlov §§ 8-9 og 9-6 at Kongen kan gi forskrifter for hele eller deler av landet om at vaksinasjonsstatus, gjennomgått sykdom, resultat av test for sykdom eller andre forhold som har betydning for om en person kan smitte andre, bli smittet eller utvikle alvorlig sykdom, inngår i avgrensningen av eller gir unntak fra, smitteverntiltak forskriftsfestet etter loven § 8-2 (avsperring), § 8-3 (smittekarantene mv.) og smitteverntiltak for å motvirke at smittsomme sykdommer føres inn i landet eller spres til andre land med hjemmel i ny lov kapittel 9 (karantene, isolasjon, innreiserestriksjoner for utlendinger og tiltak overfor dyr, varer mv.).

I kapittel 18 foreslår departementet å gi kommunene hjemmel i ny lov § 7-2 til å vedta forbud mot innreise til, eller utreise fra, hele eller deler av kommunens område (avsperring). Kommunen kan også vedta at personer som har oppholdt seg i et avsperret område, kan forlate området mot at de er i karantene på egnet sted eller følger andre smitteverntiltak. I den grad kommunene kan vedta egne forskrifter om forbud mot inn- eller utreise fra områder og karanteneplikt i den anledning, må de også kunne forskriftsfeste tilpasninger ut fra forhold som har betydning for vurderingen av personens smitterisiko. Departementet foreslår derfor å lovfeste i ny § 7-3 at kommunen kan gi forskrifter om at vaksinasjonsstatus, gjennomgått sykdom, testresultat eller andre forhold som har betydning for om en person kan smitte andre, bli smittet eller utvikle alvorlig sykdom, inngår i avgrensningen av eller gir unntak fra avsperring av områder etter § 7-2.

Se omtale av hjemmel for regulering av dokumentasjon i punkt 20.7.6.

20.7.5 Tilpasning av smitteverntiltak som begrenser den sosiale omgangen - arrangementer, virksomheter mv.

20.7.5.1 Behovet for tilpasninger ut fra personers risiko for å smitte andre eller bli smittet

Noen smitteverntiltak er rettet direkte mot arrangører, virksomheter eller en på forhånd ukjent gruppe personer, og pålegger dem begrensninger i friheten til å samle flere personer, tilby tjenester eller oppsøke samme sted. Tiltakene begrenser samtidig enkeltpersoners bevegelsesfrihet og hvilke aktiviteter de har tilgang til. Eksempler på slike innenlandske reguleringer er pålegg om å holde virksomheter stengt, begrensninger på hvor mange som kan være til stede i lokaler eller på arrangementer, krav til avstand mellom besøkende eller krav til at besøkende bruker verneutstyr. Formålet er å forhindre eller begrense risikoen for overføring av smitte ved sosial omgang mellom smittsomme og smittbare personer.

Denne samtidige reguleringen av begrensninger for enkeltpersoners tilgang til goder og begrensninger for arrangører og de som driver virksomhet, innebærer at det ikke er tilstrekkelig å ta stilling til om smitteverntiltak rettet mot den enkelte person er begrunnet eller ikke, slik som ved pålegg om karanteneplikt omtalt i punkt 20.7.4. De nevnte tiltakene er i utgangspunktet ikke basert på vurderinger av risikoen for smittsomhet for hver enkelt deltaker, men på generelle vurderinger av risikoen for smittespredning der mennesker omgås og muligheten for å begrense eventuelle utbrudd med smittesporing.

Det er mulig å begrense risikoen for at personer som omgås smitter hverandre, ved å forskriftsfeste at kun personer med vesentlig redusert risiko for å smitte andre, eller for å bli smittet, kan være til stede der også andre oppholder seg. Under koronapandemien ble det for eksempel forskriftsfestet at arrangementer med et særlig høyt deltakerantall og kystcruise med ilandstigning krevde at deltakerne var vaksinert, hadde gjennomgått sykdom eller hadde testet negativt for sykdommen.

Det kan ta tid å opparbeide seg den medisinskfaglige kunnskapen som er nødvendig for å identifisere forhold av vesentlig betydning for smittsomhet og mottakelighet for smitte. I en tidlig fase av en alvorlig smittesituasjon vil man normalt ha mer enn nok arbeid med å skaffe seg oversikt over situasjonen og handle ut fra prinsippet om å være føre var. Den usikkerheten som råder i den første tiden gjør det også vanskelig å akseptere den risikoen for økt smittespredning og behov for smittesporing som tilpasning av smitteverntiltak vil innebære. Det kan også ta tid å utarbeide og tilgjengeliggjøre tester, vaksiner, løsninger for dokumentasjon mv. og å gjøre disse tilgjengelige. Samlet sett tilsier dette at tilpasning av smitteverntiltak som tar sikte på å redusere den sosiale omgangen basert på den enkeltes sannsynlighet for å bli smittet, spre smitte og bli alvorlig syk, trolig først vil være aktuelt når det har gått noe tid.

Slik tilpasning av smitteverntiltakene innebærer at en rekke etiske, prinsipielle og praktiske problemstillinger må vektlegges i tillegg til de smittevernfaglige vurderingene.

På den ene siden vil det å holde tilbud åpne, øke deltakerantall og unngå andre begrensninger kunne gi lavere tiltaksbyrde for de som oppfyller vilkårene, både for

virksomhetene og den aktuelle delen av befolkningen. Under pandemien ble det vist til at befolkningen kan oppleve en mer normal hverdag og at det kan bidra til å opprettholde aktiviteten i samfunnet. Aktivitet er bra for samfunnet, bedriftene og den enkelte, og bidrar til å redusere de økonomiske skadevirkningene av en pandemi. For den enkelte som har redusert risiko for å være smittsom eller bli smittet, kan det oppleves urettferdig å få sin bevegelsesfrihet innskrenket.

På den annen side vil de som ikke oppfyller vilkårene heller ikke kunne være til stede eller benytte tilbudet. Det vil være et inngrep i deres bevegelsesfrihet som må begrunnes. Fra deres side vil begrensningen i bevegelsesfriheten være mindre hvis de samme strenge begrensningene i den sosiale omgangen gjelder likt for alle som ikke er i karantene eller isolasjon.

Under koronapandemien fikk forvaltningen og befolkningen erfaring med å håndtere tilpasning av smitteverntiltak ut fra om personer var vaksinert, hadde gjennomgått sykdom eller hadde testet negativt for sykdommen. Det ble utredet kunnskapsgrunnlag, fordeler og ulemper, etiske vurderinger, praktiske løsninger, rekkevidden av gjeldende hjemler og lovendringer knyttet til koronasertifikat. Tilpasning og den tilhørende bruken av dokumentasjon ved koronasertifikat ble også debattert i mange sammenhenger.

Departementet ser derfor behov for å drøfte nærmere om smittevernloven bør gi hjemmel til å forskriftsfeste tilpassede smitteverntiltak for den sosiale omgangen (tiltak etter gjeldende smittevernlov § 4-1 første ledd bokstavene a til c) ut fra om personer har testet negativt, har gjennomgått sykdom eller er vaksinert.

20.7.5.2 Tilpasning av smitteverntiltak når test er et reelt alternativ til vaksinering mv.

Når tilpassede smitteverntiltak tillater arrangører og virksomheter å øke antallet personer som kan være til stede eller unngå begrensninger som skjenkestopp mv., innebærer dette samtidig at personer som er uten dokumentasjon for negativ test, gjennomgått sykdom eller vaksinering, ikke vil kunne delta på de sosiale arenaene. Det kan være en begrensning av deres bevegelsesfrihet, som bare er lovlig når det anses nødvendig og forholdsmessig.

I de vurderingene som lå til grunn for innføring av tilpassede smitteverntiltak og dokumentasjon med koronasertifikat sommeren 2021, la man til grunn at vaksinene beskyttet godt mot smittespredning. Dette endret seg med nye virusvarianter, slik at man i begynnelsen av 2022 la til grunn at vaksinerte og de som hadde gjennomgått sykdom også i stor grad bidro til å spre smitten. Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet anbefalte derfor den gang, i svar på oppdrag 590, at negativ test ikke burde sidestilles med vaksinasjon eller gjennomgått sykdom.

Under koronapandemien ble det vunnet viktige erfaringer med betydningen av testing og vaksinasjon ved tilpasning av smitteverntiltak. Disse erfaringene kan også være relevante ved fremtidige pandemier når behovet for tilpassede tiltak oppstår. Det gjelder særlig fordi den medisinske og tekniske utviklingen tilsier at det trolig vil kunne være mulig å

diagnostisere, vaksinere og behandle smittsomme sykdommer stadig raskere etter at de oppstår og spres.

Koronautvalget redegjør i NOU 2023: 16 punkt 12.3.4 for diskusjonen om bruk av differensiering og koronasertifikat innenlands, med vekt på vurderingene høsten 2021 og våren 2022. Utvalget uttaler at dokumentasjon som tilsvarer koronasertifikatet bør være tilgjengelig ved en lignende fremtidig pandemi. Departementet forstår dette slik at utvalget mener at smittevernloven også bør regulere adgangen til å tilpasse smitteverntiltak mot en fremtidig og ukjent sykdom ut fra om personer har testet negativt, har gjennomgått den eller er vaksinert.

Departementet mener derfor at det er hensiktsmessig at Stortinget allerede nå tar stilling til rammer for forskriftsregulering av tilpassede smitteverntiltak, basert på løsninger som vi har vunnet erfaring med under pandemien. Dette vil gi grunnlag for en bredere drøfting av erfaringer med tilpassede smitteverntiltak, hvilke hensyn som må ivaretas og balanseringen av disse. Lovfesting av regjeringens fullmakt kan også danne et godt utgangspunkt for senere å vurdere behov for justeringer eller utvidelser av lovens hjemler, enten midlertidige eller permanente, tilpasset den konkrete smittesituasjon neste gang det oppstår en alvorlig smittesituasjon.

Departementet mener at inngrepet i bevegelsesfriheten som følge av krav om vaksinering eller gjennomgått sykdom for å kunne delta i sammenkomster, vil kunne være begrenset når det er medisinsk begrunnet og det samtidig åpnes for at også de som avlegger negativ test kan delta. I slike tilfeller vil opplevelsen av urettferdighet normalt være relativt lav for de som av ulike grunner ikke har fått tilgang til vaksine eller ikke ønsker å ta vaksine, ettersom de vil ha et reelt alternativ som er begrunnet i behovet for å motvirke spredning av smitte.

Testing er et kompenserende tiltak som bidrar til å redusere forskjellsbehandling og styrke legitimiteten til det tilpassede smitteverntiltaket. Det innebærer likevel ikke at det alltid vil være forholdsmessig og nødvendig å kreve negativ test, vaksinering eller gjennomgått sykdom. Dette må vurderes løpende ut fra blant annet den konkrete smittesituasjonen, dokumentasjonsløsninger, testmuligheter, kostnader, hvor utbredt kravet er i samfunnet og hvordan barn eller grupper som ikke kan testes påvirkes. Se omtale relevante forhold i punkt 20.7.7.

Departementet foreslår på denne bakgrunn å lovfeste i ny smittevernlov § 8-9 at Kongen kan forskriftsfeste tilpasninger i eller unntak fra smitteverntiltak etter § 8-1 som begrenser den sosiale omgangen eller annen kontakt mellom mennesker, for de som har testet negativt for sykdom, har gjennomgått sykdom eller er vaksinert. Dette kan for eksempel innebære tillatelse til å holde åpent, tillatelse til å kunne ha flere personer til stede eller at det gis unntak fra skjenkestopp eller andre begrensninger. Det skal likevel bare kunne stilles krav om gjennomgått sykdom eller vaksinering når også testing er et reelt alternativ, se drøfting av dette i neste punkt.

Hjemmelen vil bare kunne benyttes ved samfunnskritisk sykdom.

Departementet foreslår videre å lovfeste i ny lov § 8-9 at Kongen også kan forskriftsfeste krav om at alle som er til stede må ha testet negativt for sykdom. Et slikt krav vil i så fall gjelde for alle, også de som har gjennomgått sykdom eller er vaksinert.

20.7.5.3 Tilpasning av smitteverntiltak når test ikke er et reelt alternativ til vaksinering mv.

Dersom det i en konkret smittesituasjon ikke er mulig å gjennomføre testing, eller negativ test for sykdom ikke gir tilnærmet like god reduksjon av smittespredningsfaren som gjennomgått sykdom eller vaksinasjon, vil særlige begrensninger i den sosiale omgangen kun for de som ikke er vaksinert eller ikke har gjennomgått sykdom kunne oppleves mer inngripende for denne gruppen enn ett sett med felles regler. På den annen side vil det for de som da har gjennomgått sykdom eller er vaksinert oppleves som tilsvarende inngripende å være omfattet av restriksjoner begrunnet i at andre ikke har mulighet til å teste seg.

Dette reiser vanskelige og omstridte praktiske, etiske og prinsipielle spørsmål. Det er blant annet nødvendig å veie hensynene til at de vaksinerte kan leve mest mulig normalt, mot hensynet til de som enten ikke har fått tilbud om vaksine, ikke kan ta vaksine eller ikke ønsker dette. Hensynet til konsekvensene for blant annet næringsliv, kulturliv og enkeltpersoner må balanseres. Opplevelsen av urettferdighet kan være større for de gruppene som ikke oppfyller kravene om vaksinering. Se omtalen av dette under punkt 20.6 om etiske vurderinger. Det kan oppleves som et press om vaksinering som vil ha ulik styrke avhengig av i hvilket omfang arrangører eller virksomheter velger å benytte seg av unntaksordningene.

I Prop. 203 LS (2020-2021) omtaler departementet noen av synspunktene slik:

> «Koronasertifikatet har skapt stort engasjement og det er uenighet om det bør innføres et slikt sertifikat. Der noen på den ene siden ønsker sertifikatet velkommen som et nyttig og rettferdig verktøy i en nødvendig gjenåpning av samfunnet, er det andre som ser på koronasertifikatet som en trussel mot det norske samfunnet. Påstanden om at ordningen vil være urettferdig, diskriminerende og i strid med grunnleggende menneskerettigheter, gjentas i svært mange høringsuttalelser. Sertifikatet vil ifølge disse personene og instansene bringe oss nærmere et sorteringssamfunn og et kontroll- og overvåkningssamfunn. Enkelte mener at viruset ikke er så alvorlig at det tilsier inngripende tiltak som et koronasertifikat. Andre er kritiske til vaksinen og er redd for eventuelle bivirkninger. Flere mener at koronasertifikatet vil innebære et press som betyr at vaksinering i praksis ikke blir frivillig.
>
> Departementet har ikke grunn til å tro at det store antallet negative høringssvar gir et representativt bilde av hva befolkningen mener om koronasertifikatet. De kritiske høringssvarene viser imidlertid at koronasertifikatet bare bør brukes med klare begrensninger og på en måte som reduserer ulempene knyttet til bruken. […]
>
> Koronasertifikatet vil kunne legge til rette for en gradvis og kontrollert gjenåpning av samfunnet. Befolkningen har en berettiget forventning om lettelser i karanteneplikter og andre tyngende smitteverntiltak i takt med antall vaksinerte. Tilsvarende gjelder for næringslivets behov for å få «hjulene i gang» så raskt som mulig. Dette er ønskelig både for samfunnet og den enkelte, fordi det reduserer de personlige og økonomiske skadevirkningene av pandemien.

> Departementet vurderer det som rimelig, og ikke urettferdig, at vaksinerte og personer som har gjennomgått koronasykdom, får visse lettelser. Vaksine er gitt til dem med størst risiko for alvorlig sykdom og død, og ulikhetene i vaksinasjonsgrad skyldes at målet er å gjøre denne risikoen lavest mulig. En vurdering av lettelser for vaksinerte må uansett ta utgangspunkt i det rent smittevernfaglige og forholdsmessigheten ved tiltakene. […] I denne sammenhengen er det også viktig å bemerke at departementet vurderer at for nasjonal bruk av koronasertifikatet, så skal test i utgangspunktet likestilles med vaksinasjon og gjennomgått covid-19, se punkt 6.5. […]
>
> Departementet ser at bruk av koronasertifikatet kan innebære et visst insitament til å la seg vaksinere. Dette er imidlertid ikke et hensyn som begrunner sertifikatet. Tvert imot vil departementet fremheve prinsippet om frivillighet, noe som taler for at bruken av koronasertifikatet ikke må være for omfattende eller langvarig.»

Erfaringen fra koronapandemien var at høringsforslag fra regjeringen om videreføring av lovhjemmel for bruk av koronasertifikat og forskriftsbestemmelser om tilpasning av kommunale smitteverntiltak ga opphav til et sterkt engasjement og debatt med store motsetninger. Departementet mottok blant annet over 22 000 høringssvar til lovforslag som ble fremmet i Prop. 92 L (2021-2022). Motstanden mot bruk av koronasertifikat i andre land var også stor. Dette illustrerer at smitteverntiltak som gjør unntak kun for vaksinerte eller de som har gjennomgått sykdom, stiller store krav til demokratisk forankring og prosesser som bygger legitimitet.

I en helhetsvurdering av hvordan smitteverntiltakene bør innrettes, vil blant annet smittemåte, smittsomhet, testmuligheter, effekt og tilgjengelighet av vaksiner, unntaksmuligheter for de som av ulike grunner ikke kan ta vaksine, hvor mange som er vaksinert, tiltakenes omfang, tiltakstrøtthet mv. være relevant. Dette er forhold som vanskelig vil kunne vurderes før en konkret smittesituasjon faktisk har oppstått.

Tilpasning av smitteverntiltak for den sosiale omgangen basert på om personer er vaksinert eller ikke, forutsetter avveininger av ulike interesser, tilpasset en aktuell situasjon hvor man allerede har vunnet erfaringer med sykdommen og hvordan den på ulike måter har påvirket samfunnet. Man vil stå i valget mellom to ulike tilnærminger til regulering, som begge kan være forholdsmessige og lovlige: Felles regler for alle, eller tilpassede regler for ulike grupper. Valget er i stor grad avhengig av politiske vurderinger.

Departementet mener derfor at det vil ha begrenset verdi å lovfeste bestemmelser i smittevernloven som på generelt grunnlag rammer inn Kongens hjemmel til i forskrift å tilpasse smitteverntiltak for den sosiale omgangen ut fra om personer er vaksinerte eller har gjennomgått sykdom, uten at testing er et reelt alternativ.

Det antas også å være tid til å gjennomføre lovprosesser med eventuelle forkortede høringsfrister i denne type saker, ettersom det uansett vil ta tid å utvikle vaksiner og å gjennomføre vaksinasjon av befolkningen.

Departementet mener på denne bakgrunn at smittevernloven ikke bør gi permanent hjemmel til å forskriftsfeste tilpassede smitteverntiltak for den sosiale omgangen ut fra om personer er vaksinert eller har gjennomgått sykdom, uten at testing er et alternativ. Departementet mener at Stortinget bør ta stilling til et eventuelt forslag til å tillate slik

tilpasning når behovet eventuelt skulle oppstå i forbindelse med en fremtidig alvorlig smittesituasjon. Departementet foreslår å lovfeste dette. Forslaget innebærer at det må fremmes et konkret lovforslag for Stortinget dersom det i en smittesituasjon skulle oppstå behov for å tilpasse smitteverntiltak på annen måte enn det som følger av den permanente hjemmelen i smittevernloven.

Departementet ber om høringsinstansenes syn på om loven likevel bør gi en permanent hjemmel til å stille krav om gjennomgått sykdom eller vaksinering når det oppfyller de generelle vilkårene om medisinskfaglig begrunnelse, nødvendighet og forholdsmessighet, uten at testing er et reelt alternativ.

20.7.5.4 Bør loven i stedet forby tilpasning ut fra test, gjennomgått sykdom eller vaksinering?

Et alternativ til å lovfeste en begrenset anledning til å tilpasse smitteverntiltak for den sosiale omgangen ut fra test, gjennomgått sykdom eller vaksinering, kan være å lovfeste at slik tilpasning ikke er tillatt. Dette alternativet innebærer at det må fremmes lovforslag når behovet oppstår.

Alternativet kan begrunnes med at det vil ta tid å opparbeide tilstrekkelig kunnskapsgrunnlag, og at det gir rom for å utarbeide lovforslag tilpasset situasjonen.

Under koronapandemien var slike tilpassede tiltak ikke aktuelt før det forelå godt kunnskapsgrunnlag om viruset og sykdommen, smittsomhet, immunitet etter gjennomgått infeksjon, immunitet etter vaksinering, betydning av immunitet for smittsomhet, tilgjengelighet av tester, og kunnskap om testenes sensitivitet og spesifisitet. Slik kunnskap er nødvendig for å vurdere tilpasning av tiltak. Vi har ingen kunnskap om hvordan smittsomhet, tilgang til testing og effekt av vaksinering vil være neste gang tilpasning av smitteverntiltak er aktuelt. Det vil derfor trolig være tid til å gjøre nødvendige lovendringer som er bedre tilpasset situasjonen.

Under koronapandemien var den lovgivende forsamlingen i flere land involvert i reguleringen av tilpassede smitteverntiltak basert på test, gjennomgått sykdom og vaksinering. I Sverige vedtok Riksdagen tilpassede lovbestemmelser, i Tyskland godkjente Bundestag og Bundesrat regjeringens regulering og i Danmark vedtok Folketingets Epidemiutvalg innføring av koronapass. Land vi sammenligner oss med har derfor valgt ikke å gi en permanent hjemmel til å gi regler om den sosiale omgangen basert på den enkeltes sannsynlighet for å bli smittet, å spre smitte og å bli alvorlig syk.

Departementet mener likevel at smittevernloven bør gi en permanent hjemmel for Kongen til å vedta forskrifter om tilpassede smitteverntiltak basert på den enkeltes sannsynlighet for å bli smittet, å spre smitte og å bli alvorlig syk i situasjoner hvor inngrepet i enkeltpersoners bevegelsesfrihet fremstår som begrenset. En permanent og avgrenset hjemmel for tilpassede smitteverntiltak som drøftet i punkt 20.7.5.2, vil også danne et godt utgangspunkt for å vurdere behovet for lovendringer spesielt tilpasset en fremtidig smittesituasjon når denne oppstår.

Departementet ber særskilt om høringsinstansenes syn på om smittevernloven bør gi en uttrykkelig bestemmelse om at det *ikke* er hjemmel til ved forskrift å gi unntak eller

lettelser fra smitteverntiltak som begrenser den sosiale omgangen for personer som har testet negativt for sykdom, har gjennomgått sykdom eller er vaksinert.

20.7.5.5 Tilpasninger som kan være aktuelle

I Prop. 92 L (2021-2022) fremgår det at Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet våren 2022 vurderte at tilpasning av smitteverntiltak og bruk av koronasertifikat eventuelt burde gjelde ikke-essensielle arenaer der smitterisikoen er stor, tiltaksbyrden er begrenset og det er gode kontrollmuligheter, som nattklubber, puber og innendørs arrangementer uten faste sitteplasser, eventuelt også treningssentre og svømmehaller. Smitterisikoen ble vurdert som størst på arenaer der mennesker mingler tett og snakker, roper, danser og synger etc., og spesielt der alkohol var involvert. Departementet legger til grunn at dette trolig også vil være tilfellet ved en fremtidig alvorlig smittesituasjon.

Under pandemien ble det åpnet for større arrangementer for de som kunne fremvise koronasertifikat, men ikke slik at ethvert arrangement forutsatte dette. Det var fremdeles tillat med et visst antall personer uten bruk av koronasertifikat.

Erfaringene fra pandemien med smitteutbrudd på skip og behovet for å beskytte sårbare samfunn, tilsier at det også i fremtiden vil være aktuelt å benytte tilpassede smitteverntiltak basert på den enkeltes sannsynlighet for å bli smittet, å spre smitte og å bli alvorlig syk ved kystcruise langs norskekysten og reiselivsaktiviteter på Svalbard.

For økt effekt kan man vurdere mer utstrakt bruk av tilpassede smitteverntiltak i samfunnet. Våren 2022 ble for eksempel covid-19-forskriften endret slik at kommuner kunne vedta tilpassede smitteverntiltak for bruk av treningssentre og svømmehaller, serveringssteder uten skjenkebevilling, kultur- og underholdningssteder som museer, teatre, kinoer og fornøyelsesparker. Departementet er ikke kjent med at noen kommuner benyttet muligheten. Mange land innførte imidlertid bruk av koronasertifikat også på slike steder under pandemien.

Departementet viser til omtale av bruk i arbeidsforhold i Prop. 203 LS (2020-2021) punkt 6.6.3.2, og anser at det fremdeles er en aktuell vurdering:

> «Arbeidsmiljøloven begrenser hva slags opplysninger en arbeidsgiver kan kreve og hva slags helseundersøkelser som kan kreves. Dette setter snevre rammer for bruk av koronasertifikat i arbeidsforhold. Etter arbeidsmiljøloven § 9-3 kan arbeidsgiver «kun innhente helseopplysninger om det er nødvendig for å utføre de arbeidsoppgavene som knytter seg til stillingen.» Videre følger av § 9-4 at helseundersøkelser bare kan utføres for stillinger der utøveren rutinemessig kommer i situasjoner hvor konsekvensene av feil i utførelsen er særlig store, enten for arbeidstakeren selv, for tredjeperson eller har store samfunnsmessige konsekvenser, og hvor det derfor må stilles særlige krav til aktsomhet og oppmerksomhet. For eksempel kan helsepersonell spørres om vaksinasjon.
>
> Departementet mener at det vil være lite aktuelt å bruke koronasertifikatet i arbeidsforhold. Slik bruk av koronasertifikatet fordrer at det er iverksatt smitteverntiltak som er rettet direkte mot arbeidslivet. Departementet viser til at arbeidsmiljøloven setter skranker for adgangen til å bruke koronasertifikat i arbeidslivet, selv om hjemmelen i smittevernloven i seg selv vil kunne åpne for en slik bruk.»

20.7.5.6 Ikke hjemmel for unntak ut fra andre medisinske forhold som påvirker smittsomhet

Under koronapandemien fikk forvaltningen og befolkningen erfaring med å håndtere tilpasning av smitteverntiltak ut fra om personer var vaksinert, hadde gjennomgått sykdom eller hadde testet negativt for sykdommen. Vi har ikke tilsvarende erfaringer å trekke på når det gjelder *andre* mulige grunnlag for å tilpasse smitteverntiltak, for eksempel konkrete genetiske egenskaper eller andre nå ukjente forhold som kan vise seg å være relevante for smitteoverføring ved en fremtidig alvorlig smittesituasjon. Vi kjenner heller ikke nå til hvilke tester eller undersøkelser som må gjennomføres for å få kunnskap om den enkeltes smittsomhet.

Det må antas at det vil være tid til å gjennomføre nødvendige prosesser for lovendringer, om nødvendig med forkortede frister, dersom det i en fremtidig alvorlig smittesituasjon skulle oppstå behov for å gi unntak fra begrensninger i den sosiale omgangen for medisinske forhold som nå ikke er kjent. Skulle det mot formodning være fare ved opphold og vilkårene i forslaget til de ekstraordinære fullmaktene i §§ 11-1 til 11-5 er oppfylt, vil Kongen i statsråd kunne vedta nødvendige forskrifter med lovs innhold.

Departementet foreslår derfor at smittevernloven ikke skal gi hjemmel til å tilpasse smitteverntiltak for den sosiale omgangen (tiltak etter ny smittevernlov §§ 7-1 og 8-1) ut fra andre medisinske forhold enn om personer er vaksinert, har gjennomgått sykdom eller har testet negativt for sykdommen, inkludert genetiske egenskaper. Se forslag til ny lov § 8-9.

20.7.5.7 Hvilke formål kan begrunne forskjeller i smitteverntiltak mellom vaksinerte og uvaksinerte?

Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet skisserte i svar på oppdrag 590 av 9. januar 2022 tre mulige formål med å tilpasse tiltak ut fra om deltakere på arrangementer mv. var vaksinerte eller uvaksinerte: redusere smittespredning, forhindre alvorlig sykdom og øke vaksinasjonsdekningen. Departementet legger dette til grunn også for fremtidige smittesituasjoner. Formålet om å redusere smittespredning ligger i kjernen av smittevernlovgivningens hjemler for innføring av tiltak. Det er derfor relevant å ta hensyn til hvordan og i hvilken grad tilpassede smitteverntiltak beskytter vaksinerte, de som har gjennomgått sykdom og de uvaksinerte som kun vil testes.

Muligheten til å oppnå økt vaksinasjonsdekning skal ikke begrunne forskjeller i smitteverntiltak mellom vaksinerte og uvaksinerte. Dette følger av departementets forslag om å lovfeste at testing må være et reelt alternativ for å kunne stille krav om vaksinering eller gjennomgått sykdom for å kunne være til stede der mennesker samles. Dersom man likevel skulle ønske å fremme økt vaksinasjonsgrad gjennom å kreve vaksinering uten testmuligheter, må Stortinget ta stilling til spørsmålet i forbindelse med behandlingen av et forslag til lovendring

Når testing skal være et reelt alternativ, vil det ikke være anledning til å utelukke kun uvaksinerte fra sammenkomster eller lokaler for å forhindre at de blir smittet og utvikler alvorlig sykdom. Det innebærer at man må velge mellom tilpassede tiltak som inkluderer testing slik at man kan få adgang til sammenkomster eller lokaler ved å fremvise et

negativt testresultat, eller å ha strengere regler som gjelder alle. I den vurderingen må det tas hensyn til kunnskap om hvorvidt testede uvaksinerte i tilstrekkelig grad beskyttes mot smitte og alvorlig sykdom når de oppholder seg på samme sted som potensielt smittsomme vaksinerte. I så fall kan det etter omstendighetene også legges vekt på belastningen for helse- og omsorgstjenesten som følge av smittespredning til både vaksinerte og uvaksinerte.

20.7.5.8 Kommunens myndighet til å vedta forskrifter om tilpasning av begrensninger i den sosiale omgangen

Smittevernloven gir i dag staten og kommunene samme myndighet til å vedta tilpassede smitteverntiltak basert på den enkeltes sannsynlighet for å bli smittet, å spre smitte og å bli alvorlig syk. Kommunene kan derfor i en fremtidig alvorlig smittesituasjon med hjemmel i gjeldende smittevernloven § 4-1 vedta for eksempel at kun vaksinerte kan være til stede på et arrangement, at de som skal være til stede skal testes eller at gjennomgått sykdom gir unntak fra karantene. De kan også vedta krav til dokumentasjon. Dette forutsetter at de grunnleggende kravene til forholdsmessighet mv. er oppfylt. Kommunen kan imidlertid ikke uten videre vedta bruk av dokumentasjonsløsninger som staten iverksetter.

Departementet foreslår i punkt 20.7.4 at Kongen skal kunne gi forskrifter om at forhold som har betydning for om en person kan smitte andre, bli smittet eller utvikle alvorlig sykdom, inngår i avgrensningen av vedtak som avsperring, smittekarantene og smitteverntiltak for å motvirke at smittsomme sykdommer føres inn i landet eller spres til andre land. Det foreslås der også at kommunen skal ha hjemmel til å gi slike forskrifter ved avsperring av kommunens områder.

I punkt 20.7.5 foreslår departementet hjemmel for Kongen i ny smittevernlov § 8-9 til å forskriftsfeste tilpasninger i smitteverntiltak som begrenser den sosiale omgangen for de som har testet negativt for sykdom, har gjennomgått sykdom eller er vaksinert. Hjemmelen vil bare kunne benyttes ved samfunnskritisk sykdom. Det skal likevel bare kunne stilles krav om gjennomgått sykdom eller vaksinering når også testing er et reelt alternativ.

Når det gjelder kommunenes myndighet, foreslår departementet at smittevernloven ikke skal gi kommunene selvstendig hjemmel til å tilpasse smitteverntiltak som begrenser *den sosiale omgangen* ut fra om personer har testet negativt for sykdommen, gjennomgått sykdom eller er vaksinerte. Denne hjemmelen bør forbeholdes Kongen.

Departementet begrunner forslaget med at tilpasning av befolkningens tilgang til sosial omgang, tjenester og aktiviteter ut fra om personer har testet negativt for sykdommen, gjennomgått sykdom eller er vaksinerte, bør vurderes samlet på nasjonalt nivå for å unngå en uoversiktlig situasjon med store forskjeller mellom ulike kommuner. Slike tilpasninger bør forbeholdes situasjoner hvor det foreligger en samfunnskritisk sykdom og nasjonale myndigheter kan gjøre helhetlige vurderinger. Videre er tilpasninger av smitteverntiltak ut fra disse forholdene inngripende tiltak, som krever vanskelige vurderinger av medisinskfaglige forhold og forholdsmessighet. Det er heller ikke tale om tiltak som er nødvendige for rask håndtering av en krisesituasjon, men som kan være aktuelt i

langvarige kriser. Det bør også legges til rette for like krav til dokumentasjon, noe som trolig forutsetter nasjonale løsninger.

Kongen bør likevel ha hjemmel til å forskriftsfeste at kommuner, innenfor nærmere fastsatte rammer, kan gis myndighet til selv å vedta forskrifter om slike unntak og krav til dokumentasjon. Når det åpnes for dette i forskrift, vil det være kommunen som bestemmer om dette skal gjøres eller ikke. Dette innebærer at en kommune ikke uten hjemmel i statlig forskrift kan innføre krav om fremvisning av dokumentasjon på test, gjennomgått sykdom eller vaksinasjon for å få adgang til lokale aktiviteter, tjenester, virksomheter eller sammenkomster. Departementet foreslår derfor å lovfeste i ny smittevernlov § 7-3 at kommunen bare gi kan forskrifter om at vaksinasjonsstatus, gjennomgått sykdom eller resultat av test for sykdom inngår i avgrensningen av eller gir unntak fra smitteverntiltak som kommunen vedtar etter § 7-1 (sosial omgang), dersom Kongen har bestemt det i forskrift. Kongen kan bare forskriftsfeste dette ved samfunnskritisk sykdom. Kongen kan gi forskrifter om vilkår og rammer for kommunens tilpasninger.

Departementet har vurdert om loven bør gi kommunene direkte hjemmel til å kunne forskriftsfeste avgrensninger i eller unntak fra begrensninger i den sosiale omgangen for personer som kan vise til *negativ test for sykdom*, uavhengig av om de er vaksinert eller har gjennomgått sykdom. Det kan være praktisk viktig for kommuner å kunne stille krav om testing når det er tilgjengelig, for eksempel på stedet eller bekreftelse fra teststasjon. På den annen side vil testing i noe skala kunne utfordre analysekapasitet, påvirke nasjonale myndigheters vurdering av risikoen for smittespredning i og mellom ulike deler av landet og gi mer arbeid med smitteoppsporing. Departementet legger avgjørende vekt på behovet for at nasjonale myndigheter bør gjøre helhetlige vurderinger av disse forholdene, og foreslår at kommunene også i denne sammenheng må avvente at Kongen i forskrift gir anledning til å vedta kommunale forskrifter. Høringsinstansenes bes om særskilt å kommentere dette.

20.7.6 Hjemmel til å regulere dokumentasjon

20.7.6.1 Innledning

Når det med hjemmel i lov forskriftsfestes tilpassede smitteverntiltak ut fra om personer har testet negativt, gjennomgått sykdom, er vaksinerte eller andre forhold som har betydning for om en person er smittet eller smittsom, må det tas stilling til hvilken dokumentasjon som skal aksepteres. Dokumentasjonskravene kan variere mellom ytterpunktene fri bevisførsel og krav om registrering i en elektronisk løsning med høy grad av verifiserbarhet.

Under koronapandemien hjemlet smittevernloven §§ 4A-1 og 4A-2 (nå opphevet) bestemmelser om koronasertifikat og bruk av dette som dokumentasjon når vaksinasjonsstatus, gjennomgått sykdom eller testresultat inngikk i avgrensningen av smitteverntiltak etter loven. Det ble for eksempel sommeren 2021 tillatt å ha flere deltakere på arrangementer som forbeholdt deltakelse for de som ved koronasertifikat kunne dokumentere at de var vaksinert, hadde gjennomgått sykdom eller avlagt negativ

test. I tidlige faser av pandemien ble det stilt krav om å fremvise resultat fra godkjent laboratoriemetode for å unngå innreisekarantene eller smittekarantene.

Koronasertifikat var en registreringsløsning spesielt tilpasset koronapandemien som ble avviklet i 2023. Det vil derfor ikke være aktuelt å gjeninnføre de samme bestemmelsene som permanent del av smittevernloven. Koronautvalget mener imidlertid i NOU 2023: 16 punkt 12.3.4 at dokumentasjon som tilsvarer koronasertifikatet bør være tilgjengelig ved en lignende fremtidig pandemi. WHO har videre etablert en arbeidsgruppe som utvikler standarder og arkitektur for digitale vaksinesertifikater, basert på EUs koronasertifikat. Målet er å støtte både kontinuitet i helsehjelp og grensekryssende bruk.

Departementet mener at det også i en fremtidig smittesituasjon vil være nødvendig å regulere krav til dokumentasjon og bruk av dokumentasjon i smittevernloven, med utgangspunkt i den nå opphevede smittevernloven § 4A-2.

Som et utgangspunkt bør det legges til rette for elektronisk dokumentasjon for at vilkårene for unntak fra forskriftsfestet plikt er oppfylt. I den grad det er mulig bør det benyttes løsninger med bred internasjonal oppslutning.

20.7.6.2 Kongens hjemmel til å gi forskrifter om dokumentasjon

Departementet foreslår at Kongen kan gi forskrifter for hele eller deler av landet om bruk av dokumentasjon på forhold som inngår i avgrensningen av smitteverntiltak etter forslag til ny smittevernlov § 8-10. Dette gjelder vaksinasjonsstatus, gjennomgått sykdom, resultat av test for sykdom eller andre forhold som har betydning for om en person er smittet eller smittsom.

Forslaget bygger på den nå opphevede smittevernloven § 4A-2 andre ledd.

Bestemmelsen i § 4A-2 gjaldt imidlertid ikke bare «bruk av dokumentasjon», men «bruk av koronasertifikat». Innholdet i koronasertifikat var regulert i § 4A-1 og definert slik:

> «Koronasertifikatet skal i samsvar med et felles europeisk teknisk rammeverk dokumentere at en person er vaksinert mot covid-19, har gjennomgått covid-19 basert på godkjent test eller testresultat for SARS-CoV-2».

I en fremtidig alvorlig smittesituasjon vil trolig ikke koronasertifikatet være aktuelt, men det vil være nødvendig å regulere innholdet i dokumentasjonen nærmere i forskrift. Forslaget til hjemmel i ny smittevernlov § 8-10 første ledd gir derfor en mer generell fullmakt til regulering av dokumentasjon enn det den midlertidige § 4A-2 andre ledd gjorde.

I likhet med den opphevede smittevernloven § 4-A2 andre ledd, gir ikke forslaget til ny bestemmelse i seg selv hjemmel til å iverksette smitteverntiltak, men åpner for å forskriftsfeste krav til dokumentasjon hvis det med hjemmel i forslag til ny smittevernlov § 8-9 iverksettes smitteverntiltak hvor vaksinasjonsstatus, gjennomgått sykdom eller testresultat inngår i avgrensningen av tiltaket. Det må i den forbindelse også vurderes om det er behov for kontroll med etterlevelsen av tiltaket, for eksempel om virksomheter skal pålegges å sjekke at kundene kan dokumentere sin vaksinasjonsstatus. Også en slik plikt må ha sitt grunnlag i forslag til ny smittevernlov § 8-10.

Forslaget til ny bestemmelse vil regulere dokumentasjon ved en nå ukjent sykdom. Det er derfor ikke mulig å angi en sykdom ved navn. Det er videre slik at smitteverntiltak kun kan vedtas og opprettholdes for sykdommer som regnes som allmennfarlig smittsom sykdom etter smittevernloven § 1-3. Det er derfor ikke behov for å presisere dette i bestemmelsen.

20.7.6.3 Kommunens hjemmel til å gi forskrifter om dokumentasjon

Når det gjelder begrensninger i den sosiale omgangen, foreslår departementet i punkt 20.7.5.8 å lovfeste i ny lov § 7-3 at kommunen bare kan gi forskrifter om at vaksinasjonsstatus, gjennomgått sykdom eller resultat av test for sykdom inngår i avgrensningen av smitteverntiltaket, dersom Kongen har bestemt det i forskrift. Kongen vil i slik forskrift kunne gi bestemmelser om dokumentasjon. Departementet anser det som sannsynlig at kommunene også i en fremtidig alvorlig smittesituasjon vil være avhengige av å bruke nasjonalt utviklede løsninger ved behov for samlet dokumentasjon på både testing, gjennomgått sykdom og vaksinering. Det synes derfor også å være begrenset behov for at kommunene gis direkte hjemmel til å regulere slik samlet dokumentasjon selv. Departementet foreslår derfor ikke en særskilt hjemmel i lov for at kommunen kan stille egne krav til dokumentasjon for avgrensning av begrensninger i den sosiale omgangen.

Når det gjelder avsperring av områder, foreslår departementet i punkt 20.7.4 å lovfeste i ny smittevernlov § 7-3 at kommunen kan gi forskrifter om at vaksinasjonsstatus, gjennomgått sykdom, testresultat eller andre forhold som har betydning for om en person kan smitte andre, bli smittet eller utvikle alvorlig sykdom, inngår i avgrensningen av tiltaket. Departementet foreslår at ny lov § 7-3 også skal bestemme at kommunen kan gi forskrifter om bruk av dokumentasjon for slike forhold.

Som alternativ til å gi egne bestemmelser om dokumentasjon ved avsperring, kan kommunen stille krav om dokumentasjon som Kongen har regulert og gitt kommunen anledning til å benytte i forskrift etter ny lov § 7-3 eller § 8-10. Kommunene bør ikke ha anledning til å stille krav om bruk av fremtidige *nasjonale dokumentasjonsløsninger* som forvaltes av staten, med mindre staten åpner for dette ved forskrift. Dette er i tråd med den midlertidige bestemmelsen i smittevernloven § 4A-2 som gjaldt under pandemien. Kommunene kunne ikke kreve bruk av koronasertifikat uten at departementet hadde tillatt dette ved forskrift. I Prop. 203 (2020-2021) begrunnet departementet dette slik i punkt 6.6.3.1 for koronasertifikat:

> «Regjeringen vil ikke få kontroll over hvor utstrakt bruken av koronasertifikat kan bli dersom kommunene selv kan fastsette lokale forskrifter om koronasertifikat. For eksempel er det ikke ønskelig å bruke koronasertifikat i forbindelse med reiser innenlands, som det kan tenkes at enkelte kommuner kunne ha innført overfor reisende fra kommuner med høyere smittetrykk».

20.7.6.4 Bruk av dokumentasjon som Kongen har gitt forskrifter om

Departementet foreslår å lovfeste i forslag til ny smittevernlov § 8-10 at ingen kan forskjellsbehandles på grunnlag av at de ikke kan fremvise dokumentasjon Kongen har gitt forskrifter om, med mindre bestemmelser i eller i medhold av lov gir adgang til dette.

I likhet med den opphevede bestemmelsen i smittevernloven § 4A-2 første ledd, innebærer bestemmelsen at den som skal kunne be noen om å fremvise dokumentasjon som Kongen har gitt forskrift om, må ha et grunnlag for dette i lov eller forskrift. Ordlyden «i eller i medhold av lov» må forstås slik at den avgrenser mot ulovfestet rett, slik som for eksempel eierrådighet over en institusjon eller arbeidsgivers styringsrett. Bestemmelsen er ikke avgrenset til smittevernloven eller forskrifter hjemlet i smittevernloven. Formålet er at private virksomheter ikke skal kunne kreve dokumentasjon i form av offentlige sertifikater eller dokumentasjonsløsninger utviklet av det offentlige til egne formål som ikke Kongen har funnet grunn til å regulere. Det betyr for eksempel at dersom Kongen skulle opprette en dokumentasjonsløsning som tilsvarer koronasertifikatet i fremtiden, vil det ikke være tillatt for serveringssteder, arrangører, arbeidsgivere eller andre å kreve fremvisning av dette, med mindre det er tillatt i forskrift eller med hjemmel i annen lov.

Departementet ser ikke at det er behov for en tilsvarende bestemmelse for kommunale forskrifter om dokumentasjon. Eventuelle kommunale forskrifter om dokumentasjon for unntak fra begrensninger i den sosiale omgangen vil hjemles i forskrift vedtatt av Kongen, og dermed omfattes av tillatelsen til bruk. Det er videre lite trolig at kommuner vil utvikle egne dokumentasjonsløsninger knyttet til avsperring av områder som andre vil ønske å ta i bruk.

20.7.6.5 Nødvendighet av effektiv og sikker verifikasjon

Departementet foreslår at bestemmelser om at dokumentasjon som Kongen eller kommunen har gitt forskrifter om er eneste aksepterte dokumentasjon, bare kan fastsettes når det anses nødvendig med effektiv og sikker verifikasjon, og det etter smitteverntiltakets art og forholdene ellers ikke vil være uforholdsmessig. Bestemmelsen tilsvarer den opphevede § 4A-2 andre ledd andre punktum.

20.7.6.6 Personvern

I Prop. 203 LS (2020-2021) punkt 6.12 vurderes forholdet mellom bruk av koronasertifikat og personvernet. De samme vurderingene vil være relevante ved et eventuelt fremtidig behov for dokumentasjon for negativt testresultat for sykdom, gjennomgått sykdom eller vaksinasjon, ettersom all behandling av personopplysninger som skjer elektronisk eller i forbindelse med registre, må ha rettslig grunnlag i samsvar med personvernforordningen.

Etter departementets vurdering er samtykke, jf. personvernforordningen artikkel 6 nr. 1 bokstav a og artikkel 9 nr. 2 bokstav a, ikke et egnet rettslig grunnlag for utstedelse av dokumentasjon for negativt testresultat for sykdom, gjennomgått sykdom eller vaksinasjon. Personvernforordningen oppstiller et strengt frivillighetskrav for at et samtykke skal være gyldig, jf. artikkel 4 nr. 11. Selv om departementets forslag ikke innebærer at den enkelte skal ha en plikt til å benytte slik dokumentasjon, vil forordningens frivillighetskrav ikke kunne anses oppfylt så lenge bruk av dokumentasjonen kan få betydning for hvilke smitteverntiltak den enkelte må forholde seg til.

Under koronapandemien ga forordninger om koronasertifikat rettslig grunnlag for behandling av personopplysninger som var nødvendig for utstedelse og verifikasjon av

koronasertifikater for å lette fri bevegelighet i EØS, jf. artikkel 6 nr. 1 bokstav c (rettslig forpliktelse) og bokstav e (oppgave i allmennhetens interesse), jf. nr. 3, samt artikkel 9 nr. 2 bokstav g om behandling av særlige kategorier av personopplysninger som er nødvendig av hensyn til viktige allmenne interesser.

For andre bruksområder enn det forordninger om dokumentasjon gjennomført i norsk rett regulerer, må rettsgrunnlag for behandlingen av personopplysninger sikres gjennom nasjonale regler. Rettsgrunnlaget vil da være de nærmere reglene som åpner for og regulerer bruk av dokumentasjon innenlands, jf. personvernforordningen artikkel 6 nr. 1 bokstav c og e, jf. nr. 3, og artikkel 9 nr. 2 bokstav g, eventuelt bokstav i om folkehelsehensyn. Forslaget til ny smittevernlov § 8-9 om forskrifter om bruk av dokumentasjon i forbindelse med tilpasning av smitteverntiltak, vil også gi hjemmel for nærmere regler om behandling av personopplysninger.

20.7.7 Vurderingen av nødvendighet og forholdsmessighet

20.7.7.1 Innledning

Forskriftsfesting av tilpassede smitteverntiltak og tilhørende krav til dokumentasjon skal vurderes opp mot de rammene som følger av Grunnloven, internasjonale menneskerettigheter og de grunnleggende kravene til medisinskfaglig begrunnelse, nødvendighet og forholdsmessighet som følger av smittevernloven § 1-5. Det grunnlovsfestede diskrimineringsforbudet er sentralt i vurderingen av tilpassede smitteverntiltak på grunn av den forskjellsbehandlingen det innebærer.

Vurderingen må gjøres konkret for den enkelte sykdom og situasjonen ellers på det tidspunktet behovet oppstår. Tiltakene må også tilpasses etter hvert som situasjonen utvikler seg for å sikre at disse grunnleggende kravene er oppfylt.

Når personer som er vaksinerte, som har gjennomgått sykdom eller som har avgitt negativt testresultat for sykdom, får fordeler eller lettelser i smitteverntiltak, skjer det en forskjellsbehandling mellom disse og de som ikke oppfyller disse kriteriene. En slik forskjellsbehandling vil være i strid med diskrimineringsvernet i Grunnloven § 98 dersom den har a) sammenheng med et diskrimineringsgrunnlag eller andre vesentlige forhold ved en person og b) forskjellsbehandlingen er usaklig eller uforholdsmessig.

Lettelser for personer som har avgitt negativt testresultat for sykdom, har gjennomgått sykdom eller er vaksinerte, kan stille personer i en dårligere stilling enn andre ut fra diskrimineringsgrunnlagene alder, funksjonsnedsettelse, kjønn, etnisitet og religion eller overbevisning.

Den avgjørende vurderingen opp mot diskrimineringsvernet er om forskjellsbehandlingen er saklig eller forholdsmessig. EMD har i sin praksis formulert dette som at forskjellsbehandlingen må ha «objective and reasonable justification». Likestillings- og diskrimineringsloven § 9 deler opp dette vurderingstemaet i tre elementer, ved å presisere at forskjellsbehandlingen ikke er i strid med diskrimineringsforbudet når den 1) har et saklig formål, 2) er nødvendig for å oppnå formålet og 3) den ikke er uforholdsmessig inngripende overfor den eller de som forskjellsbehandles.

Smittevernlovens formål om «å verne befolkningen mot smittsomme sykdommer ved å forebygge dem og motvirke at de overføres i befolkningen, samt motvirke at slike sykdommer føres inn i Norge eller føres ut av Norge til andre land», er et legitimt formål.

I hvor stor grad det kan og bør åpnes for lettelser i individ- og befolkningsrettede forbud og påbud med utgangspunkt i opplysninger som fremgår av relevant dokumentasjon, må vurderes både ut fra hvilke hensyn det aktuelle tiltaket skal ivareta og konsekvensene som lettelsen vil ha for smittevernet samlet sett.

20.7.7.2 Interesseavveining

Når det gjelder tiltak rettet mot den sosiale omgangen for å unngå at mange mennesker samles på en måte som sprer smitte, vil det avgjørende være en interesseavveining av hensynet mellom ulike grupper i befolkningen. Selv om det isolert sett kan virke ubegrunnet å innføre restriksjoner for dem som ikke er smittsomme eller ikke kan smittes, kan slike unntak føre til at andre grupper – som ikke kan dokumentere det samme – blir utestengt fra sosial omgang. Dette vil kunne gå ut over andres bevegelsesfrihet. De ulike gruppene og behovene må vurderes opp mot hverandre, og det må finnes en balanse.

Hensynet til at de som har dokumentasjon kan leve mer normalt og hensynet til de som lever av å samle folk på arrangementer mv. må veies opp mot ulempene som oppstår ved å begrense adgangen til møteplasser for de som ikke har dokumentasjon for lav smitterisiko. Dette kan innebære at det skal gjelde like begrensninger for alle ut fra gjennomsnittsbetraktninger, eller at det i noe grad blir åpnet for tilpasninger hvor noen tilbud blir reservert til de som har lavere risiko for å smitte og bli smittet. Dersom risikoen for smittespredning og de samlede ulempene i en gitt smittesituasjon vurderes som tilnærmet like for de to tilnærmingene, vil imidlertid ulempene og fordelene være ulikt fordelt på ulike deler av befolkningen. Valget mellom de ulike strategiene avhenger av hvilke hensyn som tillegges størst vekt og hvordan det tas hensyn ved utformingen. Dette er en utpreget politisk vurdering. Flere alternativer kan derfor være forholdsmessige.

Departementet mener at kravene til nødvendighet og forholdsmessighet *kan* innebære at tiltak må tilpasses ut fra om personer har testet negativt, har gjennomgått sykdom eller er vaksinerte. Det gjelder primært for tiltak rettet mot kun den enkelte hvor dennes risiko for å smitte andre begrunner tiltaket, slik som isolasjon og karantene. Et eksempel på dette er unntaket fra karantenehotell for vaksinerte som ble innført våren 2021, jf. Prop. 203 LS (2020-2021) punkt 6.2.1. Det vil videre være slik at personer som tester negativt for sykdom, i utgangspunktet ikke skal underlegges isolasjon.

Departementet mener imidlertid ikke at kravet om at smitteverntiltak skal være nødvendige og forholdsmessige innebærer at staten i alle tilfeller *må* gjøre unntak fra smitteverntiltak for personer som har svært begrenset risiko for å bli smittet eller føre smitten videre. Flere alternativer kan derfor være forholdsmessige. Dette bekreftes også av at Høyesterett i Hyttedommen (HR-2022-718-A) omtaler valget mellom flere smitteverntiltak som alle kan anses egnet, nødvendig og forholdsmessig, slik:

> «Spørsmålet om tjenlighet vil imidlertid også kunne omfatte vurderinger av hva som er mest hensiktsmessig, for eksempel ved at flere aktuelle smitteverntiltak, som alle vurderes å oppfylle krav til medisinskfaglig begrunnelse og forholdsmessighet, holdes opp mot

hverandre. Valg av tiltak kan blant annet bero på sammensatte samfunnsmessige prioriteringer. Når det gjelder overprøving av denne typen vurderinger, som vil være av politisk karakter, bør domstolene være tilbakeholdne».

For enkelte typer tilbud og tjenester er det nærliggende å anta at vaksinerte og immune personer fortsatt må forholde seg til generelle smitteverntiltak, for å sikre at tiltaket ikke blir for inngripende overfor befolkningen ellers. Den totale tiltaksbyrden vil avhenge av hvor mange tjenester, aktiviteter, virksomheter eller arrangementer som tilpasses den enkeltes sannsynlighet for å bli smittet, å spre smitte og å bli alvorlig syk. Det vil for eksempel være stor forskjell på å gi reguleringen virkning kun for svært store konserter enn for alle typer arrangementer, om det gjelder på mange samfunnsområder eller bare enkelte avgrensede tjenester og om det er tale om å kunne gå på bar eller om å gå på skole eller handle i matbutikk. Departementet mener at de foreslåtte bestemmelsene i ny smittevernlov §§ 7-3 og 8-9 ikke vil hjemle begrensninger i et stort omfang på grunnleggende samfunnsområder kun for personer som ikke er testet, ikke har gjennomgått sykdom eller ikke er vaksinert. Dette innebærer blant annet at disse personene må beholde muligheten til å oppsøke eller motta nødvendige eller essensielle tjenester som for eksempel dagligvarehandel, apotek, helsehjelp, utdanning mv. Dette er i tråd med departementets vurderinger i Prop. 203 LS (2020-2021) punkt 6.1.3 om smittevernlovens hjemler for å avgrense smitteverntiltak ut opplysninger i koronasertifikat, hvor følgende uttales:

> «Det vil ikke være aktuelt med bruk av koronasertifikat i et så stort omfang, at personer som ikke ønsker å benytte sertifikatet ikke kan bevege seg i samfunnet, for eksempel ved å nekte adgang til offentlig transport eller til dagligvarebutikker. En slik omfattende bruk av sertifikatet vil samlet sett kunne innebære en uforholdsmessig begrensning på aktivitet som er i strid med menneskerettighetene.»

20.7.7.3 Relevante hensyn

I vurderingen av om det er nødvendig og forholdsmessig å tilpasse smitteverntiltaket ut fra vaksinasjonsstatus, gjennomgått sykdom eller resultat av test for sykdom, må flere forhold inngå i en helhetlig avveining av ulike interesser.

Vurderingen må ta utgangspunkt i hvor effektiv beskyttelse henholdsvis testing, gjennomgått sykdom og vaksinasjon gir mot smittespredning. Det må tas hensyn til at testresultat kun er uttrykk for et øyeblikksbilde. Man kan fremdeles utvikle sykdom etter testen og dermed bli syk og smitte andre. Erfaring viser at også at fullvaksinerte kan bli smittet og smitte videre.

Det må legges vekt på om de tilpassede smitteverntiltakene er midlertidig i en kort periode, eller om de blir permanente eller langvarige.

Det vil videre kunne ha betydning hvor enkelt det er å ta og dokumentere test for sykdom. Det er for eksempel mer byrdefullt å ta blodprøve hos legen enn å ta nesetest på teststasjon. Kostnadene ved å ta test for den enkelte kan også ha betydning. Krav om nesetest vil videre fremstå som enn mindre byrdefull dersom arrangøren plikter å tilby dette for inkludering i en digital dokumentasjonsløsning for de som ønsker å delta. Det vil

også redusere byrden om det åpnes for at testen kan tas og avleses på stedet, slik tilfellet var under koronapandemien.

Det er videre relevant å vurdere i hvilken grad ulempene er forsøkt redusert, for eksempel ved å gjøre unntak for barn eller personer som av medisinske grunner eller på grunn av funksjonsnedsettelse ikke kan gjennomføre test for sykdom. Hensynet til de som ikke kan ta testen må vurderes i forbindelse med utformingen av de konkrete tiltakene, og avveies mot hvordan det påvirker smitterisikoen å tillate at også disse tar del i den aktuelle aktiviteten eller sosiale omgangen.

Dersom det blir aktuelt å stille krav om vaksinasjon, gjennomgått sykdom eller negativ test for å kunne delta i samlinger og seremonier i tros- og livssynssynsamfunn, må blant annet tros- og livssynsfriheten vurderes konkret. Tros- og livssynsfriheten må tillegges særlig vekt i vurderingene, både ved eventuell innføring av tilpassede smitteverntiltak og i spørsmålet om å benytte dokumentasjon.

Retten til privatliv, det store virkeområdet for reguleringen og manglende reell anledning til å kontrollere dokumentasjon, tilsier etter departementets vurdering at det ikke vil være aktuelt å vedta tilpassede smitteverntiltak basert på den enkeltes sannsynlighet for å bli smittet, å spre smitte og å bli alvorlig syk for private sammenkomster med hjemmel i bestemmelsen.

Det er også viktig at dokumentasjon vil være tilgjengelig og mulig å bruke for alle grupper. Grupper som eldre, utviklingshemmede og blinde kan ha digitale utfordringer. Noen bruker ikke digitale tjenester overhodet. Andre kan ha problemer med å bruke mobiltelefon eller innlogging til tjenester som Helsenorge.no. Departementet forutsetter at fremtidige dokumentasjonsløsninger skal være gratis, tilgjengelig for alle og enkelt å bruke. Under koronapandemien ble det for eksempel etablert løsninger for å få tilsendt eller utlevert dokumentasjon på papir.

Staten, og eventuelt kommunen, må samle tilgjengelig kunnskap på de måter som tiden tillater, vurdere konsekvensene for ulike samfunnsområder, rettigheter og grupper, veie hensynene mot hverandre, og på bakgrunn av en sammenfattet begrunnelse fatte beslutning om tilpasning skal vedtas og eventuelt innrettes. Behovet for kunnskap omfatter blant annet konsekvensene for smittespredningen og befolkningens helse, personers bevegelsesfrihet og andre grunnleggende rettigheter, hensynet til arbeidstakere og de som driver næring og byrdene ved å dokumentere test, gjennomgått sykdom eller vaksinasjon. Jo mer sentrale aktiviteter og tjenester det vurderes å ta i bruk tilpasning basert på den enkeltes sannsynlighet for å bli smittet eller spre smitte, og jo større omfang, desto større grunn er det til å gjøre grundige vurderinger av både de rettslige og faktiske konsekvensene.

21 Andre smitteverntiltak

21.1 Oppsummering av forslag i kapittelet

Departementet foreslår i all hovedsak å videreføre bestemmelsene om smitteverntiltak i gjeldende smittevernlov kapittel 4, inkludert hjemler til å:

- pålegge og gi nærmere regler om rengjøring, desinfeksjon, destruksjon og smittesanering
- pålegge obduksjon, begrense og gi nærmere regler om transport av smittefarlig materiale og gi regler om gravferd og transport av lik
- innføre tiltak for å motvirke helsetjenesteassosierte infeksjoner
- pålegge massemedier til å gi befolkningen informasjon utformet av Helsedirektoratet. Behovet for bestemmelsen i dagens mediesituasjon drøftes.

Departementet foreslår følgende endringer:

- å presisere at pålegg til massemedier skal gjelde informasjon til befolkningen av betydning for å håndtere smittesituasjonen. Pålegget kan stille krav til plassering, hyppighet og i hvilket tidsrom den skal vises. Informasjonen skal merkes med avsender.
- at også samferdselsaktører skal kunne pålegges å gi informasjon til befolkningen.

Departementet omtaler også hjemmel til å stenge virksomhet eller eiendom som er kilde til smitte, men foreslår ikke å regulere dette i smittevernloven.

21.2 Innledning

I dette kapittelet drøfter departementet behovet for å videreføre eller justere hjemler i gjeldende smittevernloven kapittel 4 for vedtak av smitteverntiltak som ikke har til formål begrense kontakt mellom mennesker.

21.3 Vern mot smitte fra dyr eller gjenstander

21.3.1 Gjeldende rett

Smittevernloven § 4-1 første ledd bokstav e hjemler miljørettede tiltak som tar sikte på å verne mot smitte via dyr eller gjenstander. Når det er nødvendig for å forebygge en allmennfarlig smittsom sykdom eller for å motvirke at den blir overført, kan kommunestyret vedta pålegg til private eller offentlige om rengjøring, desinfeksjon eller destruksjon av gjenstander eller lokaler. Pålegget kan også gå ut på avliving av selskapsdyr, utrydding av rotter og andre skadedyr, avlusing eller annen smittesanering.

Helsedirektoratet, og dermed også departementet og Kongen, kan også fatte slike vedtak når vilkårene i § 4-1 andre ledd er oppfylt.

Sjette ledd bestemmer at departementet i forskrift kan gi nærmere bestemmelser om de forskjellige tiltakene, herunder fastsette krav til metoder og midler som skal brukes og til kvalifikasjoner hos de personer som skal sette i verk tiltak. I forarbeidene uttales det at dette er særlig aktuelt ved smittesanering etter bokstav e. I forskrift kan det også fastsettes bestemmelser om plikt til løpende gjennomføring av tiltak som nevnt i første ledd bokstav e. Det er gitt forskrift om skadedyrbekjempelse med hjemmel i bestemmelsen.

Se omtale av kommunens iverksettelse av tiltak i punkt 17.7.11.

21.3.2 Departementets vurderinger og forslag

Verken Koronakommisjonen eller Koronautvalget har merknader til bestemmelsen.

Departementet foreslår å videreføre kommunens og statens hjemmel i smittevernloven 4-1 første ledd bokstav e og andre ledd til å gi pålegg om rengjøring, desinfeksjon, destruksjon, avlivning og annen smittesanering. Kommunestyrets og Helsedirektoratets myndighet flyttes til henholdsvis kommunen og Kongen. Begrepet «selskapsdyr» foreslås erstattet med «kjæledyr», som brukes blant annet i dyrehelseforskriften. Se forslag til ny lov § 7-4 for kommunens myndighet og § 8-8 for Kongens myndighet.

Se punkt 17.7.11 for en samlet omtale av kommunens iverksettelse av tiltak, inkludert pålegg om smittesanering.

Departementet foreslår også å videreføre statens myndighet etter § 4-1 sjette ledd til i forskrift å gi nærmere bestemmelser om tiltak som har smittesanering som formål, herunder fastsette krav til metoder og midler som skal brukes, kvalifikasjoner hos de personer som skal sette i verk tiltak og bestemmelser om plikt til løpende gjennomføring av tiltak. Departementets myndighet flyttes til Kongen. Se ny lov § 8-8.

Se spesielle merknader til ny smittevernlov §§ 7-4 for nærmere omtale av hva videreføring av gjeldende rett innebærer.

21.4 Stenge virksomhet eller eiendom som er kilde til smitte

21.4.1 Gjeldende rett

Smittevernloven § 4-1 første ledd bokstav b hjemler etter sin ordlyd ikke bare stenging av virksomheter eller begrensning av aktiviteter der når formålet er å forhindre kontakt mellom mennesker for å motvirke at en allmennfarlig smittsom sykdom blir overført. Bestemmelsen hjemler også vedtak om stenging og begrensninger i aktiviteter når en allmennfarlig smittsom sykdom har smittekilde i en virksomhet eller et bestemt område. .

Kommunen vil også ha hjemmel etter folkehelseloven §§ 14 og 16 til å gripe inn med vedtak om henholdsvis retting og stans når en virksomhet eller eiendom er smittekilde, for eksempel ved smitte av legionella fra kjøleanlegg. Folkehelseloven § 14 bestemmer at kommunen kan pålegge retting av forhold ved en eiendom eller virksomhet i kommunen hvis forholdet direkte eller indirekte kan ha negativ innvirkning på helsen. Oppstår det forhold ved en virksomhet eller eiendom som medfører en overhengende fare for

helseskade, skal kommunen etter folkehelseloven § 16 stanse hele eller deler av virksomheten eller aktiviteten inntil forholdene er rettet eller faren er over.

Når dyr er smittekilde, kan departementet etter husdyrloven § 3 gripe inn med tiltak som er nødvendig for å forebygge, begrense eller utrydde sykdommer hos dyr og for å forebygge overføring av smitte fra dyr til mennesker. Tiltakene omfatter blant annet sperring av enkelte eiendommer eller distrikter, forbud mot eller begrensning av persontrafikk og isolering eller avliving av dyr eller besetninger.

21.4.2 Departementets vurderinger og forslag

Departementet er usikker på om det vil oppstå behov for en bestemmelse i smittevernloven som uttrykkelig hjemler vedtak om å stenge virksomhet eller eiendom som er smittekilde for en allmennfarlig smittsom sykdom. Kommunen vil i slike tilfeller kunne gripe inn med hjemmel i folkehelseloven §§ 14 og 16 og husdyrloven § 3. Det vil trolig være behov for en konkret vurdering av den enkelte virksomhet eller eiendom for å konstatere at miljøet er kilde til smitte og om det er behov for retting eller stenging. Det tilsier at det er mindre aktuelt å vedta forskrifter om å stenge en ubestemt krets virksomheter eller eiendommer med hjemmel i smittevernloven når miljøet er kilde til smitte.

På denne bakgrunn mener departementet at kommunens hjemler etter folkehelseloven §§ 14 og 16, samt departementets hjemmel etter husdyrloven § 3, vil være tilstrekkelige til å kunne ivareta behovet for å rette eller stenge virksomhet eller eiendom som er kilde til smitte. Departementet foreslår derfor ikke en tilsvarende hjemmel for vedtak etter smittevernloven.

21.5 Transport av smittefarlig materiale

21.5.1 Gjeldende rett

Smittevernloven § 4-4 bestemmer at innførsel, transport og annen håndtering av smittefarlig materiale som kan overføre smitte til mennesker skal skje på en forsvarlig måte, slik at smittefaren blir så liten som mulig. I spesielle merknader til bestemmelsen i Ot. prp. nr. 91 (1992-1993) uttales det at det med smittefarlig materiale menes materiale av biologisk natur som inneholder eller kan inneholde smittestoff som ved overføring fra materialet kan fremkalle smittsom sykdom hos mennesker. Det presiseres likevel at «avfall som kan være smittefarlig» ikke omfattes av bestemmelsen. Smittevernlovens krav om forsvarlig håndtering av smittefarlig materiale gjelder derfor ikke for avfall.

Etter andre ledd kan departementet i forskrift fastsette begrensninger og andre nærmere bestemmelser om innførsel, transport og annen håndtering av smittefarlig materiale som kan bety en fare for overføring av smittsom sykdom til mennesker. Hjemmelen gjelder også avfall. Avfall kan også reguleres med hjemmel i § 8-8 om helsetjenesteassosierte infeksjoner og forurensningsloven § 31 om håndtering av spesialavfall. Det er med hjemmel i § 4-4 andre ledd blant annet gitt forskrift om innførsel, transport og annen

håndtering av materiale som er smittefarlig for mennesker og forskrift om smittefarlig avfall fra helsetjeneste og dyrehelsetjeneste mv.

21.5.2 Departementets vurderinger og forslag

Verken Koronakommisjonen eller Koronautvalget har merknader til bestemmelsen.

Departementet foreslår å videreføre gjeldende rett i ny smittevernlov § 8-4, likevel slik at forskriftshjemmelen legges til Kongen i stedet for departementet.

Se spesielle merknader for nærmere omtale av hva videreføring av gjeldende rett innebærer.

21.6 Obduksjon

21.6.1 Gjeldende rett

Smittevernloven § 4-5 bestemmer at kommunelegen kan vedta at en avdød med en allmennfarlig smittsom sykdom skal obduseres, dersom det er nødvendig for å fastslå sykdommens art eller for å påvise andre forhold som det er viktig å kjenne til for å kunne forebygge en slik sykdom eller motvirke at den blir overført. Ved alvorlig utbrudd av allmennfarlig smittsom sykdom bærer staten utgiftene for rekvirerte obduksjoner.

21.6.2 Departementets vurderinger og forslag

Verken Koronakommisjonen eller Koronautvalget har merknader til bestemmelsen.

Departementet foreslår å videreføre gjeldende rett i ny smittevernlov § 7-7 og å presisere at det også er adgang til å undersøke en avdød på mindre inngripende måte enn ved obduksjon, for eksempel ved blodprøve, dersom det er tilstrekkelig for å fastslå smittestatus.

Begrepet kommuneoverlegen erstatter kommunelegen og begrepet samfunnskritisk sykdom erstatter alvorlig utbrudd av allmennfarlig smittsom sykdom.

Se spesielle merknader for nærmere omtale av hva videreføring av gjeldende rett innebærer.

21.7 Gravferd og transport av lik

21.7.1 Gjeldende rett

Smittevernloven § 4-6 første ledd bestemmer at kommunestyret ved et alvorlig utbrudd av en allmennfarlig smittsom sykdom kan vedta forholdsregler i forbindelse med gravferd, herunder bestemme at avdøde personer skal kremeres, eller at det skal settes i verk andre spesielle tiltak i forbindelse med gravferder.

Etter andre ledd kan departementet i forskrift gi bestemmelser om transport av lik innenfor landet og fra og til utlandet, og fastsette hygieniske bestemmelser i forbindelse

med gravferd, herunder minimums- og maksimumskrav til emballering og hvilke opplysninger som transportør, begravelsesbyrå og andre kan kreve. Det er med hjemmel i andre ledd blant annet gitt forskrift om transport, håndtering og emballering av lik samt gravferd.

21.7.2 Departementets vurderinger og forslag

Verken Koronakommisjonen eller Koronautvalget har merknader til bestemmelsen.

Departementet foreslår å videreføre gjeldende rett i ny smittevernlov ved at kommunens myndighet til å vedta enkeltvedtak eller forskrifter om forholdsregler i forbindelse med gravferd reguleres i § 7-8, og at departementets myndighet til å vedta forskrifter om dette reguleres i § 8-5.

Kommunestyrets myndighet foreslås lagt til kommunen.

Departementet foreslår å presisere i loven at departementet har hjemmel til å vedta forskrift med krav om kremering ved samfunnskritisk smittsom sykdom. Dette kan trolig anses som et hygienetiltak, og dermed dekkes av gjeldende hjemmel, men det er et tiltak som bør reguleres særskilt og forbeholdes de mest alvorlige smittesituasjonene.

Departementet foreslår å presisere at departementets hjemmel til å regulere gravferd i forskrift gjelder forholdsregler som er nødvendige for å motvirke overføring av smitte fra lik, i tråd det som i dag følger av forskrift om transport, håndtering og emballering av lik samt gravferd § 1.

Se spesielle merknader for nærmere omtale av hva videreføring av gjeldende rett innebærer.

21.8 Forskrifter om helsetjenesteassosierte infeksjoner

21.8.1 Gjeldende rett

Smittevernloven § 4-7 gir departementet hjemmel til i forskrift å fastsette bestemmelser om tiltak for å motvirke helsetjenesteassosierte infeksjoner. I forskriften kan det gis bestemmelser for helsepersonell og eiere av virksomheter som driver medisinsk undersøkelse, behandling eller pleie, for å forebygge eller motvirke at pasienter, ansatte eller andre blir påført infeksjoner. Det kan gis egne bestemmelser om smittevern for pasienter som har nedsatt immunforsvar, herunder at slike pasienter kan undersøkes, behandles eller pleies bare ved institusjoner som departementet har godkjent.

Bestemmelsen hjemler forskrifter som gjelder både spesialisthelsetjenesten, den kommunale helse- og omsorgstjenesten og private virksomheter som yter andre helsetjenester. Det er med hjemmel i bestemmelsen blant annet gitt forskrift om smittevern i helse- og omsorgstjenesten og forskrift om smittevernfarlig avfall fra helsetjeneste og dyrehelsetjeneste mv.

21.8.2 Departementets vurderinger og forslag

Verken Koronakommisjonen eller Koronautvalget har merknader til bestemmelsen.

Departementet foreslår å videreføre gjeldende rett i ny smittevernlov § 8-6.

21.9 Informasjonsplikt for massemedier og samferdsel

21.9.1 Gjeldende rett

Smittevernloven § 4-8 bestemmer at departementet eller Helsedirektoratet ved et alvorlig utbrudd av allmennfarlig smittsom sykdom kan pålegge ethvert innenlandsk massemedium å ta inn meldinger til hele befolkningen eller avgrensede grupper av den. Den som har formidlet en melding etter bestemmelsen, har krav på vederlag. En klage har ikke utsettende virkning for iverksetting av vedtaket.

Bestemmelsen skal sikre at viktige opplysninger både til berørte og potensielt berørte grupper av befolkningen når frem uavhengig av om det enkelte medium ønsker eller ikke ønsker å innta den aktuelle meldingen. Slike meldinger kan både omfatte informasjon om hvilken fare man står, eller kan komme til å stå overfor og informasjon om hva man bør foreta seg i ulike situasjoner.

21.9.2 Departementets vurderinger og forslag

Verken Koronakommisjonen eller Koronautvalget har merknader til bestemmelsen.

Departementet foreslår i hovedsak å videreføre gjeldende rett i ny smittevernlov § 8-7.

Alvorligheten i en fremtidig smittesituasjon kan gjøre det helt nødvendig å raskt formidle konkret informasjon og råd direkte til befolkningen for å verne om helse og redde liv. Massemediene er en svært viktig kanal for å formidle informasjon fra myndighetene til befolkningen i kriser. I en krisesituasjon vil en stor andel av befolkningen oppsøke informasjon i tradisjonelle medier. Samtidig er mediebruken i endring og mange får store deler av sin informasjon gjennom andre medier. Dette gjelder særlig for yngre aldersgrupper og språklige og kulturelle minoriteter, hvor eksempler på viktige informasjonskanaler er nisjemedier med minoritetsgrupper som målgruppe, sosiale medier og utendørs reklame.

Under koronapandemien og andre kriser de siste årene har tradisjonelle medier og store nettaktører fått informasjon fra helsemyndighetene gjennom pressekonferanser, nettsider og direkte kontakt, og i betydelig grad bidratt til å holde befolkningen oppdatert med både egenproduserte saker og annonser fra myndighetene. Erfaringen er at myndighetene kom ut med sitt budskap i de mediene som traff befolkningen. I sosiale medier og på egne hjemmesider kan myndighetene også selv styre sitt innhold.

Departementet er usikker på om det med dagens mangfoldige mediesituasjon og gode muligheter for å betale for eksponering i annonseflater, er nødvendig å beholde en hjemmel til å pålegge et massemedium å publisere bestemte meldinger. Departementet mener det er lite sannsynlig at medier i en fremtidig alvorlig smittesituasjon vil unnlate å

ta inn meldinger fra myndighetene til befolkningen, men det kan likevel være behov for å gi pålegg når det er viktig å gi informasjon raskt og med det innholdet myndighetene vil formidle. Departementet foreslår derfor at den gjeldende bestemmelsen i hovedsak videreføres som en sikkerhetsventil i ny smittevernlov § 8-7.

Gjeldende smittevernlov § 4-8 gir hjemler pålegg om å «ta inn meldinger». Det sies ikke uttrykkelig at det kan gis pålegg om bestemt plassering, varighet, eksponeringstid eller andre effektivitetsmål for meldingene. I en situasjon hvor mediet ikke er villig til å prioritere meldingen eller gi den nødvendig eksponering, kan det være behov for å kunne gi pålegg om slike forhold for at formidlingen ikke blir forsinket. Det kan også være behov for å unngå feilsitering eller annen forvansking. Departementet foreslår derfor å presisere i ny lov § 8-7 at myndighetene også kan gi pålegg om plassering av informasjon, hvor hyppig den skal vises og i hvilket tidsrom den skal vises.

Departementet foreslår videre å presisere i lovbestemmelsen at pålegget må gjelde informasjon til befolkningen av betydning for å håndtere smittesituasjonen. Dette kan for eksempel være informasjon om sykdommen, smitteverntiltak, konsekvenser for tjenestetilbud, hvem man kan kontakte for mer informasjon mv.

Departementet legger til grunn at den gjeldende fullmaktsbestemmelsen ikke gir myndighetene hjemmel til å styre redaksjonelt innhold i massemediene. En slik praksis vil være i strid med medienes frie og selvstendige rolle, og vil kunne bidra til å svekke befolkningens tillit til helsemyndighetene. Det er viktig at det kommer tydelig frem at informasjonen gis av og på oppdrag fra myndighetene, i form av annonse eller andre former for formidling som tydeliggjør at det ikke er tale om redaksjonelt innhold. Departementet foreslår derfor å presisere i loven at pålegget skal gjelde informasjon som er tydelig merket med avsender.

Begrepet «innenlandsk massemedium» kan være vanskelig å avgrense i dagens medievirkelighet. Det omfatter ifølge Store norske leksikon «teknologiske meddelelsesmidler som gjør det mulig å nå et stort og sammensatt publikum på kort tid innenfor et geografisk vidt område». Dette er beskrivende for presse, radio og fjernsyn, men også for sosiale medier, tidsskrifter mv. Departementet mener at det ikke vil være hensiktsmessig eller praktisk viktig å avgrense nærmere hvilke virksomheter som kan tenkes omfattet av bestemmelsen. I en krisesituasjon må behovet for formidling og de mest aktuelle formidlingskanalene for effektivt å kunne nå befolkningen, vurderes konkret. Dette kan innebære at kun enkelte medievirksomheter pålegges å formidle informasjon fra myndighetene.

Den som har formidlet en melding etter bestemmelsen, skal ha krav på vederlag.

Departementet foreslår ikke å utvide forskriftshjemmelen til å omfatte nettaktører og formidlere av utendørs reklame, Det anses tilstrekkelig at myndighetene ved behov vil kunne avtale formidling av informasjon mot vederlag også i kanaler som etter en konkret vurdering ikke regnes som massemedium.

Departementet foreslår at hjemmelen til å pålegge massemedier å formidle meldinger til befolkningen også i ny lov skal ligge til departementet, med mulighet til å kunne delegere

myndigheten til Helsedirektoratet eller annet underliggende organ, ettersom dette er tiltak mot et begrenset antall virksomheter mot vederlag som må gjennomføres raskt og som forutsetter direkte kontakt om budskap og formidlingsmåte.

Helsedirektoratet anbefaler at også gis adgang til å pålegge samferdselsaktører å formidle konkret informasjon og råd direkte til befolkningen for å verne om helse og redde liv. Bakgrunnen for anbefalingen er erfaringer fra ebolautbruddet i 2014 og koronapandemien med at det kunne være vanskelig å få forståelse for at informasjon fra myndighetene skulle være godt synlig for alle reisende over lengre tid. Det kan også være nødvendig å gi slik informasjon til passasjerene for å bidra til smittevernfaglig forsvarlig drift av lokaler og transportmidler. Departementet ser behov for en sikkerhetsventil for de tilfellene hvor anmodninger ikke etterkommes. Departementet foreslår derfor at ny smittevernlov § 8-7 også skal hjemle pålegg til virksomheter som tilrettelegger for eller tilbyr persontransport om å gi meldinger og annen informasjon til befolkningen, inkludert pålegg om plassering av informasjon, hvor hyppig den skal vises og i hvilket tidsrom den skal vises. Dette omfatter Statens vegvesen, Avinor, lufthavner, flyselskaper, havner, rederier, jernbanestasjoner, bussterminaler, togselskaper, busselskaper, taxiselskaper og andre virksomheter som tilbyr samferdsel.

Departementet foreslår ikke at det skal ytes vederlag for informasjon som samferdselsaktører pålegges å gi etter bestemmelsen. Dette begrunnes med at pålegget ikke på samme måte som for massemedier vil fortrenge annet inntektsbringende innhold, og at informasjon om forhåndsregler mv. ved smitte også vil bidra til smittevernfaglig forsvarlig drift av virksomhetene.

En eventuell utsettende virkning av en klage ville være uforenlig med behovet for raskt å gi meldinger til befolkningen i krisesituasjoner. Departementet foreslår derfor å videreføre bestemmelsen om at en klage ikke kan ha utsettende virkning for iverksettelse av vedtaket.

22 Adgang til å fastsette forskrifter med lovs innhold, herunder fravike gjeldende lovgivning (derogasjon)

22.1 Oppsummering av kapittelets vurderinger og forslag

I dette kapittelet vurderer departementet behovet for å videreføre bestemmelsene i smittevernloven § 7-12, hvor Kongen er gitt fullmakt til å kunne fastsette forskrifter med lovs innhold og om nødvendig fravike gjeldende lovgivning når det er fare ved opphold.

Departementet foreslår følgende:

- Gjeldende smittevernlov § 7-12 erstattes av bestemmelser i nytt kapittel 11 i ny lov.
- Ved utbrudd av samfunnskritisk sykdom (ved alvorlig utbrudd av en allmennfarlig smittsom sykdom etter dagens lov), eller når det er fare for slikt utbrudd, foreslås det at Kongen i statsråd kan fastsette midlertidige forskrifter med lovs innhold, herunder fravike gjeldende lovgivning (derogasjon)
- Det foreslås at ny lovregulering skal inneholde følgende elementer:
    - Midlertidige forskrifter med lovs innhold, herunder forskrifter som fraviker gjeldende lovgivning, kan bare fastsettes dersom den konkrete situasjonen medfører at det ikke er forsvarlig tid eller mulighet til å gjennomføre en ordinær lovbehandling («fare ved opphold»)
    - Forskrifter som fraviker lov, kan ikke fastsettes dersom helsekrisen kan håndteres innenfor gjeldende lovgivning
    - Forskrifter skal vedtas av Kongen i statsråd
    - Det stilles krav til i hvilke situasjoner og med hvilket formål det skal være adgang til å fastsette forskrifter. Dette kan bare gjøres for å
        - beskytte folkehelsen,
        - ivareta befolkningens liv og helse eller
        - sikre helse- og omsorgstjenestens evne og kapasitet til å sørge for forsvarlige og nødvendige helse- og omsorgstjenester til befolkningen
    - Forskrifter skal overholde de grunnleggende kravene til smitteverntiltak i ny lov § 1-5
    - Forskrifter skal være midlertidige og oppheves når de ikke lenger er nødvendige
    - Dagens lovfesting av at beredskapsloven §§ 3 og 4 skal gjelde tilsvarende, videreføres. Dette innebærer at
        - beslutning om å fastsette forskrifter med lovs innhold, herunder fravike gjeldende lovgivning, skal meddeles Stortinget snarest mulig etter vedtak av Kongen i statsråd
        - regjeringen skal så snart som mulig legge frem lovforslag om bestemmelsene, dersom de ikke er opphevet innen 30 dager
        - Stortinget skal øyeblikkelig sammenkalles dersom det ikke er samlet når bestemmelsene gis
        - bestemmelsene kan oppheves av Kongen og Stortinget, og

        - dersom bestemmelsene ikke tidligere er opphevet, faller de bort ved oppløsning av det første ordentlige storting som trer sammen etter at bestemmelsene er gitt
    - Forskrifter skal ikke innskrenke ordinær domstolskontroll. Det presiseres at retten kan prøve alle sider av saken
    - Det foreslås ikke å «ramme inn» bestemmelsen ved å lovfeste hvilke konkrete lover eller rettsområder som kan fravikes
    - Det foreslås ikke å lovfeste krav om å gjennomføre høring før fastsettelse av forskrift som fraviker lov. På samme måte som i dag, skal dette gjennomføres dersom det sett hen til situasjonens alvorlighet og graden av hast er mulig og hensiktsmessig.

Departementet ber i tillegg om høringsinstansenes syn på følgende alternative forslag:

1. I smittevernloven inntas en bestemmelse som fastslår at derogasjonsforskrifter bare kan «begrense rettigheter så langt det er forenlig med Grunnloven og menneskerettsloven».
2. Det presiseres i forarbeidene at derogasjonsforskrifter bare kan «begrense rettigheter så langt det er forenlig med Grunnloven og menneskerettsloven», men dette lovfestes ikke.

22.2 Innledning

Smittevernloven § 7-12 er en generell fullmaktsbestemmelse som gir Kongen fullmakt til å kunne fastsette forskrifter med lovs innhold og om nødvendig fravike gjeldende lovgivning (derogasjon). I situasjoner hvor det foreligger et «utbrudd av en allmennfarlig smittsom sykdom [som] truer folkehelsen, […] kan Kongen gi bestemmelser av lovgivningsmessig innhold for å trygge folkehelsen, og for at det kan settes inn tiltak til vern om befolkningen.» Bestemmelsen er en nødrettshjemmel som er ment å lovfeste konstitusjonell nødrett, og er bygget over samme lest som beredskapsloven §§ 3 og 4.

Nødrettshjemmelen, og anvendelsen av denne, må sees i sammenheng med at smittevernlovens øvrige bestemmelser gir kommune og stat omfattende fullmakter til å iverksette til dels svært inngripende tiltak for å håndtere smittevernhendelser. Departementet legger til grunn at lovens ordinære fullmakter vil være tilstrekkelige i de aller fleste situasjoner, og at det bare helt unntaksvis vil være nødvendig å anvende smittevernloven § 7-12. Bestemmelsen er slik sett å anse som en siste sikkerhetsventil i smittevernberedskapen, og da i situasjoner hvor det ikke er tid til eller mulig å gjennomføre en ordinær lovgivningsprosess i Stortinget.

Ved oppstarten av pandemien ble smittevernloven § 7-12 benyttet som hjemmel for en rekke tiltak. Kongen i statsråd vedtok først forskrift 13. mars 2020 nr. 287 om karantene mv. ved ankomst til Norge. Denne forskriften opphevet Helsedirektoratets vedtak fra dagen før (forskrift 12. mars 2020 nr. 271) etter smittevernloven § 4-1 andre ledd om karantene (isolering) ved reiser utenfor Norden. To dager senere vedtok Kongen i statsråd ytterligere to forskrifter: forskrift 15. mars 2020 nr. 293 om bortvisning mv. av utlendinger av hensyn til folkehelsen og forskrift 15. mars 2020 nr. 294 om karantene, isolasjon og forbud mot opphold på fritidseiendommer mv. i anledning utbrudd av Covid-19. Sistnevnte forskrift ga også hjemmel for det såkalte hytteforbudet. Ytterligere to

forskrifter ble vedtatt med hjemmel i § 7-12 i mars 2020. Den ene var forskrift 27. mars 2020 nr. 475 om digital smittesporing og epidemikontroll i anledning utbrudd av Covid-19, som ga rettslig grunnlag for smittesporingsappen «Smittestopp». Den andre var forskrift 27. mars 2020 nr. 470 om smitteverntiltak mv. ved koronautbruddet (covid-19-forskriften), som også ble hjemlet i en rekke andre bestemmelser i smittevernloven og helseberedskapsloven. Da forskriften ble vedtatt første gang, var reglene om smittekarantene og isolering hjemlet i fullmaktsbestemmelsen i smittevernloven § 7-12.

Også senere brukte regjeringen fullmakten i smittevernloven § 7-12 til å vedta smitteverntiltak i covid-19-forskriften. Ett eksempel er reglene om karantenehotell som ble innført høsten 2020. I tråd med forslag i Prop. 62 L (2020-2021) *Midlertidige endringer i smittevernloven (oppholdssted under innreisekarantene mv.)*, vedtok Stortinget senere midlertidige bestemmelser i smittevernloven § 4-3 som ga særskilt hjemmel for at det i forskrift kunne gis regler om hvor og hvordan personer som reiser inn til Norge skulle gjennomføre karantene.

I dette kapittelet redegjøres det i punkt 22.3 nærmere for hvordan bestemmelsen og anvendelsen av den er vurdert av blant annet Koronakommisjonen, Koronautvalget og Totalberedskapskommisjonen.

Departementet foreslår i punkt 22.4 å videreføre en generell fullmaktsbestemmelse som gir fullmakt til å kunne fastsette «forskrifter med lovs innhold, herunder fravike gjeldende lovgivning». Begrepsbruken er til sammenligning lik den som benyttes i beredskapsloven §§ 2 og 3 om at det ved forskrift kan gis «bestemmelser av lovgivningsmessig innhold» og at det i slike bestemmelser også kan «gjøres avvik fra gjeldende lov».

Det foreslås å videreføre store deler av det materielle innholdet i smittevernloven § 7-12, samtidig som det på enkelte punkter foreslås tekniske og språklige endringer for å gjøre lovteksten lettere tilgjengelig og mer pedagogisk. Det foreslås at fullmaktsbestemmelsen inntas i et eget kapittel i forslag til ny lov.

Departementet understreker at vurderinger og forslag som fremgår av dette kapittelet kun er knyttet til smittevernloven, og ikke er ment å skulle være førende for forståelsen av lignende fullmaktsbestemmelser i annen sektorspesifikk krise- eller beredskapslovgivning. I forlengelsen av dette viser departementet til regjeringens stortingsmelding om totalberedskap, Meld. St. 9 (2024–2025) *Totalberedskapsmeldingen, Forberedt på kriser og krig*, hvor det i punkt 10.5.1 uttales at regjeringen «vil vurdere om dagens beredskapslovgivning inneholder nødvendige hjemler for å håndtere påregnelige krisesituasjoner» som følge av endringer i den sikkerhetspolitiske situasjonen og trusselbildet, den generelle samfunnsutviklingen og erfaringer fra pandemien. En slik eventuell helhetlig revisjon kan medføre behov for justeringer også i smittevernloven.

22.3 Uttalelser fra Koronakommisjonen, Koronautvalget, Totalberedskapsmeldingen mv.

I Beredskapshjemmelsutvalgets utredning, NOU 2019: 13 *Når krisen inntreffer*, er det utarbeidet forslag til en egen krisefullmaktslov. I utredningens punkt 3.1 uttales det blant annet:

> «[…] utvalget har konkludert med at det er flere fordeler enn ulemper med en sektorovergripende fullmaktshjemmel, så lenge en slik fullmaktshjemmel inneholder stramme og konkrete skranker og vilkår for anvendelse. En sektorovergripende fullmaktshjemmel bør samtidig inkludere en hjemmel til å suspendere rettigheter gitt i annen lovgivning, slik at denne formen for suspensjon underlegges de samme prosessregler, og ikke overlates til ulovfestet nødrett alene.
>
> Det er derfor utvalgets oppfatning at en sektorovergripende fullmaktshjemmel bør inneholde klare materielle (innholdsmessige) og prosessuelle begrensninger. For å synliggjøre og lette tilgangen til hvilke begrensninger som følger med hjemmelen, foreslår utvalget en egen krisefullmaktslov.
>
> Av materielle begrensninger bør den ekstraordinære krisesituasjonen være av alvorlig og kvalifisert karakter. Den må true kritiske samfunnsfunksjoner eller andre tungtveiende samfunnsinteresser og være forårsaket av en særlig alvorlig hendelse. En annen materiell begrensning av absolutt karakter er at hjemlene ikke kan omfatte en rett til å derogere fra, det vil si fravike, Grunnloven eller menneskerettigheter gitt i internasjonale konvensjoner som Norge har sluttet seg til og gjort til norsk lov. […]
>
> De prosessuelle begrensningene som utvalget foreslår, innebærer for det første at beslutningen om å aktivere hjemmelen må treffes av Kongen i statsråd […].
>
> Utvalget foreslår videre at regjeringen må legge frem kriseforskriften og begrunnelsene bak for Stortinget innen 10 dager. Hvis slik konsultasjon ikke skjer innen fristen, vil forskriften automatisk falle bort. Det foreslås at Stortinget uansett kan oppheve regjeringens beslutning på et hvilket som helst tidspunkt med minst en tredjedel av stemmene, […].»

I NOU 2021: 6, kapittel 23, har Koronakommisjonen vurdert regjeringens forhold til Stortinget, herunder bruk av fullmaktsbestemmelsen i smittevernloven § 7-12. Kommisjonen uttaler at regjeringen burde sørget for grundigere vurderinger opp mot Grunnloven og menneskerettighetene. Det påpekes at avveininger og vurderinger opp mot Grunnloven, internasjonale forpliktelser og menneskerettighetene i ingen eller i svært liten grad ble dokumentert før til dels svært inngripende regler ble innført, for eksempel hytteforbudet. Kommisjonen uttaler blant annet at regjeringens særlige fullmakt i smittevernloven § 7-12 har et uklart virkeområde og at den etter sin ordlyd ikke inneholder konkrete begrensninger i hvilke lover som kan fravikes eller hva slags type regler som kan gis. Ved revisjon av bestemmelsen foreslås det derfor at den gis tydeligere vilkår og rammer, og at den får en noe mer begrenset rekkevidde. Oppsummert anbefaler kommisjonen at smittevernloven bør revideres og at revisjonen blant annet bør inkludere:

> «- tydeliggjøring og begrensning av regjeringens fullmakt i smittevernloven § 7-12. Fullmakten kan for eksempel begrenses ved at den klart definerer hvilke lover eller rettsområder som kan fravikes, og/eller ved at loven presiserer at bestemte hensyn eller formål skal legges vekt på. Ved en revisjon bør man vurdere om det er grunn til å skille mellom langvarige tiltak og mer hastepregete tiltak med kort virketid. Det bør presiseres i

bestemmelsen at høringer som en klar hovedregel skal gjennomføres også ved bruk av fullmakten i § 7-12.»

Kommisjonen uttaler at det ved revisjon av fullmaktsbestemmelsen kan være aktuelt å bruke elementer fra midlertidig lov 27. mars 2020 nr. 17 lov om forskriftshjemmel til å avhjelpe konsekvenser av utbrudd av Covid-19 mv. (koronaloven) som modell, hvor det blant annet var definert hvilke konkrete lover som kunne fravikes ved forskrift. Koronaloven presiserte også at midlertidige forskrifter ikke kunne fravike Grunnloven, begrense grunnleggende rettssikkerhetsprinsipper eller innskrenke domstolskontrollen.

Koronautvalget har i NOU 2023:16, punkt 8.5, vist til at koronalovens bestemmelse om etterfølgende meddelelser til Stortinget, innebar at Stortinget hadde løpende kontroll med de forskriftene som ble vedtatt og kunne sette forskriften til side. Det vises videre til at loven hadde særskilte bestemmelser om domstolskontroll med vedtak og forskrifter, inkludert kontroll med både tiltakets forsvarlighet, nødvendighet og forholdsmessighet. Utvalget peker på koronaloven som et eksempel på at det under kriser kan være nødvendig å effektivisere lovgivningsprosessen for å begrense skadevirkninger. I forlengelsen av dette mener utvalget at koronaloven kan være et utgangspunkt for eventuell fremtidig krisefullmaktslovgivning.

Når det gjelder fullmaktsbestemmelsene i smittevernloven og helseberedskapsloven, påpeker utvalget i punkt 8.9 at fullmaktene er vedtatt av Stortinget uten at forholdet til Grunnloven er omtalt i forarbeidene.

I punkt 16.2.2 vurderer utvalget at regelverket ga norske myndigheter et godt utgangspunkt for å håndtere pandemien. Det vises til at muligheten til å kunne handle raskt er avgjørende for å kunne beskytte liv og helse i en akutt krisesituasjon. Smittevernloven og helseberedskapsloven fremheves som sentrale under pandemien, og det uttales at disse ga hjemmel for at både lokale og nasjonale myndigheter kunne vedta nødvendige smitteverntiltak. Samtidig påpekes det at regelverket ikke var tilstrekkelig tilpasset en langvarig krise, og at smitteverntiltakene løpende måtte tilpasses smittesituasjonen slik at bestemmelser som regulerte tiltakene ble endret hyppig. Etter dette anbefaler utvalget at «[r]egjeringen bør i arbeidet med å gjennomgå regelverket sikte mot at adgangen til å handle raskt etter smittevernloven og helseberedskapsloven får en bedre forankring i Grunnloven.»

I NOU 2023: 17 *Nå er det alvor - Totalberedskapskommisjonen*, har kommisjonen vurdert gjeldende beredskapslovgivning, samt pandemihåndteringen og den midlertidige koronaloven. Totalberedskapskommisjonen påpeker i punkt 31.8.2 viktigheten av å ha en beredskapslovgivning som dekker hele krisespektret – fra de mindre hverdagskrisene til de større sektorovergripende krisene og krig. Kommisjonen mener at det er grunn til å gjennomgå beredskapsregelverket nærmere. Når det gjelder behovet for henholdsvis generell og sektorspesifikk beredskapslovgivning, uttaler kommisjonen blant annet:

> «Beredskapsloven gjelder bare ved krig og krigsfare mv. Kommisjonen har ikke foretatt en nærmere vurdering av beredskapsloven, da den uansett har et snevert anvendelsesområde som bare dekker kriser øverst i krisespektret.

> Kommisjonen vil peke på viktigheten av gode beredskapsbestemmelser for kriser lavere i krisespektret. Dette er regulert i sektorlovgivningen, og dette mener kommisjonen er fornuftig. Sektorlovgivningen må ha beredskapsbestemmelser som hjemler aktuelle tiltak for påregnelige krisesituasjoner. Hvilke krisesituasjoner som er påregnelige vil endre seg over tid, og sektorlovgivningen må derfor utvikles i takt med endringer i trusselbildet.»

I forlengelsen av dette uttaler kommisjonen at «regjeringen bør nedsette et lovutvalg som får i oppdrag å foreta en helhetlig utredning av hvordan beredskapslovgivningen bør innrettes for å kunne håndtere dagens utfordringsbilde og forventet utvikling i et tverrsektorielt perspektiv.» Kommisjonen påpeker at det i tillegg bør utarbeides felles retningslinjer som bør være førende for utformingen av fullmaktsbestemmelser i sektorlovgivningen for å sikre at sektorlovgivningen blir mer enhetlig og at fullmaktsbestemmelser ikke utformes videre enn nødvendig. Kommisjonen uttaler deretter:

> «Kommisjonen vil peke på at fullmaktsbestemmelser har både fordeler og ulemper. En ulempe er at det med vide fullmaktslover er krevende å på forhånd vurdere hvilke inngrep borgerne kan bli utsatt for. Samtidig er det på forhånd vanskelig å ta stilling til alle nyansene i reguleringsbehovet som vil oppstå i større kriser. Uforutsigbarheten i kriser gjør at det trolig uansett vil bli nødvendig med situasjonsbestemte vurderinger og reguleringer. Koronaloven ble av mange sett på som et forsøk på at regjeringen skulle få vide fullmakter til å innføre tiltak. Men koronaloven kan også ses på som et forsøk på å skaffe seg demokratisk grunnlag for tiltakene. Et lovverk som gir vide fullmakter gir en demokratisk forankring i forkant og vil være bedre enn å basere seg på ulovfestet nødrett.»

I punkt 31.8.3 påpeker kommisjonen at det selv med et godt og gjennomarbeidet beredskapslovverk kan oppstå situasjoner som det ikke er tatt høyde for, enten fordi selve krisen er uforutsett eller fordi det kan bli behov for å innføre andre eller mer inngripende tiltak enn det man på forhånd har sett for seg at skulle bli aktuelt. Kommisjonen mener derfor at det klare utgangspunktet må være at ordinær lovgivningsprosess benyttes også i krisesituasjoner, dersom det er tid til det, fremfor å benytte vide eller uklare fullmaktsbestemmelser. Det påpekes også at erfaringene fra pandemien viste at Stortinget kunne behandle lovforslag på svært kort tid.

I regjeringens stortingsmelding om totalberedskap, Meld. St. 9 (2024–2025) *Totalberedskapsmeldingen, Forberedt på kriser og krig*, uttales det i punkt 10.5.1:

> «En anvendelig og fremtidsrettet beredskapslovgivning er en nødvendig forutsetning for en effektiv krisehåndtering, og er grunnleggende både for beredskapsplanlegging og øving. Dagens beredskapslovgivning består både av sektorovergripende lovgivning og beredskapsbestemmelser i sektorlovgivningen. I tillegg kommer ulovfestet nødrett, som også gir grunnlag for å gjennomføre tiltak i ekstraordinære krisesituasjoner. […].
>
> Endringer i den sikkerhetspolitiske situasjonen og trusselbildet, den generelle samfunnsutviklingen og erfaringer fra pandemien tilsier at dagens hjemler bør gjennomgås for å vurdere om lovgivningen gir de nødvendige hjemlene til å håndtere påregnelige krisesituasjoner. Som påpekt av Koronakommisjonen gir erfaringene fra regelverksarbeidet under koronapandemien viktige læringspunkter med overføringsverdi til andre kriser enn pandemi. Behovet for regelverksendringer og nye fullmakter bør, så langt mulig, utredes, debatteres og forankres gjennom alminnelige lovgivningsprosesser før krisen inntreffer. En oppdatert og fremtidsrettet beredskapslovgivning bør gi nødvendige rettslige virkemidler

for å håndtere krisen, gjennom blant annet å opprettholde grunnleggende samfunnsfunksjoner. Den bør også så langt mulig sikre en demokratisk forhåndsforankring av hvilke tiltak som kan iverksettes i de ulike delene av krisespekteret, prosedyrene tiltakene kan iverksettes etter og hvordan borgernes grunnleggende rettigheter skal ivaretas. Det er også viktig å treffe den riktige balansen mellom spesifiserte særbestemmelser og mer generelle hjemler som gir nødvendig handlefrihet og evne til raske omstillinger når det er behov for det. […].

Regjeringen vil vurdere om dagens beredskapslovgivning inneholder nødvendige hjemler for å håndtere påregnelige krisesituasjoner. Videre vil regjeringen sikre at rettslige vurderinger av hjemmelsgrunnlag inngår som del av beredskapsplanverk og øvelser. Basert på erfaringer fra pandemien vil regjeringen vurdere behovet for egne retningslinjer for gjennomføring av lov- og forskriftsprosesser under kriser som av tidshensyn ikke kan følge vanlige prosedyre.»

Som påpekt i meldingen, har regjeringen fremmet forslag til endringer i sivilbeskyttelsesloven i form av nye regler om sivil arbeidskraftberedskap i sikkerhetspolitisk krise og krig, jf. Prop. 11 L (2024–2025) *Endringer i sivilbeskyttelsesloven (sivil arbeidskraftberedskap)*. Stortinget har vedtatt endringsloven med enkelte endringer, jf. nærmere omtale i høringsnotatets punkt 3.5.10. Flere av lovforslagets ulike elementer vil også bli diskutert i punkt 22.4 om departementets vurderinger og forslag.

Fullmaktsbestemmelsen i smittevernloven § 7-12, og regjeringens anvendelse av bestemmelsen under pandemien, er også vurdert i boken *Kriseregulering - lovgivning under koronakrisen* av Benedikte M. Høgberg, Eirik Holmøyvik, Christoffer C. Eriksen (Red.), Fagbokforlaget 2023. I bokens punkter 29.2.2 og 30.3.2 foreslås det blant annet at myndigheten til å derogere fra annen lovgivning bør ligge til Kongen i statsråd, at mindretallsrettigheter bør vurderes, at det bør fremgå at det ikke vil være adgang til å derogere fra smittevernloven § 1-5 (krav om nødvendighet og forholdsmessighet) og at loven ikke bør gi regjeringen myndighet til å gi forskrifter som bryter med Grunnloven eller Norges folkerettslige forpliktelser.

I Kontroll- og konstitusjonskomiteens koronahøring diskuteres regjeringens anvendelse av smittevernloven § 7-12 under koronapandemien og hvordan denne type fullmaktsbestemmelser bør utformes, jf. nærmere omtale i høringsnotatets punkter 3.5.12 og 22.4.2. Komiteens innstilling, Innst. 151 S (2024–2025) *Innstilling fra kontroll- og konstitusjonskomiteen om Redegjørelse av helse- og omsorgsministeren og justis- og beredskapsministeren om en samlet gjennomgang av myndighetenes håndtering av koronapandemien*, ble avgitt 4. mars 2025. En samlet komite tilrådde Stortinget å gjøre blant annet følgende vedtak:

I

Stortinget ber regjeringen gjennomgå alle krise- og beredskapslover og, der det er naturlig, fremme forslag om en bestemmelse som sikrer at hensynet til barnets beste og å bevare en mest mulig normal hverdag for barn og unge skal vektlegges i all krisehåndtering.

II

Stortinget ber presidentskapet igangsette arbeid, og eventuelt nedsette et utvalg, for å vurdere modeller for demokratisk og parlamentarisk kontroll med regjeringens bruk av ekstraordinære fullmakter i krisesituasjoner.

Stortinget fattet 29. april 2025 vedtak i samsvar med komiteens innstilling.

22.4 Departementets vurdering og forslag

22.4.1 Generelt om derogasjonshjemler og smittevernloven § 7-12

Etter Grunnloven § 49 første ledd første punktum og § 75 bokstav a hører det til Stortinget å vedta lover. Ved lov kan Stortinget gi regjeringen adgang til å gi mer detaljerte regler i form av forskrifter, men regjeringen kan ikke gå lenger enn det fullmaktene fra lovgiver gir grunnlag for. Ved generelle fullmaktshjemler kan imidlertid regjeringen bli gitt adgang til å gi forskrift om utfylling og supplering som går utover det handlingsrommet som ellers følger av loven, selv om det ikke nødvendigvis er tale om å gi forskrift i motstrid med lov.

Fullmaktsbestemmelser som også gir adgang til å gi forskrifter som kan fravike lovbestemmelser, utgjør såkalte derogasjonsfullmakter. Derogasjon foreligger altså bare når det gis myndighet til å gi regler med et innhold som strider mot regler med høyere rang. Se nærmere omtale av derogasjon i høringsnotatets punkt 5.2. Det kan være glidende overganger mellom fullmakter som gir adgang til å utfylle lover og derogasjonsfullmakter. Derogasjon krever klar hjemmel, men er relativt vanlig i lovverket. Som regel er derogasjon etter disse lovene begrenset til konkrete fravikelser fra bestemmelser gitt ved lov som ikke nødvendigvis utfordrer det grunnleggende maktfordelingsprinsippet. Derogasjon er altså ikke i seg selv i et spenningsforhold til demokratisk legitimitet. Dette kan imidlertid bli utfordret dersom det gis svært vide og potensielt inngripende fullmakter til å fravike gjeldende lover, og hvor det er få eller uklare materielle og prosessuelle vilkår knyttet til derogasjonen.

I lovverket finnes det også nødrettshjemler som skal kodifisere konstitusjonell nødrett, og som blant annet åpner for vid derogasjon. Smittevernloven § 7-12 er et eksempel på en slik hjemmel. Bestemmelsen er bygget over samme lest som beredskapsloven § 3, og må derfor også forstås i lys av de grunnleggende forutsetningene og prinsippene som følger av konstitusjonell nødrett. Smittevernloven § 7-12 gir Kongen hjemmel til å fastsette forskrifter med lovgivningsmessig innhold for å trygge folkehelsen og verne befolkningen når et utbrudd av en allmennfarlig smittsom sykdom truer folkehelsen. Bestemmelsen lyder i sin helhet:

«§ 7-12 *Særlig fullmakt for Kongen*

Når et utbrudd av en allmennfarlig smittsom sykdom truer folkehelsen, eller når det er fare for et slikt utbrudd og det på grunn av disse forhold er fare ved opphold, kan Kongen gi bestemmelser av lovgivningsmessig innhold for å trygge folkehelsen, og for at det kan settes inn tiltak til vern om befolkningen. Om nødvendig kan Kongen gjøre avvik fra gjeldende lovgivning. Lov av 15. desember 1950 om særlige rådgjerder under krig, krigsfare og lignende forhold §§ 3 og 4 gjelder tilsvarende.»

Nødrettshjemler som kodifiserer konstitusjonell nødrett kjennetegnes av at de gir regjeringen myndighet til i helt spesielle situasjoner å overta Stortingets myndighet til mer generelt å gi bestemmelser av lovgivningsmessig innhold. Ved bruk av nødrettshjemlene trer altså regjeringen inn i Stortingets rolle så lenge nødrettsgrunnen består. Også i ekstraordinære kriser er imidlertid utgangspunktet etter konstitusjonell nødrett at primærkompetansen til å gi lover ligger til Stortinget. På grunn av denne grunnleggende forutsetningen om at det primært ligger til Stortinget å gi bestemmelser av lovgivningsmessig innhold, ivaretas grunnleggende demokratihensyn og maktfordelingsprinsippet ved prosessuelle mekanismer som sikrer Stortingets medvirkning.

Smittevernloven § 7-12 bestemmer at beredskapsloven §§ 3 og 4 skal gjelde tilsvarende. Ved bruk av fullmakten følger det av § 3 andre ledd første punktum at bestemmelsene skal «snarest mulig meddeles Stortinget». Etter andre ledd andre punktum skal Stortinget øyeblikkelig sammenkalles dersom det ikke er samlet når bestemmelsene gis, og etter tredje punktum kan bestemmelsene oppheves av Kongen eller Stortinget. I tredje ledd står det at «[s]åfremt bestemmelsene ikke er opphevet innen 30 dager etter at de er meddelt Stortinget, skal de snarest mulig legges fram som lovforslag». Det følger av Ot.prp. nr. 78 (1950) side 5 og 48 at fullmaktene eller bestemmelser gitt med hjemmel i fullmaktene bare kan opprettholdes så lenge det er enighet om dette mellom Kongen og Stortinget (så lenge Stortinget er samlet). Det følger av § 4 andre ledd at bestemmelsene faller bort ved oppløsningen av det første ordentlige storting som trer sammen etter at bestemmelsene er gitt, dersom de ikke tidligere er opphevet. Dette har en viss parallell til ordningen ved provisoriske anordninger etter Grunnloven § 17, som gjelder til neste storting.

Som nevnt gir bestemmelsen regjeringen adgang til å fastsette forskrifter med lovs innhold som kan åpne for å innføre tiltak som vurderes nødvendig for å sikre folkehelsen i en akuttsituasjon, men som det i gjeldende lovgivning ikke er hjemmel til å innføre. Videre er bestemmelsen en derogasjonshjemmel, som gir regjeringen fullmakt til å fravike annen ordinær lovgivning. Smittevernlovens øvrige bestemmelser gir kommune og stat omfattende fullmakter til å iverksette tiltak for å håndtere smittevernhendelser, blant annet begrensninger i sosial omgang, isolering og karantene. Departementet legger til grunn at lovens ordinære fullmakter vil være tilstrekkelige i de aller fleste situasjonene, og at det bare helt unntaksvis vil være nødvendig å anvende smittevernloven § 7-12. Bestemmelsen er slik sett å anse som en siste sikkerhetsventil i smittevernberedskapen, og da i situasjoner hvor det ikke er tid til eller mulig å gjennomføre en ordinær lovgivningsprosess i Stortinget.

Om behovet for en slik fullmaktsbestemmelse og i hvilke situasjoner det kan være aktuelt å anvende bestemmelsen, uttales følgende i Ot.prp. nr. 91 (1992-1993) side 177:

> «For å dekke behovet for å kunne gripe inn i krisesituasjoner ved utbrudd eller fare for utbrudd av en allmennfarlig smittsom sykdom mener departementet at det i tillegg er nødvendig å ta inn en særskilt fullmakt for Kongen til å sette gjeldende lov helt eller delvis ut av kraft. Bestemmelsen er utformet etter mønster av forvaltningsloven § 5 og krigsloven §§ 3 og 4. Fullmakten er forutsatt brukt bare i en alvorlig nasjonal krisesituasjon.»

I NOU 1990: 2 *Lov om smittsomme sykdommer*, er bestemmelsen (§ 6-9 i utredningens lovforslag) kort omtalt på side 266, men synes utover dette ikke å være diskutert.

I mangel av en utfyllende diskusjon av bestemmelsen i lovens forarbeider, må den forstås og anvendes i tråd med det som innenfor juridisk teori og praksis anses for å gjelde for fullmaktsbestemmelser som gir adgang til å fastsette forskrifter med lovs innhold og om nødvendig fravike gjeldende lovgivning (derogasjon). Se høringsnotatets kapittel 5 og vurderingene i de neste punktene.

Behovet for å handle raskt gjør seg i særlig grad gjeldende i starten av en krise, hvor det kan være stor usikkerhet om både krisens skadeevne og hvordan den vil utvikle seg på kort eller lang sikt. Det er viktig at regelverket gir nødvendig beslutningsmyndighet og virkemidler i slike situasjoner. Departementet viser i den forbindelse til at smittevernloven § 7-12 åpner for at fullmakten også kan benyttes «når det er fare for» utbrudd av en allmennfarlig smittsom sykdom.

Fullmakten i § 7-12 er generelt formulert. Den angir for eksempel ikke hva slags tiltak som kan besluttes, slik bokstavene a til e i smittevernloven § 4-1 første ledd gjør. Bestemmelsen angir heller ingen avgrensning av hvilke konkrete lover eller på hvilke rettsområder det vil være adgang til å fastsette forskrifter med lovs innhold, og om nødvendig også fravike gjeldende lovgivning.

22.4.2 Videreføring av en generell fullmaktsbestemmelse i ny smittevernlov

Som redegjort for i punkt 22.3, mener Koronakommisjonen, Koronautvalget og Totalberedskapskommisjonen at regjeringen fortsatt på strenge vilkår bør ha adgang til å kunne fastsette forskrifter med lovs innhold, og om nødvendig fravike gjeldende lovgivning. Også i juridisk teori er det støtte til at smittevernloven fortsatt bør inneholde en fullmaktsbestemmelse tilsvarende dagens § 7-12, samtidig som det påpekes en rekke hensyn som i så fall bør ivaretas i fremtidig lovregulering. Evalueringer av pandemihåndteringen har videre lagt til grunn at de ordinære fullmaktshjemlene i smittevernloven langt på vei ga tilstrekkelig hjemmel til å iverksette nødvendige smitteverntiltak. Departementet er enig i disse vurderingene, og viser til at forslaget til ny lov vil tydeliggjøre rekkevidden av flere av de lovbestemmelsene som under pandemien viste seg å være avgjørende for å håndtere smittesituasjonen.

Departementet viser også til Kontroll- og konstitusjonskomiteens innstilling i etterkant av komiteens koronahøring, Innst. 151 S (2024–2025), jf. nærmere om denne i punkt 3.5.12. Når det gjelder spørsmål om regjeringens fullmakter, høringer og parlamentarisk kontroll, understreker komiteen at smittevernlovens fullmakter ikke endrer ansvarsforholdet mellom regjeringen og Stortinget, eller Stortingets rett og plikt til å kontrollere regjeringen. Komiteen påpeker imidlertid at «løpende kontroll med det regjeringen foretok seg med hjemmel i smittevernloven, i praksis ble begrenset, til tross for at Stortinget var samlet og fungerte tilnærmet som normalt mesteparten av pandemiperioden.» I forlengelse av dette uttaler komiteen:

> «Komiteen vil peke på at fullmaktene i smittevernloven har sitt grunnlag i behovet for å handle raskt i en situasjon med stor smittespredning, hvor tiden ikke tillater vanlige forberedelser med høring og ordinær saksbehandling i Stortinget. Komiteen understreker at fullmaktene er godt begrunnet og nødvendige.»

Komiteen påpeker imidlertid at selv en ekstraordinært rask behandling i Stortinget vil bidra til mer åpenhet og innsyn, og dermed kanskje også mer tillit og legitimitet, enn beslutninger som kun tas av regjeringen på grunnlag av fullmakter. Komiteen viser til at «smittevernlovens utforming er tilpasset akutte kriser, men at loven bærer preg av ikke å være skapt for en krise så langvarig som en to år lang pandemi.»

Komiteen slutter seg til Koronakommisjonen anbefaling om at det ved revisjon av loven bør vurderes om det er grunn til å skille mellom langvarige tiltak og mer hastepregede tiltak med kort virketid, og at behovet for parlamentarisk kontroll er større ved langvarige, omfattende og inngripende tiltak. Komiteen mener på denne bakgrunn at «mer løpende og sterkere forankring i Stortinget må vektlegges ved den kommende revisjonen av smittevernloven.»

En samlet komite tilrådde Stortinget å gjøre blant annet følgende vedtak:

I

> Stortinget ber regjeringen gjennomgå alle krise- og beredskapslover og, der det er naturlig, fremme forslag om en bestemmelse som sikrer at hensynet til barnets beste og å bevare en mest mulig normal hverdag for barn og unge skal vektlegges i all krisehåndtering.

II

> Stortinget ber presidentskapet igangsette arbeid, og eventuelt nedsette et utvalg, for å vurdere modeller for demokratisk og parlamentarisk kontroll med regjeringens bruk av ekstraordinære fullmakter i krisesituasjoner.

Stortinget traff 29. april 2025 vedtak i samsvar med komiteens innstilling.

Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet anbefaler å videreføre en adgang i smittevernloven til å kunne fastsette forskrifter med lovs innhold og om nødvendig fravike gjeldende lovgivning.

Departementet deler vurderingen fra ovennevnte kommisjoner, utvalg, etater og akademia om at det er nødvendig å videreføre en adgang for at Kongen i statsråd ved ekstraordinære smittevernkriser kan fastsette forskrifter med lovs innhold, herunder fravike gjeldende lovgivning. Som nevnt er dette også anbefalt av Kontroll- og konstitusjonskomiteen på Stortinget i innstillingen i etterkant av komiteens koronahøring. Departementet legger til grunn at en slik regulering fortsatt skal være en siste sikkerhetsventil i smittevernberedskapen, som det bare helt unntaksvis vil være aktuelt å anvende. Dette vil kunne være tilfellet hvor eksisterende tiltakshjemler ikke er tilstrekkelige og hvor det av hensyn til smittevernet er nødvendig å iverksette tiltak så raskt at det ikke er tid eller mulig å gjennomføre en ordinær lovgivningsprosess i Stortinget, jf. vilkåret etter smittevernloven § 7-12 om at det må være «fare ved opphold» for å kunne anvende bestemmelsen.

Selv om smittevernlovens øvrige og spesifikke fullmaktsbestemmelser gir kommune og stat fullmakt til å iverksette tiltak som vil være tilstrekkelige for å håndtere de aller fleste smittevernhendelser, vil det imidlertid neppe være mulig å utvikle et regelverk som kan dekke enhver smittevernkrise og dennes konsekvenser. Det vil i forkant være vanskelig å ta stilling til alle nyansene i reguleringsbehovet som vil oppstå i større kriser. Uforutsigbarheten i kriser innebærer at det trolig uansett vil bli nødvendig med situasjonsbestemte vurderinger og reguleringer. I ytterste konsekvens vil alternativet til en spesifisert sektorovergripende hjemmel være å søke hjemmel i konstitusjonell nødrett. Erfaringene fra de siste årenes smittevernskrise og en mer krevende sikkerhetspolitisk situasjon, med økt vekt på behovet for beredskap, taler også for at det er ønskelig å videreføre smittevernlovens generelle fullmaktsbestemmelse. Videreføring av en hjemmel som tilsvarer dagens § 7-12, vil sikre forutgående forutberegnelighet og etterfølgende ansvarliggjøring. Forutsetningen for å gi derogasjonshjemler til bruk i beredskapssituasjoner er at det oppstilles materielle rammer som ivaretar rettssikkerhetshensyn og prosessuelle rammer som ivaretar tiltakets demokratiske legitimitet.

Hver smittevernkrise vil være unik, både når det gjelder den smittsomme sykdommens egenskaper og hvilke helsemessige og samfunnsmessige konsekvenser sykdommen får. Dette får også betydning for vurderingen av hvilke konkrete smitteverntiltak som vurderes nødvendig og forholdsmessig å iverksette. Det er nødvendig å ha et regelverk som er tilstrekkelig fleksibelt til at det kan være mulig å innføre andre tiltak enn det man på forhånd hadde sett for seg skulle bli aktuelt. Det som kjennetegner smittsomme sykdommer, er at de kan oppstå uten særlig forvarsel og at de kan utvikle seg raskt. I tillegg vil spontane endringer i smittestoffenes genmateriale kunne føre til nye sykdommer som opptrer på nye og uforutsette måter. For enkelte smittsomme sykdommer kan de helsemessige konsekvensene for personer som rammes være svært alvorlige, mens konsekvensene i andre tilfeller vil kunne være mindre alvorlige. Også dette får betydning for hvilke smitteverntiltak som vurderes nødvendig og forholdsmessig å iverksette.

Som koronapandemien viste, kan utbredelsen av enkelte smittsomme sykdommer utvikle seg slik at det oppstår svært alvorlige og ekstraordinære situasjoner. Da kan det være nødvendig å sette i verk omfattende og inngripende nasjonale smitteverntiltak for å ivareta liv og helse, en forsvarlig kapasitet i helse- og omsorgstjenesten og grunnleggende samfunnsfunksjoner. Det kan blant annet være nødvendig å gjennomføre strenge prioriteringer for å sikre at helse- og omsorgstjenestenes samlede ressurser i form av personell, legemidler, vaksiner, medisinsk utstyr, smittevernutstyr og andre mottiltak, fordeles og brukes forsvarlig og rettferdig nasjonalt, regionalt og lokalt.

En fremtidig smittevernkrise kan skyldes smittsomme sykdommer som, sammenlignet med covid-19, er mer smittsomme eller utgjør en langt større helserisiko for hele eller deler av befolkningen. Eksempler kan være ebolaepidemien i Vest-Afrika i 2014-2016 og zikaepidemien i Sør- og Mellom-Amerika i 2015. De senere årene har flere internasjonale utbrudd av sykdommer som Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS) og Middle East

Respiratory Syndrom (MERS) krevd stor smitteverninnsats både nasjonalt og internasjonalt.

Ved utbrudd av disse eller lignende smittsomme sykdommer med alvorlig helserisiko, kan det bli behov for å sette i verk smitteverntiltak som lovens ordinære tiltakshjemler ikke, eller bare delvis, åpner for. Fremtidige kriser kan altså gi behov for løsninger som vi ikke ser for oss i dag, som krever regler av lovs rang og som må besluttes hurtig med hjemmel i en fullmaktsbestemmelse fordi det i den konkrete situasjonen ikke er forsvarlig tid eller mulighet til å gjennomføre en ordinær lovbehandling.

Ved fremtidige smittevernkriser kan det som følge av den smittsomme sykdommen og dennes konsekvenser, også oppstå uforutsette behov for hurtige endringer i annen lovgivning enn helse- og omsorgstjenestelovgivningen. Dette kan for eksempel være nødvendig for å gjennomføre nødvendige smitteverntiltak på en effektiv måte eller for å opprettholde grunnleggende samfunnsfunksjoner når smitteverntiltak innføres. Justis- og beredskapsdepartementets forskrift 15. mars 2020 nr. 293 om bortvisning av utlendinger av hensyn til folkehelsen, ble for eksempel hjemlet i smittevernloven § 7-12.

Muligheten til å handle raskt gjelder særlig i starten av en krise, hvor det kan være stor usikkerhet både om krisens skadeevne og hvordan krisen vil utvikle seg på kort eller lang sikt. I slike situasjoner vil det være viktig at regelverket gir nødvendig beslutningsmyndighet og virkemidler. Departementet viser i den forbindelse til at smittevernloven § 7-12 åpner for at fullmakten også kan benyttes «når det er fare for» utbrudd av en allmennfarlig smittsom sykdom, forutsatt at bestemmelsens øvrige vilkår er oppfylt. Det er slik sett ikke nødvendig at det allerede har funnet sted et utbrudd av en allmennfarlig smittsom sykdom.

I den grad eksisterende lovgivning ikke åpner for å iverksette nødvendige tiltak, eller det samtidig vil innebære konflikt med eller brudd på annet eksisterende lovverk, mener departementet at det ved ekstraordinære situasjoner bør foreligge en fullmaktshjemmel som på strenge vilkår åpner for at Kongen i statsråd kan fastsette forskrifter med lovs innhold, og om nødvendig fravike gjeldende lovgivning.

Departementet vil understreke at det ved enhver alvorlig krise påhviler regjeringen en generell plikt til å handle. Dette kan utledes av Grunnloven § 3 om at Kongen og regjeringen er landets utøvende myndighet. Det følger også forutsetningsvis av konstitusjonell nødrett og beredskapsloven ved at det der åpnes for at regjeringen på strenge vilkår og i gitte situasjoner kan gi midlertidige forskrifter med lovs innhold.

En fremtidig regulering må både ivareta samfunnets behov for demokratisk kontroll og rettssikkerhetsgarantier og samfunnets behov for at myndighetene raskt kan innføre nødvendige smitteverntiltak for å beskytte befolkningen. Regelverket må sikre tilstrekkelig fleksibilitet slik at tiltak kan tilpasses behovene i den konkrete situasjonen.

Ved utforming av forslag til nye bestemmelser har departementet sett hen til den nå opphevede koronalovens innhold. Departementet har også sett hen til Prop. 11 L (2024-2025) *Endringer i sivilbeskyttelsesloven (sivil arbeidskraftberedskap)*, hvor det ble foreslått inntatt et nytt kapittel i sivilbeskyttelsesloven om sivil arbeidskraftberedskap, se

nærmere i punkt 3.5.10. Bestemmelsene gir hjemmel til å regulere sivile arbeids- og tjenesteforhold og pålegge sivil arbeidsplikt når riket er i krig, krig truer eller rikets selvstendighet eller sikkerhet er i fare. I lovforslaget ble det blant annet foreslått at Kongen på strenge vilkår skal gis fullmakt til å gi forskrifter av lovgivningsmessig innhold, inkludert adgang til at slik forskrift kan fravike bestemmelser i annen lovgivning. I lovforslaget ble det også foreslått å pålegge en meddelelsesplikt overfor Stortinget dersom regjeringen tar i bruk fullmaktsbestemmelsene. Stortinget har vedtatt endringsloven med enkelte endringer, jf. nærmere omtale i høringsnotatets punkt 3.5.10. Departementet vil imidlertid understreke at bestemmelsene i sivilbeskyttelsesloven er ordinære fullmaktshjemler, hvor meningen er å gi regjeringen et ansvar for og mulighet til å vedta regler i krise uavhengig av om ordinær lovbehandling er mulig. Smittevernloven § 7-12 er på den annen side en nødrettshjemmel som regjeringen bare kan benytte seg av når ordinær lovbehandling ikke er mulig eller er vesentlig vanskeliggjort. Som regel er derogasjon etter ordinære fullmaktshjemler begrenset til å fravike nærmere spesifiserte lovbestemmelser, som ikke nødvendigvis utfordrer det grunnleggende maktfordelingsprinsippet. Derogasjon er altså ikke i seg selv i et spenningsforhold til demokratisk legitimitet. Dette kan imidlertid bli utfordret dersom det gis svært vide og potensielt inngripende fullmakter til å fravike gjeldende lover, og hvor det er få eller uklare materielle og prosessuelle vilkår knyttet til derogasjonen.

Departementet vil i det videre drøfte hvilke elementer som bør inngå i en revidert hjemmel i smittevernloven til å fastsette forskrifter med lovs innhold, herunder fravike gjeldende lovgivning. Som det vil fremgå foreslår departementet i stor grad å videreføre de fullmakter som følger av dagens regulering i smittevernloven § 7-12, samtidig som ny regulering foreslås tydeliggjort og supplert gjennom flere bestemmelser som inntas som et eget kapittel i forslaget til ny smittevernlov.

22.4.3 Utbrudd av allmennfarlig smittsom sykdom – samfunnskritisk sykdom

22.4.3.1 Gjeldende rett

Fullmaktsbestemmelsen etter smittevernloven § 7-12 kan bare anvendes dersom det har oppstått et «utbrudd av en allmennfarlig smittsom sykdom» som er av en slik art eller omfang at det «truer folkehelsen», eller når det er fare for et slikt utbrudd. Ordlyden, sett i sammenheng med uttalelser i forarbeidene, indikerer at anvendelse av bestemmelsen kun vil være aktuelt ved alvorlige nasjonale helsekriser som følge av den allmennfarlige smittsomme sykdommens utbredelse eller sykdommens alvorlighet i seg selv, sett i sammenheng med de konsekvensene dette får for folkehelsen.

Se omtale av begrepet «allmennfarlig smittsom sykdom» og hvordan det er definert i smittevernloven § 1-3 første ledd nr. 3 i høringsnotatets punkt 9.6.

Forarbeidene omtaler i liten grad hva som skal til for at det «er fare for» utbrudd av en allmennfarlig smittsom sykdom, herunder hvor stor sannsynligheten for at et utbrudd skal oppstå i Norge som kreves for å kunne anvende bestemmelsen i disse situasjonene. Departementet legger imidlertid til grunn at det må stilles krav om en viss grad av sannsynlighet for at et utbrudd skal oppstå også i Norge.

Etter sin ordlyd stilles det i smittevernloven § 7-12 ikke krav om at det skal foreligge et «alvorlig utbrudd» av en allmennfarlig smittsom sykdom, jf. loven § 1-3 første ledd nr. 4, før bestemmelsen kan anvendes. Som nevnt er kravet etter gjeldende § 7-12 at det skal være et utbrudd av en allmennfarlig smittsom sykdom som «truer folkehelsen». Sett i sammenheng med forarbeidsuttalelsene om at den særskilte fullmakten bare er forutsatt brukt i en alvorlig nasjonal krisesituasjon, og at fullmakten er vid, legger departementet til grunn at § 7-12 kun vil være aktuell å benytte dersom det foreligger et utbrudd av en allmennfarlig smittsom sykdom som både «truer folkehelsen» og er av en slik art og et slikt omfang at situasjonen i praksis vil være å anse for et «alvorlig utbrudd», i tråd med någjeldende § 1-3 første ledd nr. 4.

22.4.3.2 Departementets vurderinger og forslag

Departementet foreslår at det med hjemmel i ny fullmaktsbestemmelse i ny smittevernlov § 11-1 skal være adgang til å fastsette forskrifter med lovs innhold, herunder å fravike gjeldende lovgivning «[v]ed utbrudd av samfunnskritisk sykdom, eller når det er fare for slikt utbrudd». Det foreslås at adgangen til å anvende fullmakten suppleres av tre alternative formålskrav som omtales i høringsnotatets punkt 22.4.4.

Utbrudd av samfunnskritisk sykdom

Som redegjort for i høringsnotatets punkt 9.6.6.2, foreslår departementet å erstatte dagens begrep «alvorlig utbrudd av allmennfarlig smittsom sykdom» med begrepet «samfunnskritisk sykdom».

I gjeldende smittevernlov § 1-3 første ledd nr. 4 defineres «alvorlig utbrudd» av allmennfarlig smittsom sykdom som «et utbrudd eller fare for utbrudd som krever særlig omfattende tiltak».

Av lovforslagets § 1-3 fremgår det at «samfunnskritisk sykdom» er «en allmennfarlig smittsom sykdom, hvor utbredelsen medfører eller risikerer å medføre alvorlige forstyrrelser av viktige samfunnsfunksjoner». Ved dette videreføres i all hovedsak innholdet i nåværende definisjon av «alvorlig utbrudd av allmennfarlig smittsom sykdom», men det vil være et større fokus på politiske vurderinger av de samfunnsmessige konsekvenser av sykdommen og dens utbredelse. Dersom sykdommens utbredelse medfører eller risikerer å medføre betydelig sykdomsbyrde for hele eller deler av befolkningen, vil det i utgangspunktet være en alvorlig forstyrrelse av viktige samfunnsfunksjoner, da det ikke bare vil belaste helse- og omsorgstjenesten, men også resten av samfunnet.

Adgangen til å fastsette forskrifter med lovs innhold og om nødvendig fravike gjeldende lovgivning med hjemmel i forslaget til ny § 11-1, skal som etter dagens § 7-12, bare kunne benyttes ved en ekstraordinær krisesituasjon. Ordinære utbrudd av allmennfarlig smittsom sykdom vil dermed ikke være tilstrekkelig. Det er først dersom utbruddet er av en slik art og omfang at den allmennfarlige smittsomme sykdommen er å karakterisere som «samfunnskritisk sykdom» (i gjeldende lov «alvorlig utbrudd av en allmennfarlig smittsom sykdom») at forslag til ny § 11-1 skal kunne anvendes.

Departementet legger derfor til grunn at en lovfesting av at fullmakten i ny lov § 11-1 bare kan benyttes ved et «utbrudd av samfunnskritisk sykdom» (eller fare for et slikt utbrudd) , i all hovedsak er en begrepsmessig endring som ikke innebærer noen realitetsendring. Forslaget viderefører derfor dagens § 7-12 på dette punktet, slik bestemmelsen må forstås på bakgrunn av uttalelser i forarbeidene og slik den har vært anvendt i praksis.

Ved vurderingen av om det skal sies å foreligge et utbrudd av en «samfunnskritisk sykdom» må helsekrisen ha et visst omfang, både geografisk og hvordan krisen påvirker den enkelte pasient, befolkningen og helse- og omsorgstjenesten. Det er ikke et absolutt krav at den allmennfarlige smittsomme sykdommen skal være påvist i hele landet. Også regionale og større lokale utbrudd kan i prinsippet oppfylle vilkåret. Dette må blant annet sees i sammenheng med om sykdommens smittsomhet tilsier at den raskt vil spre seg til flere deler av eller hele landet. Dette må igjen sees i sammenheng med sykdommens alvorlighet for de som blir smittet og hvilken belastning dette forventes å påføre helse- og omsorgstjenesten og samfunnet som sådan.

Fare for utbrudd av samfunnskritisk sykdom

Departementet foreslår at det skal være adgang til å benytte fullmakten etter forslaget til ny § 11-1 også i situasjoner hvor det ennå ikke foreligger en samfunnskritisk sykdom, men hvor det er «fare for slikt utbrudd».

Departementet legger til grunn at det må bero på en konkret helhetsvurdering om det skal sies å foreligge «fare for utbrudd» av samfunnskritisk sykdom. Med tanke på hvor inngripende og vide fullmaktene er, og hvor viktig det vil være å angi situasjonskravet strengt, bør det stilles krav om at det er sannsynlig at det også i Norge vil komme et slikt utbrudd. Selv om det ikke kreves sikker kunnskap om at det vil oppstå et slikt utbrudd i Norge, bør det kreves mer enn en lav grad av sannsynlighet. Etter bestemmelsen vil man vanskelig kunne si at det er tale om fare for et slikt utbrudd før man kan si at utbruddet er sannsynlig.

Hvordan sykdommens utbredelse har vært i andre land, og spesielt om det allerede foreligger utbrudd i våre naboland, vil være av betydning i en slik sannsynlighetsvurdering. Spredningsfaren henger sammen med den allmennfarlige smittsomme sykdommens egenskaper, herunder hvor lett sykdommen smitter, på hvilken måte den smitter og om hele befolkningen antas å kunne bli smittet eller om kun deler av befolkningen antas å være særlig utsatt for smitte. I vurderingen av om det foreligger «fare for utbrudd» i henhold til bestemmelsen, må det også legges vekt på hvor alvorlig sykdommen vil være for den enkelte og samfunnet, og i den forbindelse også om det foreligger vaksine mot sykdommen eller effektiv behandling for de som smittes. Disse forholdene inngår i vurderingen av om sykdommen vil være en samfunnskritisk sykdom (se kapittel 9), som dels overlapper med vurderingen av om det vil være nødvendig å anvende fullmakten etter forslaget til ny § 11-1.

Hvilke krav som skal stilles når det gjelder sannsynlighet for at et slikt utbrudd vil oppstå også i Norge, må også sees i lys av at formålet med en slik bestemmelse er at myndighetene skal ha en mulighet til å forberede seg og iverksette nødvendige tiltak før et

utbrudd faktisk foreligger. Dersom det stilles for strenge krav til sannsynligheten for at et utbrudd vil oppstå, vil dette bli vanskeliggjort. Bestemmelsen må slik sett også sees i sammenheng med statens positive menneskerettslige forpliktelse til å ivareta innbyggernes liv og helse. Retten til liv er beskyttet etter EMK artikkel 1 sammenholdt med særlig artikkel 2 nr. 1, og etter FN-konvensjonen om sivile og politiske rettigheter (SP) artikkel 6. Retten til helse er beskyttet blant annet i FN-konvensjonen om økonomiske og sosiale rettigheter (ØSK) artikkel 12 nr.1. Av artikkel 12 nr. 2 følger det at tiltak for å oppnå full virkeliggjørelse av denne rettigheten skal omfatte tiltak som er nødvendige for å forebygge, behandle og kontrollere epidemiske, endemiske, yrkesmessige og andre sykdommer. Dette innebærer at staten ikke bare har en plikt til å kontrollere og behandle pasienter når en epidemi først oppstår, men også må ha en tilstrekkelig beredskap for å forebygge spredning. Barnekonvensjonen artikkel 24 nr. 1 angir barns rett til helsehjelp.

Som nevnt legger departementet til grunn at smittevernlovens ordinære fullmakter vil være tilstrekkelig i de aller fleste situasjoner og at det bare helt unntaksvis vil være nødvendig å anvende smittevernloven § 7-12 (lovforslagets § 11-1). Bestemmelsen er slik sett å anse som en siste sikkerhetsventil i smittevernberedskapen.

22.4.4 Krav om nødvendighet for å oppnå bestemte formål

22.4.4.1 Gjeldende rett

Formålskrav

Anvendelse av fullmaktene etter smittevernloven § 7-12 må skje med formål om «å trygge folkehelsen» eller for at det skal kunne settes inn «tiltak til vern om befolkningen». Selv om det ikke uttrykkelig sies i denne bestemmelsen at anvendelse av fullmaktene må være nødvendig for å oppnå formålene, følger det av loven § 1-5 at smitteverntiltak etter loven skal være nødvendige av hensyn til smittevernet. Dette vil også gjelde ved anvendelse av loven § 7-12.

«Truer folkehelsen»

For å anvende fullmaktene som følger av loven § 7-12, kreves det at utbruddet av den allmennfarlig smittsomme sykdommen «truer folkehelsen». Hverken loven eller forarbeidene presiserer hva dette innebærer, ut over at fullmakten etter § 7-12 bare kan brukes «i en alvorlig nasjonal krisesituasjon». Det følger av folkehelseloven § 3 at begrepet «folkehelsen» benyttes om befolkningens helsetilstand og hvordan helsen fordeler seg i en befolkning.

Tiltak til vern om befolkningen

Etter § 7-12 kan Kongen gi bestemmelser av lovgivningsmessig innhold «for å trygge folkehelsen, og for at det kan settes inn tiltak til vern om befolkningen» Lovens forarbeider utdyper ikke hva som ligger i dette Departementet legger til grunn at begrepet «folkehelsen» primært omfatter helsetilstanden til hele eller deler av befolkningen, mens begrepet «tiltak til vern om befolkningen» i noe større grad kan rette seg mot det enkelte

individ eller en gruppe av individer. Det er likevel overlapp mellom formålene, fordi tiltak som iverksettes for å beskytte folkehelsen, samtidig vil kunne bidra til «verne befolkningen». Tilsvarende vil tiltak som iverksettes for å ivareta liv og helse hos mange enkeltindivider eller hele befolkningen, også bidra til å beskytte folkehelsen.

22.4.4.2 Departementets vurderinger og forslag

Departementet foreslår i stor grad å videreføre de fullmaktene som følger av smittevernloven § 7-12 i forslag til ny lov § 11-1 andre ledd, med tydeliggjøring av at adgangen til å fastsette forskrifter med lovs innhold, herunder fravike gjeldende lovgivning, kun skal være mulig for å oppnå ett eller flere av følgende tre alternative formål:

a. beskytte folkehelsen
b. ivareta befolkningens liv og helse
c. sikre helse- og omsorgstjenestens evne og kapasitet til å sørge for forsvarlige og nødvendige helse- og omsorgstjenester til befolkningen

Formålene angitt i bokstav a og bokstav b viderefører i all hovedsak det som i dag følger av ordlyden i loven § 7-12. Formålet som angitt i bokstav c fremgår ikke direkte av ordlyden, men departementet legger til grunn at også dette formålet må sies å følge av dagens bestemmelse. Det å sikre helse- og omsorgstjenestens evne og kapasitet til å sørge for forsvarlige og nødvendige helse- og omsorgstjenester til befolkningen vil langt på vei måtte sies å være en nødvendig forutsetning for å beskytte folkehelsen og for å ivareta befolkningens liv og helse. Dette legges også til grunn for departementets vurdering av smittevernlovens formålsbestemmelse i høringsnotatets punkt 9.4.3.

Nødvendighetskravet etter loven § 1-5

I loven § 7-12 er det ikke inntatt et eksplisitt krav om at anvendelse av fullmaktsbestemmelsen kun kan være aktuelt dersom dette er nødvendig for å oppnå nærmere bestemte formål. Loven § 1-5 bestemmer imidlertid at smitteverntiltak etter loven skal være nødvendige av hensyn til smittevernet. Dette vil også gjelde ved anvendelse av loven § 7-12. For nærmere omtale av gjeldende § 1-5 og forslaget til ny § 1-5 vises det til høringsnotatets kapittel 10.

Det ligger allerede i bestemmelsens natur at en fullmakt til å fastsette forskrifter med lovs innhold, og om nødvendig fravike gjeldende lovgivning, ikke vil bli benyttet med mindre det er nødvendig. Smittevernloven er en fullmaktslov, og i de aller fleste situasjoner vil de ordinære fullmaktene gi tilstrekkelige virkemidler til å håndtere smittevernkriser. Smittevernlovens system innebærer også at myndigheten i utgangspunktet er plassert hos kommunene, og at myndighet til å fatte vedtak kun løftes til Helsedirektoratet, departementet og eventuelt regjeringen når det er nødvendig med tiltak på nasjonalt nivå eller hvor det ikke er mulig for kommunene å håndtere krisen.

Nødvendighetskravet etter loven § 1-5 vil innebære at det bare kan være aktuelt å fastsette forskrifter med lovs innhold, herunder fravike gjeldende lovgivning, dersom den samfunnskritiske sykdommen ikke kan håndteres på en forsvarlig og tilstrekkelig effektiv

måte ved bruk av tilgjengelige ressurser i helse- og omsorgstjenesten innenfor de hjemlene som ellers følger av smittevernloven.

Kravet om nødvendighet innebærer for det første at tiltaket kun kan gjennomføres dersom det er egnet eller passer som middel til å oppnå det konkrete tiltakets formål. Det må vurderes som sannsynlig at formålet kan oppnås ved fravikelse av den eller de lovbestemmelsene som er aktuelle. Dette er i § 1-5 formulert som krav om medisinskfaglig begrunnelse.

Kravet innebærer videre at et alternativt tiltak må velges dersom det alternative tiltaket ivaretar formålet like godt og effektivt, men på en mindre inngripende måte. Dette handler om at tiltak ikke skal gå lenger enn det som er nødvendig i den konkrete situasjonen. Når det gjelder valget om å fastsette forskrifter som fraviker lov i stedet for å velge andre virkemidler, skal andre virkemidler velges dersom de er egnet til å oppfylle samme formål på en måte som er i overenstemmelse med gjeldende regelverk.

Kravene til medisinskfaglig begrunnelse og nødvendighet etter loven § 1-5 kan ikke tolkes for strengt når det gjelder sannsynlighet for at de tiltakene man gjennom slike forskrifter skaffer seg hjemmel for, faktisk vil oppnå de formålene som forslaget til § 11-1 krever. Det kan vanskelig kreves sikker kunnskap om at man ved bruk av disse tiltakene faktisk vil oppnå formålene om å beskytte folkehelsen, ivareta befolkningens liv og helse eller sikre helse- og omsorgstjenestens evne og kapasitet til å sørge for forsvarlige og nødvendige helse- og omsorgstjenester til befolkningen. I en hastefullmakt er det viktig at det ikke oppstilles vilkår som forutsetter tidkrevende vurderinger og utredninger. I et scenario der det er nødvendig å forhindre eller slå ned et utbrudd av en samfunnskritisk sykdom for å kjøpe seg tid, må beslutninger tas under usikkerhet. Det må i en slik vurdering være tilstrekkelig at tiltak som det søkes å skaffe hjemmel for, etter en forsvarlig medisinsk og smittevernfaglig vurdering sannsynligvis vil være egnet til å oppnå formålene, enten alene eller i kombinasjon med andre tiltak som er eller kan iverksettes med hjemmel i lovens ordinære fullmaktsbestemmelser.

Som redegjort for i punkt 22.2, ble reglene om smittekarantene og isolering hjemlet i smittevernloven § 7-12 da covid-19-forskriften ble vedtatt i mars 2020. Tilsvarende var forskriftens regler om karantenehotell hjemlet i loven § 7-12 da slike regler ble inntatt i covid-19-forskriften høsten 2020. Begrunnelsen for disse tiltakene var nettopp at de var nødvendige for å beskytte folkehelsen og for å ivareta befolkningens liv og helse ved å unngå ukontrollert smittespredning.

Departementet foreslår å presisere i ny lov § 11-1 at anvendelse av bestemmelsen kun kan være aktuelt for å oppnå formålene i bokstavene a, b eller c. Se omtalen av hva nødvendighetskravet etter ny lov § 1-5 innebærer i høringsnotatets kapittel 10 og spesielle merknader til denne bestemmelsen.

Beskytte folkehelsen

Det følger av folkehelseloven § 3 at begrepet «*folkehelsen*» benyttes om befolkningens helsetilstand og hvordan helsen fordeler seg i en befolkning. I loven er folkehelsearbeid

definert som samfunnets innsats for å påvirke faktorer som direkte eller indirekte fremmer befolkningens helse og trivsel, forebygger psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse, eller som beskytter mot helsetrusler, samt arbeid for en jevnere fordeling av faktorer som direkte eller indirekte påvirker helsen.

Folkehelsen vil til en viss grad kunne «måles» basert på ulike markører som blant annet befolkningens levealder, fødselsrate, spedbarnsdødelighet, forekomst av alvorlige eller mindre alvorlige somatiske eller psykiske sykdommer eller lidelser, helse- og omsorgstjenestens kapasitet til å behandle dette på en effektiv måte innen forsvarlig tid og sykdomsrelatert fravær fra skole, utdanning eller arbeid.

For å beskytte folkehelsen, kan det være nødvendig å iverksette tiltak for å hindre utbredelse av en allmennfarlig smittsom sykdom og for å hindre at konsekvensene av slik sykdom blir for store. Det skyldes både at sykdom kan medføre tapt livskvalitet ved smerte og lidelse, nedsatt helsefunksjon og død, og at redusert folkehelse vil kunne påvirke samfunnets evne til å sikre grunnleggende og kritiske samfunnsfunksjoner. Bortfall av, eller redusert evne til å opprettholde, kritiske samfunnsfunksjoner vil raskt kunne få store konsekvenser for befolkningen. Et unormalt stort sykefravær innenfor helse- og omsorgstjenesten vil kunne få store konsekvenser for tjenestens evne til å tilby øyeblikkelig eller nødvendig helsehjelp til befolkningen. Tilsvarende vil unormalt stort sykefravær kunne påvirke blant annet matproduksjon, elektrisitetsforsyning, vannforsyning og offentlig kommunikasjon. Befolkningens fysiske og psykiske helse, kunnskap om hvordan man kan ivareta egen og familiens helse samt egenberedskap er også en sentral del av helseberedskapen og samfunnets motstandsdyktighet.

Departementet foreslår at det skal være adgang til å fastsette forskrifter med lovs innhold, herunder fravike gjeldende lovgivning, for å «beskytte folkehelsen». Bestemmelsen foreslås som § 11-1 første ledd andre punktum bokstav a.

Ivareta befolkningens liv og helse

Som nevnt siktes det med begrepet «folkehelsen» primært til helsetilstanden til hele eller deler av befolkningen, mens begrepet «ivareta liv og helse» i hovedsak er ment å omfatte det enkelte individ eller en gruppe av individer. Tiltak som iverksettes for å beskytte folkehelsen (helsetilstanden til hele eller deler av befolkningen), vil samtidig kunne bidra til å ivareta liv og helse hos den enkelte. Tilsvarende vil tiltak som iverksettes for å ivareta liv og helse hos mange enkeltindivider eller hele befolkningen, også bidra til å beskytte folkehelsen.

I praksis vil behovet for å fastsette særskilte tiltak for å «ivareta befolkningens liv og helse» kunne oppstå for eksempel i situasjoner hvor en smittsom sykdom har så alvorlige konsekvenser for den enkeltes liv og helse at man, for å forhindre eller begrense smittespredningen, trenger å iverksette tiltak det ikke er lovhjemmel for i gjeldende regelverk, eller hvor det er usikkert om det er tilstrekkelig hjemmel. Departementet viser i den forbindelse til punkt 22.2 hvor det er redegjort for at man i en innledende fase av pandemien benyttet smittevernloven § 7-12 som hjemmel for isolering og karantene inntil Stortinget vedtok midlertidige hjemler for dette.

Departementet foreslår at det skal være adgang til å fastsette forskrifter med lovs innhold, herunder fravike gjeldende lovgivning, for «å ivareta befolkningens liv og helse». Bestemmelsen foreslås som § 11-1 første ledd andre punktum bokstav b.

Sikre helse- og omsorgstjenestens evne og kapasitet evne og kapasitet til å sørge for forsvarlige og nødvendige helse- og omsorgstjenester til befolkningen

Departementet foreslår i tillegg at det bør fremgå uttrykkelig av bestemmelsen at det også skal være adgang til å fastsette forskrifter med lovs innhold, herunder fravike gjeldende lovgivning, for å «sikre helse- og omsorgstjenestens evne og kapasitet til å sørge for forsvarlige og nødvendige helse- og omsorgstjenester til befolkningen», jf. forslaget til § 11-1 første ledd andre punktum bokstav c.

Forslaget viderefører og tydeliggjør gjeldende rett. Ivaretagelse av helse- og omsorgstjenestens evne og kapasitet til å sørge for forsvarlige og nødvendige helse- og omsorgstjenester vil være en avgjørende forutsetning for å kunne sikre folkehelsen eller for å ivareta liv og helse. Dersom disse formålene kan oppnås innenfor gjeldende regelverk, vil det ikke være adgang til å anvende fullmaktsbestemmelsen med hjemmel i dette alternativet.

Selv om en sykdom eller lidelse oppleves mindre alvorlig for den enkelte som rammes, vil høy forekomst av slik sykdom eller lidelse og den totale innsatsen som helse- og omsorgstjenesten av den grunn iverksetter, kunne påvirke tjenestens kapasitet i et slikt omfang at det får betydning for tjenestens tilbud til andre pasientgrupper. Dette vil spesielt kunne få konsekvenser for sårbare grupper med underliggende sykdommer som generelt er mer sårbare for økt belastning på helse- og omsorgstjenesten.

Hvilke tiltak som skal iverksettes for å sikre helse- og omsorgstjenestens evne og kapasitet til å sørge for forsvarlige og nødvendige helse- og omsorgstjenester til befolkningen, vil måtte vurderes konkret basert på den foreliggende smittevernkrisen. Det mest nærliggende vil være å forskriftsfeste adgang til å gjøre unntak fra ellers gjeldende plikt- og rettighetsbestemmelser for å sikre at helse- og omsorgstjenestens kapasitet ikke overskrides.

Det finnes forholdsvis nye eksempler på midlertidig lovgivning som åpner for at det i forskrift kan gjøre slike unntak, men hvor man altså ikke har anvendt smittevernloven § 7-12 som hjemmelsgrunnlag. I en periode av koronapandemien ble det fastsatt midlertidige unntak fra enkelte prosessuelle bestemmelser i både helseberedskapsloven, pasient- og brukerrettighetsloven, spesialisthelsetjenesteloven og helse- og omsorgstjenesteloven. Unntaksbestemmelsene var begrunnet med at dette var nødvendig for å frigjøre behandlingskapasitet og for å unngå løpende brudd på lovfastsatte plikter og rettigheter, jf. Prop. 104 L (2019-2020) *Midlertidige endringer i helseberedskapsloven (endringer for å avhjelpe negative konsekvenser av utbrudd av covid-19)*.

Tilsvarende er det vedtatt midlertidige bestemmelser i pasient- og brukerrettighetsloven § 2-5 d, spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 d og helse- og omsorgstjenesteloven § 7-2 b. Disse bestemmelsene åpner for at departementet ved forskrift kan beslutte helt eller delvis

unntak fra enkelte prosessuelle plikt- og rettighetsbestemmelser dersom det som følge av et høyt antall ankomster til Norge av personer fordrevet fra Ukraina, er nødvendig med slike unntak for å kunne foreta omstillinger eller prioriteringer for å bidra til å sikre at helse- og omsorgstjenestens kapasitet ikke overskrides. De midlertidige unntakshjemlene ble første gang foreslått i Prop. 107 L (2021-2022) *Midlertidige endringer i lovverket som følge av ankomst av fordrevne fra Ukraina*. Unntaksbestemmelsene har blitt forlenget i påfølgende lovproposisjoner, senest i Prop. 72 L (2023-2024) *Endringer i barnetrygdloven og midlertidige endringer i lovverket som følge av ankomst av fordrevne fra Ukraina (videreføring m.m.)*, og gjelder til 1. juli 2026.

22.4.5 Ikke mulig med ordinær lovbehandling – «Fare ved opphold»

22.4.5.1 Gjeldende rett

Et vilkår for å anvende smittevernloven § 7-12 er at det er «fare ved opphold». Vilkåret er i liten grad omtalt i lovens forarbeider.

Kravet om «fare ved opphold» har samme innhold som etter beredskapsloven § 3. Departementet legger til grunn at vilkåret innebærer at loven § 7-12 bare kan anvendes dersom helsekrisen tilsier at særskilte tiltak må iverksettes så raskt at det er grunn til å tro at det vil oppstå fare hvis man må avvente en ordinær lovbehandling på Stortinget for å få på plass nødvendig lovregulering. Kravet innebærer med andre ord at man har grunn til å tro at det med ordinær lovbehandling ikke tilstrekkelig raskt er mulig å gjennomføre de tilpasningene av lovgivningen som er nødvendig for å oppnå formålene om å verne folkehelsen, liv og helse og tjenestetilbudet

Kravet om «fare ved opphold» henger nært sammen med kravet om å fremlegge forskriftene som lovforslag etter beredskapsloven § 3 tredje ledd, jf. nærmere omtale av dette i punkt 22.4.13. Dersom man har tid til å få på plass nødvendig lovgrunnlag gjennom ordinær lovgivningsprosess, vil loven § 7-12 ikke kunne anvendes.

Det må vurderes konkret om helsekrisen er av et slikt omfang eller av en slik alvorlighetsgrad at man ikke kan avvente ordinær lovbehandling. Om det foreligger «fare ved opphold» må bedømmes ut fra de opplysningene man har, eller med rimelighet har mulighet for å fremskaffe, på det tidspunktet hvor man vurderer nødvendigheten av å iverksette tiltak. Farevilkåret tilsier at det vil omfatte situasjoner som har oppstått og situasjoner som sannsynligvis vil oppstå i noenlunde nær fremtid.

Fullmaktene etter loven § 7-12 kan også benyttes «når det er fare for» utbrudd av en allmennfarlig smittsom sykdom, forutsatt at bestemmelsens øvrige vilkår er oppfylt. Det er slik sett ikke nødvendig at det allerede har funnet sted et utbrudd av en allmennfarlig smittsom sykdom for å kunne anvende loven § 7-12, jf. nærmere om dette i punkt 22.4.3.2.

22.4.5.2 Departementets vurderinger og forslag

Departementet legger til grunn at lovbehandling, hvor et lovforslag må utformes, om mulig høres, fremlegges i en lovproposisjon og deretter behandles i Stortinget med komitebehandling og voteringer, som hovedregel vil ta vesentlig lengre tid enn en

forskrift vedtatt av Kongen i statsråd. Departementet viser imidlertid til at det under koronapandemien ved flere anledninger var mulig å fremme lovforslag som Stortinget vedtok innen svært kort tid.

Hvorvidt det vil være tid til lovbehandling i Stortinget, må vurderes konkret basert på den situasjonen som foreligger og hvor mye det haster med å få på plass nytt eller endret regelverk. Det kan særlig være vanskelig å vurdere graden av hast i innledende faser av en alvorlig smittevernkrise, hvor kunnskapen om den smittsomme sykdommen kan være begrenset. Samtidig vil behovet for å handle raskt i særlig grad gjelde i starten av en smittevernkrise, hvor det kan være stor usikkerhet både knyttet til krisens skadeevne og hvordan krisen vil utvikle seg på kort eller lang sikt. I slike situasjoner er det viktig at regelverket gir nødvendig beslutningsmyndighet og virkemidler.

I tillegg til vurderingen av om de grunnleggende kravene til medisinskfaglig begrunnelse, nødvendighet og forholdsmessighet er oppfylt for å innføre aktuelle tiltak, må det også avklares hvorvidt det eksisterer tilstrekkelige hjemler i smittevernloven eller annet regelverk. Dette vil innebære en vurdering av om det er nødvendig å fastsette forskrifter med lovs innhold eller forskrifter som fraviker gjeldende lovgivning. I NOU 2019:13 *Når krisen inntreffer*, er det i kommentarer til lovforslaget § 4, på side 122, blant annet redegjort for en slik vurdering knyttet opp til det som var utvalgets lovforslag:

> «Foreligger slike lovhjemler allerede, vil det først og fremst være disse hjemlene som må danne utgangspunkt for videre rettslig regulering i en krisesituasjon. Om det er uklart hvorvidt det foreligger tilstrekkelig lovhjemmel, eller om eksisterende lovhjemler kun omfatter deler av de tiltak det er behov for å iverksette, er dette likevel ikke til hinder for anvendelse av denne loven. Dette vilkåret må således ikke forstås for strengt, idet det avgjørende hensyn er ivaretakelsen av legalitetsprinsippet.»

Den nå opphevede koronaloven slo i § 1 fast at loven ikke gjaldt dersom formålet kunne «ivaretas gjennom normal lovbehandling». Til dette uttalte Stortinget i Innst. 204 L (2019-2020):

> «Komiteen understreker at koronaloven kun skal anvendes dersom det er nøye vurdert og konkludert med at det er nødvendig å bruke denne loven som hjemmel for en ny forskrift. Loven skal ikke komme til anvendelse dersom formålet kan ivaretas gjennom normal lovbehandling i Stortinget. Dette skal sikre at fullmaktsloven ikke går ut over demokratiske hensyn mer enn nødvendig, og betyr at der det er tid til å gjennomføre en ordinær lovgivningsprosess, skal dette alternativet velges. I denne vurderingen må det imidlertid også sees hen til volumet av saker som skal behandles i Stortinget.
>
> Det er kun nødvendig dersom andre gjeldende lover ikke kan fungere som hjemmel for en ny forskrift eller at det haster så mye at den alminnelige lovgivningsprosessen ikke er forsvarlig.»

Det ligger allerede som en forutsetning at en slik fullmakt ikke vil bli benyttet med mindre det er nødvendig. Smittevernloven er en fullmaktslov, og i de aller fleste situasjoner vil fullmaktene gi tilstrekkelige virkemidler til å håndtere smittevernkriser. Smittevernlovens system innebærer også at myndigheten i utgangspunktet er plassert hos kommunene, og at myndighet til å fatte vedtak kun løftes til Helsedirektoratet, departementet og eventuelt

regjeringen når det er nødvendig med tiltak på nasjonalt nivå eller hvor det ikke er mulig for kommunene å håndtere krisen.

Departementet mener likevel at en presisering av at anvendelse av fullmaktsbestemmelsen kun skal være mulig dersom formålet ikke kan ivaretas gjennom ordinær lovbehandling, er så sentralt at det bør fremgå uttrykkelig av loven. Departementet viser i den forbindelse også til at smittevernloven § 7-12 åpner for at fullmakten også kan benyttes «når det er fare for» utbrudd av en allmennfarlig smittsom sykdom, forutsatt at bestemmelsens øvrige vilkår er oppfylt. Det er slik sett ikke nødvendig at det allerede har funnet sted et utbrudd av en allmennfarlig smittsom sykdom for å kunne anvende fullmaktsbestemmelsen, jf. nærmere om dette i punkt 22.4.3.2.

I tråd med den nå opphevede koronaloven § 1 og Stortingets uttalelser, foreslår derfor departementet å lovfeste i ny lov § 11-1 andre ledd at fullmakten til å fastsette forskrifter med lovs innhold, herunder fravike gjeldende lovgivning (derogasjon), bare skal kunne benyttes «dersom den konkrete situasjonen medfører at det ikke er forsvarlig tid eller mulighet til å gjennomføre en ordinær lovbehandling». Dette vil understreke at anvendelse av fullmaktsbestemmelsen kun vil være aktuelt helt unntaksvis og ved ekstraordinære situasjoner. Departementet foreslår også å lovfeste at det ikke vil være anledning til å anvende fullmaktsbestemmelsen dersom helsekrisen kan håndteres innenfor gjeldende lovgivning, jf. lovforslaget § 11-1 andre ledd.

Forslaget til § 11-1 andre ledd er ment å videreføre og tydeliggjøre hva som menes med dagens krav etter § 7-12 om at fastsettelse av forskrifter med lovs innhold eller forskrifter som fraviker gjeldende lovgivning, kun er mulig dersom det foreligger «fare ved opphold». Argumentene mot en slik presisering av vilkåret er særlig at øvrig beredskapslovgivning benytter formuleringen «fare ved opphold», jf. for eksempel beredskapsloven § 3 første ledd og ny forvaltningslov § 6 første ledd (ikke i kraft). Departementet ber høringsinstansene særlig vurdere om den kortere formuleringen «fare ved opphold» likevel bør videreføres i smittevernloven.

Hvorvidt man helt eller delvis har tilstrekkelig hjemmel innenfor eksisterende lovgivning, eller om det vil være tid til å gjennomføre en ordinær lovprosess, vil i stor grad avhenge av den konkrete situasjon. Graden av hast vil blant annet være av betydning for hvor inngående vurderinger man har tid til å gjennomføre.

Vilkårene skal ikke forstås for strengt. I en hastefullmakt er det viktig at det ikke oppstilles vilkår som forutsetter tidkrevende vurderinger. I et scenario der det er nødvendig å forhindre eller slå ned et utbrudd av en samfunnskritisk sykdom for å kjøpe seg tid, må beslutninger tas under usikkerhet. Det vil også gjelde vurderingen av om det finnes tilstrekkelige hjemler for tiltakene i eksisterende lovverk eller om det vil være tid til en ordinær lovprosess. Den demokratiske kontrollen med bruk av derogasjonshjemmelen må først og fremst ligge i at Stortinget involveres så raskt som mulig, jf. nedenfor under punkt 22.4.13 og 22.4.14.

22.4.6 Myndighet til å anvende bestemmelsen

22.4.6.1 Gjeldende rett

Fullmakten etter smittevernloven § 7-12 er gitt til «Kongen».

At myndighet etter smittevernloven § 7-12 er lagt til Kongen, innebærer at myndigheten kan delegeres til et departement. I forbindelse med koronapandemien ble forskriftskompetansen flere ganger delegert til Helse- og omsorgsdepartementet. I koronaloven var myndigheten til å gi midlertidige forskrifter lagt til Kongen i statsråd. Dette innebar at vedtak måtte treffes av hele regjeringen i et statsråd, og at myndigheten ikke kunne delegeres.

Adgangen til å delegere myndighet må sees i sammenheng med Grunnloven § 28. Selv om det i lov er gitt hjemmel til å fravike lov ved forskrift i en krisesituasjon, og beslutningsmyndigheten i utgangspunktet ligger til et departement eller direktorat, innebærer Grunnloven § 28 at det likevel vil være behov for at beslutningen treffes av Kongen i statsråd dersom den er en «sak av viktighet».

Om en sak skal sies å være en «sak av viktighet» vil bero på en konkret, skjønnsmessig vurdering. Ved en slik vurdering vil det blant annet være relevant å vektlegge hvem avgjørelsen berører, om avgjørelsen innebærer et inngrep i privates personlige eller økonomiske sfære, om avgjørelsen har virkning lokalt, regionalt eller nasjonalt og om saken er politisk omdiskutert eller om det er tverrpolitisk enighet. Det må legges til grunn at terskelen for at en sak skal være «en sak av viktighet» er høy, og at regjeringen har et betydelig rom for skjønn i vurderingen. I sikkerhetspolitisk krise eller krig vil vurderingen av hva som anses som en sak av viktighet kunne bli vurdert annerledes sammenlignet med situasjonen i fredstid.

Uavhengig av om regjeringen har tatt stilling til om kravet etter Grunnloven § 28 anses for oppfylt, vil regjeringen uansett kunne velge å fremlegge beslutningen for behandling av Kongen i statsråd. Dette kan for eksempel være situasjoner hvor det er nødvendig å treffe beslutninger i kompliserte og sektorovergripende saker som nødvendiggjør vanskelige og prinsipielle politiske avveininger, eller beslutninger om inngripende tiltak med store samfunnsmessige konsekvenser ved nasjonale kriser. Fullmakten regjeringen har etter bestemmelsen er videre enn kommunenes og Helsedirektoratets fullmakter etter smittevernlovens øvrige bestemmelser.

22.4.6.2 Departementets vurderinger og forslag

Departementet vurderer i dette punktet hvorvidt kompetansen til å anvende fullmaktsbestemmelsen i forslag til ny lov bør legges til Kongen eller Kongen i statsråd.

Det at smittevernloven § 7-12 gir vide fullmakter i form av adgang til å fastsette forskrifter med lovs innhold, herunder fravike gjeldende lovgivning, kan tale for at kompetansen bør legges til Kongen i statsråd. Lovfesting av at myndigheten skal legges til Kongen i statsråd kan til en viss grad også sies å innebære en sikringsmekanisme, i den forstand at alle statsråder som er til stede i dette statsrådet anses for å stå bak avgjørelsen, jf. Grunnloven § 30. Det konstitusjonelle ansvaret for saken etter Grunnloven § 12 ligger imidlertid hos statsråden som leder departementet som fremmer saken.

Hvis myndigheten legges til Kongen i statsråd og ikke kan delegeres, innebærer det at det vil ta noe tid å fatte beslutningen. Det kan komme pandemier i fremtiden der smitte overføres raskere og gir alvorligere sykdom enn koronapandemien. Dette kan tale for at myndigheten bør legges til Kongen slik at det er adgang til å delegere myndighet så fremt Grunnloven § 28 åpner for dette. Erfaringer fra pandemien viser imidlertid at regjeringen ved behov vil kunne sikre behandling i statsråd svært hurtig og uten unødvendig tidstap. Dersom det helt unntaksvis skulle oppstå en situasjon hvor det ikke er tid til å behandle saken i statsråd, vil i tillegg departementet kunne ha hjemmel i konstitusjonell nødrett til å treffe beslutningen, og senere fremme saken for statsråd for etterfølgende beslutning, jf. nærmere omtale under punkt 5.3.1.

Lovfesting av at beslutningen skal treffes av Kongen i statsråd vil, i større grad enn der hvor beslutningen treffes av departementet, også sikre helhetlige, koordinerte og tverrdepartementale beslutninger hvor samfunnsmessige konsekvenser og behov for hele eller deler av landet kan bli bedre belyst. Behandling i statsråd vil på en bedre måte sikre at også andre sektorer og etaters behov i en helsekrise synliggjøres og inngår i en helhetsvurdering. Dette vil kunne legge til rette for bedre beslutninger i en krisesituasjon, hvor viktigheten av strenge prioriteringer og formålstjenlig ressursfordeling vil være sentralt.

I likhet med hva Koronakommisjonen har påpekt i sin første delrapport, vil uansett Grunnloven § 28 innebære at saker av viktighet skal behandles i statsråd. Det er nærliggende å anta at beslutning om at det skal gis forskrift av lovs rang, og kanskje særlig en beslutning om å gi forskrift som fraviker lov (derogasjon), ofte vil være å anse for «saker av viktighet» etter Grunnloven § 28. Eventuell lovfesting av at myndighet skal ligge til «Kongen», vil dermed i praksis ofte ikke gi et korrekt bilde av den reelle situasjonen.

Plassering av myndighet til Kongen i statsråd vil også legge bedre til rette for parlamentarisk kontroll. Saker som behandles i statsråd er underlagt regelmessig parlamentarisk kontroll av Stortinget ved at kontroll- og konstitusjonskomiteen gjennomgår og gir innstilling om statsrådets protokoller, jf. Grunnloven § 75 bokstav f og Stortingets forretningsorden § 14 nr. 8. Statsrådsprotokollene oversendes Stortinget to ganger i året. Dette vil sikre at Stortinget blir informert om hvilke beslutninger som er truffet, og i dette tilfellet, når og med hvilken begrunnelse regjeringen har anvendt fullmaktsbestemmelsen til å fastsette forskrifter med lovs innhold eller forskrifter som fraviker gjeldende lovgivning (derogasjon).

Etter helseberedskapsloven § 1-5 er «Kongen» gitt myndighet til å beslutte at helseberedskapslovens fullmaktsbestemmelser kan tas i bruk. I tråd med uttalelser i forarbeider og praksis treffes denne type beslutninger av Kongen i statsråd. Også dette taler for at derogasjonsmyndighet etter smittevernloven bør legges til Kongen i statsråd.

På denne bakgrunnen foreslår departementet at kompetansen til å anvende fullmaktsbestemmelsen for å fastsette forskrifter med lovs innhold, herunder fravike gjeldende lovgivning, legges til Kongen i statsråd i forslag til ny lov § 11-1 første ledd.

Departementet har også vurdert om reguleringen i smittevernloven bør suppleres med lovfesting av at departementet kan treffe en foreløpig beslutning i saker hvor det haster svært mye. Etter helseberedskapsloven § 1-5 kan departementet, dersom liv og helse avhenger av at en beslutning treffes raskt, treffe en foreløpig beslutning om at fullmaktsbestemmelsene skal få anvendelse. En slik foreløpig beslutning må i så fall bekreftes av Kongen i statsråd så snart som mulig. Når helseberedskapslovens fullmakter er utløst, har Kongen hjemmel i loven § 6-2 andre ledd til å gi forskrifter som fraviker gjeldende helse- og sosiallovgivning. Departementet vil imidlertid påpeke at nåværende helseberedskapslov § 6-2 likevel gir begrensede fullmakter sammenlignet med smittevernloven § 7-12. Helseberedskapsloven § 6-2 gir bare hjemmel til å gi «forskrifter om drift, organisering og ansvarsforhold som fraviker gjeldende helse- og sosiallovgivning».

Selv om helseberedskapsloven §§ 1-5 og 6-2 og smittevernloven § 7-12 dermed er ulike når det gjelder fullmaktenes omfang, gjelder begge ved alvorlige kriser hvor det er nødvendig å ta raske beslutninger for å oppnå formålet med de respektive lovene. Departementet har likevel kommet til at det i smittevernloven ikke bør innføres en tilsvarende hastemyndighet til departementet som etter dagens helseberedskapslov § 1-5. I motsetning til helseberedskapsloven, inneholder smittevernloven «stående» hjemler som gir kommuner og Helsedirektoratet (og dermed også Kongen og departementet) omfattende myndighet til å fastsette nødvendige og inngripende smitteverntiltak. I situasjoner hvor disse hjemlene ikke går langt nok, og det derfor er aktuelt å innføre tiltak som er av enda mer inngripende karakter, tilsier sakens viktighet og inngripende karakter at beslutningen bør skje etter behandling i statsråd. En eventuell hastemyndighet vil uansett ikke kunne sette til side det kravet om statsrådsbehandling som følger av Grunnloven § 28. Betydningen av en slik bestemmelse vil derfor i praksis trolig være begrenset. Dersom det haster, vil man også kunne vurdere å avholde ekstraordinært statsråd.

Som det vil fremgå av høringsnotatet med forslag til ny helseberedskapslov – som også er på høring nå, har departementet av samme grunner foreslått å ikke videreføre ordningen etter helseberedskapsloven § 1-5 om at departementet kan treffe en foreløpig beslutning om at fullmaktsbestemmelsene skal få anvendelse dersom liv og helse avhenger av at en beslutning treffes raskt.

22.4.7 Krav om nødvendighet og forholdsmessighet - forholdet til smittevernloven § 1-5

22.4.7.1 Gjeldende rett

Smittevernloven § 7-12 presiserer ikke at de tiltakene som besluttes iverksatt med hjemmel i bestemmelsen skal være nødvendige og forholdsmessige.

Krav om at også smitteverntiltak vedtatt med hjemmel i § 7-12 skal være medisinskfaglig begrunnet, nødvendig og forholdsmessig følger imidlertid av loven § 1-5.

22.4.7.2 Departementets vurderinger og forslag

Smitteverntiltak med hjemmel i smittevernloven må holde seg innenfor de grensene som følger av menneskerettighetene i Grunnloven, menneskerettsloven og internasjonale konvensjoner Norge er bundet av. Tilsvarende krav følger av smittevernloven § 1-5 som stiller krav om at tiltak skal være nødvendige og forholdsmessige. Bestemmelsen oppstiller altså krav til nødvendighet og forholdsmessighet, uavhengig av menneskerettighetene. Smitteverntiltak som griper inn i menneskerettigheter forutsetter en vurdering av om de er nødvendige og forholdsmessige. Smittevernloven § 1-5 medfører imidlertid at det må foretas en vurdering av nødvendighet og forholdsmessighet også når det gjelder tiltak som ikke griper inn i menneskerettigheter.

Departementet legger som nevnt til grunn at smittevernloven § 1-5 også gjelder ved anvendelse av loven § 7-12. Det innebærer at forholdsmessighets- og nødvendighetskravet ikke kan fravikes ved utforming og anvendelse av tiltak som med hjemmel i § 7-12 iverksettes for å håndtere en smittevernkrise. Forskriftene kan dermed ikke gå lenger enn det som er nødvendig, og de kan ikke være uforholdsmessig tyngende overfor den enkelte. Departementet viser i den forbindelse også til at smittevernloven § 7-12 presiserer at beredskapsloven §§ 3 og 4 skal gjelde tilsvarende. Beredskapsloven er ment å konkretisere deler av den konstitusjonelle nødretten, hvor det ikke er tvilsomt at det gjelder forholdsmessighets- og nødvendighetskrav. Departementet viser i den forbindelse til høringsnotatets punkt 22.1.4.13 hvor departementet foreslår å videreføre slik eksplisitt henvisning til beredskapslovens bestemmelser i forslaget til ny § 11-1.

Departementet mener at det ikke vil være nødvendig å presisere i forslag til ny lov § 11-1 at det ikke vil være adgang til å fravike de forholdsmessighets- og nødvendighetskrav som i dag følger av gjeldende § 1-5 og som foreslås videreført og tydeliggjort i forslag til ny lov § 1-5. For nærmere redegjørelse av nødvendighets- og forholdsmessighetskravet i forslag til ny lov § 1-5 vises det til høringsnotatets kapittel 10.

22.4.8 Hensynet til barnets beste

22.4.8.1 Gjeldende rett

Smittevernloven § 7-12 regulerer ikke særskilt hvordan hensynet til barnets beste skal ivaretas ved anvendelse av fullmaktsbestemmelsen. Heller ikke loven § 1-5 sier uttrykkelig at hensynet til barn skal vektlegges ved utforming og iverksetting av smitteverntiltak.

Av Grunnloven § 104 andre ledd følger at barnets beste skal være et grunnleggende hensyn ved handlinger og avgjørelser som berører barn. Dersom smitteverntiltak berører barn, krever også barnekonvensjonen artikkel 3 nr. 1 at stat eller kommunen vurderer hva som vil være det beste for barnet eller gruppen barn. Hensynet til barns beste må avveies mot andre hensyn som for eksempel konsekvenser av mindre effektivt smittevern.

22.4.8.2 Departementets vurderinger og forslag

I høringsnotatets kapittel 10 foreslår departementet at det i ny § 1-5 (grunnleggende krav til smitteverntiltak) skal presiseres uttrykkelig at blant annet hensynet til barnets beste

skal vurderes og avveies ved utforming og iverksetting av smitteverntiltak. For nærmere redegjørelse og begrunnelse vises det til kapittel 10.

De grunnleggende kravene etter forslag til ny § 1-5 vil også gjelde ved anvendelse av de fullmaktene som følger av forslag til ny § 11-1. Dette innebærer blant annet at ved vurdering av tiltak som berører barn, vil krav om barnets beste være et grunnleggende hensyn. Dette vil gjelde ved vurderingen av hvilke forskrifter med lovs innhold som det vurderes som nødvendig å gi og ved vurdering av hvilken lovgivning som det vurderes nødvendig å fravike ved forskrift. Det vil også gjelde ved fastsettelse av tiltak med hjemmel i endret eller nytt regelverk ved bruk av forslag til ny § 11-1. Departementet mener derfor det ikke vil være nødvendig å også lovfeste uttrykkelig i § 11-1 at hensynet til barnets beste skal vurderes og avveies ved anvendelse av fullmaktsbestemmelsen.

22.4.9 Adgang til å fravike enhver lov eller kun opplistede lover?

22.4.9.1 Gjeldende rett

Etter ordlyden i § 7-12 er Kongen gitt myndighet til å gi bestemmelser av lovgivningsmessig innhold og hvis nødvendig «gjøre avvik fra gjeldende lovgivning» (vår understrekning). Uttalelser i forarbeidene kan gi inntrykk av at bestemmelsens ordlyd skal fortolkes innskrenkende, jf. ovenfor siterte forarbeidsuttalelse i punkt 22.4.1 om fullmakt til å sette «gjeldende lov» (vår understrekning) helt eller delvis ut av kraft.

Departementet legger til grunn at bestemmelsen er en generell derogasjonshjemmel og at regjeringens myndighet til å fravike lov ikke er avgrenset til kun å gjelde smittevernloven. I lovproposisjonen til koronaloven ble bestemmelsen i tråd med dette beskrevet som en generell derogasjonshjemmel, jf. Prop. 56 L. (2019-2020) side 13-14.

22.4.9.2 Departementets vurderinger og forslag

Som redegjort for i punkt 22.3, mener Koronakommisjonen at regjeringens særlige fullmakt etter smittevernloven § 7-12 har et uklart virkeområde. Det vises til at ordlyden i fullmaktsbestemmelsen er generelt formulert og at det ikke er konkrete begrensninger i hvilke lover som kan fravikes eller hva slags type regler som kan gis. I forlengelsen av dette uttales det om § 7-12 i NOU 2021: 6, punkt 23.4, blant annet:

> «Holmøyvik omtaler hjemmelen i § 7-12 som en «blankofullmakt til å fråvike lover i fredstid» som ikke tilsvarer noen andre tilsvarende fullmaktshjemler i lovverket. Vi deler oppfatningen om at regjeringens fullmaktsbestemmelse er vid. Vi mener det er uheldig. En bestemmelse som gir regjeringen mulighet til å fastsette vidtgående tiltak med lovs rang, som kan fravike lov og hvor brudd på bestemmelser kan føre til straff, bør ha tydelige vilkår og rammer. Vi foreslår derfor en revisjon av fullmaktsbestemmelsen og at bestemmelsen får noe mer begrenset rekkevidde.
>
> Smittevernloven § 7-12 kan begrenses for eksempel ved at bestemmelsen klart definerer hvilke lover eller rettsområder som kan fravikes og/eller ved at loven presiserer at visse hensyn eller formål skal vektlegges. Kommisjonen mener at det ved revisjon av fullmaktsbestemmelsen, kan være aktuelt å bruke elementer fra koronaloven som modell. Koronaloven definerte for eksempel hvilke lover som kunne fravikes i forskrift. Den presiserte også at midlertidige forskrifter ikke kunne fravike Grunnloven, begrense grunnleggende rettssikkerhetsprinsipper eller innskrenke domstolskontrollen. Vi påpeker at

> en ved revidering av § 7-12 må sikre at regjeringen kan ta raske beslutninger i tilfeller hvor det haster med tiltak. Ved en revisjon bør man derfor vurdere om det er grunn til å skille mellom langvarige tiltak og mer hastepregete tiltak med kort virketid. Behovet for parlamentarisk kontroll er større ved langvarige, omfattende og inngripende tiltak.»

Departementet har vurdert om det i ny lov § 11-1 bør fremgå generelt eller spesielt hvilke lover som kan fravikes med hjemmel i ny fullmaktsregulering. Smittevernloven § 7-12 gir etter sin ordlyd adgang til å fravike enhver lov, mens helseberedskapsloven § 6-2 andre ledd avgrenser dette til «helse- og sosiallovgivningen». I tillegg gir ikke helseberedskapsloven § 6-2 adgang til å fravike materielle rettigheter, men kun adgang til å gi bestemmelser om «drift, organisering og ansvarsforhold som fraviker gjeldende helse- og sosiallovgivning». Koronaloven inneholdt på sin side en uttømmende opplisting av 62 lover som kunne fravikes.

Departementet er enig i at en klar avgrensning av hvilke lover eller rettsområder som kan fravikes kan redusere risikoen for at fullmakten blir brukt uten at det er nødvendig. Departementet anbefaler likevel ikke en slik tilnærming. Departementet vil understreke at forslaget til ny § 11-1 er en hastefullmakt som skal gjøre det mulig å iverksette tiltak for å beskytte folkehelsen i situasjoner med stor usikkerhet. En samfunnskritisk sykdom (som i forslag til ny lov erstatter begrepet alvorlig utbrudd av en allmennfarlig smittsom sykdom) kan medføre utilsiktede konsekvenser for en rekke ulike sektorer. Man bør derfor være forsiktig med å begrense hvilke lover det kan være behov for å fravike. Regelverk som er utarbeidet for beredskapsformål må ta høyde for at det er vanskelig å forutse neste helsekrise og hvilke konsekvenser den får, og må derfor ha nødvendig fleksibilitet. En opplisting av hvilke lover eller rettsområder som kan fravikes, kan innebære at bestemmelsen ikke gir tilstrekkelig hjemmel til å håndtere uforutsigbare situasjoner som oppstår. Dette taler for at det i lov ikke bør fastsettes hvilke konkrete lover som skal kunne fravikes, noe som også vil gjøre reguleringen mer fleksibel for fremtidige lovendringer. Smittevernlovens øvrige bestemmelser vil kunne hjemle de aller fleste inngripende tiltakene som er egnet til å håndtere de mer «forutsigbare» situasjonene.

Koronaloven, som ble vedtatt av Stortinget i mars 2020, viser hvilket omfang av bestemmelser det var nødvendig å tilpasse som følge av tiltakene som ble iverksatt innledningsvis i koronapandemien. Så lenge vi ikke kjenner egenskapene til den neste smittsomme sykdommen eller i hvilken sammenheng utbruddet kommer, er det heller ikke mulig å forutsi sikkert hvilket regelverk det vil kunne være nødvendig å fravike på det tidspunktet.

Koronaloven viste også at konsekvensene for ulike samfunnssektorer og behovet for midlertidige regelverksendringer ble klarlagt relativt kort tid etter at tiltakene var iverksatt. Dersom smittevernloven har mekanismer for involvering av Stortinget kort tid etter at fullmakten er brukt, vil hensynet til parlamentarisk og demokratisk kontroll med tiltakene ivaretas, jf. nedenfor under punkt 22.4.13. Departementet viser også til at innføring av tydelige krav i reguleringen når det gjelder formål (punkt 22.4.4), tydeliggjøring av derogasjonshjemmelens grense mot Grunnloven og menneskerettigheter (punkt 22.4.10) og presisering av at derogasjon skal vedtas av Kongen i statsråd (punkt

22.4.6), samlet sett vil bidra til å tydeliggjøre og avgrense fullmaktsbestemmelsens virkeområde på en tilstrekkelig måte.

22.4.10 Forholdet til Grunnloven, menneskerettsloven og Norges folkerettslige forpliktelser

22.4.10.1 Gjeldende rett

Smittevernloven § 7-12 henviser ikke til de begrensningene i adgangen til å fastsette forskrifter med lovs innhold, herunder fravike gjeldende lovgivning, som følger av Grunnloven, menneskerettsloven og Norges folkerettslige forpliktelser. Det er likevel klart at Grunnloven, menneskerettsloven og Norges folkerettslige forpliktelser vil begrense derogasjonsadgangen. Grunnloven er lex superior og vil derfor alltid gjelde over lov, mens menneskerettsloven ved motstrid går foran annen lov etter lovens § 3. Bakgrunnen for at smittevernloven § 7-12 i dag begrenses av folkerettslige forpliktelser, er reservasjonen i loven § 1-2 fjerde ledd.

22.4.10.2 Departementets vurderinger og forslag

Som redegjort for i punkt 5.3, kan derogasjon med hjemmel i smittevernloven § 7-12 bare skje innenfor de rammene og begrensningene som følger av Grunnloven, menneskerettsloven og Norges folkerettslige forpliktelser. Departementet vurderer her om det i lovforslagets derogasjonsregulering bør synliggjøres at disse begrensningene vil gjelde.

Grunnloven

En synliggjøring av at forskrifter fastsatt med hjemmel i fullmaktsbestemmelsen bare skal kunne begrense rettigheter så langt dette er forenlig med Grunnloven, vil først og fremst understreke at maktfordelingsprinsippet ikke kan røres i større utstrekning enn det Stortinget allerede har tatt stilling til gjennom vedtakelsen av denne loven, og da bare under de forutsetningene og på de vilkårene som er gitt i loven. Derogasjonsbestemmelsen som her foreslås i ny lov § 11-1 vil uansett ikke gi hjemmel for eventuelle begrensninger i grunnlovfestede rettigheter ut over det som er gjeldende rett i dag. For eksempel vil legalitetsprinsippet i Grunnloven § 113, med sitt krav om at myndighetenes inngrep overfor den enkelte må ha grunnlag i lov, gjelde fullt ut også når det skal gis forskrifter i medhold av den foreslåtte loven. Slik sett vil lovfesting bare ha en pedagogisk funksjon ved at den minner om hvilken skranke Grunnloven utgjør. Som redegjort for i punkt 3.5, har blant annet Koronakommisjonen og Koronautvalget påpekt at bevisstheten omkring enkelte Grunnlovs- og menneskerettighetsbestemmelser ikke var høy nok. Det ble også påpekt at en særskilt lovhenvisning vil underbygge at fullmaktsregulering som åpner for derogasjon skal være forbeholdt krisesituasjoner og anvendes innenfor strenge rammer.

På den annen side, er det et så grunnleggende trekk ved vårt rettssystem at Grunnloven ikke kan fravikes ved lov, at lovfesting av dette vil være unødvendig rettslig sett. Lovgiver kan i lov hverken endre eller sette Grunnloven til side, og kan dermed heller ikke gi forvaltningen hjemmel til å fastsette forskrifter som begrenser Grunnloven. Det kan derfor hevdes at slik lovfesting vil kunne svekke Grunnlovens autoritet ved at det

skapes et inntrykk av at det er nødvendig å lovfeste trinnhøydeprinsippet for at det skal gjelde. Dette kan også føre til at tilsvarende rettslig unødvendige presiseringer tas inn i andre kriselover for å unngå motsetningsslutninger. Dette vil kunne være uheldig i en tid der lovverket stadig blir mer komplisert og omfattende.

Menneskerettsloven

De samme argumentene som det er redegjort for i vurderingen av Grunnloven, vil også gjelde for konvensjoner gjennomført med forrang gjennom menneskerettsloven. Forskrifter fastsatt med hjemmel i den foreslåtte derogasjonsbestemmelsen vil ikke kunne begrense rettigheter i konvensjoner som etter menneskerettsloven § 2 gjelder som norsk lov, utover det som er forenlig med konvensjonene selv. De konvensjonene som gjelder som norsk lov etter menneskerettsloven § 2, skal etter loven § 3 gå foran annen lovgivning ved motstrid. For øvrig har flere av de konvensjonene som listes opp i menneskerettsloven § 2 egne derogasjonshjemler som kan være oppfylt i en krisesituasjon, se for eksempel EMK artikkel 15 og også gjennomgangen i høringsnotatet punkt 5.2 og 5.3. Konvensjoner som er gjort til norsk lov gjennom menneskerettsloven § 2, vil dermed alltid ha forrang foran forskrifter som eventuelt fastsettes med hjemmel i fullmaktsbestemmelsen i smittevernloven. For øvrig følger det av Grunnloven § 92 at statens myndigheter skal respektere og sikre menneskerettighetene slik de er nedfelt i menneskerettskonvensjoner som Norge er bundet av.

En lovfesting av at forskrifter fastsatt med hjemmel i smittevernlovens fullmaktsbestemmelse bare skal kunne begrense rettigheter så langt dette er forenlig med menneskerettsloven, vil dermed også bare ha en pedagogisk funksjon ved at den minner om hvilken skranke menneskerettsloven utgjør. Når det gjelder argumenter for eller mot slik lovfesting, vises det til drøftelsen knyttet til Grunnloven over.

Norges folkerettslige forpliktelser

I motsetning til hva som gjelder for Grunnloven og menneskerettsloven, vil en lovfesting av at forskrifter fastsatt med hjemmel i smittevernlovens fullmaktsbestemmelse bare skal kunne begrense rettigheter så langt dette er forenlig med Norges folkerettslige forpliktelser, kunne få realitetsbetydning ved anvendelse av fullmaktshjemmelen.

Så langt det er mulig, vil gjeldende norsk lovgivning bli tolket på en måte som er i samsvar med Norges folkerettslige forpliktelser på området («presumpsjonsprinsippet»). Det kan nå legges til grunn at dette gjelder uansett om forpliktelsene bygger på folkerettslig sedvanerett eller konvensjoner. I og med at norsk lov skal tolkes slik at den på best mulig måte samsvarer med Norges internasjonale forpliktelser, vil norske domstoler legge betydelig vekt på folkerettslige regler selv om de ikke er gjort til norsk lov. Dersom det skulle oppstå direkte motstrid mellom en norsk regel og en folkerettslig regel som ikke er inkorporert i norsk rett, vil imidlertid norsk lov som hovedregel gå foran, jf. Ot.prp. nr. 45 (2002-2003) Om lov om endring i menneskerettsloven mv. (innarbeiding av barnekonvensjonen i norsk lov) punkt 4.1.1 og NOU 2019: 5 Ny forvaltningslov punkt 7.1.

Forholdet til EØS-avtalen bør vurderes ved vedtakelse av de enkelte forskriftene. Lovbestemmelser som tjener til å oppfylle Norges forpliktelser etter EØS-avtalen, skal etter EØS-loven ved konflikt gå foran andre bestemmelser som regulerer samme forhold, jf. loven § 2. Departementet forutsetter at forskrifter som gis i medhold av derogasjonsbestemmelsen i smittevernloven, som det klare utgangspunktet holdes innenfor rammene av EØS-avtalen. EØS-avtalen inneholder en rekke bestemmelser som sikrer stor grad av reguleringsfrihet ved alvorlige utbrudd av allmennfarlige smittsomme sykdommer. Det kan eksempelvis innføres tiltak som gjør unntak fra hovedreglene om fri bevegelighet av varer, personer, tjenester og kapital, jf. blant annet EØS-avtalens hoveddel artiklene 13, 28, 33 og 39, og direktiv 2004/38/EF om unionsborgere og deres familiemedlemmers rett til å ferdes og oppholde seg fritt på medlemsstatenes territorium artikkel 29. EØS-avtalen har i artikkel 61 nr. 2 bokstav b en særregel om statsstøtte som gjelder ved slike «eksepsjonelle hendelser». Det er videre en rekke særregler i sekundærlovgivningen som kan komme til anvendelse. Wien-konvensjonene om diplomatisk samkvem mv., jf. høringsnotatet punkt 5.4, er også eksempel på en folkerettslig avtale som kan innebære begrensninger for adgangen til derogasjon.

Norge har omfattende og mangeartede folkerettslige forpliktelser. Selv om det er et klart utgangspunkt at folkerettslige forpliktelser skal etterleves, kan det ikke utelukkes at enkelte forpliktelser er av en slik art at de ikke alltid bør begrense statens handlingsrom i så alvorlige og påtrengende situasjoner som nødrettshjemlene er myntet på.

Departementet mener derfor det i lovforslaget ikke bør presiseres at derogasjonsforskrifter bare kan «begrense rettigheter så langt det er forenlig med Norges folkerettslige forpliktelser». Det er som nevnt vanskelig å overskue fullt ut konsekvensene av en slik formulering. Dessuten har smittevernloven allerede har et generelt folkerettsforbehold i loven § 1-2 fjerde ledd som vi foreslår videreført i ny lov § 1-2 fjerde ledd. Ytterligere lovfesting er av den grunn mindre nødvending.

Høringsinstansenes syn

Med henvisning til ovenstående ber departementet om høringsinstansenes syn på følgende alternative forslag:

1. I smittevernloven inntas en bestemmelse som fastslår at derogasjonsforskrifter bare kan «begrense rettigheter så langt det er forenlig med Grunnloven og menneskerettsloven».
2. Det presiseres i forarbeidene at derogasjonsforskrifter bare kan «begrense rettigheter så langt det er forenlig med Grunnloven og menneskerettsloven», men dette lovfestes ikke.

22.4.11 Domstolenes uavhengighet

22.4.11.1 Gjeldende rett

Smittevernloven § 7-12 regulerer ikke uttrykkelig om det vil være adgang til å fastsette forskrifter med lovs innhold, herunder fravike gjeldende lovgivning (derogasjon), som griper inn i domstolenes uavhengighet.

Domstolenes uavhengighet er sikret gjennom en rekke bestemmelser i Grunnloven og domstolloven. Av Grunnloven § 2 andre punktum fremgår at Grunnloven «skal sikre demokratiet, rettsstaten og menneskerettighetene.». I Grunnloven del D er det gitt særskilte bestemmelser «Om den dømmende makt», jf. §§ 86-91. Av grunnloven § 95 andre ledd fremgår at staten «skal sikre domstolenes og dommernes uavhengighet og upartiskhet».

22.4.11.2 Departementets vurderinger og forslag

Departementet har vurdert om det i forslag til ny lov bør presiseres at fullmaktsbestemmelsen i § 11-1 ikke skal gi adgang til å fastsette forskrifter med lovs innhold, herunder fravike gjeldende lovgivning, som griper inn i domstolenes uavhengighet.

Gjeldende utforming av Grunnloven §§ 86 til 88 og 90 til 91 ble til etter Grunnlovsforslag 39 (2019-2020) (Dokument 12:39 (2019-2020) - *Grunnlovsforslag fra Peter Frølich om endring i §§ 86 til 88 og 90 til 91 (om domstolkommisjonens forslag til et helhetlig grunnlovsvern for domstolene)*).

I Kontroll- og konstitusjonskomiteens innstilling, Innst. 314 S (2023-2024) uttales det blant annet på side 3:

> «Administrative forhold, som ressurstildeling, arbeidsvilkår, infrastruktur, lokaler mv., angår ikke den dømmende virksomheten direkte, men kan likevel ha en indirekte innflytelse på den dømmende virksomheten. Betydningen av å verne domstolene mot mer indirekte innflytelse fra de øvrige statsmaktene har fått økt oppmerksomhet de senere årene.
>
> Kommisjonen mener det er behov for å grunnlovfeste et prinsipp om at statens myndigheter skal sikre en uavhengig administrasjon av domstolene. Prinsippet må forstås som en presisering av påbudet i Grunnloven § 95 om at staten skal sikre domstolenes og dommernes uavhengighet. Bestemmelsen er ment å omfatte både den administrasjon som utøves lokalt av den enkelte domstolleder, og sentralt av Domstoladministrasjonen. Bestemmelsen vil ikke være til hinder for at administrasjonen av domstolene organiseres på andre måter enn i dag, men kravet om uavhengighet setter visse rammer for organiseringen. Bestemmelsen vil være til hinder for lovgivning som griper inn i domstolleders eller Domstoladministrasjonens administrative myndighet på måter som krenker domstolenes og dommeres uavhengighet. Videre innebærer bestemmelsen at ansvaret for administrasjonen av domstolene ikke uten grunnlovsendring kan tilbakeføres til den utøvende makt. Administrasjonsorganet kan heller ikke underlegges departementets alminnelige instruksjonsmyndighet uten at Grunnloven endres. Det vil innebære en vesentlig styrking av domstolenes uavhengige stilling.»

Stortinget vedtok enstemmig 21. mai 2024 følgende endringer i Grunnloven:

- Grunnlovfesting av domstolshierarkiet ved å synliggjøre tingrettene og lagmannsrettene i § 87,
- Grunnlovfesting av et maksimalt antall høyesterettsdommere på 21 i tillegg til justititarius i § 88,
- Grunnlovfesting av at dommere utnevnes av Kongen etter innstilling fra et uavhengig råd og at før fylte 70 år kan ingen dommere avsettes uten etter dom og heller ikke forflyttes mot sin vilje i § 90
- Grunnlovfesting av en uavhengig administrasjon av domstolene i § 91.

Departementet legger til grunn at de vedtatte grunnlovsendringene, sett i sammenheng med før dette eksisterende grunnlovsbestemmelser som skal sikre domstolenes og dommernes uavhengighet, samlet innebærer en mer dekkende konstitusjonell regulering av domstolene og en styrking av det konstitusjonelle vernet for uavhengige domstoler og dommere. Sett i sammenheng med ovennevnte forslag i punkt 22.4.10 om at forskrifter fastsatt med hjemmel i fullmaktsbestemmelsen bare skal kunne begrense rettigheter så langt dette er forenlig med Grunnloven, mener departementet det ikke er behov for å særskilt regulere at fullmaktsbestemmelsen ikke skal gi adgang til å fastsette forskrifter med lovs innhold, herunder fravike gjeldende lovgivning, som griper inn i domstolenes uavhengighet.

22.4.12 Domstolskontroll

22.4.12.1 Gjeldende rett

Smittevernloven § 7-12 omtaler ikke om det med hjemmel i bestemmelsen vil være adgang til å fastsette forskrifter med lovs innhold, herunder fravike gjeldende lovgivning (derogasjon), som innskrenker adgangen til å bringe spørsmål om vedtak truffet i medhold av forskriften inn for domstolene.

Retten for den enkelte til å få avgjort sin sak av en uavhengig og upartisk domstol innen rimelig tid er slått fast i Grunnloven § 95 første ledd første punktum. Andre punktum sier at rettergangen skal være rettferdig og offentlig. Disse kravene gjelder i utgangspunktet for både straffesaker og sivile saker. For straff følger det videre av Grunnloven § 96 første ledd at den må ilegges av en domstol. Underforstått innebærer dette tilgang til domstolsbehandling for straffesaker.

Retten til domstolsprøving og krav til domstolenes behandling følger også av menneskerettighetskonvensjoner Norge har tiltrådt. EMK artikkel 6 nr. 1 gir for eksempel rett til domstolsbehandling med tilhørende rettssikkerhetsgarantier for avgjørelse av sanksjoner som anses som straff i EMK-rettslig forstand (ordinær straff og enkelte forvaltningssanksjoner med straffepreg) og for avgjørelse av sivile krav som berører borgerlige rettigheter og plikter.

For andre sakstyper enn rene straffesaker er det anledning til begrensninger i retten til domstolsbehandling i krigs- og krisetilfeller. Både Grunnloven § 95 og EMK artikkel 6 gir rom for at det i slike situasjoner vil være rettmessig å innskrenke rettssikkerhetsgarantiene. Forutsetningen er at innskrenkningen er forholdsmessig, og at kjernen i retten til domstolsprøving ikke utfordres.

22.4.12.2 Departementets vurderinger og forslag

Tilgang til domstolskontroll er en viktig rettssikkerhetsgaranti. Dette gjelder ikke minst i saker om derogasjon hvor regjeringen beslutter å fravike lover vedtatt av Stortinget. Domstolene bør ha adgang til å føre effektiv kontroll med regelverk av lovs trinnhøyde som ikke er fastsatt av den lovgivende forsamling gjennom en ordinær lovprosess. Kjernen i retten til domstolsprøving skal derfor stå fast, selv når landet står et alvorlig

utbrudd av allmennfarlig smittsom sykdom som blir å kategorisere som samfunnskritisk sykdom.

Departementet har derfor vurdert om det vil være hensiktsmessig å presisere i lovforslaget at det ved anvendelse av fullmaktsbestemmelsen i ny lov § 11-1 ikke vil være adgang til å innskrenke ordinær domstolskontroll ved myndighetenes vedtak. Det kunne i så fall også vært presisert at i en slik sak skal retten kunne prøve både lovligheten av det vedtaket som er truffet og av den forskriften det er truffet i medhold av.

Departementet har imidlertid kommet til at det ikke vil være nødvendig med slik presisering i lovforslaget. Departementet mener at en eventuell innskrenkning i adgangen til å bringe spørsmål om vedtak truffet i medhold av forskriften inn for domstolene, ikke vil ligge innenfor det man kan gjøre ved forskrift fastsatt med hjemmel i § 11-1. Departementet viser i den forbindelse til presiseringen i § 11-1 første ledd om at adgangen til å fastsette forskrifter med lovs innhold, herunder fravike gjeldende lovgivning, kun skal være mulig for ett eller flere av de tre alternative formål som der er angitt (beskytte folkehelsen, ivareta befolkningens liv og helse eller sikre helse- og omsorgstjenestens evne og kapasitet til å sørge for forsvarlige og nødvendige helse- og omsorgstjenester til befolkningen). Det er vanskelig å se at innskrenkninger i den ordinære domstolskontrollen av myndighetenes vedtak kan gjøres innenfor disse tre formålene.

Departementet viser også til de grunnleggende kravene til smitteverntiltak som følger av lovforslaget § 1-5, og da spesielt kravene om at tiltak etter loven «skal være basert på en klar medisinskfaglig begrunnelse, være nødvendig av hensyn til smittevernet og forholdsmessig». Som redegjort for i punkt 22.4.7.2, vil lovforslagets § 1-5 også gjelde ved fastsettelse av forskrifter med hjemmel i § 11-1. Det er vanskelig å se at vilkårene etter lovforslaget § 1-5 vil være oppfylt for eventuelle forslag som har til hensikt å gjøre innskrenkninger i adgangen til å bringe spørsmål om vedtak truffet i medhold av forskriften inn for domstolene.

Når det gjelder eventuell presisering av at domstolene skal kunne prøve både lovligheten av det vedtaket som er truffet og av den forskriften det er truffet i medhold av, legger departementet til grunn at dette uansett vil gjelde ved domstolsprøving av et forvaltningsvedtak og at det slik sett ikke vil være nødvendig å presisere dette særskilt i lov. Departementet foreslår imidlertid at det i § 11-3 presiseres at domstolene ved prøving av vedtak etter kapittel 11, skal kunne prøve alle sider av saken.

22.4.13 Midlertidighet, meddelelsesplikt og forholdet til Stortinget

22.4.13.1 Gjeldende rett

I dag gjelder det ikke en eksplisitt tidsgrense for varighet av vedtak truffet med hjemmel i smittevernloven § 7-12. Ved henvisningen til beredskapsloven § 3 andre ledd første punktum fremgår det imidlertid at bestemmelser gitt med hjemmel beredskapsloven § 3 skal «snarest mulig meddeles Stortinget». Meddelelsesplikten gjør at Stortinget blir informert om at regjeringen har brukt fullmaktsbestemmelsen. Etter § 3 andre ledd andre punktum skal Stortinget øyeblikkelig sammenkalles, dersom det ikke er samlet når bestemmelsene gis. I tilfeller hvor Stortinget ikke er enig i regjeringens bruk av

fullmakten, har Stortinget anledning til å oppheve bestemmelser med alminnelig flertallsvedtak, jf. § 3 andre ledd tredje punktum hvor det fremgår at «[b]estemmelsene kan oppheves av Kongen eller Stortinget».

Dersom bestemmelsene ikke er opphevet innen 30 dager etter at de ble meddelt Stortinget, skal de «snarest mulig legges fram som lovforslag», jf. beredskapsloven § 3 tredje ledd. Dette er også et strengt krav som må forstås som en tidsbegrensning nært knyttet til at regjeringen ved anvendelse av smittevernloven § 7-12 overtar lovgivers rolle. Dette vil innebære en tidlig involvering av Stortingets ordinære lovgivningskompetanse. Som følge av henvisningen til beredskapsloven, vil bestemmelser gitt med hjemmel i smittevernloven § 7-12 uansett falle bort ved oppløsning av første ordentlige storting som trer sammen etter at bestemmelsene er gitt, jf. beredskapsloven § 4 andre ledd.

Det følger av Ot.prp. nr. 78 (1950) side 5 og 48 at det aldri var intensjonen at fullmaktene etter beredskapsloven §§ 3 og 4, eller bestemmelser gitt med hjemmel i fullmaktene, skulle kunne opprettholdes med mindre det til enhver tid er enighet om dette mellom Kongen og Stortinget (så lenge Stortinget er samlet).

Til illustrasjon inneholder helseberedskapsloven en litt annen mekanisme for tidsbegrensning av anvendelse av lovens fullmakter og involvering av Stortinget. Lovens adgang til å fravike lovgivning etter § 6-2 andre ledd forutsetter at vilkårene etter § 1-5 er oppfylt. En beslutning om anvendelse kan etter § 1-5 gis for et begrenset tidsrom og maksimalt for 1 måned. Beslutningen kan gjentas for inntil 1 måned av gangen. Helseberedskapsloven har ingen henvisning til beredskapsloven §§ 3 og 4, og har heller ikke egne bestemmelser som pålegger varslingsplikt til Stortinget eller plikt til å fremlegge ordinære lovforslag ved behov for langvarig bruk av fullmaktsbestemmelsen.

22.4.13.2 Departementets vurderinger og forslag

Midlertidighet

Det ligger i sakens natur at det vil være en midlertidig beslutning dersom det med hjemmel i fullmaktsbestemmelsen fastsettes forskrifter med lovs innhold, herunder fravikelse av gjeldende lovgivning.

Dette vil dels følge av den presiseringen som departementet foreslår inntatt i ny lov § 11-1 fjerde ledd om at fullmaktsbestemmelsen bare kan anvendes dersom den konkrete situasjonen medfører at det ikke er forsvarlig tid eller mulighet til å gjennomføre en ordinær lovbehandling, jf. punkt 22.4.5. Dette vil dels også følge av kravet om nødvendighet og forholdsmessighet, jf. forslaget til ny lov § 1-5 og forslaget til § 11-1 andre ledd som omtalt i punkt 22.4.4 og punkt 22.4.7. Dersom det ikke lenger er nødvendig eller forholdsmessig å videreføre forskrifter fastsatt med hjemmel i fullmaktsbestemmelsen, skal slike forskrifter endres eller oppheves. Også videreføring av henvisningen til beredskapsloven §§ 3 og 4, jf. under, vil innebære at forskrifter fastsatt med hjemmel i lovforslaget § 11-1 vil være midlertidige. Departementet foreslår likevel av pedagogiske grunner å presisere i ny lov § 11-1 første ledd at det kun kan fastsettes «midlertidige» forskrifter.

Videreføring av henvisningen til beredskapsloven §§ 3 og 4 – forholdet til Stortinget

Ved ordinær parlamentarisk kontroll av regjeringens bruk av fullmaktslovgivning har Stortinget en rekke effektive kontrollmekanismer. I tråd med de alminnelige konstitusjonelle og parlamentariske prinsippene om forholdet mellom statsmaktene, vil Stortinget som lovgiver alltid stå fritt til å oppheve eller endre hjemmelsgrunnlaget, anmode regjeringen om å legge frem en sak for Stortinget, eller på annen måte anmode regjeringen om bruk av fullmaktshjemmelen. Departementet har derfor vurdert om det i forslag til ny fullmaktsregulering bør innføres en annen mekanisme for involvering av Stortinget enn det som i dag følger av smittevernloven § 7-12 gjennom henvisningen til beredskapslovens §§ 3 og 4.

Departementet foreslår som nevnt å videreføre og presisere innholdet i gjeldende bestemmelse i smittevernloven § 7-12 som en fullmaktshjemmel basert på konstitusjonell nødrett (nødrettshjemmel), som skal fungere som en sikkerhetsventil dersom de ordinære fullmaktshjemlene i smittevernloven ikke strekker til. Departementet mener derfor at det er nødvendig å videreføre henvisningen til beredskapsloven §§ 3 og 4 i forslag til ny lovregulering, for å sikre at den nye nødrettshjemmelen har med seg alle de grunnleggende kravene som følger av at det er tale om en lovfesting av konstitusjonell nødrett.

Henvisningen i smittevernloven § 7-12 til beredskapslovens §§ 3 og 4 innebærer en ytterligere forsterket parlamentarisk kontroll ved regjeringens bruk av fullmaktsbestemmelsen, sammenlignet med Stortingets ordinære parlamentariske kontroll med regjeringen.

Det vil være uheldig dersom lovreguleringen fraviker tilsvarende gjeldende reguleringer uten at det er gode grunner til det. Som eksempel kan det vises til ny forvaltningslov § 6 andre ledd (ikke i kraft), hvor det fortsatt er presisert at beredskapsloven § 3 og 4 skal gjelde tilsvarende, jf. punkt 5.4.6 i Prop. 79 L (2024-2025) *Lov om saksbehandlingen i offentlig forvaltning (forvaltningsloven)*.

En eksplisitt henvisning til beredskapsloven §§ 3 og 4 vil videre bidra til å tydeliggjøre skillet mellom ordinære beredskapshjemler og nødrettshjemler. Ordinære beredskapshjemler er for eksempel alle andre fullmaktshjemler i smittevernloven, som kan være mer eller mindre vide, men hvor Stortinget ikke har noen særskilte mekanismer for å kontrollere regjeringen utover de alminnelige parlamentariske virkemidlene. Helseberedskapsloven § 6-2 andre ledd er et eksempel på ordinære beredskapshjemler som også åpner for fravikelse av lov.

Kjennetegnet for nødrettshjemler er imidlertid at de gir regjeringen adgang til å tre inn i Stortingets sted som lovgiver, med den grunnleggende forutsetningen at fullmaktene bare gjelder så lenge nødrettsgrunnen består. Det klare utgangspunktet er at Stortinget også under en krise selv skal gi nødvendig regelverk, dersom regjeringen ikke har fått en ordinær fullmakt til å gjøre det, og at regjeringen bare kan gi regler dersom Stortinget ikke har mulighet til det. Det uttrykkes blant annet med presiseringen i smittevernloven § 7-12 om at hjemmelen bare kan anvendes dersom det er «fare ved opphold». Den andre siden

av dette, som henger tett sammen med kravet om «fare ved opphold», er at regjeringen så snart som mulig skal legge frem lovforslag om bestemmelsene dersom de ikke er opphevet innen 30 dager, jf. beredskapsloven § 3 tredje ledd. Det vil si at dersom regjeringen ikke har en ordinær fullmakt til å gjøre et beredskapstiltak, men likevel gjør det i medhold av en nødrettshjemmel, må proposisjonsarbeidet igangsettes relativt raskt, og i alle fall når det har gått 30 dager.

Disse kravene bygger opp under den grunnleggende forutsetningen ved konstitusjonell nødrett om at man skal tilbake til normaltilstanden så snart som mulig, og at regjeringen ikke skal gå utover sin rett til å være lovgiver for en kort periode. Det samme poenget ligger også bak beredskapslovens åpning for at Stortinget når som helst kan oppheve forskriftene, jf. beredskapsloven § 3 andre ledd tredje punktum. Dette understreker at man er på Stortingets domene, selv om det er regjeringen som på grunn av nødssituasjonen har gitt reglene. De samme hensynene ligger bak beredskapslovens krav om at bestemmelsene senest faller bort ved oppløsningen av det første ordentlige storting som trer sammen etter at bestemmelsene er gitt, jf. beredskapsloven § 4 andre ledd.

Dersom man ikke skulle videreføre kravet om at regjeringens bestemmelser eller forskrifter skal legges frem som lovforslag når det har gått en viss tid uten at bestemmelsene er opphevet, ville man altså måtte gå bort fra en vesentlig del av det vi i dag kjenner som fullmaktshjemler basert på konstitusjonell nødrett. Dette ville innebære lovfesting av en slags mellomløsning mellom konstitusjonell nødrett og ordinære beredskapshjemler. Departementet mener dette vil være uheldig i én sektorlov, uten at dette er vurdert grundig og overordnet i lys av beredskapsregelverket ellers.

Departementet understreker at ved en nasjonal helsekrise hvor det vurderes som nødvendig å anvende fullmaktsbestemmelsen, vil regjeringen uansett måtte ha tett og løpende kontakt med Stortinget og sørge for at det er tilstrekkelig opplyst om situasjonen i sin helhet. Adgangen for et regjeringsmedlem til å be om å gi en muntlig redegjørelse for Stortinget, vil være ett av flere aktuelle virkemidler som det kan være naturlig å bruke i denne sammenheng. For å håndtere krisen generelt, og for at Stortinget skal kunne føre effektiv parlamentarisk kontroll med forskrifter som blir vedtatt, er det likevel viktig å videreføre en lovbestemt plikt for regjeringen til å holde Stortinget løpende orientert gjennom meddelelse av forskriftene, jf. beredskapsloven § 3 andre ledd første punktum. Det er viktig at regjeringen og Stortinget har en felles situasjonsforståelse og grunnlag for å vurdere behovene for å anvende fullmaktsbestemmelsen. Plikten til å meddele Stortinget vil også gjelde ved eventuell forlengelse av forskriftene, og ved større eller mindre endringer som vedtas i vedtaksperioden.

Med henvisning til det ovennevnte, foreslår departementet i forslag til ny lov § 11-1 fjerde ledd å videreføre presiseringen om at beredskapsloven §§ 3 og 4 skal gjelde tilsvarende. I tråd med ovenstående vil dermed anvendelse av nødrettshjemmelen i lovforslaget § 11-1 første ledd innebære:

– Bestemmelser gitt med hjemmel lovforslaget skal «snarest mulig meddeles Stortinget», jf. beredskapsloven § 3 andre ledd første punktum

- I tilfeller hvor Stortinget ikke er enig i regjeringens bruk av fullmakten kan Stortinget oppheve bestemmelser med alminnelig flertallsvedtak, jf. beredskapsloven § 3 andre ledd tredje punktum
- Dersom bestemmelsene ikke er opphevet innen 30 dager etter at de ble meddelt Stortinget skal de «snarest mulig legges fram som lovforslag», jf. beredskapsloven § 3 tredje ledd.
- Bestemmelsene faller uansett bort ved oppløsning av første ordentlige storting som trer sammen etter at bestemmelsene er gitt, jf. beredskapsloven § 4 andre ledd.
- Stortinget skal øyeblikkelig sammenkalles dersom det ikke er samlet når bestemmelsene gis, jf. beredskapsloven § 3 andre ledd andre punktum

Spørsmål om skriftlig begrunnelse

Departementet har også vurdert om det bør lovfestes at meddelelsen til Stortinget skal inneholde regjeringens skriftlige begrunnelse for anvendelse av fullmaktsbestemmelsen.

Det naturlige utgangspunktet vil være at denne type meddelelser til Stortinget er skriftlige. Departementet finner det ikke nødvendig å lovfeste dette. Dette vil samtidig åpne for at kan være tilstrekkelig med muntlig meddelelse i særlige unntakssituasjoner hvor det ikke er mulig å gi meddelelse skriftlig.

Når kompetanse til å anvende bestemmelsen er lagt til Kongen i statsråd, vil departementet måtte utforme en kongelig resolusjon hvor det redegjøres for behovet for å anvende fullmaktsbestemmelsen i den aktuelle situasjonen. Den kongelige resolusjonen vil også måtte inneholde den smittevernfaglige og rettslige begrunnelsen for vedtaket, samt vurderinger av den nærmere innretning og avgrensning av vedtaket og hvorfor vedtaket vurderes nødvendig og forholdsmessig. Dette betyr også at det må redegjøres for hvilke forskrifter med lovs innhold det vurderes nødvendig å fastsette eller hvilken lovgivning det vurderes nødvendig å fravike ved forskrift (derogasjon). Det vil også måtte redegjøres for hvorfor mindre inngripende tiltak vurderes som utilstrekkelige.

Departementet antar at slik kongelig resolusjon vil kunne være utgangspunkt for meddelelsen til Stortinget, enten alene eller supplert med ytterligere dokumentasjon fra departementet selv eller i form av underlagsdokumentasjon fra underliggende etater og andre som har ligget til grunn for departementets vurderinger og tilråding. Departementet vil imidlertid påpeke at kravene til begrunnelsen vil kunne påvirkes blant annet av den tiden som står til rådighet og den graden av usikkerhet som foreligger. I gitte situasjoner kan det også være hensiktsmessig med en kombinasjon av skriftlig og muntlig redegjørelse overfor Stortinget, blant annet ved at et regjeringsmedlem kan be om å få gi en muntlig redegjørelse for Stortinget. Departementet mener derfor det ikke vil være hensiktsmessig å lovfeste at meddelelsen til Stortinget skal inneholde regjeringens skriftlige begrunnelse for anvendelse av fullmaktsbestemmelsen eller at det i lov stilles spesifikke krav til begrunnelsens innhold. Dette vil åpne for at meddelelsens form og innhold kan tilpasses den konkrete situasjonen og den tiden man har til rådighet.

Tidsbegrensning - varighet

Departementet har vurdert om det bør lovfestes en grense for hvor lenge et vedtak om anvendelse av fullmaktsbestemmelsen kan gjelde, herunder om det etter slik frist skal være et krav om å fremlegge en ordinær lovproposisjon.

Det kan diskuteres om en uttrykkelig fastsatt tidsbegrensning ytterligere vil bidra til å sikre at forskrifter ikke blir stående lenger enn nødvendig. En uttrykkelig tidsbegrensning kan også bidra til å sikre at behovet for de aktuelle tiltakene vurderes på nytt i lys av blant annet endringer i situasjonen, alternative løsninger og den effekt tiltakene har hatt. Vissheten om at tiltakene har begrenset varighet kan også gi befolkningen trygghet for at tiltakene vil bli jevnlig vurdert. Det kan også bidra til at tiltak som mangler klar lovhjemmel, og som av hensyn til smittevernet vil måtte vare over tid, raskere blir fremmet for Stortinget som et lovforslag om midlertidig eller permanent hjemmel for tiltaket. Mer overordnet kan det også vises til at anvendelse av fullmaktsbestemmelsen for å fastsette forskrifter med lovs innhold, herunder fravikelse av gjeldende lovgivning, bare skal kunne benyttes i ekstraordinære krisesituasjoner. Dette taler for at det bør gjelde en grense for hvor lenge et vedtak kan gjelde.

Departementet har imidlertid kommet til at det ikke vil være nødvendig å lovfeste en grense for hvor lenge et vedtak om anvendelse av fullmaktsbestemmelsen kan gjelde. Som nevnt vil kravene til nødvendighet og forholdsmessighet i seg selv innebærer at forskrifter må oppheves dersom disse vilkårene ikke er oppfylt. Forskriftene vil derfor uansett ha begrenset varighet. Videre viser departementet til beredskapslovens krav om at slike forskrifter snarest mulig skal legges fram som lovforslag dersom de ikke er opphevet innen 30 dager etter at de er meddelt Stortinget. Som følge av dette mener departementet at det ikke er særlig stor realitetsbetydning om proposisjonen må legges frem så snart som mulig etter 30 dager, eller etter for eksempel 1–3 måneder som kunne fremstå som aktuell tidsbegrensning for denne type bestemmelser.

Departementet viser også til at i tråd med de alminnelige konstitusjonelle og parlamentariske prinsippene om forholdet mellom statsmaktene, vil Stortinget som lovgiver alltid stå fritt til å oppheve eller endre hjemmelsgrunnlaget for de forskriftene regjeringen har gitt med hjemmel i en nødrettshjemmel. Dette er også lovfestet i beredskapsloven § 4 andre ledd tredje punktum. Departementet foreslår at det i forslaget til ny § 11-1 presiseres at beredskapsloven §§ 3 og 4 skal gjelde tilsvarende.

Departementet foreslår på denne bakgrunn ikke å lovfeste en konkret grense for hvor lenge vedtak om anvendelse av fullmaktsbestemmelsen for å fastsette forskrifter med lovs innhold, herunder fravike gjeldende lovgivning, kan gjelde.

Koronakommisjonen uttaler i NOU 2021: 6, punkt 23.4, at det er uheldig at fullmakten i § 7-12 er så vid, og at en så vidtgående fullmakt bør ha tydelige vilkår og rammer. Samtidig påpeker kommisjonen at revisjon av § 7-12 må sikre at regjeringen kan ta raske beslutninger i tilfeller hvor det haster med tiltak. Kommisjonen uttaler blant annet man ved en revisjon bør vurdere om det er grunn til å skille avhengig av tiltakets virketid og at

behovet for parlamentarisk kontroll vil være større ved langvarige, omfattende og inngripende tiltak.

Departementet mener at det i praksis vil være krevende å skille mellom hvor lenge tiltak i nå ukjente situasjoner må forventes å vare. Fullmaktsbestemmelsen er nettopp ment å fange opp tilfeller som det i fremtiden viser seg at ikke er (hensiktsmessig) regulert når en konkret helsekrise oppstår. På vedtakstidspunktet vil det heller ikke nødvendigvis være klart om tiltakene vil bli langvarige, eller om de raskt kan trappes ned eller tvert imot må trappes opp. Departementet foreslår derfor ikke å lovfeste et slikt skille, men viser til de materielle og prosessuelle vilkårene som må være oppfylt for å kunne anvende fullmaktsbestemmelsen.

Ikrafttredelse

Departementet anser det ikke hensiktsmessig å fastsette at forskrifter gitt med hjemmel i fullmaktsbestemmelsene skal tre i kraft først når forskriften er meddelt Stortinget. Det vil kunne være behov for at forskriften trer i kraft på et tidligere tidspunkt, blant annet dersom meddelelsen til Stortinget skulle bli vanskeliggjort. Departementet foreslår derfor at forskrifter gitt med hjemmel i forslag til ny lov § 11-1 skal tre i kraft straks eller fra det tidspunktet Kongen i statsråd bestemmer. Dette vil følge av den generelle presiseringen av at beredskapsloven §§ 3 og 4 (inkludert første ledd andre punktum) skal gjelde tilsvarende. Departementet mener derfor det ikke er nødvendig å presisere dette særskilt gjennom en egen bestemmelse i lovforslaget.

Spørsmål om særlige mindretallsrettigheter

Særskilte regler om mindretallsrettigheter ved regjeringens anvendelse av fullmaktsbestemmelser ble foreslått av Beredskapshjemmelsutvalget i NOU 2019: 13. Det var også en del av den nå opphevede koronaloven, hvor det i § 5 fremgikk at en tredjedel av Stortingets medlemmer kunne «pålegge» Kongen å oppheve forskriften helt eller delvis.

Ingen gjeldende beredskapslover bygger på en slik modell. Heller ikke de nye bestemmelsene i sivilbeskyttelsesloven om sivil arbeidskraftberedskap har lovfestet slike mindretallsrettigheter, jf. Prop. 11 L (2024–2025). Etter departementets syn taler hensynet til krisehåndtering og behovet for klare ansvarslinjer i en nasjonal helsekrise mot at et mindretall på Stortinget bør kunne oppheve forskriftene. Det fremstår ikke som rimelig eller smittevernmessig forsvarlig om et mindretall på Stortinget skal kunne oppheve forskriftene, og på den måten hindre eller forsinke et eller flere tiltak som et flertall mener det er nødvendig og forholdsmessig å få gjennomført.

Stortinget har andre egnede virkemidler, i tråd med alminnelig ansvarsfordeling mellom Stortinget og regjeringen. Parlamentarisk kontroll bør føres gjennom Stortingets mulighet til å oppheve og endre hjemmelsloven, eller anmode regjeringen om bruk av fullmaktene. Som andre vedtak fra Stortinget, krever dette alminnelig flertall. Det vil være ekstra uheldig om et mindretall skal kunne oppheve vedtatte forskrifter samtidig som et flertall

kan anmode regjeringen om å benytte sin myndighet til å fatte nye likelydende vedtak, eller kan vedta regler med samme innhold i lovs form.

Departementet foreslår derfor ikke å lovfeste særskilte mindretallsrettigheter ved vedtak om anvendelse av fullmaktsbestemmelsen i ny smittevernlov til å fastsette forskrifter med lovs innhold, herunder fravike gjeldende lovgivning.

22.4.14 Spørsmål om lovfesting av krav om høring forut for anvendelse av fullmaktsbestemmelser

22.4.14.1 Gjeldende rett

Smittevernloven § 7-12 lovfester ikke et krav om høring forut for fastsettelse av forskrifter med lovs innhold eller forskrifter som fraviker gjeldende lovgivning. Forvaltningsloven § 37 andre og fjerde ledd bestemmer at forskrifter som hovedregel skal sendes på høring, jf. § 95 første og tredje ledd i ny forvaltningslov (ikke i kraft) som i all hovedsak viderefører gjeldende rett. Høring kan unnlates dersom det «ikke vil være praktisk gjennomførlig», det kan «vanskeliggjøre gjennomføring av forskriften eller svekke dens effektivitet» eller «må anses åpenbart unødvendig».

22.4.14.2 Departementets vurderinger og forslag

Når det mer overordnet gjelder viktigheten av høring forut for iverksettelse av tiltak med hjemmel i smittevernloven, viser departementet til høringsnotatets punkt 8.3 hvor dette drøftes generelt. Departementet fremhever der at høring av lov- og forskriftsforslag skal gjennomføres, med mindre det er svært gode grunner for å unnlate det. Departementet mener at forvaltningslovens regler om forberedelse av forskrifter bør gjelde uendret også i en smittesituasjon. Det vises til at forvaltningsloven § 37 oppstiller krav til forvaltningen som må vurderes konkret. Uavhengig av om beslutning om prosess tas i en helsekrise eller ikke, vil det avgjørende for om høring kan unnlates være en konkret vurdering av om det «ikke vil være praktisk gjennomførlig», «kan vanskeliggjøre gjennomføring av forskriften eller svekke dens effektivitet» eller «må anses åpenbart unødvendig». Departementet har derfor ikke foreslått å lovfeste særskilte regler om høring i smittevernloven.

Spørsmålet i dette punktet er om den nye fullmaktsbestemmelsen som foreslås inntatt som § 11-1 i ny lov, likevel skal lovfeste særskilte regler om høring i disse situasjonene, eller om man også her skal anvende de generelle reglene i forvaltningsloven § 37.

Koronakommisjonen i NOU 2021: 6 har drøftet spørsmålet i punkt 23.4, hvor det blant annet uttales:

> «Kommisjonen mener at høring som en klar hovedregel skal gjennomføres også ved bruk av en derogasjonshjemmel som smittevernloven § 7-12. I forbindelse med en revisjon av smittevernloven § 7-12 mener vi derfor dette bør presiseres. Høring er spesielt viktig ved inngripende tiltak og i tilfeller hvor myndighetene har kompetanse til å sette til side gjeldende lover og regler.»

Departementet viser også til redegjørelsen for Kontroll- og konstitusjonskomiteens innstilling etter koronahøringen, som er omtalt i høringsnotatets punkt 3.5.12. Som det fremgår mener komiteen at myndighetene også under kriser bør følge grunnleggende

saksbehandlingsregler så langt det er mulig. I situasjoner hvor det ikke er tid til ordinære høringer bør det etter komiteens oppfatning etableres rutiner for å innhente synspunkter fra berørte aktører og sektorer. Komiteen viser også til at dersom man ikke rekker høring før et vedtak fattes, kan man bruke etterhøringer.

Tungtveiende demokrati- og åpenhetshensyn taler for at det gjennomføres høringer også ved derogasjon. Forvaltningslovens hovedregel er at høringer skal gjennomføres. Departementet viser imidlertid til at smittevernloven § 7-12 gir hjemmel til å beslutte tiltak når folkehelsen er truet og det er fare for liv og helse ved opphold, slik at det er avgjørende å få satt i verk tiltak raskt. Bestemmelsen gjelder altså bare i hastesituasjoner. Dersom man er i en slik situasjon at det vurderes nødvendig å fatte hastevedtak, vil det ofte ikke være mulig å gjennomføre en normal høring, og kanskje ingen høring i det hele tatt. Konsekvensene av å ikke sette i verk tiltakene kan være så store at man ikke kan vente. Endring og justering av tiltakene må derfor i slike situasjoner ofte skje i etterkant på bakgrunn av den kunnskapen man får om situasjonen og konsekvensene for de som berøres av tiltakene. Forvaltningsloven § 37 fjerde ledd tar også høyde for dette, ved at høring av forskrifter ikke er nødvendig hvis det «ikke vil være praktisk gjennomførlig» eller hvis høring «kan vanskeliggjøre gjennomføring av forskriften eller svekke dens effektivitet».

Dersom smittevernlovens regler om derogasjon likevel skulle vise til en hovedregel om høring, for eksempel i form av en presisering av at «høring skal gjennomføres i den grad det er mulig», ville dette synliggjøre viktigheten av høring. En slik eventuell bestemmelse om høring vil imidlertid uansett åpne for unntak i de situasjonene hvor det rent faktisk ikke vil være tid til å gjennomføre høring eller hvor høring vil vanskeliggjøre gjennomføring av forskriften eller svekke dens effektivitet. Den fleksibiliteten som dette fordrer følger allerede i dag av forvaltningsloven § 37. En særregulering av dette i fullmaktsbestemmelsen vil slik sett fremstå som dobbeltregulering.

Etter en helhetsvurdering foreslår derfor departementet at også spørsmål om høring forut for anvendelse av fullmaktsbestemmelsen bør reguleres av forvaltningsloven, og at det utover dette ikke vil være hensiktsmessig med særskilt lovfesting av at høring som hovedregel skal gjennomføres forut for anvendelse av fullmaktsbestemmelsen.

Departementet understreker imidlertid at hovedregelen etter forvaltningsloven § 37 er at det også i disse situasjonene skal gjennomføres høring, med mindre noen av bestemmelsens unntak kommer til anvendelse. Departementet har merket seg Kontroll- og konstitusjonskomiteens påpeking av at der hvor det ikke er tid til å gjennomføre ordinære høringer, bør det etableres rutiner for å innhente synspunkter fra berørte aktører og sektorer og at man i slike situasjoner også kan vurdere å gjennomføre etterhøringer. Departementet vil også påpeke at behov for rask saksbehandling ikke nødvendigvis vil være til hinder for høring, dersom høringen kan gjennomføres i et møte eller dersom fristen for skriftlige høringer forkortes.

23 Behandling av biologisk materiale og personopplysninger

23.1 Oppsummering av forslag i kapittelet

I dette kapittelet foreslår departementet ett nytt kapittel 10 i smittevernloven om behandling og bruk av biologisk materiale og personopplysninger.

- Gjeldende smittevernlov § 3-7 om kartleggingsundersøkelse og metodeutprøving foreslås videreført i ny § 10-1.
- For å sikre at Folkehelseinstituttet og andre institusjoner med nasjonale referansefunksjoner har en klar hjemmel til å dele sekvensdata om den genetiske koden til mikroorganismer med internasjonale organisasjoner, foreslås en ny bestemmelse i § 10-2. Bestemmelsen bygger på gjeldende smittevernlov § 7-9.
- Gjeldende smittevernlov § 2-2 åttende ledd om utbruddsregistre foreslås videreført. Departementet foreslår også en presisering i ny § 10-3 andre ledd. Forslaget til § 10-3 skal sikre en klar hjemmel til å innhente og behandle personopplysninger ved smitteutbrudd.

23.2 Innledning

Departementet ser et behov for å samle bestemmelsene som gjelder behandling av biologisk materiale og personopplysninger i et felles kapittel. Bestemmelsene synes ikke å ha en naturlig plassering i øvrige kapitler i lovforslaget. Ved å samle bestemmelsene vil hensynet til personvernet fremheves.

23.3 Kartleggingsundersøkelse og metodeutprøving

23.3.1 Gjeldende rett

Smittevernloven § 3-7 regulerer vilkårene for bruk av biologisk materiale for kartleggingsundersøkelser og metodeutprøving for ikke-diagnostiske formål, og var ny ved smittevernloven av 1994. Bakgrunnen for bestemmelsen fremgår av spesialmerknaden til bestemmelsen i Ot.prp. nr. 91 (1992-1993) side 137-139.

Departementet har etter bestemmelsens femte ledd myndighet til å gi nærmere bestemmelser i forskrift. Departementet har delegert myndigheten til Helsedirektoratet ved delegeringsvedtak 18. mars 2010 nr. 425.

I medhold av bestemmelsen er det gitt tre forskrifter: forskrift 17. juni 2005 nr. 611 om Norsk overvåkingssystem for antibiotikabruk og helsetjenesteassosierte infeksjoner (NOIS-registerforskriften), forskrift 14. november 2003 nr. 1353 om innsamling og behandling av helseopplysninger i Norsk overvåkningssystem for resistens hos bakterier, sopp og virus (Resistensregisterforskriften) og forskrift 22. desember 1998 nr. 1432 om gjennomføring m.m. av undersøkelser for smittsom sykdom av biologisk materiale for ikke-diagnostiske formål.

23.3.2 Departementets vurderinger og forslag

Departementet foreslår at bestemmelsen videreføres i sin helhet.

Bestemmelsen fastsetter et prinsipp om at prøvemateriale som en person har avgitt som ledd i diagnostisk utredning, behandling eller kontroll av en smittsom sykdom som vedkommende mistenkes å ha hatt eller har, ikke kan brukes til analyse av andre forhold med mindre den personen materialet stammer fra samtykker eksplisitt til dette. Departementet mener dette er et viktig prinsipp som bør videreføres.

I andre ledd er det gjort unntak fra hovedregelen om samtykke til kartleggingsundersøkelser i tre ulike tilfeller. Departementet mener kartleggingsundersøkelser bør kunne foretas av flere av landets mikrobiologiske laboratorier når disse har de nødvendige faglige forutsetningene og tilgang på egnet materiale, slik som laboratorier med tildelt referansefunksjon i medisinsk mikrobiologi. Departementet foreslår at disse tre unntakene videreføres i ny bestemmelse.

For det første regulerer andre ledd at det kan gjøres epidemiologisk overvåkning og forskning uten å innhente samtykke fra den personen prøvematerialet stammer fra. Etter departementets vurdering kan innhenting av samtykke være urimelig tidkrevende og ofte helt umulig av praktiske årsaker.

For det andre er det også adgang til å utføre kartleggingsundersøkelser som kan gi opplysninger om forekomsten av en bestemt smittsom sykdom som lenge har vært til stede i befolkningen, uten eksplisitt samtykke til dette. Opplysninger om prevalens, geografisk utbredelse og fordeling på alder og kjønn kan være av stor betydning forhelse- og omsorgstjenestens prioriteringer og strategi på lengre sikt. Det kan dreie seg om tilbud om testing av risikogrupper og oppfølging av mulig smittede personer, opplysningskampanjer mv.

For det tredje er det uten samtykke adgang til å utføre kartleggingsundersøkelser som kan gi opplysninger om og i tilfelle hvor godt befolkningen er beskyttet mot smittsomme sykdommer det vaksineres mot. Resultatene kan gi holdepunkt for å bedømme om vaksinasjonsprogrammet har den tilsiktede effekt, eller om det må justeres.

Det er et vilkår at de nærmere bestemmelsene om gjennomføringen følges. I de tilfellene en planlagt undersøkelse ikke oppfyller vilkårene etter andre ledd, vil den likevel kunne gjennomføres dersom samtykke er innhentet fra dem det aktuelle prøvematerialet stammer fra. Slikt samtykke vil kunne innhentes i forbindelse med avgivelse av materialet.

Bestemmelsens tredje ledd regulerer i hvilke tilfeller det kan gjøres metodeutprøvinger uten eksplisitt samtykke fra den personen materialet stammer fra. Metodeutprøving utgjør en integrert del av virksomheten ved alle større tjenesteytende laboratorier og institusjoner som arbeider med å påvise og karakterisere smittsomme sykdommer. Med metodeutprøving menes arbeid med å forbedre eksisterende metodikk eller å innføre og utprøve nye metoder som er blitt tilgjengelige og i visse tilfelle å utvikle helt nye metoder på området. Metodeutprøving forutsetter oftest at tilgjengelig prøvemateriale kan nyttes (for eksempel serumrester) inntil metodikken fungerer tilfredsstillende og kan tas i bruk i det løpende arbeid med pasientprøver. Departementet mener at det for metodeutprøving

fortsatt skal være et unntak fra hovedregelen etter første ledd om krav om samtykke fra de personene som materialet stammer fra, og foreslår å videreføre tredje ledd.

Departementet mener videre at Helsedirektoratet fortsatt bør ha myndighet til å pålegge virksomheter å gjennomføre kartleggingsundersøkelser i gitte tilfeller etter bestemmelsens fjerde ledd. Departementet mener også at hjemmelen for departementet til å fastsette forskrifter etter femte ledd bør videreføres.

23.4 Deling av gensekvenser fra mikroorganismer

23.4.1 Bakgrunn

Mikroorganismer,, kan forårsake sykdom hos mennesker og den immunologiske responsen ved slik sykdom. Organismene dette dreier seg om blir ofte grovt inndelt i bakterier, virus, sopp, protozoer og flercellede parasitter.

En virksomhet som er tildelt en nasjonal medisinsk-mikrobiologisk referansefunksjon har et landsdekkende ansvar for å utføre eller videreføre undersøkelser av definerte smittestoffer (agens), på vegne av alle andre laboratorier. Blant oppgavene deres er samarbeid og forskning, og å bistå i overvåking, beredskap og respons ved utbrudd av smittsomme sykdommer. De mikrobiologiske laboratorienes rolle er raskest mulig å påvise og karakterisere smittestoffer og/eller eventuelt antistoffsvar hos pasienter med mistenkt infeksjon. Dette er viktig for best mulig behandling av den enkelte pasient, og er nødvendig for så raskt som mulig å oppdage et utbrudd, identifisere smittekilder i utbrudd, sanere smittereservoar og iverksette forebyggende tiltak mot videre smittespredning.

23.4.2 Gjeldende rett

23.4.2.1 Personvernforordningen

Det vises til omtalen av personopplysningsloven og personvernforordningen i punkt 4.9 i kapittel 4 om gjeldende rett.

Innad i EØS kan personopplysninger behandles, herunder samles, sendes og deles, på tvers av landegrensene hvis man har et behandlingsgrunnlag, jf. personvernforordningen artikkel 6. Overføring av personopplysninger ut av EØS krever i tillegg et særskilt rettslig grunnlag, og reglene for dette følger av personvernforordningen kapittel 5. Bakgrunnen for dette er at land utenfor EØS og internasjonale organisasjoner kan ha andre regler om behandling av personopplysninger. Overføringsgrunnlaget skal sikre at personopplysningene fortsatt vil være like godt vernet.

23.4.2.2 Smittevernloven

Det følger av smittevernloven § 7-9 første ledd andre og tredje punktum at:

> «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.»

Det fremgår av Prop 91 L (2018 - 2019) at bestemmelsen oppfyller vilkårene til å være et supplerende rettsgrunnlag for behandling av helseopplysninger til smittevernformål i samsvar med EUs personvernforordning artikkel 6 nr. 1 bokstav e (oppgave i allmennhetens interesse) og unntak etter artikkel 9 nr. 2 bokstav i (folkehelse).

Det er klart at smittevernloven § 7-9 første ledd andre og tredje punktum gir hjemmel til å innhente og behandle data, herunder person- og helseopplysninger. Det kan også innfortolkes hjemmel til overføring av et begrenset sett indirekte identifiserbare opplysninger til organisasjoner i EU og USA, som er nødvendig for å delta i overvåkingen av den internasjonale epidemiologiske situasjonen.

23.4.2.3 Dansk lovgivning

Danmark fikk i mai 2021 en særskilt hjemmel for deling av opplysninger med internasjonale organisasjoner i forskriften «bekendtgørelse om Statens Serum Instituts videregivelse af gensekvenser og isolater fra mikroorganismer og tilknyttede personoplysninger i forbindelse med forebyggelse og bekæmpelse af udbredelsen af smitsomme sygdomme» (BEK nr 777 af 29/04/2021).

Forskriften er gitt i «medfør af § 7, stk. 5, i lov nr. 502 af 23. maj 2018 om supplerende bestemmelser til forordning om beskyttelse af fysiske personer i forbindelse med behandling af personoplysninger og om fri udveksling af sådanne oplysninger (databeskyttelsesloven)».

Forskriften lyder:

> «**§ 1**. Statens Serum Institut kan videregive oplysninger om gensekvenser og isolater fra mikroorganismer samt tilknyttede personoplysninger efter reglerne i denne bekendtgørelse med henblik på at forebygge og bekæmpe udbredelsen af smitsomme sygdomme, i overensstemmelse med databeskyttelsesforordningens artikel 9, stk. 2, litra g).
>
> **§ 2**. Videregivelse efter § 1 kan ske til nationale og internationale sundhedsaktører, herunder til nationale og internationale databaser og alment anerkendte tidsskrifter, når det er nødvendigt med henblik på formål nævnt i § 1. Statens Serum Institut skal inden videregivelsen påse, at modtageren kan godtgøre et sådant formål med modtagelsen.
>
> Stk. 2. Videregivelse skal ske i pseudonymiseret eller så vidt muligt i anonymiseret form, så mulighed for identifikation af den eller de personer, som mikroorganismen er fundet hos, i videst mulig omfang undgås. Følgende oplysninger kan i den forbindelse videregives:
>
> 1) Den opdyrkede mikroorganisme (isolat).
>
> 2) Mikroorganismens gensekvens.
>
> 3) Prøve-id.
>
> 4) Prøvedato.
>
> 5) Navn på kommune eller region, hvor prøven er taget.

6) Hvorvidt mikroorganismen stammer fra en infektion eller ej og hvilken infektion.

7) Symptomer og anden sygdomshistorik.

8) Potentiel årsag/sygdomskilde.

Stk. 3. Videregivelse efter stk. 2, der sker med henblik på offentliggørelse, må kun omfatte oplysninger som nævnt i stk. 2, nr. 2-6.

§ 3. Videregivelse efter § 2 skal være i overensstemmelse med databeskyttelsesforordningens og databeskyttelseslovens øvrige regler, herunder databeskyttelsesforordningens art. 5 om grundlæggende principper for behandling af personoplysninger og forordningens kap. 5 om overførsel af personoplysninger til lande uden for EU/EØS.

§ 4. Statens Serum Institut fastsætter nærmere retningslinjer for videregivelse i medfør af denne bekendtgørelse.

Stk. 2. Instituttets retningslinjer skal sikre, at videregivelse sker i pseudonymiseret form, samt at der så vidt muligt gøres brug af aggregering, diskretionering eller anonymisering, så muligheden for identifikation af den eller de personer, som mikroorganismen er fundet hos, mindskes.»

23.4.3 Departementets vurderinger og forslag

Det er et stort behov for å kunne dele sekvensdata til internasjonale genbanker om den genetiske koden (gensekvenser) til hvert enkelt virus og hver enkel bakterie med alvorlig sykdomspotensial for overvåkings-, beredskaps- og forskningsformål.

Departementet foreslår derfor en ny bestemmelse i forslag til ny smittevernlov § 10-2, som hjemmelsgrunnlag for delingen. Vi foreslår samtidig at gjeldende smittevernlov § 7-9 første ledd videreføres, se kapittel 11 om administrative organer og deres ansvar.

Folkehelseinstituttet bruker i dag smittevernloven § 7-9 som hjemmelsgrunnlag for å overføre gensekvenser til internasjonale genbanker. Departementet mener at Folkehelseinstituttet har hjemmel til å innhente og behandle data, herunder person- og helseopplysninger, men det er mer tvilsomt om det kan innfortolkes en hjemmel for deling av data med internasjonale organisasjoner på generelt grunnlag. Det er også behov for at laboratorier med nasjonal medisinsk-mikrobiologisk referansefunksjon får hjemmel til å dele gensekvenser med internasjonale genbanker.

Forslaget sikrer at Folkehelseinstituttet og virksomheter med nasjonale medisinsk-mikrobiologisk referansefunksjoner har en klar hjemmel til å dele gensekvenser med internasjonale organisasjoner. Det presiseres at det her er tale om gensekvenser fra mikroorganismer, og ikke mennesker.

Folkehelseinstituttet har nasjonal referansefunksjon for visse virus og bakterier, blant annet viruset SARS-CoV-2 (viruset som gir covid-19), mens andre laboratorier i landet har referansefunksjon for andre. For eksempel har St. Olavs hospital i Trondheim referansefunksjon for meticillinresistent Staphylococcus aureus (MRSA).

Folkehelseinstituttet deler gensekvenser med de internasjonale organisasjonene GISAID (Global Initiative on Sharing Avian Influenza Data), ENA (European Nucleotide Archive,

genbank for alle typer bakterier og virus), og NCBI (National Center for Biotechnology Information). Organisasjonene er typisk stiftelser som drives på et ideelt og ikke kommersielt grunnlag. GISAID har sete i Tyskland. ENA ligger under EMBL EBI (an international, innovative and interdisciplinary, and a champion of open data in the life sciences) med hovedsete i Cambridge, men på initiativ fra mange land. NCBI ligger i USA under National Library of Medicine.

De nasjonale referansefunksjonene kan i dag dele gensekvenser med Folkehelseinstituttet, som igjen kan dele opplysningene med internasjonale databaser.

Det er kun den gensekvensen til mikroben som deles, det deles aldri biologisk materiale. Ettersom gensekvensen til mikroorganismen deles sammen med metadata om den personen som mikroorganismen stammer fra, som årstall og fylke med mer, er det en teoretisk mulighet for bakveisidentifikasjon av enkeltindivider. Delingen av gensekvenser utgjør dermed indirekte personidentifiserende data, og delingen omfattes av personvernforordningen. Departementet vurderer at personvernkonsekvensen for den enkelte er marginal og klart veies opp av samfunnsnytten av forslaget. Departementet viser til at det kun er en liten teoretisk mulighet for at personen mikrobeprøven stammer fra kan identifiseres, og at personvernforordningens prinsipper for behandling av personopplysninger følges. Videre mener departementet at samfunnsnytten er stor, da man kan avdekke virus og bakterier med alvorlig sykdomspotensial. Dette er viktig for overvåkings-, beredskaps- og forskningsformål.

For at virksomhetene mednasjonale medisinsk-mikrobiologiske referansefunksjoner skal kunne dele personidentifiserende opplysninger med internasjonale organisasjoner, kreves det et behandlingsgrunnlag, et overføringsgrunnlag og et supplerende nasjonalt rettsgrunnlag. Behandlingsgrunnlaget er personvernforordningen artikkel 6 (1) e, og artikkel 9 (2) i. Overføringsgrunnlaget er personvernforordningen artikkel 49 pkt. 1 d. Departementets forslag til ny § 10-2 vil gi en klar hjemmel for delingen som vil være et supplerende rettsgrunnlag i nasjonal rett i tillegg til et overføringsgrunnlag etter personvernforordningen kapittel 5.

23.5 Unntak fra taushetsplikt og utbruddsregistre

23.5.1 Bakgrunn

Gjennom overvåkningsarbeid med mindre helseberedskapsregistre, såkalte «utbruddsregistre», erfarer Folkehelseinstituttet at det er uklart om det er helseberedskapsloven § 2-4 eller smittevernloven § 2-2 åttende ledd som gir hjemmel til å innhente og behandle personopplysninger, og opprette ad hoc utbruddsregister for håndtering av lokale eller mindre nasjonale smitteutbrudd. På grunn av usikkerheten knyttet til om smittevernloven § 2-2 åttende ledd gir tilstrekkelig hjemmel til opprettelse av slike registre, har Folkehelseinstituttet derfor benyttet helseberedskapsloven § 2-4 om beredskapsregistre som hjemmelsgrunnlag i sitt utbruddsarbeid.

Vi viser til omtale av beredskapsregistre i høringsnotatet om ny helseberedskapslov kapittel 15.

Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet har anbefalt justeringer og klargjøringer i § 2-2 åttende ledd i sine oppdragssvar til departementet.

23.5.2 Gjeldende rett

Smittevernloven § 2-2 åttende ledd er en unntaksbestemmelse fra hovedregelen om taushetsplikt for helsepersonell. Bestemmelsen lyder:

> «Når det er nødvendig for iverksetting av tiltak eller for oversikt og kontroll i forbindelse med smittsomme sykdommer, kan kommunelegen, statsforvalteren, Helsedirektoratet, Statens helsetilsyn og Folkehelseinstituttet kreve opplysninger fra offentlige kilder eller privat helse- og omsorgstjeneste uten hinder av lovbestemt taushetsplikt. Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet kan i en smittesituasjon behandle opplysninger samlet inn etter dette ledd i samsvar med helseberedskapsloven § 2-4.»

I Ot.prp. nr. 91 (1992-1993) står det om bestemmelsen på s. 128:

> «En forutsetning for at [kommunelegen, statsforvalteren, Helsedirektoratet, Statens helsetilsyn og Folkehelseinstituttet] skal kunne utføre de oppgaver de er pålagt i arbeidet med smittsomme sykdommer, er at de kan få opplysninger og få fremlagt journaler og opptegnelser vedrørende helsetjenesten og pasientene uten hinder av bestemmelsene om taushetsplikt. Dette gjelder bl.a ved utøvelsen av det overordnede tilsynet med smittevernet. Når loven bruker uttrykket «offentlige kilder» er dette uttrykk for at det unntaksvis kan bli nødvendig å kreve innsyn i offentlige kilder utenfor helsevesenet, f.eks. dersom man søker å etterspore farlige smittekilder. Unntaket i sjuende ledd gjelder på denne bakgrunn så vel bestemmelsene om taushetsplikt overfor pasienter, som bestemmelser om taushetsplikt innen et tjenesteområde, etter instruks eller etter forvaltningsloven.»

Det fremgår av Prop. 7 L (2016-2017) *Endringer i helseberedskapsloven mv. (beredskapsregistre mv.)* på s. 14 at:

> «Smittevernloven § 2-2 åttende ledd gir hjemmel for kommunelegen, fylkesmannen og Statens helsetilsyn, i tillegg til Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet til å innhente opplysninger uten hinder av lovbestemt taushetsplikt. Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet kan behandle opplysningene i utbruddsregistre. Den videre behandlingen skal være i tråd med bestemmelsene i helseregisterloven.
>
> Departementet foreslår at smittevernloven § 2-2 åttende ledd endres slik at den viser til helseberedskapsloven § 2-4 i stedet for helseregisterloven. Det innebærer at når Helsedirektoratet eller Folkehelseinstituttet har behov for å etablere beredskapsregistre i forbindelse med utbrudd av smittsomme sykdommer, skal registrene etableres i samsvar med helseberedskapsloven § 2-4. Opplysninger som er innhentet av for eksempel kommunelege eller fylkesmann med hjemmel i smittevernloven § 2-2 kan inngå i et beredskapsregister.»

Videre fremgår det av Prop. 7 L (2016-2017) merknadene s. 26:

> «Det følger av denne bestemmelsen at utbruddsregistre, på samme måte som andre beredskapsregistre, skal hjemles i helseberedskapsloven § 2-4. Etablering av registrene og behandlingen av helseopplysningene, skal følge reglene som følger av denne bestemmelsen. Denne bestemmelsen henviste tidligere til helseregisterloven.

Bestemmelsen gir hjemmel for kommunelegen, fylkesmannen, Helsedirektoratet, Statens helsetilsyn og Folkehelseinstituttet til å innhente opplysninger uten hinder av lovbestemt taushetsplikt. Der det skal etableres utbruddsregistre innen smittevernet, skal det skje i samsvar med bestemmelsene i helseberedskapsloven § 2-4. Opplysninger som er innhentet av for eksempel kommunelege eller fylkesmann med hjemmel i smittevernloven § 2-2 kan inngå i et beredskapsregister.»

23.5.3 Departementets vurderinger og forslag

Departementet mener at dagens smittevernlov § 2-2 åttende ledd bør fremheves i en egen bestemmelse og foreslår derfor en ny § 10-3. I tillegg vurderer departementet at det er behov for enkelte justeringer og klargjøringer av gjeldende rett.

Retten til å innhente opplysninger uten hinder av taushetsplikten er gitt de angitte etatene på bakgrunn av de oppgavene disse er pålagt etter smittevernloven, og fordi opplysningene er vurdert å kunne være nødvendig for å ivareta disse oppgavene. For at retten til å kunne innhente opplysninger skal ha noe innhold, må det tilsvarende gis en rett til å behandle opplysningene, herunder sammenstille de innhentede opplysningene der dette er i tråd med bestemmelsens vilkår.

Departementet presiserer at ny § 10-3 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. Det skal fremgå klart at bestemmelsen også omfatter sammenstilling med opplysninger som allerede er innhentet i andre sammenhenger, for eksempel i helseregistrene i helseregisterloven § 11.

Videre foreslår departementet at henvisningen i dagens smittevernlov § 2-2 åttende ledd til helseberedskapsloven § 2-4 ikke videreføres i ny § 10-3. Smittevernloven er en særlov innen smittevern, og bestemmelsen gir hjemmel å opprette registre ved regionale eller nasjonale utbrudd av smittsomme sykdommer, jf. definisjonen av smittsomme sykdommer i smittevernloven § 1-3 første ledd nr. 1. 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 foreslår også å ta inn en henvisning til helseregisterloven § 6 i bestemmelsen, slik det gjøres i helseberedskapsloven § 2-4. Bestemmelsen understreker at helseopplysninger skal behandles i samsvar med prinsippene for behandling i personvernforordningen artikkel 5, at graden av personidentifikasjon ikke skal være større enn nødvendig for det aktuelle formålet og at graden av personidentifikasjon skal begrunnes.

Departementet vurderer at forslaget, som i all hovedsak innebærer videreføring av gjeldende rett, ikke innebærer ytterligere personvernkonsekvenser enn det som allerede følger av dagens hjemmel. Videre mener departementet at samfunnsnytten ved å få oversikt og kontroll i forbindelse med smittsomme sykdommer, klart veier opp for personvernulempen for den enkelte smittede.

Som det fremkommer av forslaget til ny § 10-3 første ledd, foreslår ikke departementet en utvidelse av kretsen av virksomheter som omfattes av bestemmelsen.

24 Hjemmel til å pålegge personer å teste seg dersom de har eksponert polititjenestepersonell for mulig smitte

24.1 Innledning – utredningens forslag

Vedlagt høringsnotatet følger utredningen «Tvungen testing for allmennfarlige smittsomme sykdommer ved eksponering for mulig smitte i polititjenesten», datert 28. mars 2019. Utredningen ble foretatt av professor Tor-Geir Myhrer ved Politihøgskolen på oppdrag fra Oslo politidistrikt. I september 2019 ble utredningen oversendt Justis- og beredskapsdepartementet fra Politidirektoratet, som støttet forslaget til lovendring som et tiltak for å redusere belastningen og yrkesrisikoen for polititjenestepersonell som kan ha vært eksponert for smitte i tjenesten.

I utredningen foreslås en lovhjemmel i smittevernloven for tvungen testing av en person som har vært involvert i en hendelse der en polititjenesteperson m.fl. kan ha blitt utsatt for smittefare, selv om det ikke er konkrete holdepunkter for at den involverte personen var smitteførende. Formålet med testingen er raskt å få avklart om tjenestepersonen faktisk ble eksponert for smittestoffer. Det fremgår at slik tvangstesting bare vil være aktuelt i de tilfellene hvor personen ikke samtykker til å la seg teste frivillig.

I utredningen vises det til at smitteeksponering er en yrkesrisiko for politiet som er vanskelig å eliminere. Det er redegjort for politiets omfattende handle- og hjelpeplikt, og det understrekes at smitteeksponering i tjenesten er en ekstra belastning for politiet. Det presiseres at en bestemmelse om tvungen testing må avveies mot retten til privatliv, som er vernet i Grunnloven § 102 og EMK artikkel 8. Dette skyldes at tvungen prøvetaking og formidling av resultatet er et inngrep i både den fysiske integriteten og i retten til privatliv. Forholdet til nevnte grunnlovsbestemmelse og EMK er nærmere drøftet i utredningen.

Ifølge utredningen kan situasjoner hvor tjenestepersoner utsettes for (potensiell) smittefare grovt sett deles i følgende tre kategorier:

- Tjenestepersonen blir skadet av personer som er aggressive og biter, spytter, eller bruker gjenstander (for eksempel sprøyter) ved anholdelse eller kontroll.
- Tjenestepersonen skader seg på gjenstander – sprøyter eller kniver – som en person har på seg eller bærer med seg under undersøkelse eller ransaking.
- Tjenestepersonen forholder seg ved utrykning til lovbrudd eller ulykker til blodige personer, personer med åpne sår, eller åsteder eller ulykkessteder med blod, urin eller oppkast, for eksempel når det gis førstehjelp til overdoseofre.

Det fremholdes i utredningen at ventetiden for å få avklart om eksponeringen har resultert i faktisk smitte kan være en psykisk belastning for tjenestepersonen og kan legge betydelige begrensninger på familieliv og generell livsutfoldelse over relativt lang tid. Forebyggende behandling i etterkant av eksponering for mulig smitte (posteksponeringsprofylaktisk behandling (PEP)) kan være belastende og ha betydelige bivirkninger, og bør ikke iverksettes uten særlig grunn og eventuelt gjøres kortest mulig.

Det er derfor ønskelig å få avklart om situasjonen faktisk innebar eksponering for smittestoffer.

Det foreslås i utredningen en hjemmel for tvungen testing for de tilfellene der en involvert person ikke samtykker til testing.

I utredningen foreslås følgende paragraf som en ny § 5-2 a i gjeldende smittevernlov:

> «§ 5-2 a *Tvungen blodprøve*
>
> Når tjenestepersoner i politiet, ambulansetjenesten eller brann- og redningsetaten er blitt eksponerte for situasjoner eller hendelser hvor det ut fra en medisinsk vurdering er mulig at smitte kan ha blitt overført, kan det, når dette ikke fremstår som et uforholdsmessig inngrep, tas blodprøve av involverte personer for å avklare om det foreligger fare for overføring av allmennfarlig smittsom sykdom.
>
> Uten personens samtykke kan blodprøve bare tas etter ordre som nevnt i straffeprosessloven § 157a, 2. ledd. Den skriftlige og begrunnede ordre skal i anonymisert form sendes sykehuslege som nevnt i § 7-3, 3.ledd.
>
> Resultatet av den innhentede blodprøven kan bare brukes til det formålet den er innhentet for. Resultatet skal meddeles den det er tatt prøve av og de som er blitt eksponert for mulig smitte, men skal for øvrig bare meddeles andre i den utstrekning det er påkrevde for å gi nødvendig smittehjelp, jf. § 6-1.»

24.2 Høring av utredningens forslag som gjelder tjenestepersoner i politiet, brann- og redningsetaten og personell innenfor kriminalomsorgen

Høringsinstansene bes uttale seg om utredningens forslag om at det i smittevernloven skal inntas en lovhjemmel for tvungen testing av en person som har vært involvert i en hendelse der en polititjenesteperson kan ha blitt utsatt for smittefare, selv om det ikke er konkrete holdepunkter for at den involverte personen var smitteførende.

I utredningen redegjøres det for at det kan tenkes situasjoner hvor polititjenestepersoner kan ha blitt utsatt for smittefare og at det bør vurderes innført en hjemmel for tvungen testing av den personen som kan ha eksponert polititjenestepersonen for mulig smitte. Det fremgår at slik tvangstesting bare vil være aktuelt i de tilfellene hvor personen ikke samtykker i å la seg teste frivillig. Den foreliggende utredningen er derfor et godt grunnlag for høring når det gjelder behovet for hjemmel til tvangsmessig testing av hensynet til polititjenestepersoner.

Ettersom behovet for hjemmel for tvungen testing for brann- og redningspersonell og personell innenfor kriminalomsorgen ikke er utredet nærmere, er det etter Justis- og beredskapsdepartementets syn behov for ytterligere vurderinger av utredningens forslag når det gjelder de nevnte tjenestepersoner. Vi ber likevel om høringsinstansenes syn på denne delen av forslaget i utredningen.

Justis- og beredskapsdepartementet vil, i samarbeid med Helse- og omsorgsdepartementet, på bakgrunn av høringsinstansenes innspill vurdere videre oppfølging etter høringen.

24.3 Utredningens forslag som gjelder ambulansepersonell og andre grupper helsepersonell

Den vedlagte utredningen foreslår som nevnt lovregulering som også omfatter ambulansepersonell. Helse- og omsorgsdepartementet presiserer imidlertid at departementet ikke ønsker å foreslå slik regulering nå. Utredningens hovedfokus har vært rettet mot polititjenestepersoner og behovet for regulering når det gjelder ambulansepersonell er ikke utredet på en slik måte at departementet nå kan ta stilling til om det bør foreslås lovregulering i tråd med utredningsforslaget. Departementet vil i tillegg påpeke at det vil være vanskelig å vurdere behovet for slik regulering for ambulansepersonell uten å samtidig vurdere dette for helsepersonell generelt. Det vises i den forbindelse blant annet til at når det gjelder helsepersonell generelt har man i dag ikke hjemmel til å pålegge pasienter å la seg teste i situasjoner hvor de kan ha eksponert helsepersonell for mulig smitte i forbindelse med ytelse av helsehjelp.

Helse- og omsorgsdepartementet ber imidlertid høringsinstansene om overordnet tilbakemelding på om det vurderes nødvendig med denne type lovregulering for helsepersonell, og for hvilke grupper helsepersonell det i så fall særlig antas å være slikt behov. Høringsinstansene bes også uttale seg til om det alternativt bør vurderes en regulering av dette som tar utgangspunkt i hvilken situasjon eller omgivelser helsepersonellet befinner seg i ved ytelse av helsehjelpen. Departementet viser i den forbindelse til at behovet for slik lovregulering kan vurderes ulikt dersom det er snakk om helsepersonell som yter helsehjelp innenfor en helseinstitusjon hvor man har gode forutsetninger for å beskytte seg mot smitte ved bruk av smittevernutstyr i motsetning til helsepersonell som utenfor institusjon yter helsehjelp i akutte situasjoner. Høringsinstansene bes i så fall også vurdere hvordan disse situasjonene kan avgrenses.

I forlengelsen av dette bes høringsinstansene også om å kommentere i hvilken grad det antas at man innenfor helse og omsorgstjenesten vil kunne oppnå det samme uten å pålegge pasienter å la seg teste ved bruk av tvang, for eksempel i form av en regulering som åpner for at personen kan pålegges å la seg teste, men da uten at dette kan gjennomføres med tvang eller trussel om straff.

Helse- og omsorgsdepartementet vil på bakgrunn av høringsinstansenes innspill ta stilling til videre oppfølging. Dersom departementet etter dette kommer til at det er ønskelig å foreslå slik lovregulering også for helsepersonell, vil forslag om dette på vanlig måte bli sendt på høring.

25 Straff, klage, overgangsbestemmelser og ikrafttredelse

25.1 Oppsummering av forslag i kapittelet

I dette kapittelet drøftes bestemmelsene om straff, klage, overgangsbestemmelser og ikrafttredelse, som i dag står i smittevernloven kapittel 8.

Departementet foreslår å

- videreføre bestemmelser om straff for overtredelse av loven og vedtak truffet med hjemmel i loven i forslag til ny smittevernlov § 12-1. Departementet mener at det av hensyn til å sikre etterlevelse av smitteverntiltak er nødvendig å kunne straffe overtredelse av både smittevernloven og forskrifter og enkeltvedtak med hjemmel i loven.
- videreføre strafferammen for forsettlig eller uaktsom overtredelse av smittevernloven eller vedtak gitt med hjemmel i loven, slik at dette straffes med bot eller fengsel inntil 2 år. Dersom overtredelsen har tap av menneskeliv eller betydelig skade på kropp eller helse som følge, er straffen bot eller fengsel inntil 4 år.
- endre straffebestemmelsen fra et blankettstraffeforbud for overtredelse av alle bestemmelser i loven til en straffebestemmelse som gjelder overtredelse av positivt opplistede lovbestemmelser.
    - Straff knyttes til overtredelse av individuelle eller befolkningsrettede smitteverntiltak og undersøkelsesplikter vedtatt med hjemmel i forslag til ny smittevernlov kapitler 5, 6, 7, 8 og 9. Dette inkluderer blant annet overtredelse av pålegg om ikke å utføre arbeid, om tvungen innleggelse og isolering, om undersøkelser for smitte og om begrensninger i sosial omgang, og overtredelse av forskriftsfestet isolasjon, smittekarantene eller innreisekarantene.
    - Unntakene fra straff etter smittevernloven videreføres for overtredelse av plikter som omfattes av helsepersonellovgivningen og for overtredelse av smittevernloven § 5-1 om smittedes plikt til å informere og oppsøke lege mv.
    - Offentlige organers overtredelse av administrative bestemmelser og ansvar etter loven foreslås ikke straffet. Det samme gjelder en rekke bestemmelser som ikke pålegger plikter eller egner seg for straff.
- videreføre at statsforvalteren avgjør klage over kommunalt eller interkommunalt vedtak såfremt ikke noe annet er bestemt i loven.
- ikke videreføre den generelle hjemmelen i gjeldende smittevernlov § 8-4 til å gi forskrifter til gjennomføring og utfylling av loven.
- lovfeste en overgangsordning, slik at forskrifter og enkeltvedtak med hjemmel i gjeldende smittevernlov også gjelder etter at forslaget til ny smittevernlov har trådt i kraft. Departementet foreslår også at Kongen kan gi overgangsbestemmelser.

- lovfeste at loven trer i kraft fra den tid Kongen bestemmer, og at Kongen kan sette i kraft de enkelte bestemmelsene til forskjellig tid.

Høringsinstansene bes særlig om å gi tilbakemelding på

- om det bør innføres egen strafferamme for uaktsomme overtredelser.
- hvilke nødvendige forskrifter som eventuelt ikke lenger vil kunne hjemles i smittevernloven dersom hjemmelen i gjeldende smittevernlov § 8-4 til å gi forskrifter til gjennomføring og utfylling av loven ikke videreføres.

25.2 Innledning

I dette kapittelet drøftes bestemmelsene om straff, klage, overgangsbestemmelser og ikrafttredelse, som i dag står i smittevernloven kapittel 8.

25.3 Straff

25.3.1 Gjeldende rett

25.3.1.1 Smittevernloven § 8-1

Smittevernloven § 8-1 bestemmer at forsettlig eller uaktsom overtredelse av loven eller vedtak gitt med hjemmel i loven straffes med bot eller fengsel inntil 2 år. Det er gjort unntak for overtredelse av plikter etter § 5-1 for personer som er smittet med en allmennfarlig smittsom sykdom og plikter som omfattes av helsepersonellovgivningen. Dersom overtredelsen har tap av menneskeliv eller betydelig skade på kropp eller helse som følge, er straffen bot eller fengsel inntil 4 år.

Smittevernloven § 8-1 er ikke til hinder for at strengere straffebestemmelser kan komme til anvendelse dersom dette er aktuelt. Bestemmelsen må derfor ses i sammenheng med straffeloven § 237, hvor den som forsettlig overfører en smittsom sykdom som medfører betydelig skade på kropp eller helse for en annen person, straffes med bot eller fengsel inntil 3 år. Grovt uaktsom overtredelse straffes med bot eller fengsel inntil 1 år. På samme måte straffes den som utsetter en annen person for slik smittefare. Straffeloven § 237 a hever strafferammen til fengsel i inntil 6 år ved grov smitteoverføring.

Spørsmål om straff må også sees i sammenheng med Wien-konvensjonen om diplomatisk samkvem 1961 (WKDS) og Wien-konvensjonen om konsulært samkvem 1963 (WKKS). Diplomater, administrativt og teknisk personale, samt medfølgende familiemedlemmer, nyter immunitet mot straffeforfølgning i mottakerstaten, jf. WKDS art. 31.1 og art. 37, jf. art. 31.1. Dette betyr at de ikke kan stilles for retten og idømmes straff. Eventuell straffeforfølgning forutsetter et forutgående immunitetsavkall fra senderstaten etter art. 32. Bøter kan ikke tvangsinndrives. Konsulære tjenestepersoner og konsulatfunksjonærer har en mer begrenset immunitet mot jurisdiksjon, jf. WKKS art. 43.

25.3.1.2 Det strafferettslige lovkravet

Muligheten for å bli møtt med straff ved overtredelse av plikter skjerper kravet til forankring i formell lov, jf. Grunnloven § 96 første ledd og EMK artikkel 7 nr. 1. Det

strafferettslige lovkravet innebærer at det må fremgå av lov vedtatt av Stortinget at overtredelse kan straffes, hvilken straffereaksjon som er aktuell og den ytre strafferammen dersom straffen er fengsel. Enkelte detaljer i pliktene som kan medføre straffansvar kan fremkomme av forskrift så lenge kompetansen følger av fullmakt vedtatt av Stortinget i lovs form.

Bestemmelser som kan danne grunnlag for straff må være utformet så klart at det i de fleste tilfeller ikke vil være tvil om en handling rammes av regelen, og at det er mulig å forutse at straff kan bli følgen av at regelen brytes. Det stilles krav til språklig klarhet i utformingen av de pliktene som kan medføre straff hvis de ikke overholdes. Høyesterett formulerer det slik at det endelige tolkningsresultatet må ha tilstrekkelig forankring i ordlyden, slik at hensynet til forutberegnelighet ivaretas. Se blant annet HR-2024-1107-A (karantenehotell) avsnitt 80-81 og HR-2024-1109-A (Covid-test I) avsnitt 125–128. Klarhetskravet er i en viss utstrekning situasjonsavhengig, og ordlyden må forstås i lys av et bredere rettskildebilde i tråd med alminnelig juridisk metode.

25.3.2 Regulering og praksis under koronapandemien

I forbindelse med fastsettelsen av de første forskriftsbestemmelsene for å håndtere koronapandemien, fant departementet det rimelig å legge til rette for mildere regulering av straff for overtredelse av forskriftene enn det som fulgte av loven § 8-1. Kongen i statsråd vedtok derfor allerede 15. mars 2020 at forsettlig eller grovt uaktsom overtredelse av forskriftens bestemmelser straffes med bøter eller fengsel i inntil 6 måneder.

Bestemmelsen ble videreført i covid-19-forskriften. Det ble senere også gjort unntak fra straff ved overtredelse av enkelte bestemmelser, slik som kommunens plikt til å sørge for tilbud om oppholdssted, arrangørers plikt til å ha oversikt over de som er til stede og arrangørers plikt til å utpeke ansvarlig person mv. Se covid-19-forskriften § 11 a fra 16. april 2020, § 13 tredje ledd fra 7. mai 2020 og § 16 d fra 3. desember 2021.

Det ble videre forskriftsfestet at enkelte overtredelser kunne straffes med bot og bare når overtredelsen var skjedd uten rimelig grunn, for eksempel overtredelse av krav om testing for de som hadde oppholdt seg i Storbritannia icCovid-19-forskriften § 4 b fra 22. desember 2020. Smittevernloven § 8-1 gjaldt uten tilpasninger for kommunale forskrifter og enkeltvedtak.

Etter behandling av Prop. 203 LS (2020-2021) bestemte smittevernloven § 8-1 at overtredelse av § 4A-2 om bruk av koronasertifikat som dokumentasjon for andre formål enn loven åpnet for, ikke skulle straffes. Departementet foreslo deretter i Prop. 10 L (2021-2022) å flytte skyldkravet og strafferammen på seks måneder for overtredelse av covid-19-forskriften opp i loven, og samtidig presisere at det kunne bestemmes lavere strafferamme og nærmere vilkår for straffbarhet i forskrift. Ved lovendring 29. november 2021 lød § 8-1 nytt andre ledd slik:

> «Forsettlig eller grovt uaktsom overtredelse av bestemmelser i forskrift som har til formål å hindre eller motvirke overføring av SARS-CoV-2, straffes med bot eller fengsel inntil 6 måneder når det i forskriften er bestemt at slik overtredelse er straffbar. Det kan for

slike bestemmelser også fastsettes i forskrift lavere strafferammer og at overtredelse bare er straffbart på nærmere vilkår.»

Bestemmelsene var midlertidige og ble opphevet 1. juli 2023.

Under koronapandemien ble det normalt reagert med bøter ved brudd på smittevernlovgivningen, for eksempel ved brudd på karanteneplikten. Det var imidlertid også enkelte eksempler på at alvorlige gjentatte brudd på karanteneplikten ga grunnlag for ubetinget fengselsstraff. Riksadvokaten ga retningslinjer for politiets og påtalemyndighetens håndheving av smittevernloven og forskrifter gitt med hjemmel i loven. Se «Konavirus (Covid-19) – Riksadvokatens retningslinjer og direktiver – oppdatert 20. mars 2020». Politiet søkte i tråd med politiloven § 6 første ledd som hovedregel å løse oppdraget først og fremst ved å gi råd og veiledning om gjeldende regler og eventuelt opplyse om straffetrusler der det var relevant. Straffeforfølgning var primært aktuelt for de mest alvorlige overtredelsene. Riksadvokaten la til grunn i sin oppdatering 6. november 2020 av de midlertidige direktivene for straffesaksbehandlingen under pandemien, at politiet i større utstrekning burde prioritere strafferettslig håndhevelse av smittevernbestemmelsene, også de lokalt vedtatte. Det ble vist til at borgerne da hadde forholdt seg til smittevernregler over tid og til den utfordrende smittesituasjonen.

Ifølge Politidirektoratets STRASAK-rapport for 2021 av 15. mars 2022, ble det registrert nærmere 3 000 covid-19-relaterte lovbrudd i løpet av 2021, mot 790 anmeldelser i 2020. Av covid-19-relaterte anmeldelser i 2021 dreide 83 prosent seg om ulike brudd på smittevernlovgivningen, for eksempel brudd på karanteneregler eller overstigning av antallsbegrensningene for private og offentlige forsamlinger.

25.3.3 Andre land

Den danske epidemiloven § 66 regulerer straff for overtredelse av vedtak etter epidemiloven. Overtredelse av regler som fastsettes med hjemmel i loven kan straffes med bøter eller fengsel i inntil 6 måneder. Det samme gjelder overtredelse av individuelle vedtak om undersøkelser, innleggelse, isolasjon, behandling og rensing av personer, samt overtredelse av forbud mot å oppholde seg på et bestemt sted eller avsperret område. Bøter kan gis til de som ikke overholder påbud om å registrere eller oppgi opplysninger.

Dansk straffelov § 192 første ledd rammer det å volde fare for at smittsom sykdom vinner inngang eller utbredelse blant mennesker, ved å overtre regler i særlovgivningen med tilhørende forskrifter som er gitt til forebygging av slik sykdom. Strafferammen er fengsel inntil 3 år. § 192 andre ledd omhandler kvalifisert overtredelse, og strafferammen er her fengsel inntil 6 år. Fjerde ledd rammer uaktsomme overtredelser, og her er strafferammen bot eller fengsel inntil 6 måneder.

I Sverige er det i brottsbalken 13 kap. 7 § – i kapittelet om allmennfarlige forbrytelser – en fellesbestemmelse for «spridande av gift eller smitta». For smittealternativet kreves det at det fremkalles allmenn fare for menneskers liv eller helse gjennom å overføre eller spre en alvorlig sykdom. Strafferammen er fengsel inntil 6 år. Grov overtredelse rammes med fengsel fra 4 til 10 år, eller livstid. Ved vurderingen av om det foreligger grov overtredelse, skal det særlig tas hensyn til om overtredelsen er skjedd «med uppsått att

skada annan till liv eller hälsa eller om många människor utsatts för fara». Smittskyddslagen (2004:168) inneholder ikke straffebestemmelser.

25.3.4 Departementets vurderinger og forslag

25.3.4.1 Behovet for straffebestemmelse

Straff i smittevernsammenheng ble drøftet i NOU 1990: 2 kapittel 16 og Ot.prp. nr. 91 (1992-1993) punkt 8.1. Helsedirektoratet og departementet tok utgangspunkt i at det antatt viktigste virkemiddelet i smittevernet er befolkningens kunnskap og tillit til nødvendigheten av tiltak. Oppnåelse av frivillig medvirkning er viktig.

Hvorvidt et smitteverntiltak skal gis som en anbefaling eller som en handlingsplikt i forskrift kombinert med straffesanksjon, må alltid vurderes i det konkrete tilfelle. Innbyggernes frivillige medvirkning skal være et moment i nødvendighetsvurderingen når tiltak iverksettes og det minst inngripende tiltaket skal vurderes først. Det innebærer at man først må vurdere om anbefalinger vil være tilstrekkelig for å oppnå nødvendig etterlevelse. Se omtale i punkt 8.5 om valget mellom anbefaling og forskriftsfestet plikt.

På den annen side kan bruk av straff i tilknytning til lovhjemlede smitteverntiltak være nødvendig for å sette en tydelig grense for det akseptable. Utenom de situasjonene hvor smittevernloven gir adgang til bruk av tvang overfor enkeltpersoner til gjennomføringen av smitteverntiltak, vil det være viktig å kunne stanse faren for eller overføringen av smittsomme sykdommer når en bestemmelse i eller i medhold av smittevernloven blir overtrådt. En straffemulighet kan være nødvendig for eksempel ved vedvarende eller alvorlige overtredelser av påbud eller forbud gitt av hensyn til smittevernet. Helsedirektoratet påpekte at bruk av straff i slike tilfeller ikke nødvendigvis vil skape et motsetningsforhold mellom det viktige tillitsskapende arbeidet som helsemyndighetene ellers må bygge hoveddelen av smittevernarbeidet på. Bruk av straff i tilknytning til smittevernlovens smitteverntiltak kan ha en reell allmenn og individuell preventiv betydning. Departementet legger til grunn at disse betraktningene også er relevante i dag.

Både Straffelovkommisjonen og departementet har tidligere i Ot.prp.nr. 22 (2008-2009) punkt 4.14.1 vurdert at det er behov for en egen straffebestemmelse i smittevernloven for overtredelser av forbud og plikter etter loven, uavhengig av om de er så alvorlige at de rammes av straffeloven §§ 237 og 237 a om overføring av smitte.

Strafferegelene har blant annet til formål å styrke respekten for smittevernlovens regler. I tillegg til dette er det behov for regler som kan sikre at de nødvendige smitteverntiltak faktisk blir gjennomført. Departementet mener at det av hensyn til å sikre etterlevelse av smitteverntiltak er nødvendig å kunne straffe overtredelse av både smittevernloven og forskrifter og enkeltvedtak med hjemmel i loven. Departementet foreslår derfor å videreføre bestemmelser om straff for overtredelse av loven og vedtak truffet med hjemmel i loven i forslag til ny smittevernlov § 12-1.

Videre legger departementet til grunn at forskrifter om plikter og forbud gitt med hjemmel i lovens bestemmelser klargjør straffansvaret nærmere for å gi straffetrusselen nødvendig

tiltenkt effekt. Utformingen av straffebestemmelser i forskrift må ivareta kravene til språklig klarhet som det strafferettslige lovkravet forutsetter.

25.3.4.2 Skyldkrav og strafferamme

Før 1. oktober 2015 regulerte straffeloven 1902 §§ 156 og 357 straff ved overtredelse av smittevernloven eller vedtak fattet med hjemmel i smittevernloven. Smittevernloven § 8-1 viste til disse bestemmelsene.

Straffeloven § 156 rammet overtredelser som innebar fare for at en smittsom sykdom finner inngang eller alminnelig utbredelse blant mennesker eller husdyr. Skyldkravet var forsett og at gjerningspersonen visste om faren. Strafferammen var bøter eller fengsel inntil 2 år, men inntil 4 år dersom noe menneske omkom eller fikk betydelig skade på legeme eller helbred. Straffeloven § 357 rammet mindre alvorlige overtredelser som ikke oppfylte kravet til fare og kunnskap om faren. Skyldkravet var forsett, men uaktsomme unnlatelser kunne også straffes. Strafferammen var bøter eller fengsel inntil 3 måneder.

Fra 1. oktober 2015 ble straffeloven §§ 156 og 357 opphevet og delvis videreført i smittevernloven § 8-1. Smittevernloven § 8-1 bestemmer nå at forsettlig eller uaktsom overtredelse av loven eller vedtak gitt med hjemmel i loven straffes med bot eller fengsel inntil 2 år, men bot eller fengsel inntil 4 år dersom overtredelsen har tap av menneskeliv eller betydelig skade på kropp eller helse som følge. Strafferammen for uaktsomme og mindre alvorlige overtredelser av smittevernloven ble derfor utvidet fra 3 måneder til 2 eller 4 år. Departementet omtalte dette slik i Ot.prp. nr. 22 (2008-2009) punkt 4.14.1:

> «Departementet mener at skyldkravet bør være det samme som for straffeloven 2005 §§ 237-238, slik at det også her kreves forsett eller simpel uaktsomhet.
>
> Straffelovkommisjonen har ikke vurdert hvilke strafferammer bestemmelsen i smittevernloven bør ha. Departementet legger for sin del til grunn at gjeldende strafferammer i straffeloven 1902 § 156 bør videreføres. Den ordinære strafferammen blir etter forslaget dermed bot eller fengsel inntil 2 år, men strafferammen skjerpes med fengsel inntil 4 år dersom noen omkommer som følge av handlingen eller får betydelig skade på kropp eller helse».

I de spesielle merknadene til § 8-1 uttaler departementet at «[d]ette tilsvarer strafferammene etter straffeloven 1902 § 156, og det er ikke meningen å endre straffutmålingsnivået». Utvidelsen av strafferammen for uaktsomme overtredelser verken omtales eller begrunnes, noe som tilsynelatende skyldes at det ikke er tatt høyde for at smittevernloven § 8-1 omfatter overtredelser som tidligere ble regulert av enten straffeprosessloven 1902 §§ 156 eller 357.

Departementet vurderer her behovet for å regulere strafferammen i smittevernloven § 8-1 ulikt for forsettlig og uaktsom overtredelse av loven og vedtak fattet i medhold av loven.

Strafferammen bør enten være så vid at den gir adgang til å sette en mild straff for de mest bagatellmessige overtredelser og samtidig en streng nok straff for de mest alvorlige overtredelser, eller være regulert ulikt for alvorlige og mindre alvorlige overtredelser. Se Justis- og beredskapsdepartementets veiledning «Lovteknikk og lovforberedelse» punkt 9.3.8. Domstolene har innenfor den gjeldende strafferammen stor frihet til å utmåle straffen etter en helhetsvurdering, hvor skyldgrad og en rekke formidlende og skjerpende

omstendigheter kan tas i betraktning. Det er derfor ikke gitt at straffene vil bli strengere ved en felles strafferamme for forsettlige og uaktsomme overtredelser enn ved en delt regulering. På den annen side kan ulike strafferammer for forsettlige og uaktsomme overtredelser av påbud eller forbud gi befolkningen bedre veiledning om konsekvensene av overtredelser og at det er en vesentlig forskjell på uaktsomme og forsettlige overtredelser.

Departementet foreslår å videreføre gjeldende bestemmelser om strafferammen i forslag til ny smittevernlov § 12-1, slik at forsettlig eller uaktsom overtredelse av bestemmelser som er gitt i eller i medhold av loven straffes med bot eller fengsel inntil 2 år. Dersom overtredelsen har tap av menneskeliv eller betydelig skade på kropp eller helse som følge, er straffen bot eller fengsel inntil 4 år.

Departementet ber høringsinstansene om særskilt å gi innspill på om det bør innføres en egen strafferamme for uaktsomme overtredelser. Det kan for eksempel være aktuelt å sette den øvre strafferammen for uaktsomme overtredelser av smittevernloven til minimum bøter eller fengsel i inntil 3 måneder, slik rettstilstanden var før 1. oktober 2015. Det kan også vurderes om grovt uaktsom overtredelse bør straffes med bøter eller fengsel inntil 6 måneder, i lys av at de mer alvorlige bruddene på straffeloven § 237 ved grovt uaktsom smitteoverføring straffes med bot eller fengsel inntil 1 år og at uaktsom overtredelse straffes med inntil 6 måneder fengsel i dansk rett.

Dersom det ved en ny alvorlig smittesituasjon skulle oppstå behov for å endre strafferammen for overtredelser av loven eller forskrifter gitt med hjemmel i loven eller endre vilkårene for straffskyld, mener departementet at det bør fremmes forslag om lovendring hvor behovet begrunnes og konsekvensene beskrives. Departementet ser derfor ikke behov for å foreslå en permanent fullmakt som gir Kongen hjemmel til i forskrift å bestemme at overtredelser av påbud i forskrift ikke er straffbart, bare er straffbart på nærmere vilkår eller har annen strafferamme enn det smittevernloven § 12-1 bestemmer.

25.3.4.3 Hvilke bestemmelser bør ikke straffesanksjoneres?

25.3.4.3.1 Plikter for en person som er smittet med en allmennfarlig smittsom sykdom

Overtredelse av gjeldende smittevernlov § 5-1 kan ikke straffes etter gjeldende smittevernlov § 8-1. Smittevernloven § 5-1 gjelder smittedes plikter til å gi beskjed til lege, oppsøke lege for undersøkelser, gi informasjon og å ta imot og følge personlig smittevernveiledning. Begrunnelsen for å unnta overtredelse av bestemmelsen fra straff er ifølge Ot.prp. nr. 91 (1992-1993) punkt 5.1 å unngå «at enkelte unnlater å oppsøke helsevesenet, for eksempel av frykt for å bli straffet dersom de unnlater å oppgi smittekilder, og således fortsetter å representere en smittefare». Departementet foreslår med samme begrunnelse å videreføre dette unntaket i forslag til ny smittevernlov § 12-1.

25.3.4.3.2 Plikter som omfattes av helsepersonellovgivningen

Unntaket for straff etter smittevernloven § 8-1 for «plikter som omfattes av helsepersonellovgivningen» var ikke drøftet eller inkludert i lovforslaget i Ot.prp. nr. 91 (1992-1993). Stortinget rakk ikke å behandle lovforslaget før Stortingets oppløsning.

Regjeringen måtte derfor fremme lovforslaget på nytt i Ot.prp. nr. 28 (1993-1994). Ifølge proposisjonen skulle lovforslaget være identisk med det tidligere lovforslaget, men inneholdt likevel et nytt unntak fra straff for «plikter som omfattes av helselovgivningen» i § 8-1. I NOU 1990: 2 punkt 16.4.2 hadde Helsedirektoratet foreslått en egen straffebestemmelse for helsepersonell fordi deres plikter etter loven var av så stor samfunnsmessig betydning at det burde avspeiles i strafferammen. Forslaget var at «helsepersonell som forsettlig eller uaktsomt overtrer denne loven eller en bestemmelse gitt i medhold av den, straffes med bøter eller med fengsel i opptil ett år». Til sammenligning, kunne overtredelse av legeloven § 53 den gang straffes med bot eller fengsel i inntil 3 måneder.

Den språklige forståelsen av at «plikter som omfattes av helsepersonellovgivningen» ikke skal straffes etter § 8-1, tilsier at overtredelsen ikke skal straffes etter smittevernloven når helsepersonell har brutt plikter som følger av både smittevernloven og helsepersonelloven. Dette kan blant annet gjelde brudd på kravet til forsvarlighet, til å yte øyeblikkelig hjelp, til å gi informasjon og til å overholde taushetsplikt, jf. helsepersonelloven §§ 4, 7 og 10 og kapittel 5. I disse tilfellene reguleres straffen i helsepersonelloven § 67.

Departementet foreslår å videreføre gjeldende rett på dette punktet, slik at straff og eventuelt andre sanksjoner vurderes etter helsepersonelloven. Departementet ser likevel behov for å tydeliggjøre hvilke av smittevernlovens bestemmelser som helsepersonell ikke kan straffes for overtredelse av etter forslag til ny smittevernlov § 12-1. Unntaket for «plikter som omfattes av helsepersonellovgivningen» vil derfor gjelde følgende bestemmelser:

- § 4-1 (gjeldende lov § 3-5) om legens plikt til å undersøke smittede personer
- § 4-2 (gjeldende lov § 3-6) om legens plikt til å foreta smitteoppsporing
- § 4-3 (gjeldende lov § 2-1) om informasjon og personlig smittevernveiledning til smittede personer
- § 4-4 (gjeldende lov § 2-2) om unntak fra taushetsplikt
- § 4-5 (gjeldende lov § 2-3) om meldingsplikt for leger og varslingsplikt for sykepleiere og jordmødre

25.3.4.3.3 Forskriftsfestet plikt til isolasjon, smittekarantene og andre begrensninger i bevegelsesfriheten

Gjeldende smittevernlov § 8-1 hjemler straff for overtredelse av forskrifter vedtatt med hjemmel i smittevernloven § 4-3 a om isolering, smittekarantene og andre begrensninger i bevegelsesfriheten for de som har forhøyet risiko for å smitte andre. Bestemmelsen i § 4-3 a er i hovedsak foreslått videreført i forslag til ny smittevernlov § 8-3.

Ved en allmennfarlig smittsom sykdom som for eksempel både smitter raskt og er svært dødelig, er det viktig at tiltak som isolering og smittekarantene etterleves raskt av så mange som mulig. Da kan det være nødvendig å sikre bedre etterlevelse ved å forskriftsfeste en straffesanksjonert plikt til isolasjon og smittekarantene i stedet for å gi anbefalinger. Hvis ikke, kan det bli nødvendig med andre strengere begrensninger for

blant annet sosial omgang eller virksomheter for alle deler av befolkningen. Denne vurderingen av behovet for å straffe overtredelse vil blant annet påvirkes av i hvilken fase av en alvorlig smittesituasjon man befinner seg, sykdommens karakter og erfaringer med etterlevelse i (deler av) befolkningen.

Folkehelseinstituttet har i høringsinnspill til forslag til smittevernloven § 4-3 a, se Prop. 127 L (2023-2024), vist til at det er ulemper med å straffe overtredelse av forskriftsfestet plikt til isolering og smittekarantene:

> «En viktig ulempe med å knytte straff til pålegget om isolering og karantene er at det kan avholde pasienter fra å undersøke seg, jf. smittevernloven § 5-1 første ledd, eller oppgi smittekontakter, jf. § 5-1 andre ledd. Isoleringen og karantene kan oppfattes som klart uheldig og ubehagelig, kanskje til og med som frihetsberøvelse og straff. 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.
>
> […]
>
> Dersom veiledningen har gått ut på isolering, har man hatt et ris bak speilet med muligheten for tvungen isolering etter smittevernloven § 5-3. Dette skjer sjeldnere enn fem ganger per år og har oss bekjent bare skjedd med pasienter med lungetuberkulose, fortrinnsvis med multiresistente bakterier.»

Det vil også kunne være vanskelig å bevise at en person visste eller burde vite at vedkommende var smittet eller hadde tilstrekkelig forhøyet risiko for å være smittet. Det kan være tilfellet når testresultat ikke er registrert (for eksempel fordi selvtest forutsettes benyttet) eller det av andre grunner ikke er klart at vedkommende er informert om smitte eller nærkontakter.

Departementet mener at ulemper med å knytte straff til et forskriftsfestet påbud om isolering eller smittekarantene ikke bør utelukke muligheten til å pålegge straff ved overtredelse. Det bør heller være slik at ulempene må inngå i en helhetsvurdering av om et straffesanksjonert påbud vil være et egnet og forholdsmessig tiltak. Kongen vil etter omstendighetene kunne vurdere at effekten på etterlevelsen i store deler av befolkningen mer enn oppveier ulempene. I så fall bør det være mulig å benytte straff.

Ved vurderingen av straffverdighet og om det skal reises påtale, vil det tas konkret stilling til bevissituasjonen. En forskriftsfestet plikt til isolasjon eller smittekarantene vil ikke kunne gjennomføres ved tvang, og kan prøves for domstolene. Det kan også være mulig å begrense en forskriftsfestet plikt til isolasjon eller smittekarantene slik at den rammer situasjoner hvor det er særlig stor sannsynlighet for at vedkommende er smittet, mens mer usikre situasjoner dekkes av anbefalinger. Dette kan være nødvendig for å ivareta legalitetsprinsippet og kravet til klar utforming av vilkårene for straffbar overtredelse. Utfordringer med å bevise overtredelse bør derfor ikke være til hinder for at det kan pålegges straffesanksjonert plikt til isolasjon og smittekarantene.

Departementet foreslår derfor å videreføre hjemmelen til å straffe overtredelse av forskriftsfestede påbud etter forslag til ny smittevernlov § 8-3 om isolasjon, smittekarantene eller andre begrensninger i bevegelsesfriheten.

25.3.4.3.4 Bruk av dokumentasjon for test, gjennomgått sykdom eller vaksinasjon

Smittevernloven § 8-1 tredje ledd bestemte før opphevelsen 1. juli 2023 at det ikke var straffbart å overtre forbudet i § 4A-2 første ledd om at «ingen kan forskjellsbehandles på grunnlag av at de ikke kan fremvise koronasertifikat, med mindre bestemmelser i eller i medhold av lov gir adgang til dette».

Departementet foreslår i punkt 20.7.6.2 en generelt utformet bestemmelse som tilsvarer den tidligere § 4A-2 i forslag til ny smittevernlov § 8-10 andre ledd. Forslaget innebærer at ingen kan forskjellsbehandles på grunnlag av at de ikke kan fremvise dokumentasjon om vaksinasjonsstatus, gjennomgått sykdom eller testresultat som Kongen har gitt forskrifter om, med mindre bestemmelser i eller i medhold av lov gir adgang til dette. Det skal derfor ikke være tillatt å kreve fremvisning av offentlige sertifikatløsninger eller annen dokumentasjon regulert av Kongen for at personer skal kunne være til stede på arbeidsplasser eller benytte tilbud.

Departementet foreslår at overtredelse av forbudet mot forskjellsbehandling basert på dokumentasjon som Kongen har gitt forskrifter om, skal være belagt med straff etter forslag til ny smittevernlov § 12-1. Departementet legger avgjørende vekt på at straff kan være nødvendig for å forhindre ulovlig bruk av sensitive personopplysninger og diskriminering av arbeidstakere i strid med diskriminerings- og likestillingsloven og arbeidsmiljøloven.

25.3.4.3.5 Plikter for kommuner, fylkeskommuner og andre offentlige organer

I NOU 1990: 2 drøftet Helsedirektoratet i punkt 16.4.3 om det burde gjelde et straffansvar etter smittevernloven for kommuner, fylkeskommuner eller andre offentlige myndigheter som var tillagt myndighet og plikter etter loven. Direktoratet viste til eksempler som kommunenes plikt til å gjennomføre det statlige programmet for vaksinering og plikt til å holde beredskap mot alvorlig utbrudd av allmennfarlig smittsom sykdom. Når det gjelder plikt til å yte smittevernhjelp til befolkningen, vil manglende oppfyllelse kunne påklages eller bringes inn for domstolene. Helsedirektoratet mente den gang at det ikke var hensiktsmessig å ilegge straff etter smittevernloven, men inntok ikke et unntak i forslaget til lovbestemmelse. Departementet drøftet heller ikke unntak.

Departementet mener at straff ikke er et egnet virkemiddel for å sikre etterlevelse av de pliktene som smittevernloven pålegger offentlige organer. Etterlevelse ivaretas og følges opp ved planlegging, samarbeid, tilsyn, tilpasning av organisering og bevilgning av ressurser. Straff for kommunale, fylkeskommunale eller statlige organer vil trolig ha liten eller ingen preventiv effekt. Ansatte vil kunne straffes for grov uaktsom tjenestefeil etter straffeloven § 172.

Departementet foreslår derfor at smittevernlovens straffebestemmelse ikke skal gjelde for overtredelse av plikter etter ny smittevernlov kapittel 2 om ansvar for kommunene, kommuneoverlegen, regionale helseforetak, statsforvalteren, smittevernnemnda, Folkehelseinstituttet, Helsedirektoratet og Statens helsetilsyn, samt om bistandsplikt for andre myndigheter.

Departementet foreslår videre at smittevernlovens straffebestemmelse ikke skal gjelde departementets og kommunens plikter i kapittel 3 om nasjonalt vaksinasjonsprogram, vaksineforsyning og vaksineberedskap.

25.3.4.3.6 Bestemmelser som ikke pålegger plikter eller er egnet for straff

Kapittel 1 om innledende bestemmelser pålegger ikke plikter.

Departementet legger til grunn at en helseinstitusjons krav om at en pasient skal la seg undersøkelse etter forslag til ny smittevernlov § 5-6 (gjeldende § 3-3), ikke innebærer at pasienten pålegges en plikt som kan straffesanksjoneres eller gjennomføres ved tvang.

Forslaget til ny smittevernlov 5-9 om dekning av tjenester og tiltak pålegger ikke plikt.

Bestemmelsene i forslag til ny smittevernlov kapittel 6 (gjeldende kapittel 5) om vedtaksmyndighetens saksbehandling og gjennomføring av vedtak om tvang overfor smittede personer er ikke egnet for straff. Dette gjelder forslag til ny smittevernlov §§ 6-4 til 6-9 (gjeldende §§ 5-4 til 5-9).

Bestemmelsene i §§ 7-3, 8-4 og 9-6 om avgrensning av smitteverntiltak ut fra forhold som har betydning for om en person er smittet eller smittsom, gjelder utformingen av smitteverntiltak. Straff bør knyttes til overtredelse av de konkrete forskriftsfestede smitteverntiltakene med hjemmel i bestemmelsene i kapitlene 7, 8 og 9.

Bestemmelsene i forslag til ny smittevernlov kapittel 11 om derogasjon og kapittel 13 om straff mv. er ikke egnet for straff.

25.3.4.3.7 Positiv opplisting i straffebestemmelsen

Departementets gjennomgang ovenfor av behovet for unntak i forslag til straffebestemmelse i ny smittevernlov § 12-1 viser at det er behov for så mange unntak at det synes mest hensiktsmessig heller å liste opp de bestemmelsene som det kan knyttes straff til.

Departementet foreslår at overtredelse av følgende bestemmelser i smittevernloven, eller vedtak med hjemmel i bestemmelsene (forskrifter eller enkeltvedtak), skal kunne straffes etter forslag til ny smittevernlov § 12-1:

- § 5-3 (gjeldende § 4-2) om forbud mot utførelse av arbeid
- § 5-4 (gjeldende § 3-1) om forskrifter om undersøkelse av befolkningen
- § 5-5 (gjeldende § 3-2) om forhåndsundersøkelse av arbeids- og utdanningssøkere, undersøkelse av arbeidstakere og personer under utdanning mv.
- § 5-7 (gjeldende § 3-4) om forskrifter om undersøkelse av gravide
- § 6-2 (gjeldende § 5-2) unndragelse fra tvungen legeundersøkelse – innleggelse til undersøkelse og kortvarig isolering
- § 6-3 (gjeldende § 5-3) unndragelse fra tvungen isolering på sykehus
- Bestemmelsene i kapittel 7 om kommunale smitteverntiltak:
    - § 7-1 (gjeldende § 4-1) om begrensninger i den sosiale omgangen
    - § 7-2 (gjeldende § 4-1) om avsperring av områder

    - § 7- 4 (gjeldende § 4-1) om rengjøring, desinfeksjon, avlivning mv.
    - § 7-6 (gjeldende § 4-1) kommuneoverlegens hastevedtak
    - § 7-8 (gjeldende § 4-6) om gravferd og transport av lik
- Bestemmelsene i kapittel 8 om statlige smitteverntiltak:
    - § 8-1 (gjeldende § 4-1) om begrensninger i den sosiale omgangen
    - § 8-2 (gjeldende § 4-1) om avsperring av områder
    - § 8-3 (gjeldende § 4-3 a) om isolering, smittekarantene og andre begrensninger i bevegelsesfriheten
    - § 8-4 (gjeldende § 4-4) om transport av smittefarlig materiale
    - § 8-5 (gjeldende § 4-6) om gravferd og transport av lik
    - § 8-6 (gjeldende § 4-7) om helsetjenesteassosierte infeksjoner
    - § 8-7 (gjeldende § 4-8) om informasjonsplikt for massemedier og samferdsel
    - § 8-8 (gjeldende § 4-1) om rengjøring, desinfeksjon, avlivning mv.
    - § 8-10 om dokumentasjon ved avgrensning etter § 8-9
- Bestemmelsene i kapittel 9 om smitteverntiltak for å motvirke at smittsomme sykdommer føres inn i landet eller spres til andre land:
    - § 9-1 (gjeldende § 4-3) om smitteverntiltak overfor personer ved inn- og utreise
    - § 9-2 (gjeldende § 4-3) om bestemt oppholdssted for karantene ved samfunnskritisk sykdom
    - § 9-3 (gjeldende§ 4-3) om innreiserestriksjoner for utlendinger ved samfunnskritisk sykdom
    - § 9-4 (gjeldende § 4-3) om smitteverntiltak overfor dyr, transportmidler, varer og gjenstander
- § 10-1 (gjeldende § 3-7) om kartleggingsundersøkelse og metodeutprøving
- § 10-3 om unntak fra taushetsplikt og utbruddsregistre.

25.4 Klage over vedtak

Smittevernloven § 8-3 bestemmer at statsforvalteren avgjør klage over kommunalt eller interkommunalt vedtak såfremt ikke noe annet er bestemt i loven.

Smittevernloven § 4-2 tredje ledd om klage på vedtak om forbud mot utførelse av arbeid mv. bestemmer at Helsedirektoratet er klageinstans når statsforvalteren har vært med i første instans, og § 5-9 innebærer at smittevernnemndas tvangsvedtak overfor smittede personer etter kapittel 5 kan bringes inn for tingretten.

Det er bare mulig å klage på enkeltvedtak, ikke forskrifter. Reglene i forvaltningsloven kapittel VI om klage og omgjøring gjelder.

Statsforvalteren kan prøve alle sider av et vedtak som det klages over, også skjønnsmessige hygieniske og medisinske forhold.

Departementet foreslår å videreføre gjeldende smittevernlovs bestemmelser om klage §§ 4-2, 5-9 og 8-3, i forslag til ny smittevernlov §§ 5-3, 6-9 og 12-2.

25.5 Gjennomføring og utfylling

Gjeldende smittevernlov § 8-4 bestemmer at «[d]epartementet kan gi forskrifter til gjennomføring og utfylling av denne loven». Bestemmelsen er benyttet som hjemmel for en rekke forskrifter, men alltid sammen med andre lovhjemler.

Departementet mener at hjemmel for forskrifter om gjennomføring og utfylling av loven så langt som mulig bør følge av de enkelte lovbestemmelsene og knyttes til mer konkrete behov for presiseringer enn det som er mulig med en generell hjemmel for «gjennomføring og utfylling» av loven. En generell forskriftsfullmakt vil etter sin ordlyd ikke kunne benyttes til å pålegge plikter eller gi rettigheter som ikke allerede er hjemlet i loven. Den må også tolkes med de begrensningene som følger av de grunnleggende kravene til medisinskfaglig begrunnelse, nødvendighet og forholdsmessighet. Det vil likevel kunne være vanskelig å på forhånd vurdere rekkevidden av fullmakten. Departementet er videre usikker på behovet for en slik sikkerhetsventil.

Departementet foreslår derfor ikke å videreføre gjeldende smittevernlov § 8-4 i ny lov.

Vi ber om høringsinstansenes syn på hvilke nødvendige forskrifter som eventuelt ikke lenger vil kunne hjemles i smittevernloven, dersom bestemmelsen ikke videreføres.

25.6 Ikrafttredelse

Departementet legger med denne høringen av ny smittevernlov til rette for at et lovforslag vil kunne fremmes for Stortinget til behandling våren 2027, og derfor at et lovvedtak vil kunne tre i kraft tidligst 1. januar 2028 Tidspunktet for ikrafttredelse vil avhenge av en konkret vurdering. Det kan også tenkes at enkelte bestemmelser bør tre i kraft senere enn andre.

Departementet foreslår derfor at lovforslaget § 12-3 bestemmer at loven trer i kraft fra den tid Kongen bestemmer, og at Kongen kan sette i kraft de enkelte bestemmelsene til forskjellig tid.

25.7 Overgangsbestemmelser

Det er gitt en rekke forskrifter med hjemmel i smittevernloven. Departementet vil ta sikte på å gjennomgå disse og vedta nye forskrifter med hjemmel i ny lov innen den settes i kraft. Det er likevel behov for særskilt regulering av forskriftenes gyldighet for det tilfellet at et slikt arbeid vil ta lenger tid. Det vil også kunne fattes enkeltvedtak etter smittevernloven helt frem til det tidspunktet ny smittevernlov trer i kraft. Disse enkeltvedtakene må fortsatt kunne bli stående når loven de er hjemlet i oppheves.

Departementet foreslår derfor at ny smittevernlov § 12-4 skal bestemme at forskrifter og enkeltvedtak med hjemmel i lov 5. august 1994 nr. 55 om vern mot smittsomme sykdommer også gjelder etter at forslaget til ny smittevernlov har trådt i kraft.

Departementet foreslår også at Kongen i forskrift kan fastsette overgangsordninger i forbindelse med at loven trer i kraft.

26 Endringer i andre lover

Det foreslås en teknisk endring i pasientskadeloven § 3 andre ledd som følge av at departementet i høringsnotatet kapittel 12 foreslår å fjerne hjemmelen til å påby vaksinasjon. Pasientskadelovens særskilte regulering av skade etter anbefalte vaksinasjoner gjelder vaksiner som inngår i nasjonalt vaksinasjonsprogram fastlagt etter ny lov § 3-1. Dette presiseres i bestemmelsen.

Innføring av en ny smittevernlov med ny kapittel- og paragrafinndeling vil kreve endringer for å sørge for riktige lovhenvisninger og sammenfallende begrepsbruk i en rekke regelverk. Forslag til slike endringer i lov og forskrift er ikke tatt inn i høringsforslaget. Departementet vil komme tilbake til dette i forbindelse med oppfølgingen av høringen.

27 Økonomiske og administrative konsekvenser

27.1 Administrative og økonomiske konsekvenser av loven som helhet

Dagens smittevernlov fra 1994 er både en lov som regulerer det daglige smittevernarbeidet utenom kriser og en beredskapslov med fullmaktshjemler som kommer til anvendelse ved lokale smittevernutbrudd, epidemier og pandemier. Loven skal fungere i de mange og ofte høyst ulike situasjonene som kan oppstå. Loven er derfor generell og gjelder i utgangspunktet alle smittsomme sykdommer. Videre omfatter loven både person-, objekt- og miljørettede tiltak. Loven hjemler både rettigheter og plikter for smittede personer som går utover de vanlige pasientrettighetene.

De siste årene er det utarbeidet en rekke stortingsmeldinger, offentlige utredninger, rapporter eller andre typer dokumenter som omhandler helseberedskaps- og smittevernarbeidet i Norge. Gjennom disse har regulering, organisering og utøvelse av smittevernarbeidet blitt belyst. Ikke minst har myndighetenes samlede håndtering av pandemien blitt grundig evaluert. I disse arbeidene har det blitt foreslått en rekke større eller mindre endringer i regelverket, men også endringer i hvordan man organiserer og utfører smittevernarbeidet.

Det er etter departementets oppfatning behov for å foreslå endringer i flere bestemmelser i dagens smittevernlov, inkludert sentrale bestemmelser om smitteverntiltak, vilkår for innføring av smitteverntiltak og hvem som skal kunne vedta disse. Det er også behov for å endre systematikk og kapittelinndeling i loven, noe som forutsetter flytting og omnummerering av paragrafer i store deler av loven. I tillegg er det behov for å oppdatere og endre begrepsbruk som medfører en rekke tekniske endringer. Samlet sett tilsier dette at smittevernloven foreslås som en ny lov, fremfor at det foreslås en rekke endringer i gjeldende lov. Departementet foreslår på denne bakgrunn å erstatte smittevernloven av 1994 med en ny smittevernlov.

De grunnleggende prinsippene i smittevernloven av 1994 videreføres med dette forslaget. Dette innebærer blant annet at smittevernhjelp skal være gratis og som klar hovedregel basere seg på frivillighet og medvirkning. Loven regulerer både individrettede og befolkningsrettede tiltak, vaksinering og vaksinasjonsprogrammet. Forslaget innebærer også at smittevernlovens adgang til å utfylle, supplere eller fravike lov ved forskrift innenfor strenge vilkår videreføres.

Smittevernarbeidet skal fortsatt som hovedregel skje i kommunene. Kommunene og staten skal videreføres som de to sentrale nivåene i smittevernarbeidet, og begge skal kunne fastsette befolkningsrettede smitteverntiltak. Både under og etter pandemien har offentlig debatt vist betydningen av parlamentarisk kontroll med regjeringens arbeid. Dette er også påpekt av Koronautvalget og Koronakommisjonen. Lovforslaget innebærer derfor at forholdet mellom regjeringen og Stortinget i kriser tydeliggjøres og styrkes. Lovgivning som sikrer effektiv og hensiktsmessig parlamentarisk kontroll, vil bidra til økt tillit og oppslutning om tiltak i kriser. Forslaget til ny smittevernlov bidrar derfor til kunnskap og

klarhet om hva regjering og departement selv kan beslutte innenfor eksisterende hjemler og når det skal gjennomføre ordinære lovprosesser.

Forslaget til ny smittevernlov vil opprettholde evnen til å reagere på en fremtidig alvorlig smittesituasjon med forholdsmessige og rettidige tiltak. Forslaget innebærer imidlertid ikke utvidede plikter for befolkningen, kommunene, det enkelte helse- og omsorgspersonell eller øvrige aktører, eller økt behov for helsepersonellressurser. Forslagene i seg selv har derfor ikke økonomiske eller administrative konsekvenser. Iverksettelse av de tiltakene loven gir hjemmel til å vedta vil, på samme måte som etter dagens smittevernlov, likevel kunne ha til dels betydelige konsekvenser. Det er ikke mulig å beregne konsekvensene av eventuelle tiltak som settes inn i forkant. Dette vil avhenge av situasjonen som har oppstått og de konkrete tiltakene som settes i verk enkeltvis eller samlet. De økonomiske og administrative konsekvensene vil derfor på vanlig måte måtte utredes og tas i betraktning før iverksetting av tiltak etter loven.

27.2 Kapittel 1: Innledende bestemmelser

I lovutkastet kapittel 1 foreslås regler om lovens formål, virkeområde, definisjoner, grunnleggende krav til smitteverntiltak og en forskriftshjemmel for departementet til å fastsette forskrift om hvilke sykdommer som er allmennfarlige smittsomme sykdommer.

Forslagene har ingen økonomiske eller administrative konsekvenser av betydning.

27.3 Kapittel 2: Administrative organer og deres ansvar

I lovutkastets kapittel 2 foreslås regler om ulike administrative organers ansvar og oppgaver etter smittevernloven. Se vurdering i høringsnotatets kapittel 11. Departementet foreslår i hovedsak å videreføre gjeldende regulering. Forslagene har ingen økonomiske eller administrative konsekvenser av betydning.

Presiseringen av statsforvalterens ansvar innebærer ikke nye oppgaver, men kan bidra til ikere praksis. Dersom en fremtidig smittesituasjon krever at statsforvalteren må utføre oppgaver som krever betydelig økte ressurser, må bevilgning av midler til dette vurderes konkret. Det er ikke mulig å beregne konsekvensene i forkant, ettersom behovene vil avhenge av de konkrete oppgavene og omfanget av dem. De økonomiske og administrative konsekvensene må derfor på vanlig måte utredes og tas i betraktning før iverksetting av tiltak etter loven.

27.4 Kapittel 3: Vaksinasjon

I lovutkastets kapittel 3 foreslår departementet bestemmelser om vaksinasjon. Se vurdering i høringsnotatets kapittel 12.

I hovedsak foreslår departementet at innholdet i gjeldende regulering av vaksinasjon videreføres og samles i et kapittel i ny smittevernlov. Imidlertid foreslås det at dagens hjemmel til å påby vaksinering fjernes, da denne hjemmelen ikke vurderes å være aktuell.

Som følge av at hjemmelen om vaksinasjonsplikt ikke videreføres, opphører også hjemmelen til å gi forskrifter om den nærmere gjennomføringen av slik vaksinering. Dersom spørsmålet om tvangsvaksinering likevel skulle oppstå i en fremtidig alvorlig smittesituasjon, bør Stortinget etter departementets vurdering ta stilling til behovet for eventuelle lovendringer.

Videreføring av gjeldende regulering av vaksinasjon og fjerning av hjemmel for tvangsvaksinering innebærer etter departementets vurdering ingen økonomiske eller administrative konsekvenser av betydning.

27.5 Kapittel 4: Helse- og omsorgstjenestens og helsepersonells plikter ved smitte

I lovutkastets kapittel 4 foreslår departementet i hovedsak å videreføre gjeldende bestemmelser om helse- og omsorgstjenestens og helsepersonells plikter ved smitte. Se vurdering i høringsnotatets kapittel 13.

Forslagene har ingen økonomiske eller administrative konsekvenser av betydning. En klargjøring av kommuneoverlegens adgang til å overta ansvar for undersøkelse, smitteoppsporing og smittevernveiledning ved samfunnskritisk sykdom vil kunne bidra til en administrativ forenkling.

27.6 Kapittel 5: Rett til smittevernhjelp og plikter for smittede personer

I lovutkastets kapittel 5 foreslår departementet. Se vurdering i høringsnotatets kapittel 14.i all hovedsak å videreføre gjeldende bestemmelser om rett til smittevernhjelp, plikter for smittede og plikt til å gjennomføre undersøkelser.

Forslagene har ingen økonomiske eller administrative konsekvenser av betydning.

Forslaget om at departementet i forskrift kan gjøre unntak fra smittedes plikt til å gi beskjed til lege, oppsøke lege for undersøkelse og gi opplysninger kan gjøres når smitten er så utbredt i samfunnet at det ikke er formålstjenlig at pliktene gjelder, legger til rette for bedre ressursbruk og mindre mobilitet i samfunnet.

Forslaget om at departementet i forskrift kan vedta at helseinstitusjoner har adgang til å fastsette krav om forhåndsundersøkelse som rutine for alle pasienter kan gi bedre beskyttelse for pasienter og helse- og omsorgstjenesten.

27.7 Kapittel 6: Tvangstiltak rettet mot smittede personer

I lovutkastets kapittel 6 foreslår departementet i all hovedsak å videreføre gjeldende regulering om tvangstiltak rettet mot smittede personer. Se vurdering i høringsnotatets kapittel 15.

Departementet foreslår imidlertid noen mindre justeringer fra gjeldende smittevernlov om gjennomføring av isolering på sykehus som bidrar til at Helsedirektoratet ikke må bruke

ressurser på å fatte godkjenningsvedtak, og at kommunene ikke må bruke ressurser på søknader om gjennomføring av isolasjon utenfor sykehus. Arbeidsbyrden og ressursbruken til Helsedirektoratet og kommunene vil kunne reduseres noe som følge av endringen.

27.8 Kapittel 7 og 8: Kommunale og statlige smitteverntiltak

Departementet foreslår i lovutkastets kapittel 7 og 8 å videreføre modellen med at både kommunene og staten (ved samfunnskritisk sykdom) kan vedta befolkningsrettede smitteverntiltak når det er nødvendig for å forebygge eller motvirke overføring av allmennfarlig smittsom sykdom. Kapitlene gjelder forskriftsregulering av isolering, smittekarantene og andre begrensninger i bevegelsesfriheten. De gjelder også krav til gjennomføring av møter og sammenkomster, avstand mellom personer, servering, åpningstider, hygienetiltak og andre tiltak som har til formål å begrense kontakten mellom mennesker. Videre omhandler de andre smitteverntiltak som krav til rengjøring, gravferd, informasjonstiltak og helse- og omsorgstjenestens håndtering av infeksjoner. Se vurdering i høringsnotatets kapitler 16, 17, 18, 19 og 21.

Forslagene har ingen økonomiske eller administrative konsekvenser av betydning.

Iverksettelse av de tiltakene loven gir hjemmel til å vedta vil, på samme måte som etter dagens smittevernlov, kunne ha betydelige konsekvenser for samfunnet. De økonomiske og administrative konsekvensene av smitteverntiltak må utredes konkret og tas i betraktning før de iverksettes i en fremtidig smittesituasjon.

De nye bestemmelsene gir flere eksempler på hvilke tiltak som kan være aktuelle og hvor de kan gjelde, men endrer ikke i nevneverdig grad gjeldende rett

Helsedirektoratets myndighet til å vedta smitteverntiltak for hele eller deler av landet legges til Kongen, med mulighet for å delegere myndigheten til departementet og underliggende organer innenfor rammen av Grunnloven § 28. Dette tydeliggjør regjeringens ansvar for å ta beslutninger om smitteverntiltak som kan ha store samfunnsmessige konsekvenser. Departementet legger til grunn at endringen ikke vil forsinke vedtak av nødvendige smitteverntiltak.

Lovforslaget presiserer at portforbud ikke kan vedtas med hjemmel i smittevernlovens ordinære fullmakter. Det samme gjelder begrensninger for domstolene, Stortinget og folkevalgte organer i kommuner og fylkeskommuner. Videre skal ikke kommunene kunne vedta begrensninger i kontakt mellom mennesker med virkning for de lokalene og arealene som Forsvaret, politiet og helseforetak har forbeholdt for sine ansatte, samarbeidende personell og pasientbehandling. Departementet legger til grunn at hensynet til smittevernet i disse tilfellene vil kunne ivaretas av virksomhetene selv, i dialog med kommune og smittevernmyndigheter.

Forslagene til regulering av myndigheten til å forskriftsfeste pålegg om isolering, smittekarantene, avsperring av områder og andre begrensninger i bevegelsesfriheten gir en tydeligere ansvarsdeling mellom stat og kommune.

Departementet foreslår å lovfeste hjemmel til å gi forskrifter om at personers vaksinasjonsstatus, gjennomgått sykdom eller resultat av test for sykdom kan inngå i avgrensningen av, eller gi unntak fra, smitteverntiltak som begrenser kontakt mellom mennesker. Det innebærer for eksempel at flere kan være til stede på sammenkomster hvor det stilles krav til negativ test, gjennomgått sykdom eller vaksinering. Det skal likevel bare kunne stilles krav om gjennomgått sykdom eller vaksinering når også testing er et reelt alternativ. Testkapasitet er et viktig hensyn når det skal vurderes om det er praktisk og teknisk mulig å benytte test til å avgrense smitteverntiltak. Krav om test eller gjennomgått sykdom i tilknytning til deltakelse på sammenkomster mv. innenlands kan medføre en økt etterspørsel etter undersøkelser, både for å dokumentere aktuell negativ smittestatus og for å dokumentere gjennomgått infeksjon som del av immunitet. Under koronapandemien ble PCR-undersøkelser for å avdekke viruset i det alt vesentligste utført på sykehusenes mikrobiologiske laboratorier, og utgjorde en tilleggsoppgave som kommer i konkurranse med pasientrettede kurative oppgaver. Testing som grunnlag for dokumentasjon vil derfor kunne øke belastningen på sykehuslaboratoriene, og påvirke kapasiteten til å understøtte pasientrettet virksomhet og til å kunne gi raske svar ved smittesporing ved nye smittebølger i Norge.

27.9 Kapittel 9: Smitteverntiltak for å motvirke at smittsomme sykdommer føres inn i landet mv.

I lovutkastets kapittel 9 foreslår departementet bestemmelser som gir hjemmel til å forskriftsfeste smitteverntiltak for å motvirke at smittsomme sykdommer føres inn i landet, spres i landet eller spres ut til andre land. Se vurdering i høringsnotatets kapittel 19.

Dette viderefører og presiserer i all hovedsak gjeldende rett og medfører ingen økonomiske eller administrative konsekvenser av betydning.

Forslagene om hjemmel til å gi forskrift om karantenehotell og gjennomføring av felles innreisetiltak for Schengen-områdets yttergrense, vil i seg selv ikke ha administrative og økonomiske konsekvenser, men anvendelse kan ha betydelige konsekvenser avhengig av hvilke tiltak som iverksettes. Se omtale i punkt 19.6. De økonomiske konsekvensene vil på vanlig måte måtte utredes og tas i betraktning før iverksetting av tiltak.

Under koronapandemien inngikk statsforvalterne avtaler med et antall kommuner om etablering av karantenehotell, blant annet ved større flyplasser og andre viktige grensepasseringssteder. Kommunene inngikk deretter avtaler med hoteller som kunne tilby de nødvendige tjenestene. Staten kompenserte kommunene for utgiftene gjennom statlige tilskudd, se blant annet omtale i Prop. 1 S Tillegg 1 (2020-2021) punkt 2.4 kap. 451. Dette er i tråd med prinsippet om at kommunene samlet skal kompenseres fullt ut for anslåtte merutgifter som følge av nye oppgaver og endringer i regelverk.

27.10 Kapittel 10: Behandling av biologisk materiale og personopplysninger

I lovutkastets kapittel 10 foreslår departementet bestemmelser om behandling av biologisk materiale og personopplysninger. Se vurdering i høringsnotatets kapittel 23.

Gjeldende regulering om kartleggingsundersøkelse og metodeutprøving foreslås videreført i sin helhet i ny smittevernlov.

For å sikre at Folkehelseinstituttet og andre institusjoner med nasjonale referansefunksjoner har en klar hjemmel til å dele sekvensdata om den genetiske kode til mikrober med internasjonale organisasjoner, foreslås det en helt ny bestemmelse. Bestemmelsen bygger på dagens smittevernlov § 7-9.

Gjeldende regulering av kommuneoverlegen, statsforvalteren, Helsedirektoratet, Statens helsetilsyn og Folkehelseinstituttet rett til å kreve opplysninger fra offentlige kilder eller privat helse- og omsorgstjeneste uten hinder av lovbestemt taushetsplikt foreslås i hovedsak videreført. Departementet foreslår at det presiseres at ved etableringen av utbruddsregistre skal den dataansvarlige dokumentere at helseopplysningene behandles i samsvar med helseregisterloven § 6, herunder beskrive formålet med behandlingen og hvilke helseopplysninger som behandles. Forslaget skal sikre klar hjemmel til å innhente og behandle personopplysninger ved smitteutbrudd, herunder opprette registre med sammenstilte opplysninger i tråd med formålet og vilkårene i bestemmelsens første ledd.

Forslagene har ingen økonomiske eller administrative konsekvenser av betydning.

27.11 Kapittel 11: Adgang til å fastsette forskrifter med lovs innhold, herunder fravike gjeldende lovgivning (derogasjon)

I lovutkastets kapittel 11 foreslår departementet bestemmelser om fullmakt til å kunne fastsette forskrifter med lovs innhold og om nødvendig fravike gjeldende lovgivning (derogasjon). Slik forskrift fastsettes av Kongen i statsråd.

Departementet foreslår i hovedsak å videreføre den adgangen som i dag følger av smittevernloven § 7-12 til på strenge vilkår å fastsette forskrifter med lovs innhold, herunder fravike gjeldende lovgivning (derogasjon). Det foreslås imidlertid at denne fullmakten reguleres i et eget kapittel i ny smittevernlov. Se vurdering i høringsnotatets kapittel 22.

Forslagene har ingen økonomiske eller administrative konsekvenser av betydning.

27.12 Kapittel 12: Straff, klage, ikrafttredelse og overgangsbestemmelser

I lovutkastets kapittel 13 foreslår departementet å videreføre gjeldende regulering om straff for overtredelse av loven og vedtak truffet med hjemmel i loven, med unntak av at straffebestemmelsen endres fra et blankettstraffeforbud for overtredelse av alle

bestemmelser i loven til en straffebestemmelse som gjelder overtredelse av positivt opplistede lovbestemmelser. Se vurdering i høringsnotatets kapittel 25.

Offentlige organers overtredelse av administrative bestemmelser og ansvar etter loven foreslås ikke straffet. Det samme gjelder en rekke bestemmelser som ikke pålegger plikter eller egner seg for straff.

Forslagene har ingen økonomiske eller administrative konsekvenser av betydning.

28 Spesielle merknader

28.1 Smittevernloven

Til § 1-1

Til § 1-1 *Lovens formål*
Bestemmelsen viderefører gjeldende § 1-1 uten materielle endringer.

Gjeldende § 1-1 og forslag til ny § 1-1 omtales i høringsnotatets punkt 9.4.

Gjeldende § 1-1 er omtalt i Ot.prp. nr. 91 (1992-1993), jf. særlig Del II, kapittel 1 punkt 1.1.

Formålsbestemmelsen skal presisere at loven tar sikte på å skape et smidig og fremtidsrettet lovgrunnlag for både den enkelte og samfunnets innsats mot smittsomme sykdommer. Samtidig skal formålsbestemmelsen tjene som rettesnor, og dermed som en begrensning, ved bruk av lovens fullmaktsbestemmelser. Loven inneholder flere fullmaktsbestemmelser. Dette er nødvendig blant annet for å gi rettslig dekning for å gripe inn i rett tid mot uforutsette sykdommer eller endringer i epidemiologiske forhold som kan true folkehelsen. Formålsbestemmelsen vil få særlig betydning ved fastsettelse av forskrifter med hjemmel i loven. Lovens bestemmelser må tolkes i lys av lovens formål.

Bestemmelsen i ***første ledd*** angir lovens formål.

Loven gir myndighetene et ansvar for å iverksette tiltak for å beskytte befolkningen og samfunnet mot smittsomme sykdommer og deres konsekvenser. Smitteverntiltak kan derfor iverksettes før det foreligger full oversikt over skadeevnen, når det er nødvendig å motvirke smittespredning som potensielt kan få alvorlige konsekvenser for den enkelte, for befolkningen eller for samfunnet. Formålsbestemmelsens formulering «å verne befolkningen mot smittsomme sykdommer ved å forebygge dem og motvirke at de overføres i befolkningen» skal forstås vidt. Iverksettelse av tiltak med hjemmel i loven kan være nødvendig også for å beskytte befolkningen mot indirekte konsekvenser av smittsomme sykdommer, som en betydelig overbelastet helse- og omsorgstjeneste. Hensynet til å unngå en betydelig overbelastet helse- og omsorgstjeneste vil derfor være relevant å vektlegge når det vurderes å fastsette befolkningsrettede smitteverntiltak med hjemmel i loven for å verne befolkningen mot smittsomme sykdommer.

Begrepene å «forebygge» og «motvirke» overføring av smittsomme sykdommer i befolkningen», dekker hverandre delvis. Kombinasjonen er valgt for å fremheve at befolkningen skal være sikret at det til enhver tid blir drevet forebyggende arbeid mot smittsomme sykdommer, også når slike sykdommer ikke opptrer eller sjelden opptrer. Bare bruk av begrepet «forebygge» ville angitt et for snevert mål for smittevernarbeidet når det først foreligger fare for et epidemiutbrudd eller en epidemi. Ved fare for epidemiutbrudd eller ved en epidemi vil derfor hovedformålet med loven være dekket av begrepet «motvirke overføring». Uttrykket «motvirke» er valgt fordi hindre eller

bekjempe vil være for absolutt siden man selv ikke på lengre sikt kan vente å oppnå et samfunn fritt for smittsomme sykdommer.

En rekke smittsomme sykdommer overføres ikke direkte fra et menneske til et annet. Loven omfatter derfor også sykdommer hvor overføringen skjer på andre måter. Sykdommer som kan overføres fra mennesker til dyr, og som ikke igjen kan overføres til mennesker, vil falle utenfor bestemmelsens uttrykk «i befolkningen» og vil ikke omfattes av loven. Se også merknaden til § 1-3 om disse avgrensningsspørsmålene.

Epidemier og smittsomme sykdommer kjenner ikke geografiske grenser. Med dagens utstrakte kommunikasjon over landegrensene, er det et alminnelig anerkjent prinsipp i epidemibekjempelsen internasjonalt at det enkelte lands myndigheter både sikrer sin egen befolkning mot import av smittsomme sykdommer og verner omverdenen mot eksport av slike sykdommer til andre land. Lovens formål presiserer Norges forpliktelser overfor det internasjonale samfunnet når det gjelder vern mot overføring av smittsomme sykdommer landene imellom.

Bestemmelsens ***andre ledd*** understreker at det er helsemyndighetene og helse- og omsorgstjenesten som har det primære ansvaret for arbeidet med smittsomme sykdommer. Dette innebærer ikke at helsemyndighetene selv skal iverksette alle tiltak, men at helsemyndighetene også skal påvirke andre myndigheters beslutninger av betydning for å forebygge opptreden eller motvirke overføring av smittsomme sykdommer. Det vil for eksempel være viktig for Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet å samarbeide med blant annet Mattilsynet og veterinærmyndighetene for å kunne utøve kontroll med utbredelsen av smittsomme sykdommer som overføres via matvarer og drikkevann eller fra dyr og andre kilder i miljøet. Bestemmelsen vil også ha en viktig funksjon ved at den presiserer og påminner andre forvaltningsorganer om at deres avgjørelser bør være samordnet med, og i tråd med prinsippene bak, forebygging og tiltak mot smittsomme sykdommer.

Bestemmelsens ***tredje ledd*** fastslår at loven skal ivareta den enkeltes rettsikkerhet. I flere av vurderingene i de generelle merknadene er det presisert at det ofte er kryssende hensyn mellom individ og samfunn som må avveies i forbindelse med tiltak mot smittsomme sykdommer. Det er viktig at hensynet til effektiv gjennomføring av påbud og tvangstiltak med hjemmel i loven vurderes opp mot den enkeltes krav på rettssikkerhet. I tillegg vil det å sikre integritetsvernet i form av de smittedes alminnelige, sosiale og medborgerlige rettigheter, være et viktig bidrag i det forebyggende arbeidet mot smittsomme sykdommer.

Til § 1-2

Til § 1-2 *Virkeområde*
Bestemmelsen viderefører i all hovedsak gjeldende § 1-2. Sammenlignet med dagens bestemmelse foreslås det enkelte språklige endringer uten materiell betydning.

Gjeldende § 1-2 og forslag til ny § 1-2 omtales i høringsnotatets punkt 9.5.

Gjeldende § 1-2 er omtalt i Ot.prp. nr. 91 (1992-1993), jf. særlig Del II, kapittel 1, punkt 1.2.

Første ledd bestemmer at loven gjelder for alle som oppholder seg i Norge. Det kreves ikke at vedkommende er norsk statsborger, at oppholdet har vart en viss tid eller at oppholdet har sammenheng med arbeid eller utdanning i Norge. Dette betyr at også turister som er på kortvarig opphold i Norge, vil omfattes av loven.

Andre ledd gir departementet adgang til å gi forskrifter som begrenser anvendelsen av loven overfor personer som ikke er norske statsborgere, eller som ikke har bosted i Norge. Departementet kan også gi forskrifter om lovens anvendelse for personer som oppholder seg i utlandet, men som har tilknytning til Norge. Bestemmelsen vil kunne få betydning for blant annet besetningen på norske skip i utenriksfart og norske turister som oppholder seg i utlandet.

På grunn av den særegne struktur av bosetningen på Svalbard og Jan Mayen, og de spesielle forholdene som knytter seg til virksomheten på kontinentalsokkelen og til internasjonal transport, kan det med hjemmel i ***tredje ledd*** fastsettes forskrift for å angi nærmere i hvilken utstrekning lovens bestemmelser skal gis anvendelse på Svalbard, Jan Mayen eller kontinentalsokkelen. Av § 9 i forskrift 22. juni 2015 nr. 747 om anvendelse av helselover og -forskrifter for Svalbard og Jan Mayen, fremgår det at smittevernloven og enkelte tilhørende forskrifter gjelder for Svalbard. For nærmere omtale vises det til høringsnotatet punkt 2.2.

Bestemmelsens ***fjerde ledd*** fastsetter at Norges internasjonale forpliktelser på området smittsomme sykdommer går foran bestemmelsene i smittevernloven, dersom de norske bestemmelsene stiller noen i en svakere posisjon enn folkeretten eller internasjonal avtale Norge er bundet av. I realiteten vil bestemmelsen hovedsakelig få sin betydning hvis for eksempel en traktat stiller en person i en sterkere posisjon enn loven. Motsatt hvis loven stiller noen sterkere enn traktaten gjør, kan loven ikke settes til side og heller ikke redusere den enkeltes stilling til avtalens nivå.

Blant annet med hjemmel i denne bestemmelsen har Norge internasjonale forpliktelser etter Det internasjonale helsereglementet (IHR), jf. høringsnotatet punkt 4.11. Også Wien-konvensjonene er eksempel på internasjonale forpliktelser som kan innebære begrensninger for utforming og anvendelse av smitteverntiltak med hjemmel i loven, jf. høringsnotatets punkt 5.4.

Femte ledd gir hjemmel til for eksempel å fastsette forskrifter om karantenetiltak som springer ut av en traktat o.l. Det følger allerede av Grunnloven § 26 at Kongen har myndighet til å inngå og avslutte traktater.

Til § 1-3

Til § 1-3 *Definisjoner*
Bestemmelsen viderefører i all hovedsak gjeldende § 1-3. Sammenlignet med dagens bestemmelse foreslås det enkelte språklige presiseringer og endringer som ikke er ment å endre gjeldende rett.

Gjeldende § 1-3 og forslag til ny § 1-3 omtales i høringsnotatets punkt 9.6.

Gjeldende § 1-3 er omtalt i Ot.prp. nr. 91 (1992-1993), jf. særlig Del II, kapittel 1 punkt 1.3. Gjeldende § 1-3 er også omtalt i Prop. 91 L (2018-2019), jf. særlig punkt 14.2.

Bestemmelsens ***første ledd*** *nr. 1* definerer begrepet *«smittsom sykdom»* som «en sykdom eller smittebærertilstand som er forårsaket av mikroorganismer eller andre smittestoff som kan overføres fra, til eller mellom mennesker».

Det sentrale begrepet i loven er smittsom sykdom. Med uttrykket smittsom skal det forstås at sykdommen kan overføres blant mennesker ved hjelp av et biologisk agens med sykdomsfremkallende egenskaper, altså et smittestoff. Dette innebærer samtidig en avgrensing mot sykdommer som har andre årsaker, men hvor uttrykk som smitte, smittsomhet o.l. kan bli brukt i overført betydning.

Begrepet «overføring» brukes om den kjeden av prosesser som ligger til grunn for infeksjonssykdommers opptreden og utbredelse og som gjør at de betraktes som smittsomme. Definisjonen omfatter både sykdom og smittebærertilstand og at smitte som involverer mennesker gjelder overføring mellom mennesker, til mennesker fra dyr eller andre kilder eller fra mennesker til dyr. Det understrekes at smitten kan være forårsaket av en mikroorganisme (bakterie, virus, sopp eller parasitt) eller av gift (toksin) fra mikroorganismer.

Smittebærende parasitter oppholder seg som regel på eller i huden som lopper, lus og skabb, samt parasitter som oppholder seg i tarmkanalen, f.eks. ulike innvollsormer. Parasitter overføres blant mennesker på lignende måter som enkelte mikroorganismer. Parasittfremkalte tilstander betraktes derfor på linje med andre overførbare sykdommer. Disse bekjempes dels ut fra hygieniske hensyn, dels fordi de kan føre til en sykdomslignende tilstand eller bidra til å formidle overføring av annen sykdom (lopper som vektor for smittestoff som fremkaller pest, og lus ved flekktyfus og tilbakefallsfeber).

Også sykdom fremkalt av gift fra mikroorganismer regnes som smittsom sykdom. Det vil i praksis si gift som produseres av bakterier i eller utenfor kroppen. Dette betyr blant annet at botulisme og forskjellige typer av «matforgiftning» anses som smittsom sykdom etter loven, selv om giften ikke kan overføres til andre mennesker fra den syke, og at gift ikke kan resultere i noen bærertilstand.

Bestemmelsens *første ledd nr. 2* definerer begrepet *«smittet person»* som «en person som har eller etter en faglig vurdering antas å ha en smittsom sykdom».

Flere av lovens bestemmelser har som vilkår at de bare gjelder for «smittede personer». Hvorvidt en person er smittet eller ikke, vil derfor være bestemmende for den enkeltes rettslige posisjon, jf. blant annet §§ 5-1 og 5-2 om rettigheter og plikter.

Som smittet person regnes både den som har en symptomgivende sykdom og den som er frisk smittebærer. I smittevernmessig forstand kan såkalte friske smittebærere spille en minst like viktig rolle i smittespredningen smittebærere med fullt utviklet sykdom. De føler seg friske og beveger seg rundt i samfunnet som andre. Disse kan derfor spre smitte i større grad enn personer som har fått påvist eller som har symptomer på smittsom sykdom, og som av den grunn er hjemme eller under behandling.

Det er flere former for smittebærertilstand som omfattes av begrepet smittet person. Personer som smittes behøver ikke å utvikle symptomer på sykdom, eller symptomene kan være så lette at de overses. Vedkommende kan likevel være smitteførende på samme måte som en syk person med tydelige tegn på at det foreligger en infeksjon i kroppen. Uttrykket smitteførende blir slik sett brukt som en samlebetegnelse for både syke og friske smittebærere.

Smittebærertilstand kan også oppstå i inkubasjonstiden for en smittsom sykdom, det vil si den tiden som går fra en person er smittet og til symptomer på sykdom melder seg. Er inkubasjonstiden lang, kan smittebærertilstanden bli tilsvarende langvarig.

Smittebærertilstand omfatter også såkalte rekonvalesentbærere som fortsetter å være smitteførende etter at sykdommen er overstått i klinisk forstand. Rekonvalesentbærere kan innebære risiko for videre smittespredning blant annet under og etter epidemier av difteri og tyfoidfeber.

I utgangspunktet er begrepet «smittet person» knyttet til spørsmålet om en person er eller kan være smitteførende, og derfor kan smitte andre. Dette innebærer dermed en avgrensning mot tilfeller hvor blodprøver eller andre tester viser at en person har vært i kontakt med et bestemt smittestoff uten at det foreligger holdepunkter for at vedkommende noen gang har vært syk eller smitteførende. En sikker positiv tuberkulinreaksjon er uttrykk for at en tuberkuløs infeksjon har funnet sted i kroppen. En person som er smittet med tuberkelbasiller regnes først som en «smittet person» når vedkommende også har tegn på aktiv tuberkuløs sykdom som medfører at personen kan være smitteførende. For eksempel vil en person med beintuberkulose være smittebærer, men ikke smitteførende. Ved lungetuberkulose vil en person være smitteførende inntil det er gitt tilstrekkelig behandling, men det vil da være nødvendig med ytterligere behandling for at personen skal bli smittefri.

Også for andre kroniske infeksjonssykdommer regnes personer bare som smittet dersom sykdommen viser aktivitet som kan medføre smittefare.

Flere hensyn tilsier at begrepet «smittet person» også vil omfatte en person som har fått overført en sykdom til seg, selv om denne sykdommen ut fra sin natur ikke kan resultere i noen smitteførende tilstand. Tiltak for å forebygge og bekjempe slike sykdommer kan være fullt på linje med dem som nyttes i smittevernarbeidet for øvrig. Som nevnt i merknaden til bestemmelsen i første ledd nr. 1, vil dette gjelde sykdommer fremkalt av bakteriegifter, men det vil blant annet også omfatte virussykdommer overført fra gnagere via ulike parasitter. Personer som har disse tilstandene eller sykdommene omfattes også av begrepet en smittet person.

Bestemmelsen presiserer videre at som «smittet person» etter loven, regnes også en person som «etter en faglig vurdering antas å ha en smittsom sykdom».

Det er flere situasjoner som kan gi grunnlag for å anta at en person er smittet av en smittsom sykdom. Flere alvorlige smittsomme sykdommer kan debutere med symptomer som er lite karakteristiske, som for eksempel høy feber alene, og hvor det kan ta tid før en sikker diagnose blir stilt. For å unngå tidstap i disse situasjonene, må det handles på

grunnlag av mistanke på samme måte som om det med sikkerhet var fastslått at vedkommende var smittet.

Hvor lang tid det tar å få svar på diagnostiske laboratorietester vil avhenge noe av slags sykdom man mistenker, og hvilke tester det da er aktuelt er å ta og analysere. Dersom slike tester avkrefter mistanken, eller dersom det påvises andre årsaker som kan forklare sykdomsbildet (for eksempel forgiftning av kjemiske stoffer), vil det som hovedregel ikke lenger være grunn til å anta at personen kan ha en smittsom sykdom. Av hensyn til den enkelte pasient og samfunnsvernet, vil det likevel være faglig forsvarlig og berettiget å ha handlet som om det allerede var påvist smittsom sykdom. Som nevnt kan en rekke smittsomme sykdommer være til dels svært alvorlige for den enkelte dersom disse ikke diagnostiseres og behandles raskt. Den enkelte sykdoms alvorlighet, kombinert med grad av smittsomhet, tilsier også at det kan være nødvendig å handle som om det allerede var påvist smittsom sykdom. I situasjoner hvor det påvises en annen årsak til sykdommen, for eksempel forgiftning med kjemiske stoffer, vil likevel den smitte- og kildeoppsporingen som man i tråd med § 4-2 vil ha plikt til å igangsette ved mistanke om en allmennfarlig smittsom sykdom, kunne være like viktig også dersom det dreier seg om forgiftning.

Et eksempel på situasjon hvor det er handlet på mistanke om at det foreligger en smittsom sykdom, kan være at en høyfebril person ankommer til lufthavn fra land hvor alvorlige smittsomme febersykdommer forekommer. Et annet eksempel er der hvor man står overfor utbrudd blant barn som er forenlig med smittsom hjernehinnebetennelse, men hvor det i ettertid viser seg å foreligge forgiftning fra en felles kilde.

Grunnlag for å anta at en person er smittet kan også bero på kjennskap til at vedkommende har vært utsatt for farlig smitte, slik at det kan fryktes at vedkommende er blitt smitteførende og kan bli en fare for andre.

Det understrekes at mistanke eller visshet om at en person tilhører en risikogruppe for en bestemt smittsom sykdom, ikke alene kan betraktes som tilstrekkelig grunnlag for å anta at personen er smittet. For å understreke at mistanken skal ha en reell begrunnelse er det satt opp som et vilkår at dette må bero på en «faglig vurdering». Presiseringen innebærer at en usaklig eller løselig fundert mistanke ikke vil være tilstrekkelig for å anse personen som smittet.

I enkelte tilfeller kan det være mistanke om at en allmennfarlig smittsom sykdom foreligger, uten at det er mulig å knytte mistanken til noen bestemt person med slik sikkerhet at vedkommende blir å betegne som en «smittet person». I slike situasjoner kan heller ikke tiltak treffes med hjemmel i bestemmelser som omhandler smittede personer. En faglig begrunnet mistanke om at det i en slik situasjon foreligger en allmennfarlig smittsom sykdom som kan overføres til andre, tilsier nesten alltid at det treffes tiltak både for å motvirke at sykdommen overføres og for å finne en eventuell smittekilde. Dette er særlig aktuelt hvis det er mistanke om at kilden kan være næringsmiddel eller drikkevann, noe som kan bety at mange personer står i fare for å bli smittet. Loven omfatter også denne typen situasjoner, men tiltak må da iverksettes med hjemmel i bestemmelser som retter seg mot større eller mindre grupper av personer eller mot miljøet, se for eksempel § 7-1 om kommunens adgang til å fatte vedtak om begrensninger i den sosiale omgangen og

§ 8-1 om Kongens vedtak om begrensninger i den sosiale omgangen ved samfunnskritisk sykdom.

Bestemmelsens *første ledd nr. 3* definerer begrepet *«eksponert person»* som «en person som har økt risiko for å være smittet etter å ha vært eksponert for en smittet person, eller annen smittekilde».

Definisjonen av eksponerte personer innebærer at det kan fastsettes ulike rettigheter og plikter for «smittede personer» og «eksponerte personer». Det vil slik sett kunne skilles mellom situasjoner hvor det er kjent at en person «bare» har vært eksponert for eller utsatt for en smittet person eller en smittekilde, og situasjoner hvor en person etter en faglig vurdering antas å ha en smittsom sykdom. En person kan eksempelvis være uvitende om eventuell eksponering for smittekilde, men ha symptomer som en lege etter undersøkelse av personen konkluderer med at personen må antas å ha en smittsom sykdom og derfor er å anse for en «smittet person», jf. merknaden til § 1-3 første ledd nr. 2.

Begrepet «eksponert person» benyttes blant annet i § 8-3 første ledd hvor det fremgår at Kongen, for å forebygge eller motvirke overføring av sykdommen, kan gi forskrift om isolering for «smittede personer» (bokstav a) og smittekarantene for «eksponerte personer» (bokstav b). Bestemmelsen illustrerer at det for noen smitteverntiltak kan være hensiktsmessig å skille mellom personer som er smittet (eller antatt smittet) og personer som «kun» har vært eksponert for en smittet person eller annen smittekilde.

Om en person skal sies å ha «økt risiko» for å være smittet, vil bero på en helsefaglig vurdering hvor det blant annet vil være relevant å legge vekt på hvilken evne til å smitte sykdommen eller smittekilden har, på hvilken måte smitte kan overføres og om den smittede personen har vært i en aktiv eller smittsom fase av sykdommen. Det kan også være relevant å vektlegge om den smittede personen eller den eksponerte personen har benyttet smittevernutstyr, for eksempel munnbind.

Ved vurderingen av om det skal sies å foreligge økt risiko for smitte må det sees hen til hvilke former for «eksponering» som kan sies å medføre en helsefaglig relevant smitterisiko basert på den smittsomme sykdommen eller smittekildens egenskaper. Relevante kriterier her kan blant annet være avstand til den smittede personen eller smittekilden og hvor lang tid man har oppholdt seg i nærheten av den smittede personen eller smittekilden. Også her kan det være relevant å vektlegge om den smittede personen har vært i en aktiv eller smittsom fase av sykdommen og om det ved eksponeringen har vært benyttet smittevernutstyr.

Bestemmelsens *første ledd nr. 4* definerer begrepet *«allmennfarlig smittsom sykdom»* som:

> «en sykdom som er særlig smittsom, eller som kan opptre hyppig, eller har høy dødelighet eller kan gi alvorlige eller varige skader, og som
>
> a) vanligvis fører til langvarig behandling, eventuelt sykehusinnleggelse, langvarig sykefravær eller rekonvalesens, eller
>
> b) kan få så stor utbredelse at sykdommen blir en vesentlig belastning for folkehelsen eller fører til betydelig overbelastning av helse- og omsorgstjenesten eller

c) utgjør en særlig belastning fordi det ikke fins effektive forebyggende tiltak eller helbredende behandling for den.»

Loven gjelder i prinsippet for alle smittsomme sykdommer, men det skjelnes likevel mellom allmennfarlige smittsomme sykdommer og andre smittsomme sykdommer. En rekke av bestemmelsene i loven vil bare gjelde for de allmennfarlige smittsomme sykdommene, for eksempel § 4-1 (legens plikt til å undersøke smittede personer), § 4-2 (plikt til å foreta smitteoppsporing) § 4-3 (plikt til å gi informasjon og smittevernveiledning), kapittel 6 (tvangstiltak rettet mot smittede personer) og kapittel 7 og 8 (henholdsvis kommunale og statlige smitteverntiltak).

Blant allmennfarlige smittsomme sykdommer finnes det sykdommer eller smittebærertilstander som overføres på ulik måte. Loven har ingen særregulering for enkeltsykdommer, men lovens bestemmelser vil måtte tolkes i lys av hvilken sykdom som foreligger.

Bestemmelsen definerer hva som menes med allmennfarlig smittsom sykdom i loven. Med allmennfarlig menes grovt sett at en sykdom er, eller kan utgjøre en trussel mot folkehelsen og at særlig krevende forholdsregler må tas i bruk for å forebygge opptreden eller motvirke overføring av sykdommen. Det avgrenses dermed mot mindre alvorlige smittsomme sykdommer.

Enkelte smittsomme sykdommer som ikke anses som allmennfarlige, bør likevel være gjenstand for særlig oppmerksomhet fra det offentliges side. Dette er blant annet kommet til uttrykk ved at de er gjort meldingspliktige etter forskrift fastsatt med hjemmel i § 4-5 fjerde ledd.

Vurderingen av hvilke smittsomme sykdommer som til enhver tid skal klassifiseres som allmennfarlige, må bygge på kriterier som gir uttrykk for forskjellige sider ved smittsomme sykdommers alvorlighet. Det er stor variasjon når det gjelder hvilke trekk ved en smittsom sykdom som gjør at den bør oppfattes som allmennfarlig. I definisjonsbestemmelsen er det satt opp vilkår for allmennfarlighet, hvor det tas utgangspunkt i et sett av alvorlighetskriterier som dels er av epidemiologisk art og dels av klinisk art. Ett eller flere av disse *hovedkriteriene* må være oppfylt, og i tillegg må ett eller flere *tilleggskriterier* (bokstavene a, b og c) være oppfylt for at en sykdom skal anses som allmennfarlig etter loven.

Det første *hovedkriteriet* om at en sykdom er *«særlig smittsom»*, må vurderes ut fra generell og internasjonalt anerkjent kunnskap om den enkelte sykdoms smittsomhet og den utbredelsen den eventuelt kan få i en befolkning som ikke er beskyttet på egnet måte, for eksempel gjennom vaksinasjon.

Når det gjelder det andre hovedkriteriet om at sykdommen *«kan opptre hyppig»*, må det legges vekt på den enkelte sykdommens epidemiologiske særtrekk i ulike deler av verden. Hvorvidt en sykdom kan opptre hyppig i Norge, i den forstand at epidemier når oss med forholdsvis korte mellomrom, må vurderes i et ganske vidt epidemiologisk perspektiv og underbygges av den erfaringen man har skaffet seg opp gjennom årene. Hva som skal legges i uttrykket «kan opptre hyppig» når det gjelder smittsomme sykdommer som har

fotfeste i Norge (som opptrer «endemisk»), må vurderes konkret. Det vil kunne være ulike vurderinger fra land til land for hva som oppfattes som hyppig opptreden av en sykdom.

Det tredje og fjerde hovedkriteriet, *«høy dødelighet»* eller at sykdommen gir *«alvorlige eller varige skader»*, gjelder sykdommens alvorlighet i klinisk forstand. Når en person angripes av en bestemt smittsom sykdom, er denne i sin natur den samme uansett hvor i verden dette skjer. Det er imidlertid slik at forløpet kan bli langt mindre alvorlig i et land med en god helse- og omsorgstjeneste og hos personer som har blitt beskyttet på en egnet måte, for eksempel ved vaksinasjon. Departementet legger imidlertid til grunn at det er sykdomsbildet og sykdomsforløpet, slik det kjennes fra de typiske tilfellene, som skal legges til grunn når dette kriteriet vurderes.

Blant *tilleggskriteriene* er det oppført et såkalt belastningskriterium, *bokstav a*, som sikter til den belastningen som tilfeller av en bestemt sykdom vil medføre for helse- og omsorgstjenesten og samfunnet for øvrig, jf. ordlyden som viser til «langvarig behandling, eventuelt sykehusinnleggelse, langvarig sykefravær eller rekonvalesens». Ved vurdering av en sykdom i forhold til dette kriteriet, må det bygges på den kunnskapen og erfaringen vi har om hvor belastende tilfeller av ulike smittsomme sykdommer har vært. Belastningen har nøye sammenheng med de kravene som stilles til forsvarlig undersøkelse, behandling, pleie og rehabilitering og særskilte beskyttelsestiltak for å hindre overføring av smitte til andre pasienter og behandlingspersonell mv. Det må også tas i betraktning hva det vil koste å opprettholde permanente forebyggende tiltak mot enkelte sykdommer, for eksempel gjennom rutinemessig vaksinasjon.

Det andre tilleggskriteriet, *bokstav b*, gjelder muligheten for at en sykdom på grunn av stor utbredelse kan bli en «vesentlig belastning for folkehelsen». Dette kan for eksempel være tilfellet dersom sykdommen resulterer i et så høyt sykefravær innen mange sektorer at viktige samfunnsfunksjoner kan bli truet.

Tilleggskriteriet i bokstav b gjelder også situasjoner hvor stor utbredelse «fører til betydelig overbelastning av helse- og omsorgssektoren». Presiseringen er ny sammenlignet med gjeldende definisjonsbestemmelse. Selv om dette vil kunne inngå i en vurdering av om stor utbredelse av en sykdom kan bli en «vesentlig belastning for folkehelsen», fremgår det nå klart av bestemmelsens ordlyd at det kan legges vekt på dette i vurderingen av om en sykdom skal defineres som en allmennfarlig smittsom sykdom. Også ved vurdering av tilleggskriteriet i bokstav b må det bygges på kunnskap og erfaring vi har om hvor belastende tilfeller av ulike smittsomme sykdommer har vært og hvilke typer av sykdommer som kan få slike konsekvenser.

Det tredje tilleggskriteriet i *bokstav c* vil kunne være oppfylt dersom det ikke finnes spesifikke forebyggende tiltak eller behandling for en sykdom, eller dersom slik behandling bare har begrenset effekt. I slike situasjoner vil sykdommen fremstå som en større trussel, sammenlignet med situasjonen hvor det er mulig å iverksette forebyggende tiltak eller behandling. I så fall vil helse- og omsorgstjenesten måtte iverksette tiltak som kan bli vanskelige og kostbare å gjennomføre for å oppnå effekt. Forekomst av denne type smittsomme sykdommer vil derfor medføre at tjenestene blir satt under et ekstra press.

Selv om vilkårene (hovedkriteriene og tilleggskriteriene) for allmennfarlig smittsom sykdom er forholdsvis detaljert utformet, vil likevel vurderingene i stor grad bero på skjønn. Selv om det er en samlet vurdering av flere skjønnstemaer som skal legges til grunn, kan det være ulike oppfatninger av hva som skal anses som en allmennfarlig smittsom sykdom. I slike situasjoner kan departementet fastsette i forskrift hvilke sykdommer som er allmennfarlige smittsomme sykdommer, jf. loven § 1-3 andre ledd.

Bestemmelsens *første ledd nr. 5* definerer begrepet *«samfunnskritisk sykdom»* som «en allmennfarlig smittsom sykdom, hvor utbredelsen medfører eller risikerer å medføre alvorlige forstyrrelser av viktige samfunnsfunksjoner».

Begrepet «samfunnskritisk sykdom» erstatter det tidligere brukte begrepet «alvorlig utbrudd av allmennfarlig smittsom sykdom». Det materielle innholdet i den tidligere definisjonen videreføres i all hovedsak, men den endrede ordlyden gjør det tydeligere at det også skal være fokus på vurderingene av samfunnsmessige konsekvenser av utbruddet. Ved begrepsendringen til «samfunnskritisk sykdom» gis bestemmelsen et mer funksjonelt preg som fremhever at det ikke bare er liv og helse som skal beskyttes direkte, men at det også kan være nødvendig å beskytte samfunnsinstitusjoner for å beskytte liv og helse.

Begrepet «samfunnskritisk sykdom» tydeliggjør også at loven opererer med tre klare nivåer eller kategorier av smittsomme sykdommer:

- smittsom sykdom
- allmennfarlig smittsom sykdom og
- samfunnskritisk sykdom.

Etter definisjonen vil en samfunnskritisk sykdom være en allmennfarlig smittsom sykdom, «hvor utbredelsen medfører eller risikerer å medføre alvorlige forstyrrelser av viktige samfunnsfunksjoner». Terskelen for at definisjonen skal være oppfylt er altså lavere enn begrepet «kritiske samfunnsfunksjoner» som fremgår av Instruks for departementenes arbeid med samfunnssikkerhet (samfunnssikkerhetsinstruksen), forskrift 10. mars 2017 nr. 312 Del V og VI.

Hvilke sykdommer som er samfunnskritiske, vil ikke kunne defineres på forhånd slik som man kan definere kjente sykdommer som allmennfarlige. Hvorvidt en allmennfarlig smittsom sykdom kan kategoriseres som samfunnskritisk, vil fortsatt ta utgangspunkt i medisinske vurderinger av sykdommens alvorlighet, dødelighet og konsekvenser for den enkelte og sykdommens smittepotensial.

Ved vurdering av om en allmennfarlig smittsom sykdom skal karakteriseres som en samfunnskritisk sykdom, vil man blant annet måtte se hen til omfang og alvorlighet ved den allmennfarlige smittsomme sykdommen. Med utbrudd av smittsom sykdom forstås opptreden av smittetilfeller i et område som klart overstiger det normalt forekommende antallet. Et slikt utbrudd kan karakteriseres som alvorlig dersom det dreier seg om en allmennfarlig smittsom sykdom med utpreget spredningstendens og hvor det vil kreves omfattende tiltak for å bringe utbruddet under kontroll. Hvor mange smittetilfeller det må dreie seg om før man vil si at det foreligger et utbrudd, og om dette utbruddet skal karakteriseres som alvorlig, vil avhenge av flere forhold. Hvis en allmennfarlig smittsom

sykdom aldri har opptrådt i et område, eller det har gått lang tid siden sist den ble registrert, vil også et enkelt tilfelle kunne gi grunn til øyeblikkelig oppfølging og varsling. Det kan da foreligge fare for et alvorlig utbrudd. Opptrer to eller flere tilfeller som kan ha smittemessig sammenheng, betyr dette at det foregår en overføring av smittestoff i befolkningen og at man står overfor et utbrudd som kan utvikle seg i alvorlig retning.

Det kan oppstå tvil om alvorligheten av et utbrudd av allmennfarlig sykdom dersom det dreier seg om en økning i antall tilfeller av en sykdom som normalt forekommer i landet. Hvorvidt økningen er så stor eller avviker så klart fra det normalt forekommende antall av sykdommen at utbruddet må anses som alvorlig, må vurderes ut fra den kunnskapen man har om smittestoffets natur, smittemåter, befolkningens immunstatus og andre epidemiologiske forhold.

Om det skal sies å foreligge en «samfunnskritisk sykdom» vil også avhenge av samfunnsmessige vurderinger av sykdommens konsekvenser og potensielle negative og skadelige virkninger for samfunnet som sådan. Dersom sykdommens utbredelse medfører eller risikerer å medføre betydelig sykdomsbyrde for hele eller deler av befolkningen, vil det i utgangspunktet være en alvorlig forstyrrelse av viktige samfunnsfunksjoner, da det ikke bare vil belaste helse- og omsorgstjenesten, men også resten av samfunnet. Det kan for eksempel være samfunnskritisk hvis sykdomsbyrden i samfunnet også går ut over matproduksjon, distribusjon av mat, søppeltømming, strømforsyning og andre viktige myndighetsfunksjoner som politi og brannvesen.

Vurderingen av om en allmennfarlig smittsom sykdom kan ha alvorlige negative konsekvenser for samfunnet, som er forutsetningen for kategoriseringen som en samfunnskritisk sykdom, skal gjøres av Kongen, jf. bestemmelsens ***andre ledd.*** Ved vurderingen av om utbredelsen av en allmennfarlig smittsom sykdom medfører eller risikerer å medføre alvorlige forstyrrelser av viktige samfunnsfunksjoner, må virkningen for hele samfunnet som sådan inkluderes. Dette forutsetter tverrsektorielle og tverrfaglige vurderinger av sykdommens virkning for en rekke samfunnsområder, ulike typer virksomheter og ulike deler av befolkningen. I en slik vurdering vil selvsagt også helsefaglige vurderinger av den allmennfarlige smittsomme sykdommens egenskaper og alvorlighet, være sentrale. Det vil her være naturlig å bygge på vurderinger fra blant annet Helsedirektoratet, Folkehelseinstituttet og Direktoratet for medisinske produkter, men også vurderinger fra Statens helsetilsyn og Statsforvalter.

Til § 1-4

Til § 1-4 *Forskrifter om allmennfarlige smittsomme sykdommer*
Bestemmelsen viderefører gjeldende § 1-4.

Gjeldende § 1-4 og forslag til ny § 1-4 omtales i høringsnotatets punkt 9.7.

Gjeldende § 1-4 er omtalt i Ot.prp. nr. 91 (1992-1993), jf. særlig Del II, kapittel 1 punkt 1.3 om daværende § 1-3 andre ledd.

Gjeldende § 1-4 er også omtalt i Prop. 91 L (2018-2019) hvor det fremgår at daværende § 1-3 andre ledd ble flyttet til det som nå er gjeldende § 1-4.

Det følger av bestemmelsen at departementet skal fastsette en liste over hvilke sykdommer som til enhver tid skal regnes som allmennfarlige smittsomme sykdommer etter loven. Dette er gjort gjennom forskrift 1. januar 1995 nr. 100 om allmennfarlige smittsomme sykdommer. I praksis fatter Helse- og omsorgsdepartementet beslutninger etter vurderinger fra Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet.

Forskriftshjemmelen begrenses blant annet av de vilkårene som følger av § 1-3, og da særlig bestemmelsens første ledd nr. 3. Når en sykdom ikke lenger oppfyller kriteriene i smittevernloven § 1-3 første ledd nr. 3 for allmennfarlig smittsom sykdom, skal departementet fjerne sykdommen fra listen.

Ordningen med forskriftsfesting av hva som skal anses som allmennfarlig smittsom sykdom i henhold til loven sikrer at også smittsomme sykdommer som oppstår i fremtiden, og som det i dag er umulig å forutse, kan bli definert som allmennfarlig smittsom sykdom. I tillegg til at forskriftsfesting vil avklare situasjoner hvor det er tvil om vilkårene for å anse en sykdom for allmennfarlig smittsom sykdom er oppfylt, vil en opplisting i forskrift skape forutberegnelighet for dem som vil kunne bli omfattet av loven. Dette er en viktig rettssikkerhetsgaranti fordi loven åpner for omfattende og inngripende smitteverntiltak, og da spesielt hvis det er snakk om allmennfarlig smittsomme sykdommer.

Til § 1-5

Til § 1-5 *Grunnleggende krav til smitteverntiltak* (gjeldende § 1-5)
Bestemmelsen viderefører de grunnleggende kravene i gjeldende § 1-5 første ledd første punktum til at smitteverntiltak etter loven skal være basert på en klar medisinskfaglig begrunnelse og være nødvendig av hensyn til smittevernet. Kravet til at smitteverntiltak skal fremstå tjenlig etter en helhetsvurdering videreføres i sitt innhold, men omtales i ny lov § 1-5 som et krav om at smitteverntiltak skal være forholdsmessig. Bestemmelsen i første ledd andre punktum om at det ved iverksettelse av smitteverntiltak skal legges vekt på frivillig medvirkning fra den eller de tiltaket gjelder er flyttet til ny lov § 6-1. Det samme gjelder § 1-5 andre ledd, som bestemte at tvangstiltak ikke kan brukes når det etter sakens art og forholdene ellers vil være et uforholdsmessig inngrep. Endringene er ikke ment å endre gjeldende rett.

Andre og tredje ledd er nye bestemmelser.

Gjeldende § 1-5 og forslag til ny § 1-5 omtales i høringsnotatets kapittel 10. Det materielle innholdet i gjeldende § 1-5 er omtalt i Prop. 91 L (2018-2019) kapittel 4. Bestemmelsen ble tatt inn i smittevernloven ved lov 21. juni 2019 nr. 46 og trådte i kraft 1. juli 2019. Ved innføringen viste departementet til at bestemmelsen var en lovfesting av praksis og at den i realiteten ikke ville innebære endringer utover å tydeliggjøre hvilke kriterier som skal vurderes ved iverksettelse av smitteverntiltak.

Første ledd bestemmer at smitteverntiltak etter loven skal være basert på en klar medisinskfaglig begrunnelse, være nødvendig av hensyn til smittevernet og forholdsmessig.

De grunnleggende kravene til smitteverntiltak gjelder ikke bare ved iverksetting av tiltak. De må være oppfylt hele tiden tiltaket pågår. Kravene skal gjelde for alle smitteverntiltak som hjemles i ny smittevernlov, også vedtak etter lovens kapittel 11 om forskrifter med lovs innhold når det ikke er forsvarlig tid eller mulighet til å gjennomføre en ordinær lovbehandling.

Kravet til at smitteverntiltak skal være *«basert på en klar medisinskfaglig begrunnelse»* forutsetter at det aktuelle tiltaket skal være egnet til å oppnå det formålet som søkes ivaretatt. Grunnleggende sett er det etter loven § 1-1 første ledd «å verne befolkningen mot smittsomme sykdommer ved å forebygge dem og motvirke at de overføres i befolkningen, og motvirke at slike sykdommer føres inn i Norge eller føres ut av Norge til andre land». Det følger også av de ulike tiltakshjemlene hva det konkrete formålet med tiltakene skal være.

Til grunn for vurderingen av egnethet ligger en medisinskfaglig vurdering av om tiltaket faktisk vil virke forebyggende eller motvirke overføring, på hvilken måte og i hvilken grad. Vurderingen av om tiltaket egner seg eller ikke, må blant annet basere seg på tidligere smitteutvikling, smittesituasjonen i øyeblikket og forventet utvikling (for eksempel basert på modelleringer eller kunnskap fra lignende utbrudd andre steder).

Det er ikke krav om at man skal ha vitenskapelig bevist eller sikker kunnskap om mulig effekt av tiltaket. Det er tilstrekkelig at man medisinskfaglig vurderer at tiltaket kan bidra til å forebygge eller forhindre overføring av smitte i den aktuelle smittesituasjonen.

Kravet til en medisinskfaglig begrunnelse forutsetter at den eller det organet som har gjort vurderingen av ett eller flere tiltaks egnethet, har medisinskfaglig og smittevernfaglig kompetanse. Dersom beslutningstaker, for eksempel kommunestyre, formannskap eller byråd, ikke selv innehar slik kompetanse, må vurderingen innhentes.

Den medisinskfaglige vurderingen må videre ha støtte i et medisinskfaglig miljø. Vilkåret vil også være oppfylt i tilfeller hvor nasjonale fagmyndigheter som Folkehelseinstituttet eller Helsedirektoratet har vurdert at et tiltak kan ha effekt for å forhindre smitte. Det er imidlertid ikke et krav etter bestemmelsen at et eventuelt tiltak skal ha en omforent forståelse i fagmiljøet.

Når det gjøres vedtak om fortløpende justeringer av smitteverntiltak i tråd med utviklingen i smittesituasjonen, må vedtaksorganet kunne trekke inn de samlede medisinskfaglige vurderingene som da foreligger, og som underbygger at tiltaket som sådan er egnet til å hindre smitte av den aktuelle sykdommen.

I HR-2022-2171-A uttaler Høyesterett blant annet at domstolene i prinsippet har full kompetanse til å prøve vilkåret, men at det kan være grunn til å utvise varsomhet med å overprøve de rent medisinskfaglige vurderingene.

Smitteverntiltaket må være *«nødvendig av hensyn til smittevernet»*. Det innebærer at iverksettelse av tiltaket må være nødvendig for å oppnå det formålet som søkes ivaretatt, se loven § 1-1 og de enkelte tiltakshjemlene. Dersom formålet kan oppnås med andre og mindre inngripende tiltak eller regulering, for eksempel frivillighet, så foreligger det en plikt til å velge slike alternative regler.

Behovet for avgrensninger og unntak for blant annet ulike situasjoner, persongrupper og geografiske områder må vurderes. Det må vurderes om og hvordan smitteverntiltakene så langt som mulig kan åpne for unntak og ordninger som ivaretar de interessene som blir skadelidende, samtidig som det er mulig å opprettholde et effektivt smittevern. Se blant annet kapittel 20 om tilpasning av smitteverntiltak ut fra personers evne til å smitte eller bli smittet, hvor muligheten til å ta hensyn til vaksinasjon, gjennomgått sykdom og negative testresultater drøftes.

Videre er det slik at tiltaket heller ikke må gis lengre varighet enn nødvendig, og det må gjøres jevnlige vurderinger av behovet for å opprettholde det. Smitteverntiltak skal oppheves eller begrenses «straks» det ikke lenger vurderes å være nødvendig. Det er viktig at tiltak ikke opprettholdes lengre enn nødvendig, men samtidig er det ikke hensiktsmessig med veldig hyppige endringer eller justeringer av tiltak under mer varige smittesituasjoner – slik som for eksempel under koronapandemien. Et smitteverntiltak som innreisekarantene vil for eksempel kunne anses som både nødvendig og forholdsmessig ved en ny allmennfarlig smittsom virusvariant som enda ikke har kommet til Norge, eller hvor viruset ikke er spredt like mye innad i Norge som i andre land.

Smitteverntiltak etter loven skal være *«forholdsmessig»*. Dette begrepet erstatter krav i smittevernloven av 1994 om at tiltak skal «fremstå tjenlig etter en helhetsvurdering». Endringen er en språklig oppdatering, som ikke er ment å endre gjeldende rett.

Det følger forutsetningsvis av både kravet om nødvendighet og forholdsmessighet at man ved innføring av tiltak må velge mellom en rekke alternative tiltak eller sammensetninger av tiltakspakker. Hovedregelen er at man alltid skal velge de alternativer som oppnår formålet med så lav tiltaksbyrde som mulig.

Overordnet kan det sies at kravet innebærer at den helsemessige nytten og andre positive virkninger for samfunnet av tiltaket må stå i forhold til tiltakets øvrige samfunnsmessige konsekvenser. Det innebærer at nytten eller fordelene skal overstige ulempene og kostnadene ved tiltakene. Det må altså gjøres vurderinger av nytten opp mot de negative konsekvensene eller belastningen tiltaket medfører, for eksempel om man hindrer prosesser som er nødvendige for å holde samfunnet i gang og i hvilken grad man griper inn i privatpersoners grunnleggende rettigheter. Dersom nytten av tiltaket er liten eller tvilsom, mens skadevirkningene er store, kan ikke tiltaket iverksettes. Det kan også være andre positive samfunnsvirkninger enn kun for helsen, som at samfunnsfunksjoner eller et tilnærmet normalt liv på viktige områder kan opprettholdes.

Det skal mer til for at et smitteverntiltak som gjør inngrep i grunnlovfestede rettigheter anses forholdsmessig, sammenlignet med andre tiltak. Hvor strenge krav som stilles, vil bero på hvor inngripende tiltaket er. Det avhenger også av i hvilken grad tiltaket bidrar til å ivareta rettigheter, inkludert retten til liv.

Vurderingen av forholdsmessighet vil endres med smitteutviklingen eller dersom viruset ikke viser seg å være like dødelig eller smittsomt som først antatt. Man vil da etter en fornyet vurdering kunne anse innreisekarantene som lite forholdsmessig vurdert opp mot de ulempene tiltaket innebærer.

I likhet med om et tiltak er nødvendig, påvirkes forholdsmessigheten av hvordan tiltaket er avgrenset og tilpasset ulike situasjoner, persongrupper og geografiske områder. Se blant annet kapittel 20 om tilpasning av smitteverntiltak ut fra personers evne til å smitte eller bli smittet.

Det hører også til vurderingen av forholdsmessighet å ta stilling til om man bør ha harde tiltak over kort tid eller mindre harde tiltak over lengre tid. Dette er avhengig av hvilken strategi og hvilket beskyttelsesnivå for befolkningens liv og helse som velges i møte med en helsekrise. Det kan for eksempel tenkes at tiltak som fullstendig stenging av skoler, butikker osv. i et par uker vil kunne oppleves som mindre inngripende og mer forholdsmessig enn en delvis stenging i en lengre periode. På den annen side vil valg av tiltak uansett være avhengig av hvordan smitte spres, hvor alvorlig den er og hva som er målet for håndteringen.

Behovet for, og virkningen av, kompenserende tiltak må inngå i avveiningen av ulike interesser. Dette kan for eksempel være ordninger for økonomisk kompensasjon for næringsliv for å motvirke inntektsbortfall, og overfor kultur, idrett og frivilligheten samt utdanning for å ivareta sårbare grupper.

Høyesterett uttaler i Hyttedomen (HR-2022-718-A) at EMD ved prøvingen av om et nasjonalt tiltak er forholdsmessig, gir statene en vid margin for det skjønnet som må utøves for å ivareta befolkningens helse. Det vises til EMDs storkammerdom 8. april 2021 *Vavřička mfl. mot Tsjekkia* [EMD-2013-47621-G] om et vaksineprogram for barn, hvor det blant annet også uttales at det ikke vil være avgjørende om andre land har valgt mindre inngripende tiltak. Departementet forstår dette slik at den vide marginen for vurderingene gjelder både for det valgte beskyttelsesnivået og de tiltakene som anses nødvendige. Høyesterett har i samme dom vist til at domstolene bør være tilbakeholdne med å overprøve valg av hva som er mest hensiktsmessige tiltak ut fra sammensatte samfunnsmessige prioriteringer og vurderinger av politisk karakter.

Ved samfunnskritisk sykdom kan det ofte være behov for å iverksette mange ulike tiltak samtidig og i ulike kombinasjoner for å oppnå et tilstrekkelig redusert smittetrykk i samfunnet, gjerne omtalt som tiltakspakker. Det er da nødvendig å ta stilling til konsekvensene av det enkelte tiltaket, men også konsekvensene av summen av de ulike tiltakene. Det kan være utfordrende å identifisere effekten på smittevernet og konsekvenser for samfunnet av hvert enkelt tiltak som inngår i tiltakspakker. Man kan imidlertid ikke la være å iverksette tiltak selv om det kan være usikkerhet knyttet til hvordan hvert enkeltstående tiltak virker. Det avgjørende er å velge tiltak som samlet sett sannsynligvis vil ha den ønskede effekten på smittevernet.

Etter omstendighetene kan mange ulike varianter av tiltakspakker vurderes å være medisinskfaglig begrunnet, nødvendige og forholdsmessige. Valgene mellom alternative tilnærminger, strategier, beskyttelsesnivå og belastning for ulike deler av samfunnet og befolkningen, forutsetter utpregede politiske vurderinger av hvilke hensyn som skal prioriteres. Det er primært regjeringens ansvar å vurdere avveiningen mellom alle legitime hensyn og konkludere. I dette ligger det også en betydelig skjønnsmargin og valgfrihet, i tråd med de rammene som oppstilles i EØS-retten og internasjonale menneskerettigheter.

Andre ledd bestemmer at blant annet hensynet til smittevernet, barnets beste og andre samfunnsmessige konsekvenser skal vurderes og avveies i helhetsvurderingen etter første ledd.

Det følger uansett av de grunnleggende kravene i første ledd at hensynene skal inngå i vurderingene i den grad det er relevant. Bestemmelsen tjener derfor først og fremst som en nyttig presisering for de som i helsekrise skal utforme og begrunne befolkningsrettede smitteverntiltak om helt sentrale hensyn som skal vurderes.

Hensynet til smittevernet er utgangspunktet for vurderingen av å iverksette smitteverntiltak for enkeltpersoner eller hele eller deler av befolkningen. Dette krever medisinskfaglige vurderinger av hvor effektive ulike tiltak er for å motvirke spredning av smittsom sykdom.

For tiltak som berører barn, stiller Grunnloven § 104 og barnekonvensjonen artikkel 3 krav om at barnets beste skal være et grunnleggende hensyn. Bestemmelsen synliggjør viktigheten av å vurdere barnets beste, og følger opp Stortingets vedtak i behandlingen av Kontroll- og konstitusjonskomiteens koronahøring, jf. Innst. 151 S (2024-2025), om «en bestemmelse som sikrer at hensynet til barnets beste og å bevare en mest mulig normal hverdag for barn og unge skal vektlegges i all krisehåndtering».

Barns beste forutsetter beskyttelse både mot alvorlig sykdom som følge av smittespredning, og mot uforholdsmessige smitteverntiltak. Det er blant annet viktig å ta høyde for at en allmennfarlig smittsom sykdom kan tenkes å ramme særlig barns liv og helse. Dette var for eksempel tilfellet for spanskesyken under første verdenskrig og svineinfluensa i 2009. I så fall kan barns beste samlet sett være at det legges størst vekt på hensynet til deres egen helse.

I noen tilfeller vil også hensynet til barns beste trekke i ulike retninger. Selv om en sykdom ikke primært rammer barn, vil de kunne være smittekilde for foreldre, besteforeldre og andre voksne som er viktige i deres liv. Barn med underliggende sykdommer kan også ha behov for særskilt beskyttelse. Uansett er det viktig å få frem eventuelle interessekonflikter og konsekvenser av ulike valg, og vise tydelig i vurderingen hvordan barnets beste er tatt hensyn til. Det er viktig å vurdere forslag som reduserer negative konsekvenser for barn og ivareta barnas sammensatte behov.

En vurdering av konsekvenser for barn forutsetter ofte kunnskap fra flere sektorer. Det vil derfor være nødvendig at helsemyndigheter, utdanningssektoren og andre relevante aktører samarbeider om å belyse konsekvenser. En vurdering av hensynet til barns beste kan for eksempel ta utgangspunkt i følgende steg anbefalt av Barneombudet: Vurder hvor omfattende vurderingen skal være, identifiser rettigheter som påvirkes, innhent kunnskap og vurder barns medvirkning, vurder konsekvensene for barn, vurder barnets beste, vei ulike hensyn opp mot hverandre og konkluder. Se omtalen i punkt 17.7.10.2 om erfaringer fra koronapandemien med negative konsekvenser av stenging av skole- og fritidstilbud for barn- og unge.

Befolkningsrettede smitteverntiltak vil berøre ulike deler av samfunnet i ulik grad. De ønskede konsekvensene er beskyttelse av befolkningen mot smitte for å verne liv og helse,

en mest mulig normal hverdag og viktige samfunnsfunksjoner. I tillegg har smitteverntiltak en rekke andre virkninger for samfunnet i stort, for ulike sektorer og ulike grupper i befolkningen. Det kan gjelde økonomiske konsekvenser eller konsekvenser for hvordan livet leves. Samlet kan alt dette betegnes som samfunnsmessige virkninger.

Kunnskap om hvilke konsekvenser tiltak har utover det rent smittevernfaglige, vil ha betydning for hvordan reguleringen av smitteverntiltaket bør innrettes med hensyn til omfang, varighet og eventuelle unntak. Informasjon om samfunnsmessige konsekvenser i stort og konsekvenser for de som berøres direkte, skal derfor inngå i beslutningsgrunnlaget for smitteverntiltak, i den grad det foreligger kunnskap og er mulig å belyse på den tiden som står til rådighet. Når det haster å få innført tiltak, gjerne i en situasjon med stor usikkerhet, stilles det mindre krav til grundigheten av vurderingene.

Det er viktig at vurderingene av samfunnsmessige konsekvenser og barnets beste blir helhetlige, står seg over tid og er basert på et godt kunnskapsgrunnlag. Se omtale i høringsnotatet punkt 10.5.7.

I tilknytning til de ulike hjemlene som foreslås i ny smittevernlov, gis det en redegjørelse for hvilke hensyn og konsekvenser som særlig bør vurderes ved det aktuelle tiltaket, se punktene 17.7.10, 18.7, 19.6.6, 20.7.7.

Tredje ledd bestemmer at 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.

Bestemmelsen gjelder formidling av informasjon til befolkningen etter at forskrifter om smitteverntiltak er vedtatt. Krav til enkeltvedtak reguleres i forvaltningsloven. Krav til skriftlighet under den saksbehandlingen som leder frem til forskriftsvedtak reguleres i ny forvaltningslov § 9.

Med kunnskapsgrunnlag menes blant annet den informasjonen om smittesituasjonen, behovet for smitteverntiltak av hensyn til smittevernet og konsekvenser for befolkningen og samfunnet som ligger til grunn for forskriftsvedtaket. Dette kan ha kommet til uttrykk i rapporter, anbefalinger og beskrivelser fra Folkehelseinstituttet, Helsedirektoratet, kommunens smittevernoverlege eller ekspertgrupper. I slike tilfeller kan kunnskapsgrunnlaget formidles ved å gjøre dokumenter tilgjengelig. Under koronapandemien ble for eksempel Helsedirektoratets og Folkehelseinstituttets svar på oppdrag fra departementet publisert noen timer før pressekonferanse hvor tiltakene ble presentert.

Med de begrunnelsene og avveiningene som ligger til grunn for vedtaket, menes beslutningsmyndighetens vurdering av tiltakenes medisinskfaglige begrunnelse, nødvendighet og forholdsmessighet. Dette vil helt eller delvis kunne sammenfalle med de vurderingene og begrunnelsene som fremgår av smittevernmyndighetenes anbefalinger og rapporter. I så fall kan det vises til disse. Det kan imidlertid være nødvendig å supplere disse vurderingene med beslutningsmyndighetens egne avveininger, for eksempel der

vedtaket avviker fra anbefalingene, konsekvensene for deler av befolkningen eller samfunnet vurderes grundigere eller det gjøres andre avveininger mellom ulike hensyn.

Når smitteverntiltak forskriftsfestes ved vedtak av Kongen i statsråd, vil begrunnelsene og avveiningene fremgå av de kongelige resolusjonene, sett i sammenheng med de underliggende etatenes anbefalinger. De kongelige resolusjonene bør gjøres lett tilgjengelige.

Når smitteverntiltak vedtas av departementet, normalt etter behandling i regjeringen, vil det ikke foreligge en kongelig resolusjon. Det vil dermed være behov for å gjengi de vurderingene som ligger til grunn for konklusjonene på annen måte. Dette kan for eksempel formidles på nettsidene til regjeringen etter at vedtaket er fattet.

Arbeidet med å gjøre begrunnelser tilgjengelig for befolkningen vil forenkles dersom det i større grad gjennomføres formelle høringer av eksisterende tiltak eller veivalg med tanke på prioritering av samfunnsområder og strategi for smittehåndteringen. Begrunnelser for tiltakene og valg mellom alternative løsninger vil måtte beskrives i departementets eller kommunens høringsnotater.

Til § 2-1

Til § 2-1 *Kommunen* (gjeldende § 7-1)

Bestemmelsen viderefører gjeldende § 7-1.

Gjeldende § 7-1 og forslag til ny § 2-1 omtales i høringsnotatets punkt 11.3.

Det materielle innholdet i gjeldende § 7-1 er omtalt i Ot.prp. nr. 91 (1992-1993) Del II, punkt 7.1.

Bestemmelsen i ***første ledd*** angir kommunens ansvar for å sørge for at kommunens befolkning tilbys nødvendige tjenester og tiltak i forbindelse med smittsomme sykdommer. Bestemmelsen er både en presisering av kommunens ansvar for helse- og omsorgstjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven på området smittsomme sykdommer og et motstykke til pasienters rett til smittevernhjelp etter § 5-1 og pasient- og brukerrettighetsloven.

Innen rammen av bestemmelsen vil kommunen ha en betydelig grad av handlefrihet med hensyn til prioritering og utbyggingsnivå for ulike tiltak innen smittevernet. Befolkningssammensetning, epidemiologiske forhold og kommunens økonomi vil måtte spille en avgjørende rolle for smitteverntilbudets nivå og sammensetning. Det er viktig at kommunen løpende skaffer seg opplysninger om de som oppholder seg der for å kunne treffe nødvendige tiltak og tilby vaksinasjon og andre forebyggende tjenester. Spesielt gjelder dette de som har flyttet inn i kommunen, herunder innvandrere, asylsøkere m. fl. og deres familier.

I ***andre ledd*** presiseres nærmere enkelte viktige administrative oppgaver for kommunen. Oppgavene etter dette leddet må ses i nær sammenheng med bestemmelsene i § 2-2 om kommuneoverlegens oppgaver. I stor utstrekning vil kommunens oppgaver på dette plan være å vedta og sette i verk de forslagene som kommuneoverlegen har utarbeidet.

Etter ***tredje ledd*** skal tiltak og tjenester for å forebygge smittsomme sykdommer eller motvirke at de blir overført utgjøre et eget område i planen for kommunens helse- og omsorgstjeneste. Skal en slik plan bli et effektivt og hensiktsmessig redskap, må den omfatte både miljørettede og individrettede tiltak for å forebygge smittsomme sykdommer. Kommunen skal samarbeide med myndigheter som har oppgaver av betydning for tiltakene.

Fjerde ledd bestemmer at kommunens myndighet etter denne loven kan delegeres etter reglene i kommuneloven eller til et interkommunalt selskap. Kommunestyret vil som kommunens øverste organ ha ansvar for at oppgavene ivaretas på en forsvarlig måte, og innenfor rammene av regelverket. Dette gjelder både der oppgavene legges til et kommunalt eller interkommunalt selskap, eller til en annen kommune.

Kommunens myndighet kan delegeres til et kommunalt organ (folkevalgt eller administrativt) etter reglene i kommuneloven. Når kommunestyret tar stilling til om kompetansen etter forslaget til ny smittevernlov kapittel 7 om vedtak av befolkningsrettede smitteverntiltak skal delegeres til andre kommunale organer, bør det legges vekt på hvor inngripende tiltaket er og behovet for prosesser som bidrar til legitimitet og etterlevelse. Kommunestyret eller annet folkevalgt eller administrativt organ som er delegert kompetansen, bør som utgangspunkt fatte vedtak om smitteverntiltak eller behandle grunnlaget for slike vedtak i tilfeller hvor det ikke er nødvendig at kommuneoverlegen benytter hastekompetansen etter loven § 7-6. Kommunedirektøren (administrasjonen) kan uansett ikke delegeres myndighet til å treffe vedtak i saker som har prinsipiell betydning, jf. kommuneloven § 13-1 sjette ledd. Departementet legger til grunn at omfattende befolkningsrettede smitteverntiltak ved samfunnskritisk sykdom som utgangspunkt vil ha prinsipiell betydning, og at kommuneloven derfor normalt ikke vil gi grunnlag for videredelegering til administrasjonen av denne typen vedtak.

Dersom en kommune velger å delegere sin myndighet innen smittevern til en annen kommune (vertskommune), må vedtak fattet av vertskommunen stadfestes av den kommune der saken har sin opprinnelse. Det er kommunestyret, eller den som får myndighet av kommunestyret etter vanlige delegeringsregler, som stadfester vedtak. Vedtak fattet av en vertskommune vil ikke være gyldig før slik stadfestelse har funnet sted. Ved stadfestelse av vedtak skal det både foretas en legalitetskontroll og en prøving av skjønnet. Det vil ikke være aktuelt med en stadfestelsesordning der kommuneoverlegen er tillagt myndighet direkte etter smittevernloven § 2-2. Kompetansen er her lagt direkte til en stilling.

Bestemmelsen gir kommunen i tillegg hjemmel til å delegere kommunens myndighet til et interkommunalt selskap som nevnt i kommuneloven § 17-1. Kommunene vil ikke kunne delegere myndighet til interkommunale aksjeselskaper. Der et interkommunalt samarbeid ikke får delegert myndighet, men forbereder saker for kommunale organer, vil det ikke være noen slik begrensning i organisasjonsform.

Til § 2-2

Til § 2-2 *Kommuneoverlegen* (gjeldende § 7-2)

Bestemmelsen viderefører gjeldende § 7-2, med unntak av at kommuneoverlege erstatter begrepet kommunelege og at kommunen erstatter kommunestyret.

Gjeldende § 7-2 og forslag til ny § 2-2 omtales i høringsnotatets punkt 11.4.

Det materielle innholdet i gjeldende § 7-2 er omtalt i Ot.prp. nr. 91 (1992-1993) Del II, punkt 7.2 og Ot.prp. nr. 72 (2003-2004) punkt 5.6.

Første ledd slår fast at kommuneoverlegen har en generell plikt til å utføre de smittevernoppgavene som pålegges i loven. Det ventes ikke at kommuneoverlegen skal utføre alle oppgaver personlig, men at han eller hun skal sørge for at de blir utført forsvarlig. Er det flere kommuneoverleger i kommunen, skal kommunen utpeke en av dem til å ha denne funksjonen. Det er viktig at kommunen også utpeker en stedfortreder som kan tre inn hvis kommuneoverlegen er fraværende eller forhindret og det haster med å besvare henvendelser eller treffe avgjørelser. For å sikre et forsvarlig smittevern er det forutsatt at oppgaven som kommuneoverlege med ansvar for smittevernet ikke kan deles på flere - eventuelt bare med den som er utpekt som stedfortreder.

I store bykommuner med bydelsforvaltning skal kommunen utpeke en kommuneoverlege til å utføre de oppgavene etter loven som angår hele kommunen eller større områder innenfor denne. Det siktes her til oppgavene med å holde en samlet oversikt over den epidemiologiske situasjonen i kommunen, legge planer for og utarbeide en strategi for smittevernarbeidet i kommunen som helhet, koordinere tiltak der to eller flere bydeler er involvert og organisere fellestjenester som kommunen oppretter for eksempel for smitteoppsporing eller undersøkelser mv. som krever særlig kompetanse. Det forutsettes et nært samarbeid mellom den kommuneoverlegen som utpekes for disse oppgavene og kommuneoverlegene i de enkelte bydelene, samt med de infeksjonsmedisinske sykehusavdelingene i kommunen.

I ***andre ledd*** gis en oppregning av de oppgavene kommuneoverlegen skal ha i arbeidet med vern mot smittsomme sykdommer. Avslutningsvis i andre ledd henvises det til en rekke andre oppgaver som etter loven er lagt til kommuneoverlegen. Disse oppgavene fremgår direkte av de enkelte bestemmelsene, se blant annet lovforslaget §§ 4-1, 4-2, 6-2, 6-3 og 6-5.

Etter *bokstav a* skal kommuneoverlegen utarbeide en plan for helse- og omsorgstjenestens arbeid med vern mot smittsomme sykdommer. En slik plan skal omfatte planer for beredskap og beredskapstiltak. Det er kommunens ansvar å vedta de aktuelle planene. Bestemmelsen lovfester bare kommuneoverlegens plikt til å utarbeide forslag til plan.

Videre pålegges kommuneoverlegen å lede arbeidet med vernet mot smittsomme sykdommer. Som en følge av dette vil kommuneoverlegen ha det administrative ansvaret for å sette i verk kommunens vedtak på området.

I *bokstav b* pålegges kommuneoverlegen å ha løpende oversikt over de infeksjonsepidemiologiske forholdene i kommunen. Opplysninger om disse forholdene vil kommuneoverlegen få blant annet gjennom meldingssystemet etter lovforslaget § 4-5 og i forbindelse med enkeltvis smitteoppsporing etter lovforslaget § 4-6. I tillegg vil

kommuneoverlegen motta informasjon og opplysninger via det øvrige helsepersonellet i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Mattilsynet, privatpersoner og andre etater vil også være kilder som kan gi bilde av den epidemiologiske situasjonen. Gjennom denne informasjonen og oversikten skal kommuneoverlegen ha grunnlag for å ivareta de øvrige oppgavene og pliktene som han eller hun er tillagt på området smittsomme sykdommer.

Etter *bokstav c* skal kommuneoverlegen utarbeide forslag til forebyggende tiltak på området vern mot smittsomme sykdommer.

Kommunen avgjør hvilke ressurser som skal brukes på de oppgavene somhelse- og omsorgstjenesten er pålagt etter smittevernlovgivningen. Kommuneoverlegen har med andre ord ingen instruksjonsrett eller disposisjonsadgang på kommunens vegne, ut over det som følger av fullmakter. Kommuneoverlegen har imidlertid plikt og rett til å utarbeide forslag til forebyggende tiltak og plan for smittevernarbeidet, som kommunen så skal ta stilling til.

Etter *bokstav d* skal kommuneoverlegen bistå kommunen, helsepersonell og andre i kommunen som har oppgaver i arbeidet med vern mot smittsomme sykdommer. Dette betyr ikke at det er kommuneoverlegen i egen person som i ett og alt skal yte nødvendig bistand, men legen skal ha ansvaret for at de som søker bistand får nødvendig hjelp fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Slik bistand kan ellers søkes av alle, fra teknisk etat som vil ha faglig råd i forbindelse med for eksempel installasjon og drift av renseanlegg for drikkevann, til en lege i allmennpraksis som har behov for veiledning i konkret smitteoppsporing.

Plikten etter *bokstav e* til å gi informasjon, opplysninger og råd til befolkningen i spørsmål om vern mot smittsomme sykdommer, omfatter både å gi slik informasjon rettet til en større krets personer eller til hele befolkningen, og å gi enkeltråd og opplysninger i konkrete smitteforebyggende spørsmål. Plikten omfatter ikke bare å svare på forespørsler, men også å ta initiativ og gå ut og drive informasjon, gi opplysninger og råd både til enkeltpersoner og befolkningen.

Bokstav f innebærer en generell plikt for kommuneoverlegen til også på annen måte enn det som følger av de oppregnede punktene i bestemmelsen og de øvrige plikter etter loven, å medvirke til at det drives et effektivt arbeid for å forebygge opptreden og motvirke overføring av smittsomme sykdommer.

For å kunne dekke eventuelle fremtidige behov har departementet i ***tredje ledd*** anledning til i forskrift å kunne bestemme at kommuneoverlegen også skal ha andre plikter og oppgaver i arbeidet med vern mot smittsomme sykdommer. Forskriftshjemmelen åpner også for å kunne fastsette mer detaljerte regler om innholdet i de enkelte oppgaver som kommuneoverlegen skal ha etter loven.

Fjerde ledd bestemmer at når kommunen har lagt smittevernoppgavene til et interkommunalt samarbeid etter § 2-1 fjerde ledd, kan kommunen delegere kommuneoverlegens myndighet etter smittevernloven til en eller flere leger ansatt i dette samarbeidet. Det er viktig for å få et forsvarlig smittevern at oppgavene samles ett sted.

Der kommuneoverlegens oppgaver etter lov og forskrifter er delegert til en lege i et interkommunalt selskap eller en annen kommune, bør det derfor også vurderes å delegere medisinskfaglig rådgivning og de øvrige oppgavene innen smittevernet.

Til § 2-3

Til § 2-3 *Det regionale helseforetaket* (gjeldende § 7-3)

Bestemmelsen viderefører gjeldende § 7-3.

Gjeldende § 7-3 og forslag til ny § 2-3 omtales i høringsnotatets punkt 11.5.

Det materielle innholdet i gjeldende § 7-3 er omtalt i Ot.prp. nr. 91 (1992-1993) Del II, punkt 7.3 (ansvaret ble 1. januar 2002 flyttet fra fylkeskommunen) og Prop. 91 L (2018-2019) kapittel 9.

I ***første ledd*** angis nærmere hva som vil være det regionale helseforetakets oppgaver overfor smittsomme sykdommer. Bestemmelsen er i stor grad en presisering av det som fremgår av spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a om de regionale helseforetakenes ansvar for spesialisthelsetjenester. Den må også ses i sammenheng med retten til smittevernhjelp i denne loven § 5-1 og pasientrettighetene i pasient- og brukerrettighetsloven.

Etter ***andre ledd*** skal det regionale helseforetaket utarbeide en plan om tiltak og tjenester for å forebygge smittsomme sykdommer eller motvirke at de blir overført. Plikten må ses i sammenheng spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a tredje ledd, som bestemmer at regionalt helseforetak skal planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten slik at tjenestenes omfang og innhold er i samsvar med krav fastsatt i lov eller forskrift.

Tredje ledd lovfester at det regionale helseforetaket skal sørge for at det finnes et regionalt kompetansesenter i smittevern i helsetjenesten. Departementet kan i forskrift gi bestemmelser om senterets oppgaver. Se forskrift 17. juni 2005 nr. 610 om smittevern i helse- og omsorgstjenesten § 3-1 fjerde og femte ledd.

Til § 2-4

Til § 2-4 *Statsforvalteren* (gjeldende § 7-4)

Bestemmelsen viderefører gjeldende § 7-4 og presiserer i nytt andre ledd eksempler på hvordan statsforvalteren kan bistå andre forvaltningsorganer.

Gjeldende § 7-4 og forslag til ny § 2-4 omtales i høringsnotatet punkt 11.6.

Det materielle innholdet i gjeldende § 7-4 er omtalt i Ot.prp. nr. 91 (1992-1993) Del II, punkt 7.4 (statsforvalteren erstattet fra 1. juni 2001 betegnelsen fylkesmannen) og Prop. 91 L (2018-2019) kapittel 7.

Første ledd videreføres uendret. Bestemmelsen er for en del en presisering og utfylling av de generelle pliktene statsforvalteren har etter helsetilsynsloven, og til å ha en særlig oppmerksomhet rettet mot allmennfarlige smittsomme sykdommer. Etter helsetilsynsloven § 4 andre ledd skal statsforvalteren føre tilsyn med kommunale helse- og omsorgstjenester etter reglene i kommuneloven kapittel 30. I tilknytning til tilsynet skal statsforvalteren gi

råd, veiledning og opplysninger som medvirker til at befolkningens behov for helse- og omsorgstjenester blir dekket. Ved siden av de alminnelige tilsynsoppgavene vil det derfor være en viktig oppgave for statsforvalteren å følge med i den epidemiologiske utviklingen for til enhver tid å kunne holde både kommuner og sentrale helsemyndigheter (Statens helsetilsyn) orientert om forholdene i fylket. Det vil også være en del av statsforvalterens tilsynsoppgave å orientere og veilede i opprettelsen av kvalitetssikrings- og egenkontrollsystemer.

Statsforvalteren skal ha et bredere og mer generelt arbeid når det gjelder smittevern ved å holde seg orientert om smittevernet i fylket. Mange smittsomme sykdommer og andre forhold innenfor smittevern er av stor samfunnsmessig betydning selv om disse ikke er definert som allmennfarlige smittsomme sykdommer. Dette innebærer at statsforvalteren skal ha oversikt og kunnskap om lokale planer. Lokale planer vil som regel dreie seg om kommunale planer, men det vil også kunne gjelde andre enheter som eksempelvis i bydeler eller administrative enheter. Ved å ha kunnskap og oversikt over lokale smittevernplaner vil statsforvalteren kunne gi bistand og veiledning om planverk for forebygging av smittsomme sykdommer både i og utenfor helseinstitusjoner. Statsforvalterens ansvar innebærer videre å fremskaffe nødvendig informasjon fra Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet dersom en aktuell situasjons alvorlighetsgrad krever det, eller på et overordnet nivå for mer langsiktig arbeid og rådgivning.

Andre ledd bestemmer at statsforvalteren skal føre tilsyn med helse- og omsorgstjenestens og helsepersonells oppfyllelse av nærmere bestemte plikter etter smittevernloven, rett til smittevernhjelp og gjennomføring av isolering på sykehus.

Statsforvalteren skal ifølge helsetilsynsloven § 4 andre ledd «føre tilsyn med om tjenestene er i samsvar med det som er bestemt i lover og forskrifter». Helse- og omsorgstjenesteloven § 12-3 første ledd første punktum bestemmer at statsforvalteren skal føre tilsyn med lovligheten av kommunens oppfyllelse av plikter pålagt i kapitlene 3 til 10 og §§ 11-2, 11-3 og 11-4. Dette inkluderer tilsyn med om kommunen tilbyr nødvendige helse- og omsorgstjenester også når smittevernet tilsier det.

Statsforvalteren kan også føre tilsyn med om spesialisthelsetjenesten og kommunene har etablert og gjennomfører systematisk styring av virksomhetens aktiviteter og at tjenestene planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av helse- og omsorgslovgivningen, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a tredje ledd og helse- og omsorgstjenesten § 3-1 tredje ledd og forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. I praksis innebærer dette for eksempel at statsforvalteren kan føre tilsyn med ikke bare om kommunene og de regionale helseforetakene har smittevernplaner, men også føre tilsyn med om de har et styringssystem slik at smittevernarbeidet planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres i samsvar med krav i helse- og omsorgslovgivningen.

Tredje ledd presiserer at bistand etter første ledd blant annet kan innebære å koordinere og samordne informasjon, tiltak og aktiviteter mellom kommunene i fylket og staten. Presiseringen endrer ikke statsforvalterens myndighet etter gjeldende rett.

Til § 2-5

Til § 2-5 *Smittevernnemnda* (gjeldende § 7-5)

Bestemmelsen viderefører gjeldende § 7-5.

Gjeldende § 7-5 og forslag til ny § 2-5 omtales i høringsnotatet punkt 11.7.

Det materielle innholdet i gjeldende § 7-5 er omtalt i Ot.prp. nr. 91 (1992-1993) Del II, punkt 7.5, med tekniske justeringer i Prop. 133 L (2020-2021).

Etter ***første ledd*** skal vedtak om gjennomføring av tiltak med tvang etter §§ 6-2 og 6-3 treffes av smittevernnemnda.

I ***andre ledd*** er det inntatt en henvisning til reglene i barnevernsloven kapittel 14, som innebærer at reglene der kommer til anvendelse i tvangssaker etter smittvernloven så langt ikke annet følger av smittevernlovens egne regler.

Etter ***tredje ledd*** kan departementet utvide smittevernnemndas arbeidsområde. Dette innebærer at det også kan bestemmes at nemnda skal gis adgang til å være førsteinstans for vedtak som ellers hører under kommuneoverlegen eller kommunen.

Til § 2-6

Til § 2-6 *Smittevernnemndas sammensetning* (gjeldende § 7-6)

Bestemmelsen viderefører gjeldende §§ 7-6 og 7-7.

Gjeldende §§ 7-6 og 7-7, samt forslag til ny § 2-6, omtales i høringsnotatet punkt 11.7.

Det materielle innholdet i gjeldende §§ 7-6 og 7-7 er omtalt i Ot.prp. nr. 91 (1992-1993) Del II, punktene 7.6 og 7.8.

Første ledd bestemmer at smittevernnemnda settes sammen etter reglene i barnevernsloven § 14-2. Det forutsettes oppnevnt et eget sakkyndig utvalg for saker etter smittvernloven. Det må være en forutsetning at de sakkyndige ikke hentes fra den delen av helse- og omsorgstjenesten som har tilknytning til det aktuelle vedtaket. På denne måten kan man unngå inhabilitetsproblemer.

Når det gjelder utvalget av sakkyndige, bør disse gis mulighet til å kunne skaffe seg erfaring i disse sakene ved at de gjør tjeneste over en viss tid og ved at utvalget av sakkyndige ikke er for stort. Samtidig bør utvalget være stort nok til en rask avvikling av saker i de situasjonene hvor det kan bli et visst omfang av tvangsvedtak.

Etter ***andre ledd*** skal det innhentes forslag fra statsforvalteren og de regionale helseforetakene før det blir oppnevnt utvalg etter barnevernslovens bestemmelser.

Etter ***tredje ledd*** har smittevernnemndas medlemmer og sekretariat taushetsplikt i samsvar med bestemmelsene i helsepersonelloven kapittel 5.

Bestemmelsen i ***fjerde ledd*** innebærer at nemnda alltid skal bestå av tre medlemmer. Det forutsettes at medlemmer av utvalgene som er forhindret fra å kunne møte innen den tidsfrist som er satt, må kunne forbigås til man finner medlemmer som kan møte. For å

sikre at nemnda kan tre i funksjon ved at det blir tilstrekkelig medlemmer, forutsettes det at det bare kan godtas forfallsgrunner som for domsmenn.

Selv om nemnda består av en særlig sakkyndig, er det adgang til å tilkalle særskilt sakkyndige. Disse kan eventuelt avgi rapport til nemnda eller avgi uttalelse i nemndsmøte, men de deltar ikke i avgjørelsen. Lederen i nemnda råder alene over bruken av sakkyndige for nemnda.

Til § 2-7

Til § 2-7 *Folkehelseinstituttet* (gjeldende § 7-9)

Bestemmelsen viderefører gjeldende § 7-9.

Gjeldende § 7-9 og forslag til ny § 2-7 omtales i høringsnotatet punkt 11.8.

Det materielle innholdet i gjeldende § 7-7 er omtalt i Ot.prp. nr. 91 (1992-1993) Del II, punkt 7.9, Prop. 91 L (2018-2019) kapittel 8 og Prop.11 L (2023–2024).

Etter ***første ledd*** *første punktum* er Folkehelseinstituttet statens smitteverninstitutt. Folkehelseinstituttet er statens kompetansesenter for smittevern, og dermed et nasjonalt sentrum for epidemiologisk overvåking, vaksineforsyning, mikrobiologiske referansefunksjoner, opplæring av helsepersonell, faglig rådgivning mv. Flere andre enheter som universiteter og helseinstitusjoner kan ha kompetanse på smittevern, men staten vil i første rekke bygge på de faglige vurderingene fra Folkehelseinstituttet.

Bestemmelsen gir ikke en uttømmende beskrivelse av oppgaver og ansvar, men beskriver hovedoppgaver. Den mer detaljerte fastsettelsen av etatens ansvar og oppgaver må formidles på annen måte, for eksempel i forskrifter eller i instrukser og etatsstyring fra departementet.

Første ledd andre punktum bestemmer at Folkehelseinstituttet skal overvåke den nasjonale epidemiologiske situasjonen og delta i overvåkingen av den internasjonale epidemiologiske situasjonen, utføre helseanalyser og drive forskning på smittevernområdet. Overvåking av smittsomme sykdommer er vedvarende systematisk innsamling, analyse, tolking og formidling av data om forekomsten av smittsomme sykdommer som brukes til planlegging, implementering og evaluering av smitteverntiltak. Instituttet driver utstrakt forskning og utviklingsarbeid til støtte for sin virksomhet som ledd i kompetanseoppbygging og av beredskapshensyn.

Første ledd tredje punktum bestemmer at Folkehelseinstituttet kan behandle helseopplysninger og andre personopplysninger som er nødvendig for å gjennomføre oppgavene nevnt tidligere i leddet. Dette tydeliggjør at bestemmelsen oppfyller vilkårene til å være et såkalt supplerende rettsgrunnlag for behandling av helseopplysninger til smittevernformål i samsvar med EUs personvernforordning artikkel 6 nr. 1 bokstav e (oppgave i allmennhetens interesse) og unntak etter artikkel 9 nr. 2 bokstav i (folkehelse).

Andre ledd bestemmer at Folkehelseinstituttet skal gi smittevernfaglige råd og bistand til helsepersonell, kommuner, fylkeskommuner, helseforetak, regionale helseforetak og statlige virksomheter, i forbindelse med oppklaring og kontroll av utbrudd av smittsomme sykdommer.

Til § 2-8

Til § 2-8 *Helsedirektoratet* (gjeldende § 7-10)

Bestemmelsen viderefører gjeldende § 7-10 første ledd om Helsedirektoratets hovedoppgaver og tredje ledd om hjemmel til å pålegge helsepersonell nærmere bestemte faglige retningslinjer. Gjeldende § 7-10 andre ledd om Helsedirektoratets pålegg til kommuner, fylkeskommuner eller statlige institusjoner videreføres ikke.

Gjeldende § 7-10 og forslag til ny § 2-8 omtales i høringsnotatet punkt 11.9.

Det materielle innholdet i gjeldende § 7-10 er omtalt i Ot.prp. nr. 91 (1992-1993) Del II, punkt 7.10 (da oppgavene var lagt til Statens helsetilsyn), Prop. 91 L (2018-2019) kapittel 8 og Prop.11 L (2023–2024).

I ***første ledd*** slås det fast hvilke hovedoppgaver Helsedirektoratet skal ha i arbeidet med vernet mot smittsomme sykdommer. Helsedirektoratet skal, ved å utføre myndighetsoppgaver, medvirke til at befolkningens behov for tjenester og tiltak blir dekket i forbindelse med smittsomme sykdommer. Dette innebærer i første rekke å treffe vedtak etter smittevernloven eller forskrifter med hjemmel i smittevernloven. Når det oppstår behov for å delegere hele eller deler av Kongens eller departementets myndighet etter smittevernloven til en underliggende etat, er det primært aktuelt å delegere myndigheten til Helsedirektoratet. Helsedirektoratet skal også i samråd med Folkehelseinstituttet utrede og gi råd til departementet om behovet for smitteverntiltak ved samfunnskritisk sykdom, jf. § 1-3 første ledd nr. 5.

Bestemmelsen gir ikke en uttømmende beskrivelse av oppgaver og ansvar, men beskriver hovedoppgaver. Den mer detaljerte fastsettelsen etatens ansvar og oppgaver må formidles på annen måte, for eksempel i forskrifter eller i instrukser og etatsstyring fra departementet.

Andre ledd bestemmer at Helsedirektoratet kan pålegge helsepersonell å følge nærmere bestemte faglige retningslinjer når det er nødvendig for å sikre et effektivt og forsvarlig smittevern. Bestemmelsen må ses i sammenheng med § 4-6 tredje ledd, som fastsetter at helsepersonell har plikt til å følge Helsedirektoratets pålegg om faglige retningslinjer for håndtering av allmennfarlig smittsom sykdom og hvordan undersøkelser eller analyser skal gjøres.

Til § 2-9

Til § 2-9 *Statens helsetilsyn* (gjeldende § 7-10 a)

Bestemmelsen viderefører gjeldende § 7-10 a.

Gjeldende § 7-10 a og forslag til ny § 2-9 omtales i høringsnotatet punkt 11.10.

Det materielle innholdet i gjeldende § 7-10 a er omtalt i Ot.prp. nr. 91 (1992-1993) Del II, punkt 7.10 (andre oppgaver enn det overordnede tilsynet ble fra 1. januar 2002 overført til det som i dag er Helsedirektoratet) og Prop. 91 L (2018-2019) kapittel 10.

Første ledd bestemmer at Statens helsetilsyn skal ha det overordnede ansvaret for tilsynet med forholdene i landet på området smittsomme sykdommer. Tilsynet omfatter både kommunenes, fylkeskommunenes, helseforetaks og regionale helseforetaks virksomhet og ansvar etter smittevernloven. Bestemmelsen må sees i sammenheng med helsetilsynsloven, og er delvis en presisering av den myndigheten som Statens helsetilsyn er tillagt der.

Andre ledd minner om at Statens helsetilsyn myndighet til å gi pålegg om retting eller stenging i samsvar med helsetilsynsloven også gjelder overfor virksomheter innen helse- og omsorgstjenesten som ikke håndterer smittevernet forsvarlig.

Tredje ledd minner om at kommuneloven kapittel 30 gjelder når det føres tilsyn med kommuner.

Til § 2-10

Til § 2-10 *Bistandsplikt* (gjeldende § 4-10)

Paragrafen viderefører i hovedsak gjeldende § 4-10 første, fjerde og femte ledd, med unntak av at bistandsplikten flyttes fra ansatte i de nevnte virksomhetene til virksomhetene.

Gjeldende § 4-10 og forslag til ny § 2-10 omtales i høringsnotatet punkt 11.13.

Det materielle innholdet i gjeldende § 4-10 er omtalt i Ot.prp. nr. 91 (1992-1993) Del II, punkt 4.10.

Første ledd første punktum bestemmer at Tollvesenet, havner, flyplasser, Mattilsynet, Forsvaret, Kystvakten, Kystverket, Fiskeridirektoratet, Sjøfartsdirektoratet og Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap plikter å ha særlig oppmerksomhet rettet mot smittsomme sykdommer.

Hovedansvaret for arbeidet med å følge med på, oppdage og forebygge smittsomme sykdommer eller motvirke at de overføres påligger kommunene og staten ved Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet. For å sikre et tilfredsstillende resultat både i det alminnelig forebyggende arbeidet og ved fare for et utbrudd eller ved utbrudd av en smittsom sykdom, er andre myndigheter pålagt en generell plikt til å ha særlig oppmerksomhet rettet mot smittsomme sykdommer. Dette betyr at andre myndigheter så langt det er forenlig med deres øvrige oppgaver, skal ta hensyn til og tilrettelegge både sin egen virksomhet og myndighetsutøvelse slik at hensynet til å forebygge opptreden eller motvirke overføring av en smittsom sykdom ivaretas.

Første ledd andre punktum bestemmer at de virksomhetene som er nevnt i første punktum skal bistå med gjennomføringen og overholdelsen av bestemmelsene som er gitt i eller i medhold av smittevernloven. Plikten til å yte bistand gjelder både på utstyr- og personellsiden, og omfanget av bistanden vil være bestemt ut fra den aktuelle situasjonen. Departementene vil også uten regulering i smittevernloven kunne instruere underliggende organer om å bistå ved behov.

Andre ledd bestemmer at politiet etter anmodning skal bistå med gjennomføringen av tiltak etter *§§ 6-2 til 6-4, 7-1 til 7-6, 8-1 til 8-3, 8-10 og 9-1 til 9-4.* Bestemmelsen viderefører gjeldende rett. Bestemmelsen etablerer en bistandsplikt for politiet, men medfører i seg selv ingen utvidelse av politiets rettslige handlingsrom når det gjelder håndheving. Bistand vil blant annet kunne gjelde vakthold i forbindelse med gjennomføring av isoleringstiltak og fysisk anholdelse av enkeltpersoner ved gjennomføring av vedtak om gjennomføring av isolering på sykehus.

Tredje ledd bestemmer at departementet i forskrift kan fastsette nærmere bestemmelser om plikten til å yte bistand, herunder bestemme hvem som skal betale for utgiftene til bistand.

Til § 2-11

Til § 2-11 *Informasjonsplikt og unntak fra taushetsplikt* (gjeldende § 4-10)

Paragrafen viderefører i hovedsak gjeldende § 4-10 andre og tredje ledd, med unntak av at omfanget av informasjonsplikten begrenses til å gjelde når det er nærliggende fare og behov for hjelp fra helse- og omsorgstjenesten. Forskriftshjemmelen i tredje ledd er ny.

Gjeldende § 4-10 og forslag til ny § 2-11 omtales i høringsnotatet punkt 11.13.

Det materielle innholdet i gjeldende § 4-10 er omtalt i Ot.prp. nr. 91 (1992-1993) Del II, punkt 4.10.

Første ledd bestemmer at ansatte i organer som omfattes av § 2-10, uten hinder av lovbestemt taushetsplikt, skal underrette kommuneoverlegen når det er en nærliggende fare for overføring av en allmennfarlig smittsom sykdom som åpenbart krever nødvendig hjelp eller tiltak fra helse- og omsorgstjenesten. Hvis kommuneoverlegen ikke kan nås, skal informasjonen gis til Folkehelseinstituttet.

Det stilles ingen bestemte krav til underretningens form. Plikten til å underrette er imidlertid sterkt begrenset ved at den bare gjelder der det er åpenbart at helse- og omsorgstjenesten ikke kjenner til den aktuelle smitteoverføringsfaren. Slike situasjoner vil kunne tenkes å oppstå for eksempel ved passkontroll hvor en åpenbart syk person ankommer, eller ved tolldeklarering av gods, for eksempel biologisk materiale av human opprinnelse eller næringsmidler. Andre lignende situasjoner kan oppstå hvor lostjenestemenn blir oppmerksomme på sykdomsutbrudd blant personer på ankomne skip, at det er rotter ombord o.l. Kommuneoverlegen eller Folkehelseinstituttet bør gi tjenestemennene foreløpige retningslinjer inntil forholdet er blitt nærmere undersøkt.

Andre ledd bestemmer at ansatte i Mattilsynet, uten hinder av lovbestemt taushetsplikt, skal underrette kommuneoverlegen og Folkehelseinstituttet ved mistanke om eller tilfelle av smittsom dyresykdom som kan utgjøre en fare for mennesker eller ved mistanke om smittsom sykdom som formidles til mennesker via næringsmidler. Bestemmelsen skal sikre at det blir etablert en nødvendig kobling mellom humanmedisin og dyremedisin på området smittsomme sykdommer som kan utgjøre en fare for mennesker.

Tredje ledd bestemmer at departementet i forskrift kan bestemme at også ansatte i andre statlige virksomheter enn de som er nevnt i første og andre ledd skal omfattes av opplysningsplikten uten hinder av taushetsplikt.

Til § 3-1

Til § 3-1 *Nasjonalt vaksinasjonsprogram* (gjeldende § 3-8)
Bestemmelsen viderefører gjeldende § 3-8 første ledd og § 7-1 femte ledd.

Gjeldende § 3-8 første ledd og forslag til ny § 3-1 omtales i høringsnotatets kapittel 12. Gjeldende § 7-1 femte led omtales i høringsnotatets punkt 11.3 og 12.5.

Det materielle innholdet i gjeldende § 3-8 første ledd er omtalt i Ot.prp. nr. 91 (1992-1993) Del II, punkt 3.8.

Etter ***første ledd*** skal departementet fastsette et nasjonalt program for vaksinering mot smittsomme sykdommer. Programmet skal forskriftsfestes og være et tilbud til befolkningen om frivillig vaksinasjon. Forskrift 2. oktober 2009 nr. 1229 om nasjonalt vaksinasjonsprogram er gitt i medhold av bestemmelsen.

Andre ledd bestemmer at kommunen plikter å tilby befolkningen programmet. Når det ved en samfunnskritisk sykdom er nødvendig å vaksinere befolkningen eller deler av den med en gang for at folkehelsen ikke skal bli vesentlig skadelidende, vil det være kommunens ansvar å skaffe til veie de nødvendige lokalene til dette. Dersom kommunen ikke selv kan stille slike, gir *tredje ledd* kommunen adgang til å ta i bruk andres eiendom mot vederlag. Det skal også betales vederlag for skader som måtte oppstå i forbindelse med slik bruk.

Til § 3-2

Til § 3-2 *Vaksineforsyning og vaksineberedskap* (gjeldende § 3-8)
Bestemmelsen viderefører gjeldende § 3-8 andre ledd.

Gjeldende § 3-8 andre ledd og forslag til ny § 3-2 omtales i høringsnotatets kapittel 12.

Ansvaret for å sikre nødvendig vaksineforsyning og vaksineberedskap ble lagt til departementet ved Prop. 11 L (2023-2024) *Endringar i helselovgivinga*. Oppgaver knyttet til vaksineforsyning og vaksineberedskap ligger i all hovedsak til Direktoratet for medisinske produkter, men delvis også til Folkehelseinstituttet. Den nærmere oppgavefordelingen mellom Folkehelseinstituttet og Direktoratet for medisinske produkter på dette feltet kan omtales i instruksene til etaten og departementet sin etatsstyring. For nærmere omtale av bestemmelsen, se Prop. 11 L (2023-2024) punkt 4.3 og den spesielle merknaden til lovbestemmelsen.

Til § 3-3

Til § 3-3 *Unntak fra taushetsplikt. Vaksinasjonsregistre* (gjeldende § 3-8)
Bestemmelsen viderefører gjeldende § 3-8 siste ledd.

Gjeldende § 3-8 siste ledd og forslag til ny § 3-3 omtales i høringsnotatets kapittel 12.

Gjeldende § 3-8 siste ledd er omtalt i Ot.prp. nr. 91 (1992-1993) Del II, punkt 3.8. Se også de spesielle merknadene til lovbestemmelsen i Ot.prp. nr. 91 (1992-1993) og Ot.prp. nr. 5 (1999-2000).

Bestemmelsen gir det nødvendige hjemmelsgrunnlaget for å drive en landsomfattende registrering av utførte vaksinasjoner som grunnlag for et kontrollsystem for gjennomføringen av vaksinasjoner i landet.

Forskrift 20. juni 2003 nr. 739 om innsamling og behandling av helseopplysninger i Nasjonalt vaksinasjonsregister (SYSVAK-registerforskriften) er gitt i medhold av bestemmelsen.

Til § 4-1

Til § 4-1 *Legens plikt til å undersøke smittede personer* (gjeldende § 3-5)

Bestemmelsen viderefører gjeldende § 3-5. Sammenlignet med dagens bestemmelse foreslås det en språklig justering av andre ledd andre punktum. I tredje ledd tydeliggjøres det at legens undersøkelsesplikt også gjelder ved hastevedtak om tvungen undersøkelse, samt at legen er fritatt fra undersøkelsesplikten ved tvangsvedtak fra smittevernnemnda i visse tilfeller. I nytt fjerde ledd presiseres det at kommunen eller kommuneoverlegen ved samfunnskritisk sykdom kan bestemme å overta undersøkelsene av smittede personer. Dette innebærer ingen materiell endring av gjeldende rett.

Gjeldende § 3-5 og forslag til ny § 4-1 omtales i høringsnotatets punkt 13.3.

Det materielle innholdet i gjeldende § 3-5 er omtalt i Ot.prp. nr. 91 (1992-1993) Del II, punkt 3.5.

I ***første ledd*** slås det fast at alle leger, uavhengig av arbeidssted, har visse særlige plikter når det gjelder allmennfarlige smittsomme sykdommer.

En lege skal være særlig oppmerksom på mulig forekomst av allmennfarlig smittsom sykdom. Dette innebærer at legen ikke bare skal ha disse sykdommene i tankene når pasientene søker legen for symptomer på smittsom sykdom, men også for eksempel ved alminnelig helsekontroll. Legen skal med pasientens samtykke forsøke å bringe på det rene sykdommens art gjennom undersøkelser og prøvetakinger. Dette innebærer ikke at enhver praktiserende lege skal utføre alle undersøkelser selv, men at den smittede i nødvendig utstrekning henvises til spesialist eller spesialundersøkelser og prøvetakinger annet sted.

Ved allmennfarlige smittsomme sykdommer som opptrer hyppig, må det forutsettes at de fleste praktiserende leger vil kunne opptre i overenstemmelse med de pliktene som er angitt i første ledd. Dette vil blant annet gjelde seksuelt overførbare sykdommer. Andre sykdommer er så sjeldne at kun et fåtall leger møter på dem i sin virksomhet. Noen sykdommer kan opptre noe hyppigere, men fortsatt så sjelden at mange leger vil mangle tilstrekkelig erfaring med hvordan en diagnostisk utredning skal gripes an for raskest mulig å avklare diagnosen. Det må kunne forlanges at enhver med legefaglig bakgrunn skal kunne fatte mistanke om at det foreligger en allmennfarlig smittsom sykdom, gjøre

grunnleggende undersøkelser og rekvirere de laboratorieundersøkelsene som kan bekrefte eller avkrefte en diagnose.

Legens plikt til å undersøke pasienter etter første ledd forutsetter at legen har nødvendig personlig verneutstyr. Det vises til situasjoner som koronapandemien med mangel på smittevernutstyr, hvor hensynet til legers arbeidsmiljø og helse kan tilsi at undersøkelsesplikten frafaller.

I ***andre ledd*** slås det fast at legen skal ta kontakt med kommuneoverlegen ved tvil om hvorvidt pasienten har en allmennfarlig smittsom sykdom, hvilken undersøkelsesstrategi som eventuelt skal følges eller hvilken veiledning den smittede skal gis.

Etter bestemmelsen er det forutsatt at den enkelte lege i disse tilfellene skal kunne rådføre seg med kommuneoverlegen. Dersom det fremstår som klart at legen ikke har de nødvendige forutsetningene for arbeidet, har kommuneoverlegen plikt til enten selv å overta eller sørge for at annen kompetent lege overtar ansvaret for den nødvendige utredningen og oppfølgingen av den smittede pasienten.

Tredje ledd fastslår en alminnelig plikt for legen til å undersøke og ta nødvendige prøver av en smittet person eller mistenkt smittet person når slik undersøkelse er hjemlet i vedtak fattet av smittevernnemnda etter loven § 6-2 om tvungen legeundersøkelse eller kortvarig isolering. I hastetilfeller oppstår plikten også etter hastevedtak fattet av legene som er gitt myndighet til å fatte vedtak i felleskap etter § 6-8, jf. § 6-2.

Plikten er begrenset til undersøkelser som «kan gjennomføres uten fare». Dette avgrenser hvilke undersøkelser av pasienter som er tillatt under tvang, og stiller krav om en konkret vurdering av risikoen knyttet til den aktuelle undersøkelsessituasjonen. Se også den spesielle merknaden til § 6-2.

Legens plikt til å undersøke pasienten gjelder ikke når legen har gyldig forfall, for eksempel hvor pasienten yter motstand mot undersøkelsen. I slike tilfeller må politiet overvinne motstanden, slik at undersøkelsen kan gjøres forsvarlig. For øvrig gjelder de samme fritaksgrunnene i disse tilfellene som i tilfeller hvor legen skal undersøke personer i forbindelse med straffbare forhold, jf. helsepersonelloven § 12 fjerde ledd. Legen er fritatt fra plikten til å foreta tvungen undersøkelse overfor nærstående personer og personer som legen har til behandling.

Etter ***fjerde ledd*** kan kommunen eller kommuneoverlegen ved samfunnskritisk sykdom bestemme at kommuneoverlegen skal overta ansvaret for å undersøke smittede personer. Kommuneoverlegen kan gjennomføre undersøkelsene på den måten som anses hensiktsmessig ut fra smittesituasjonen. Eksempelvis kan det være hensiktsmessig ved stor smittespredning å opprette et kommunalt team som foretar undersøkelser, eller etablere egne teststasjoner for undersøkelsene.

Til § 4-2

Til § 4-2 *Legens plikt til å foreta smitteoppsporing* (gjeldende § 3-6)

Bestemmelsen viderefører i all hovedsak gjeldende § 3-6. Sammenlignet med dagens bestemmelse, foreslås det noen språklige justeringer, en mindre utvidelse av når leger kan gi beskjed til kommuneoverlegen uten hinder av lovbestemt taushetsplikt og et nytt sjette ledd for å tydeliggjøre gjeldende plikter.

Gjeldende § 3-6 og forslag til ny § 4-2 omtales i høringsnotatets punkt 13.4.

Det materielle innholdet i gjeldende § 3-6 er omtalt i Ot.prp. nr. 91 (1992-1993) Del II, punkt 3.6.

Bestemmelsen i ***første ledd*** *første punktum* pålegger legen en plikt til å foreta smitteoppsporing når legen har oppdaget eller har mistanke om et tilfelle av en allmennfarlig smittsom sykdom. Ut fra den diagnosen legen har stilt eller har mistanke om, skal legen først vurdere om sykdommen er av en slik art eller i en slik fase at smitteoppsporing har noen hensikt.

Vurderer legen at smitteoppsporing kan være et relevant tiltak faglig sett, må legen vurdere om hensynet til smittevernet krever tiltaket iverksatt. Dette vil være tilfellet hvis smitteoppsporingen kan føre til at hittil ukjente tilfeller av sykdommen blir oppdaget slik at smitteforebyggende forholdsregler kan bli truffet og den videre spredning av sykdommen blir motvirket. Legen skal i så fall spørre den smittede pasienten om mulige smittekontakter og får da et ytterligere grunnlag for å vurdere om tiltaket er gjennomførbart, jf. *andre punktum*. Bestemmelsen må ses i sammenheng med § 5-2 andre ledd, som pålegger en smittet person å gi de nødvendige opplysninger om hvem smitten kan ha vært overført fra eller overført til.

Etter *tredje punktum* kan legen i sammenheng med smitteoppsporing, uten hinder av taushetsplikt, kontakte en annen lege.

Etter ***andre ledd*** skal legen ta kontakt med de personer som er oppgitt som mulige smittekilder eller som kan være smittet av pasienten. Legen skal be om at de lar seg undersøke. Hvis personen er smittet, skal legen gi dem personlig smittevernveiledning (jf. § 4-3) og tilby smittefrigjørende behandling hvis slik behandling finnes, eventuelt annen oppfølging. Legen skal utføre oppgavene i samråd med den smittede pasienten, og på en måte som så langt som mulig ikke virker krenkende på pasienten og dennes smittekontakter. Dersom smittekontakten allerede er blitt kjent med situasjonen og på eget initiativ har søkt lege, må den smittede pasientens lege forvisse seg om at smittekontaktene har blitt undersøkt og fått nødvendig rettledning, behandling og omsorg. Hvis pasienten eller smittekontakten kan godtgjøre dette, faller legens plikt etter andre ledd bort.

Etter ***tredje ledd*** *første punktum* har leger som ikke er i stand til å oppfylle plikten etter første og andre ledd, plikt til å informere kommuneoverlegen om dette, dersom det anses nødvendig av hensyn til smittevernet. Dette kan blant annet være tilfellet ved stor smittespredning i befolkningen og medfølgende kapasitetsutfordringer hos behandlende lege. Det kan også dreie seg om situasjoner hvor legen møter lite samarbeidsvilje hos den smittede pasienten eller pasientens mistenkt smittede nærkontakter, for eksempel ved at pasienten ikke vil oppgi mulig smittede kontakter, eller ved at disse ikke vil komme inn til

undersøkelse og behandling. Informasjonen kan gis uten hinder av lovbestemt taushetsplikt.

Vilkåret om at det må anses nødvendig av hensyn til smittevernet åpner for at legen likevel ikke må kontakte smittevernoverlegen når legen selv ikke klarer å gjennomføre oppgavene. En forsikring fra den smitteførende pasienten om at han eller hun vil orientere og gi den mulig smittede personen nødvendige opplysninger, vil for eksempel kunne være tilstrekkelig. Det samme vil kunne være tilfelle om en smittekontakt opplyser legen om at vedkommende vil oppsøke en annen lege for eventuell undersøkelse og veiledning.

Etter *andre punktum* skal legen ved kontakt med kommuneoverlegen gi kommuneoverlegen opplysning om pasientens smittekontakter. Det er viktig at legen samtidig gir så fyldige opplysninger som mulig om sitt arbeid med saken.

Står legen overfor et tilfelle av en allmennfarlig smittsom sykdom som kan skyldes miljøsmitte, for eksempel en sykdom som skyldes overføring av smitte fra drikkevann, matvarer, dyr, eller andre kilder i miljøet, skal legen alltid ta kontakt med kommuneoverlegen, jf. *tredje punktum*. Smitteoppsporing kan i slike tilfeller erfaringsmessig bli en meget krevende oppgave som krever spesielle kunnskaper og tid, blant annet når det opptrer tilfeller av salmonelloser eller hepatitt A. Bestemmelsen er endret slik at legen også ved miljøsmitte har plikt til å underrette kommuneoverlegen uten hinder av lovbestemt taushetsplikt.

Etter ***fjerde ledd*** har kommuneoverlegen plikt til å overta ansvaret for videre smitteoppsporing og oppfølging av smitteforhold og smittede personer, samt å treffe andre nødvendige smitteverntiltak, når han eller hun får henvendelser etter bestemmelsens tredje ledd.

Etter ***femte ledd*** skal kommuneoverlegen ta kontakt med kommuneoverlegen i den kommunen hvor den mistenkt smittede personen bor eller oppholder seg, dersom han eller hun får opplysninger om smittekontakter som ikke hører hjemme i kommunen og hensynet til smittevernet krever det. Utveksling av opplysninger om smittede etter bestemmelsen er forutsatt kun å skje i direkte smitteoppsporingsøyemed. Nødvendige opplysninger kan gis med hjemmel i § 4-4 andre ledd bokstav b.

Etter ***sjette ledd*** kan kommunen eller kommuneoverlegen ved samfunnskritisk sykdom bestemme at kommuneoverlegen skal overta smitteoppsporingen. Dette gjelder selv om en behandlende lege ikke har kontaktet kommuneoverlegen etter bestemmelsen i tredje ledd. Kommuneoverlegen kan gjennomføre smitteoppsporingen på den måten som anses hensiktsmessig og praktisk mulig gitt smittesituasjonen, for eksempel opprette et kommunalt team som kontakter de smittedes nærkontakter over telefon eller skriftlig digitalt ved stor smittespredning.

Til § 4-3

Til § 4-3 *Informasjon og personlig smittevernveiledning til smittede personer* (gjeldende 2-1)

Bestemmelsen viderefører i hovedsak gjeldende § 2-1, med enkelte strukturelle og språklige endringer. I fjerde ledd er det tatt inn at legen også skal underrette kommuneoverlegen når legen ikke er i stand til å foreta smittevernveiledning og hensynet til smittevernet krever det. I tillegg er det tatt inn et nytt sjette ledd som tydeliggjør at kommunen eller kommuneoverlegen ved samfunnskritisk sykdom kan bestemme å overta smitteveiledningen.

Gjeldende § 2-1 og forslag til ny § 4-3 omtales i høringsnotatets punkt 13.5.

Det materielle innholdet i gjeldende § 2-1 er omtalt i Ot.prp. nr. 91 (1992-1993) Del II, punkt 2.1 og Prop. 91 L (2018-2019) kapittel 5. Se også de spesielle merknadene til lovbestemmelsen.

Første ledd presiserer legens plikt til å gi informasjon og konkret veiledning om den aktuelle sykdommen til en person som antas å ha en allmennfarlig smittsom sykdom, og angir hva informasjonen og smittevernveiledningen skal inneholde som et minimum.

Den undersøkende legen skal straks gi den smittede opplysninger om sykdommen eller tilstandens art. Dette betyr at legen allerede i undersøkelsessituasjonen skal fortelle den smittede hvilken sykdom legen mistenker kan foreligge. Informasjonsplikten må omfatte opplysninger om sykdommens navn, nærmere kjennetegn, forløp og prognose, samt behandlingsmuligheter. Videre er det et uttrykkelig krav at legen skal opplyse om sykdommens smittsomhet. Dette må først og fremst gjelde smittemåten eller hvordan smittestoffet overføres. Videre er det forutsatt at legen skal informere i mer generell form om den smittsomme sykdommen eller tilstandens natur, ytringsformer, årsaksforhold, disponerende faktorer, hvordan overføring av smitte kan motvirkes, generelle hygieniske forholdsregler, forebyggende tiltak mv.

Spesielt skal det informeres om pliktene etter § 5-2 og om adgangen til bruk av tvang.

Ved allmennfarlig smittsomme sykdommer vil det være særlig aktuelt at legen gjør uttrykkelig oppmerksom på plikten til å drive smitteoppsporing, ved å spørre den smittede om hvem smitten kan være overført fra, om når og på hvilken måte det kan ha skjedd og hvem smitten kan ha blitt overført til, jf. §§ 4-2 og 5-2.

Oppgavene kan delegeres til sykepleier eller andre dersom det vurderes som hensiktsmessig og forsvarlig.

Andre ledd *første punktum* angir en hovedregel om at både den smittede og de som har omsorgen for den smittede, har krav på informasjon og personlig smittevernveiledning etter første ledd dersom den smittede er under 16 år, uten hinder av legens lovbestemte taushetsplikt. Etter *andre punktum* gjelder et unntak når den smittede er mellom 12 og 16 år. Da skal opplysninger likevel ikke gis til dem som har omsorgen, hvis den smittede eller andre som kjenner den smittedes situasjon, har innvendinger mot at dette blir gjort, og legen mener at innvendingene bør respekteres. Bestemmelsen har sin parallell i pasient- og brukerrettighetsloven § 3-4 andre ledd.

Hensikten bak andre og tredje ledd er at «nøkkelpersonell» skal bli satt i stand til å medvirke i smittevernet av den enkelte som ikke selv er i stand til å ivareta sine egne

interesser. Hvem som skal regnes for å ha «omsorgen» for den smittede vil bero på en konkret vurdering av hvem som er i den beste posisjon til å hjelpe den smittede med å etterleve den veiledning som gis. Det følger av dette at omsorgspersonen ikke behøver å være noen som har et formelt ansvar for vedkommende, eksempelvis forelder eller verge, selv om han eller hun naturligvis kan være det.

Tredje ledd bestemmer at både den smittede og de som har omsorgen for den smittede, har krav på informasjon og personlig smittevernveiledning uten hinder av legens lovbestemte taushetsplikt, dersom den smittede er en person over 16 år som ikke er i stand til å forstå og følge smittevernveiledningen. Dette kan eksempelvis være personer som på grunn av psykisk lidelse, demens, utviklingshemming eller funksjonsnedsettelse ikke uten bistand er i stand til å etterleve den veiledningen som legen gir.

Fjerde ledd gir legen en plikt til å gi beskjed til kommuneoverlegen uten hinder av lovbestemt taushetsplikt i de tilfellene en smittet person ikke følger den personlige smittevernveiledningen. Det er et vilkår at hensynet til smittevernet krever det. Vilkåret er ment å være modifiserende. For eksempel vil en forsikring fra den smitteførende pasienten om at han eller hun vil orientere og gi den mulig smittede personen nødvendige opplysninger, kunne være tilstrekkelig. Det samme vil kunne være tilfelle om en smittekontakt opplyser legen om at vedkommende vil oppsøke en annen lege for eventuell undersøkelse og veiledning, eller ta nødvendige personlige forholdsregler for å motvirke overføring til andre og om nødvendig gi underretning til andre mulig smittede personer.

Bestemmelsen gir også legen plikt til å underrette kommuneoverlegen uten hinder av lovbestemt taushetsplikt når legen ikke er i stand til å gi personlig smittevernveiledning og hensynet til smittevernet krever det. Dette kan særlig være aktuelt når det er svært mange smittede, eller der smittede ikke møter til time med veiledning. Legen kan da blant annet informere om hvem legen ikke har hatt mulighet til å gi veiledning, årsaken til dette og hva som eventuelt allerede er gitt av veiledning.

Kommuneoverlegen skal ved slike varsler overta smittevernveiledningen, men kommuneoverlegen overtar ikke behandlingsansvaret for pasienten.

Femte ledd bestemmer at hovedinnholdet av den informasjonen og den personlige smittevernveiledningen som legen gir til den smittede, skal føres inn i pasientens journal. Dette gir en utvidet plikt til journalføring sammenlignet med det som følger av helsepersonelloven §§ 39 og 40.

Etter ***sjette ledd*** *første punktum* kan kommunen eller kommuneoverlegen ved samfunnskritisk sykdom bestemme at kommuneoverlegen skal overta ansvaret for å gi informasjon og smittevernveiledning.

Dersom kommunen eller kommuneoverlegen finner det hensiktsmessig, kan kommuneoverlegen overta ansvaret for å gi informasjon og smittevernveiledning, uavhengig av om behandlende lege har gitt individuell smittevernveiledning og uten at er grunn til å anta at smittede ikke følger smittevernrådene som er gitt. Kommuneoverlegen kan gi informasjon og gjennomføre smittevernveiledningen på den måte som anses hensiktsmessig og praktisk mulig gitt smittesituasjonen. Kommuneoverlegen kan for

eksempel opprette et kommunalt team som gir smittede personer informasjon og veiledning, eksempelvis over telefon eller skriftlig digitalt. Det kan også gis informasjon og veiledning i ulike kanaler til befolkningen mer generelt dersom dette er mest hensiktsmessig.

Ved samfunnskritisk sykdom hvor kommuneoverlegen har overtatt plikten, er det etter *sjette ledd andre punktum* unntak fra plikten i femte ledd til utvidet journalføring av smitteveiledningen. Unntaket er begrunnet med hensyn til ressursbruk og hensiktsmessige løsninger under en samfunnskritisk sykdom.

Til § 4-4

Til § 4-4 *Unntak fra taushetsplikt* (gjeldende § 2-2)
Bestemmelsen viderefører i all hovedsak gjeldende § 2-2. Sammenlignet med dagens bestemmelse foreslås det at bestemmelsens siste ledd flyttes til ny § 10-3.

Gjeldende § 2-2 og forslag til ny § 4-4 er omtalt i høringsnotatets punkt 13.6.

Det materielle innholdet i gjeldende § 2-2 er omtalt i Ot.prp. nr. 91 (1992-1993) punkt 2.2. Se også de spesielle merknadene til lovbestemmelsen i Ot.prp. nr. 91 (1992-1993) og Prop. 91 L (2018-2019).

Første ledd oppstiller overordnede vilkår for når det kan gis taushetsbelagte opplysninger og understreker hovedregelen om samtykke.

Bestemmelsen gir en plikt for legen til i den grad det er mulig, å søke å oppnå den smittedes medvirkning eller samtykke, når det av hensyn til smittevernet er behov for å gi videre opplysninger underlagt taushetsplikt og det er overveiende sannsynlig at det er eller har vært fare for overføring av en allmennfarlig smittsom sykdom. At denne plikten er overholdt er samtidig et vilkår for at legen kan gi de taushetsbelagte opplysningene mot den smittedes ønske etter andre ledd. Når det er åpenbart at medvirkning eller samtykke er nytteløst eller umulig, må legen kunne gi opplysninger uten å søke medvirkning eller samtykke, forutsatt at de øvrige vilkårene er til stede.

Det er den legen som vurderer å gjøre unntak fra taushetsplikten, som må vurdere hvorvidt det er grunn til å anta at det er eller har vært en fare for overføring av en allmennfarlig smittsom sykdom. Det er forutsatt at det må foreligge en faglig begrunnelse for bedømmelsen av smittefaren. Det er videre forutsatt at det ikke er noe krav om at det må være bragt på det rene at den smittede personen objektivt sett er smitteførende. Det er nok at det foreligger en mistanke om dette jf. definisjon av en smittet person i § 1-3. Når det gjelder den nærmere angivelsen av hvilken faregrad som må foreligge, vil dette måtte variere med hvilken smittsom sykdom eller smittebærertilstand det dreier seg om, smittsomheten og overføringsmåten og de overføringsmuligheter som en må anta kan bli aktuelle mellom den smittede og den smitteutsatte.

Andre ledd angir nærmere hvilke opplysninger legen kan gi, hvem legen kan gi opplysningene til og på hvilke vilkår, i de tilfellene det ikke er mulig å oppnå samtykke fra den smittede.

Etter bestemmelsen er det kun anledning til å gi opplysninger om smittestatus og andre nødvendige opplysninger. Med smittestatus menes de opplysningene som refererer seg nært til om vedkommende er smitteførende eller ikke. Unntaket gjelder bare medisinske opplysninger i den utstrekning disse er knyttet til spørsmålet om smittestatus. Det er forutsatt at unntaket både omfatter hvilke undersøkelser som er foretatt og eventuelle negative eller positive prøvesvar. Opplysninger om mistanke omfattes på samme måte og bygger på de samme hensynene som definisjonen av en smittet person i § 1-3. For å sikre at opplysningsadgangen ikke blir for snever, slik at den ikke gir særlig effektiv veiledning, er det åpnet for at det også kan gis andre nødvendige opplysninger. Det er forutsatt at dette bare gjelder opplysninger som er nødvendige som tilleggsopplysninger, for eksempel for at et blodprøvesvar angitt i medisinske termer skal få selvstendig mening.

Etter *bokstav a* kan taushetsbelagte opplysninger gis til annet helsepersonell når det er grunn til å anta at helsepersonellet, andre pasienter eller besøkende er i fare for å bli smittet av en allmennfarlig smittsom sykdom. Dette kan skje uavhengig av om opplysningene er nødvendige for undersøkelsen eller behandlingen av pasienten selv. Taushetsbelagte opplysninger kan bare gis til helsepersonell som har ansvar for oppfølging av pasienten eller som har ansvaret for at andre pasienter, helsepersonell eller besøkende ikke blir smittet. I praksis vil dette bety helsepersonell ved den institusjonen der den smittede er innlagt og som deltar i undersøkelse, behandling eller pleie av den smittede, eller som har oppgaver i forbindelse med det infeksjonsforebyggende arbeidet ved institusjonen (hygienepersonell). Det vil også gjelde annet helsepersonell som den smittede henvises til, for eksempel en spesialist, fysioterapeut, tannlege eller personell ved poliklinikk.

Etter *bokstav b* er det adgang til å gi taushetsbelagte opplysninger i forebyggende øyemed til den som er i fare for å få overført en allmennfarlig smittsom sykdom fra en smittet person. Det vil blant annet være adgang til å opplyse en seksualpartner til en smittet person med for eksempel klamydiainfeksjon om den smittefaren som foreligger, forutsatt at vilkårene for øvrig er til stede.

Hensikten med *bokstav c* er at de som har vært ukjent med at de kan ha blitt smittet skal bli kjent med dette, slik at disse ikke i neste omgang skal overføre smitte til andre. For å understreke at opplysningsadgangen er strengt knyttet til hensynet til smittevernet, er det satt som et eget vilkår at opplysningene må kunne motvirke overføring av smitte til andre. Det vil videre være anledning til å gi smittestatusopplysning til en som har vært smitteutsatt hvis dette er avgjørende for å begynne medisinsk behandling av vedkommende, for eksempel når det er risiko for at det har skjedd en overføring av hepatitt B-smitte.

Etter *bokstav d* er det adgang til å gi smittestatusopplysning til personer som er blitt utsatt for smitte på grunn av klanderverdig opptreden fra en smittet person, uavhengig av en nærmere vurdering av hvorvidt opplysningen er nødvendig av hensyn til smittevernet i første omgang. Alternativet forutsettes blant annet å dekke behovet for å kunne gi taushetsbelagte opplysninger til smitteutsatte enkeltpersoner som for eksempel har vært i en smittefaresituasjon på grunn av bruk av vold eller trusler om vold fra en smittet eller

mistenkt smitteførende. Etter bestemmelsen vil for eksempel politifolk, fengselsbetjening eller voldsofre i spesielle tilfeller kunne få opplysning om voldspersonens smittestatus uavhengig av om de strengt tatt har behov for denne kunnskapen for å ta sine forholdsregler for å motvirke at andre skal få overført en eventuell smitte til seg.

Etter ***tredje ledd*** har legen en opplysningsplikt ved åpenbar fare for overføring etter andre ledd bokstav b. Det forutsettes at legen vet hvem som er i fare. Dette betyr at legen bare rent unntaksvis kan benytte en medhjelper til å formidle budskapet. Det er ikke noe krav om at opplysningene må være nødvendige for å motvirke smitteoverføringen. Dette betyr blant annet at en lege ikke kan fri seg fra plikten ved å henvise til at vedkommende ville ha fått overført smitte til seg uavhengig av om opplysningene var blitt gitt eller ikke.

Legens opplysningsplikt bortfaller når det foreligger gyldig forfall. I tillegg til alminnelige forfallsgrunner som sykdom, høy alder osv., faller opplysningsplikten bort hvis opplysningene allerede er kjent for den som skal ha opplysningene, eller hvis legen vet at en annen lege gir de nødvendige opplysninger. Dersom legen har bragt på det rene at den smittede selv vil gi de nødvendige opplysningene, jf. første ledd, faller plikten forutsetningsvis bort. I slike tilfeller vil legen kunne kreve for eksempel en bekreftelse på at opplysningen er gitt.

Etter ***fjerde ledd*** kan legen rådføre seg med kommuneoverlegen ved tvil om opplysninger bør gis etter andre ledd. Når legen rådfører seg med kommuneoverlegen, er det den aktuelle situasjon og de omstendighetene som knytter seg til denne som skal forelegges. Den smittedes identitet skal holdes utenfor. Dersom legen ikke gir opplysninger, kan kommuneoverlegen eller den som ønsker opplysningene be statsforvalteren avgjøre om legen skal gi opplysningene.

Etter ***femte ledd*** plikter legen å informere den smittede om at opplysninger er gitt i medhold av andre ledd. Det stilles krav om at dette gjøres skriftlig, blant annet for å nå personer som ikke lenger har kontakt med legen.

Etter ***sjette ledd*** har tannlege, jordmor og sykepleier uten hinder av lovbestemt taushetsplikt adgang til å gi opplysninger når vilkårene i første og andre ledd er oppfylt. Opplysningsadgangen er imidlertid sterkt begrenset ved at opplysningene bare kan gis til den smittede personens lege eller kommuneoverlegen. Disse må så vurdere om de vil benytte sin adgang etter andre ledd til å gi opplysningene videre til den det gjelder. Det er forutsatt at kommunelegen bare skal bringes inn hvis det er uklart hvem som er den smittede persons lege, eller det kan by på uforholdsmessige vansker å få tak i vedkommende slik at det kan oppstå fare for at de nødvendige opplysningene ikke kan bli gitt tidsnok.

Sjuende ledd understreker at helsepersonell som mottar opplysninger etter denne bestemmelsen har samme taushetsplikt som den som gir opplysningene. Bestemmelsen er ment å avklare hvilket taushetspliktregelsett som gjelder for helsepersonellet som mottar opplysningene, og slår fast at det er den taushetspliktregelen som det er gjort unntak fra for å gi opplysningene, som er den taushetspliktregelen som gjelder for mottakeren av opplysningene.

Til § 4-5

Til § 4-5 *Meldings- og varslingsplikt for helsepersonell* (gjeldende § 2-3)
Bestemmelsen viderefører i all hovedsak gjeldende § 2-3, med unntak av at myndigheten flyttes fra Helsedirektoratet til departementet.

Tittelen på bestemmelsen er endret, da varslingsplikten ble utvidet til å også gjelde for gjelder for leger og tannleger i tillegg til sykepleiere og jordmødre ved endring 1. juli 2019, jf. Prop. 91 L (2018-2019).

Gjeldende § 2-3 og forslag til ny § 4-5 er omtalt i høringsnotatets punkt 13.7.

Det materielle innholdet i gjeldende § 2-3 er omtalt i Ot.prp. nr. 91 (1992-1993) punkt 2.3 og Prop. 91 L (2018-2019) punkt 13.4. Se også de spesielle merknadene til lovbestemmelsen.

Første ledd angir meldingsplikt for leger, og varslingsplikt for leger, sykepleiere, jordmødre og tannleger, uten hinder av lovbestemt taushetsplikt. Skillet mellom begrepene meldings- og varslingsplikt bygger på systemet i forskrift om Meldingssystem for smittsomme sykdommer (MSIS-forskriften). I MSIS-forskriften er det fastsatt nærmere regler for meldingsplikt i kapittel 2 og varslingsplikt i kapittel 3.

Meldingsplikten som kan fastsettes for leger, er ikke bare begrenset til å gjelde mens legen er i virksomhet. Bestemmelsen gir også mulighet til å pålegge leger meldingsplikt uavhengig av om de er i virksomhet eller ikke. En slik vid meldingsplikt vil kunne bli aktuell å fastsette for noen av de mest alvorlige allmennfarlige smittsomme sykdommene.

Formålet med legers meldingsplikt etter MSIS-forskriften er å samle informasjon i Meldingssystemet for smittsomme sykdommer og bidra til blant annet overvåkingen av smittsomme sykdommer hos mennesker i Norge.

Formålet med varslingsplikten for leger, sykepleiere, jordmødre og tannleger er umiddelbart å kunne iverksette smitteverntiltak for å forebygge flere tilfeller ved å motvirke overføring av smitte. For leger kommer denne varslingen av smittsomme sykdommer i tillegg til meldingen som de er pålagt å sende og som inngår som en del av Meldingssystemet for smittsomme sykdommer.

Andre ledd innebærer en skjerping av taushetspliktsreglene på dette området. Det fastsettes at alle som mottar opplysninger etter første ledd er underlagt den samme taushetsplikten som de som gir opplysningene. Regelen har betydning blant annet for ansatte på Folkehelseinstituttet som skal håndtere meldinger som inneholder personopplysninger (de såkalte nominative meldingene). Disse vil være underlagt både forvaltningslovens og helsepersonellovens taushetspliktbestemmelser, fordi det i meldingssystemet alltid vil være en lege som er kilde for opplysningene.

Tredje ledd sikrer den registrertes rett til å få vite hvilke opplysninger om en selv som blir lagret eller behandlet. Opplysningsplikten gjelder både der det er tale om nominative meldinger eller varsler (som inneholder fullt navn og personnummer), og der det er tale om meldinger eller varsler som ikke inneholder navn og personnummer, men som likevel kan identifisere en person.

Fjerde ledd *første punktum* gir hjemmel for Kongen i statsråd til å gi forskrifter om behandling av helseopplysninger i samsvar med helseregisterloven. Etter andre punktum skal forskriftene angi formålet med behandlingen av opplysningene, og hvilke smittsomme sykdommer som skal meldes eller varsles.

Fjerde ledd tredje punktum gir Kongen i statsråd fullmakt til ved forskrifter å pålegge meldingsplikt for bivirkninger ved tiltak etter loven. Flere smitteverntiltak kan ha uønskede bivirkninger. Det er viktig for helse- og omsorgstjenesten å få kjennskap til bivirkninger som oppstår i forbindelse med forebyggende tiltak, undersøkelse og behandling for derved å kunne lete etter årsaker og fjerne eller redusere disse.

Etter *fjerde punktum* kan kongen gi nærmere bestemmelser om hvem som skal melde eller varsle, og om formkrav, meldingsskjemaer og frister for meldingene og varslene, herunder om hvem som kan eller skal motta meldinger og varsler. ***Femte ledd*** skal sikre et enhetlig meldingssystem og bestemmer at verken private eller offentlige skal sette i verk meldingsordninger for smittsomme sykdommer hos mennesker uten samtykke fra departementet. Det stilles krav om samtykke fra departementet særlig for å unngå uklarheter og «konkurrerende» meldingsordninger eller meldingsplikter, og for å sikre samordning og harmonisering av de forskjellige behovene. Dette ivaretar departementets samordningsansvar for smittsomme sykdommer hos mennesker. Samtykkekravet gjelder ikke meldingsordninger til internt bruk i interne systemer, eksempelvis innen en institusjon eller en pasientforening.

Sjette ledd bestemmer at departementet med øyeblikkelig virkning kan pålegge personer nevnt i første ledd midlertidige meldings- og varslingsplikter som fraviker de meldings- og varslingspliktene som til enhver tid er gitt ved forskrift etter § 4-5 fjerde ledd, når det er utbrudd av allmennfarlig smittsom sykdom eller fare for slikt utbrudd, og det er nødvendig av hensyn til smittevernet. Hensikten er å raskt kunne omstille overvåkingen av den epidemiologiske situasjonen uten hensyn til alminnelige frister og prosedyreregler som ellers gjelder for fastsettelse av forskrifter. Det forutsettes at de midlertidige meldingspliktene oppheves straks vilkårene ikke lenger er til stede, det vil si når det ikke lenger foreligger utbrudd eller fare for utbrudd, eller det ikke lenger er behov for dem av hensyn til smittevernet. Ved behov for mer langvarige endringer i meldingssystemet bør de ordinære regler for endring av forskrifter følges.

Til § 4-6

Til § 4-6 *Plikt for helsepersonell til å gjennomgå opplæring, følge faglige retningslinjer og gjennomføre tiltak* (gjeldende § 4-9)

Bestemmelsen viderefører gjeldende § 4-9, med det enkelte begrepsmessige endringer uten materiell betydning.

Gjeldende § 4-9 og forslag til ny § 4-6 omtales i høringsnotatets punkt 13.8.

Gjeldende § 4-9 er omtalt i Ot.prp. nr. 91 (1992-1993) punkt 4.9. Se også de spesielle merknadene til lovbestemmelsen.

Første ledd skal sikre at helse- og omsorgstjenesten i kommunen skal kunne rå over nødvendig helsefaglig kompetanse, og gir kommunen adgang til å vedta at helsepersonell må gjennomgå nødvendig opplæring for å kunne utføre tjenester og tiltak som kommunen er pålagt. Kommunen kan for eksempel pålegge helsepersonellet opplæring i vaksinasjonsprosedyrer, behandlingsopplegg og lignende. Slik opplæring vil også kunne pålegges helsepersonell for å sikre kommunen en nødvendig faglig kompetanse i beredskapsøyemed.

Andre ledd er en konsekvens av første ledd, og tar sikte på å dekke et beredskapsbehov for mer krisepregede situasjoner. Etter bestemmelsen vil helsepersonellet i den kommunale helse- og omsorgstjenesten som har gjennomgått den nødvendige opplæringen, ha en plikt til å utføre nødvendige forebyggende prosedyrer, undersøkelser eller behandlinger etter første ledd. Bestemmelsen presiserer at det foreligger full instruksjonsmyndighet overfor dem som er ansatt i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, og gir et selvstendig kompetansegrunnlag for instruksjon av dem som driver virksomhet innenfor den kommunale helse- og omsorgstjenesten basert på driftsavtale eller lignende. Etter bestemmelsen vil for eksempel en kommune etter første ledd kunne pålegge en allmennpraktiserende lege å ta den nødvendige opplæringen, for deretter etter andre ledd å pålegge legen å ta imot mistenkt smittede personer med mer sjeldne tilfeller av allmennfarlig smittsom sykdom.

Tredje ledd bestemmer at helsepersonell har plikt til å følge Helsedirektoratets pålegg etter § 2-8 om at en allmennfarlig smittsom sykdom skal forebygges, undersøkes, behandles, eller pleies etter bestemte faglige retningslinjer, eller at undersøkelser eller analyser skal gjøres slik Helsedirektoratet bestemmer eller bare må gjøres av noen som Helsedirektoratet har godkjent.

Fjerde ledd gir kommunen uttrykkelig hjemmel til å vedta at en lege som er ansatt i kommunen eller som yter helse- og omsorgstjenester på vegne av kommunen, skal delta i forebyggelse av en allmennfarlig smittsom sykdom og i undersøkelse og behandling av en person som er smittet med en slik sykdom, når det er nødvendig. Formålet er å sikre at kommunen er i stand til å oppfylle sine plikter etter loven.

Vedtaket kan påklages til statsforvalteren, jf. smittevernloven § 12-2.

Til § 5-1

Til § 5-1 *Rett til smittevernhjelp* (gjeldende § 6-1)

Bestemmelsen viderefører gjeldende § 6-1.

Gjeldende § 6-1 og forslag til ny § 5-1 omtales i høringsnotatets punkt 14.3. Det materielle innholdet i gjeldende § 6-1 er omtalt i Ot.prp. nr. 91 (1992-1993) kapittel 6 og Prop. 91 L (2018-2019) punkt 14.3.

I ***første ledd*** første punktum slås det fast rent generelt at enhver har rett til nødvendig smittevernhjelp. Uttrykket smittevernhjelp utgjør et samlebegrep som innholdsmessig er forutsatt å variere med tiden og forholdene.

Etter andre punktum er smittevernhjelp å anse som en del av retten til nødvendige helse- og omsorgstjenester, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 a første og andre ledd og § 2-2. Rett til smittevernhjelp må sees som en del av det rettskrav enhver har etter disse bestemmelsene, men er spesielt for smittsomme sykdommer blitt nærmere konkretisert i denne paragrafen.

Det følger av hovedinnholdet i bestemmelsene i forslag til ny smittevernlov §§ 2-1 og 2-3, at det hovedsakelig er kommuner og regionale helseforetak som er forpliktet til å oppfylle den rett til smittevernhjelp som bestemmelsen fastsetter som en rettighet for den enkelte. Smittevernhjelpen vil i praksis langt på vei bli oppfylt gjennom de eksisterende tiltakene, tjenestene og ytelsene fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten i form av allmennlegehjelp, sykepleie, hjemmesykepleie og eventuelt innleggelse i helseinstitusjon (sykehjem). Oppfyllelsen fra regionale helseforetak vil kunne være aktuelt i alle deler av spesialisthelsetjenesten.

Det er hensynet til smittevernet, herunder samfunnshensyn, forebygging av smittsomme sykdommer, og adgangen til å bruke tvangsmidler, som begrunner en særregulering av retten til smittevernhjelp. Rett til forsvarlig helsehjelp er en av flere relevante rettigheter for den enkelte. Hvilke tiltak som tilbys innenfor denne rammen kan være begrenset av tilhørende regelverk for prioritering mv. Hva som inngår i smittevernhjelp kan imidlertid vurderes annerledes sammenlignet med det som inngår i helsehjelp ettersom også hensynet til smittevern skal vektlegges. Dette kan være for eksempel dreie seg om tilfeller der den medisinske behandlingen i seg selv ikke fører til at smittefaren faller bort eller det er nødvendig med tilrettelegging som alternativ til bruk av tvang.

Kravet til forsvarlighet og vurderingen av behov på for eksempel øyeblikkelig hjelp setter i tillegg rammer for hva som er den nødvendige smittevernhjelpen i et konkret tilfelle. Nødvendighetskriteriet innebærer at det skal foreligge en faglig vurdering av hva som skal inngå i nødvendig smittevernhjelp i det enkelte tilfelle.

Et viktig moment i vurderingen av smittevernhjelp er i hvilken grad potensielt kostbare komplikasjoner av sykdommen kan unngås.

Begrensningene som gjelder etter EØS-avtalen om at EØS-borgere har rett til å oppholde seg i Norge i inntil tre måneder forutsatt at den enkelte ikke utgjør en urimelig byrde for oppholdslandets velferdsordninger, må sees i sammenheng med hva som vil inngå i nødvendig smittevernhjelp og setter rammer for smittevernhjelpen. Samfunnsmessige hensyn må vektlegges slik at videre smittespredning unngås, og vil i mange tilfeller regnes som øyeblikkelig hjelp

Bestemmelsen om rett til smittevernhjelp må ses i sammenheng med videreføringen av departementets hjemmel i ny smittevernlov § 5-9 til å gi forskrifter om at tjenester skal være uten kostnad for den som er smittet eller er i fare for å bli smittet med en smittsom sykdom. Rett til smittevernhjelp vil ikke nødvendigvis innebære at vedkommende har krav på at smittevernhjelpen stilles til disposisjon uten vederlag. Det er imidlertid grenser for hvor langt eller omfattende det kan kreves betaling for smittevernhjelp uten at

hovedbegrunnelsen for rettighetsfesting av smittevernhjelpen blir undergravet. Se spesielle merknader til § 5-9.

Andre ledd bestemmer at den som etter en faglig vurdering anses å være i fare for å bli smittet med en allmennfarlig smittsom sykdom, har rett til nødvendig smittevernhjelp i form av vaksinasjon, informasjon og annen nødvendig forebyggende hjelp.

Bestemmelsen fastlegger dermed hvilke rettskrav på smittevernhjelp personer som ikke er smittet skal ha overfor allmennfarlige smittsomme sykdommer. Rettigheten er begrenset til å gjelde personer som står overfor en konkret fare for å bli smittet, for å unngå at hele befolkningen omfattes. Det er forutsatt at faren for å få overført smitte må representere noe mer enn den alltid tilstedeværende fare for å bli utsatt for overføring av smittestoff, som naturlig følger av å være en del av et menneskelig og sosialt fellesskap. Det er likevel meningen at kravet til fare skal være forholdsvis lavt, slik at også når det kan være tvil om det egentlig foreligger en fare for overføring av smitte, skal den enkelte ha rett til å få dekket aktuelle behov. Ut fra de allmenne smittevernhensynene som begrunner bestemmelsen, skal altså tvil om hvilken fare som foreligger som hovedregel komme den enkelte til gode. Det er videre forutsatt at det skal ligge en faglig vurdering til grunn for bedømmelsen av faren.

Forebyggende smittevernhjelp vil i praksis hovedsakelig omfatte tre grupper av tiltak: Vaksinasjon, informasjon eller individuell forbyggende beskyttelseshjelp. Disse tre gruppene representerer den vesentligste forebyggende smittevernhjelp som er effektiv for å sette den enkelte i stand til å beskytte seg mot overføring av smitte.

Bestemmelsen innebærer at den som står i fare for å bli smittet av en allmennfarlig smittsom sykdom, blant annet har rett til å bli vaksinert.

For en person som skal reise til et sted hvor det er høy forekomst av en allmennfarlig smittsom sykdom, vil informasjon, opplysning og veiledning om hva vedkommende skal gjøre for å unngå overføring av smitte under reisen og oppholdet, ofte være et avgjørende forebyggende tiltak. Bestemmelsen i dette leddet forutsetter at en smitteutsatt person derfor skal være berettiget til nødvendig informasjon, opplysning og personlig veiledning for å kunne beskytte seg. I den grad det er mulig å få utført effektiv vaksinasjon i et slikt tilfelle, er det forutsatt at vedkommende også skal ha rett til dette.

Informasjon, opplysning og veiledning vil ofte være en effektiv smittevernhjelp også for den som på annen måte står i fare for å få overført en allmennfarlig smittsom sykdom til seg. Dette gjelder særlig i forbindelse med sykdommer som overføres ved seksuell omgang eller blodsmitte (for eksempel hepatitt B og HIV/AIDS). Bestemmelsen forutsetter at en person som står overfor en situasjon som representerer en fare for slik overføring av smitte, skal være berettiget til nødvendig informasjon, opplysning og veiledning om hva vedkommende skal gjøre for å verge seg mot overføring av smitte.

Individuell forebyggende beskyttelseshjelp vil i praksis først og fremst omfatte forebyggende smittevernhjelp mot allmennfarlige smittsomme sykdommer som overføres ved seksuell omgang. Tilgjengelighet på kondomer i den grad bruken av slike vil redusere smitteoverføringsfaren vesentlig, vil være en slik individuell forebyggende

smittevernhjelp som kan fylle vilkårene. Kommuner vil derfor etter denne bestemmelsen bl.a. være pliktige til å sørge for at det er rimelig mulig å skaffe seg kondomer i kommunen. Tilgang på rene sprøyter for rusmiddelavhengige representere på samme måte en smittevernhjelp for å forebygge blodoverførte infeksjoner.

De tre hovedgruppene av forebyggende smittevernhjelp som er nevnt, er ikke ment å være en uttømmende angivelse av den smittevernhjelpen som er forutsatt rettighetsfestet i dette leddet. Annen forebyggende smittevernhjelp som kan være omfattet, er f.eks. nødvendig hjelp eller bistand til bolig, utdanning eller arbeid for en prostituert som står i fare for å få overført en allmennfarlig smittsom sykdom til seg. For en person som bruker intravenøst rusmiddel vil tilbud om behandling eller rehabilitering kunne utgjøre en avgjørende smittevernhjelp som kan resultere i at faren for overføring av slik sykdom til vedkommende vil bli redusert vesentlig eller falle bort. Slike behandlings- eller rehabiliteringstilbud vil derfor etter de nærmere vilkår kunne utgjøre rettighetsfestet forebyggende smittevernhjelp for den enkelte smitteutsatte.

Tredje ledd bestemmer at en smittet person med en allmennfarlig smittsom sykdom har rett til nødvendig smittevernhjelp, herunder medisinsk vurdering og utredning (diagnostikk), behandling og pleie.

Det fremgår av definisjonen av «en smittet person» i lovforslaget § 1-3 med merknader at også personer som etter en faglig vurdering anses å ha en smittsom sykdom, er omfattet av dette begrepet.

Det er forutsatt at effekten av det rettskravet går ut på, må føre til en sannsynlig reduksjon eller bortfall av mulighet for overføring av sykdommen fra vedkommende, og at det må handles raskt.

Rett til medisinsk vurdering og utredning vil først og fremst være aktuelt for den som ikke har fått slått fast om han eller hun er smittet eller ikke.

Begrepene vurdering og utredning er brukt i lovteksten for å slå fast at det ikke bare er en «øyeblikkelig hjelp» rett til diagnose som omfattes, men også en uttrykkelig rett til å komme til en medisinsk vurdering når den enkelte har rimelig grunn til å tro at han eller hun er smitteførende med en allmennfarlig smittsom sykdom.

Dersom en lege på grunnlag av en slik vurdering mener at pasienten kan ha en allmennfarlig smittsom sykdom, er det forutsatt at vedkommende har rett til å få tilstanden utredet dvs. få en endelig diagnose.

Rett til smittevernhjelp etter bestemmelsen her vil først og fremst få selvstendig betydning i de situasjonene hvor den medisinske behandlingen som omfattes av øyeblikkelig hjelp-plikten ikke vil dekke behandling som fører til at smittefaren fra vedkommende faller bort.

Andre eksempler på situasjoner hvor retten til smittevernhjelp etter paragrafen vil få selvstendig betydning, er forebyggende medisinsk behandling av nærkontakter til en smitteførende. Profylaktisk antibiotika-behandling av nærkontakter til en person med smittsom hjernehinnebetennelse vil derfor være omfattet av paragrafen.

I en del situasjoner vil det være en hensiktsmessig løsning at den smitteførende ikke legges inn på sykehus eller annet behandlingssted mens den medisinske behandlingen pågår. Det samme vil være tilfelle med de kronisk smitteførende. For disse vil retten til nødvendig pleie bl.a. innebære at opplæring og tilrettelegging av hygieniske rutiner i dagliglivet for å motvirke faren for overføring av smittestoff til andre, vil utgjøre en rettighet for den enkelte. Hva som nærmere vil være omfattet av retten for den enkelte til nødvendig pleie, vil variere med hvilken allmennfarlig smittsom sykdom eller tilstand som foreligger og de personlige forhold og den livssituasjon den enkelte befinner seg i.

Rett til øvrig smittevernhjelp vil i praksis dreie seg om hjelpetiltak som bistand eller økonomisk hjelp til bolig eller bedring av bosituasjon, arbeid og lignende. For en del vanskeligstilte smittede kan slike forhold utgjøre en viktig grunn til at de representerer en fare for overføring av smitte til andre. Det er forutsatt at dette for eksempel kan omfatte nødvendig hjelp til smittede prostituerte for at den enkelte skal bli i stand til å komme ut av eller få redusert prostitusjonsatferden. For personer med rusmiddelavhengighet vil det kunne være aktuelt med tilbud om institusjonsbehandling. På samme måte er det forutsatt at en person med tuberkulose skal ha rett til et behandlingstilbud for sin alkoholisme, hvis dette er å anse som et vesentlig bidrag for å få vedkommende under behandling og derved få stoppet faren for smitteoverføring til andre. Ved siden av de mer praktiske hjelpetiltakene som er nevnt, er det forutsatt at også psykiatrisk eller psykologisk hjelp skal kunne være omfattet av rettskravet på smittevernhjelp. De rettigheter som følger av bestemmelsen vil innebære at kommuner og regionale helseforetak må organisere sine tilbud slik at personer som kommer inn under andre ledd, får de ytelsene de har krav på etter loven.

Fjerde ledd bestemmer at den som søker smittevernhjelp eller dens pårørende som mener bestemmelsene i paragrafen er brutt, kan klage til statsforvalteren i det fylket hvor vedkommende mener feil er begått. Klagen sendes til den som har truffet enkeltvedtaket eller avgjørelsen.

Hvor en kommune eller helseforetak avslår eller unnlater å yte hjelp eller tilby tjeneste eller tiltak etter bestemmelsen, er det behov for å få overprøvd denne avgjørelsen uavhengig av om den enkelte situasjon omfattes av andre aktuelle klageordninger.

Det er forutsatt at overprøvingen både gjelder om vilkårene etter bestemmelsene er til stede og overprøving av det nærmere innholdet av de tiltak eller de tjenester som ytes.

Etter lov om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten § 4 andre ledd skal statsforvalteren føre tilsyn med om tjenestene er i samsvar med det som er bestemt i lover og forskrifter, og Statens helsetilsyn kan etter § 8 gi pålegg om å rette forholdene. Statsforvalterens og Statens helsetilsyns myndighet er her begrenset til kontroll med at det tilbud som gis er lovlig og faglig forsvarlig. Etter tilsynsloven vil

I ***femte ledd*** er departementet gitt hjemmel til å gi ulike utfyllende bestemmelser, herunder om smittevernhjelp ved andre smittsomme sykdommer enn de allmennfarlige. Ettersom det ikke kan fastsettes entydig hvilke vilkår som skal gjelde for retten til smittevernhjelp og hva den enkelte har krav på fra helse- og omsorgstjenesten, må retten til

smittevernhjelp i loven fastsettes som «rettslige standarder» som kan utfylles ved forskrifter, eller finne sitt innhold i praksis.

Til § 5-2

Til § 5-2 *Plikter for en person som er smittet med en allmennfarlig smittsom sykdom (gjeldende § 5-1)*
Bestemmelsen viderefører gjeldende § 5-1, med tillegg av et nytt fjerde ledd som gir departementet hjemmel til å gjøre unntak når smitten er så utbredt i samfunnet at det ikke er formålstjenlig at pliktene gjelder.

Gjeldende § 5-1 og forslag til ny § 5-2 omtales i høringsnotatets punkt 14.4.

Det materielle innholdet i gjeldende § 5-1 er omtalt i Ot.prp. nr. 91 (1992-1993) Del II, punkt 5.1.

Overtredelse av pliktene etter bestemmelsen er ikke belagt med straffesanksjon, jf. § 12-1. Det kan heller ikke iverksettes tvangstiltak med den begrunnelse at pliktene etter denne bestemmelsen ikke er overholdt. Det kan følgelig ikke reageres overfor personer som ikke følger sine plikter, med mindre de strengere bestemmelsene om tvungen undersøkelse eller tvungen isolering kommer til anvendelse, se merknadene til §§ 6-2 og 6-3. Det kan med andre ord ikke iverksettes tvangstiltak med den begrunnelse at pliktene etter § 5-2 ikke er overholdt.

Første ledd bestemmer at den som har grunn til å anta at han selv eller noen han har omsorgen for, er smittet med en allmennfarlig smittsom sykdom, snarest skal gi beskjed til lege og oppsøke legen for nødvendig undersøkelse.

Bedømmelsen av hva som nærmere ligger i «ha grunn til å anta» at man er smittet med en allmennfarlig smittsom sykdom, vil variere fra sykdom til sykdom. Noen allmennfarlige smittsomme sykdommer har så utpregede symptomer og er ofte så ubehagelige at den smittede personen raskt forstår at noe er galt og oppsøker eller tilkaller lege av den grunn. Andre sykdommer derimot kan gi diffuse symptomer eller på annen måte gjøre det vanskelig for den enkelte å bli klar over at vedkommende er smittet. Også personer som har vært i en klar smitteutsatt situasjon slik at det er overveiende sannsynlig at vedkommende er blitt smittet, vil etter bestemmelsen ha plikt til å oppsøke lege for undersøkelse. Har noen for eksempel spist mat som har forårsaket salmonellainfeksjon hos andre som har spist samme mat, er det all grunn til å tro at de som ennå ikke er blitt syke, også er smittet. Et annet eksempel er en person som deler sprøyte med noen han vet eller får vite er hepatitt B eller er HIV-smittet. Den som har hatt ubeskyttet seksuell omgang med en syfilissmitteførende person forutsettes på samme måte å ha «grunn til å anta».

Plikten gjelder både å gi beskjed og å oppsøke lege. Med dette menes at den enkelte er pliktig til straks å gi beskjed hvis det ikke er mulig snarest å gi både beskjed og oppsøke lege.

Hovedhensikten med at smittede personer eller mistenkt smittede skal oppsøke lege er at smittefaren skal kunne bringes på det rene. Plikten til å oppsøke lege etter dette leddet

omfatter derfor også plikt til å gjennomgå nødvendige undersøkelser for å få bekreftet eller avkreftet om vedkommende er smitteførende eller ikke. Det er forutsatt at de undersøkelsene som er omfattet av plikten, er avgrenset på samme måte som de undersøkelsene som er omfattet av § 5-4, dvs. «blodprøvetaking, eller andre tilsvarende undersøkelser som er medisinskfaglig forsvarlig og kan gjøres uten fare».

Andre ledd bestemmer at en smittet person med en allmennfarlig smittsom sykdom har plikt til å gi nødvendige opplysninger om hvem smitten kan være overført fra. Dersom overføringen kan ha skjedd ved miljøsmitte, for eksempel drikkevann, matvarer eller dyr, har vedkommende også plikt til å opplyse om dette. Dessuten har vedkommende plikt til å opplyse hvem han eller hun selv kan ha overført smitten til. Opplysningene skal gis til den undersøkende legen eller til kommuneoverlegen.

Andre ledd må ses i sammenheng med bestemmelsen i § 4-2 som pålegger leger å drive blant annet smitteoppsporing når dette er gjennomførbart og hensynet til smittevernet krever det.

For å sikre smitteoppsporing som motvirker overføring av smittsomme sykdommer, særlig i forbindelse med allmennfarlige smittsomme sykdommer, fastsetter bestemmelsen en uttrykkelig plikt for smittede til å gi de opplysningene som er nødvendige for å kunne drive aktiv smitteoppsporing.

Plikten for en smittet person til å gi opplysninger om smittekontakter foreligger bare når det er behov for å drive smitteoppsporing. Det er derfor ingen slik plikt hvis den undersøkende legen finner det rimelig godtgjort at den smittedes kontakter får, eller vil få, betryggende hjelp fra helse- og omsorgstjenesten – for eksempel på initiativ fra den smittede selv.

Det understrekes ellers at når det anmodes om opplysninger, skal disse gis under fortrolige forhold som sikrer konfidensialitet og hvor det skal stimuleres til et positivt samarbeid, gis personlig smittevernveiledning og informasjon om retten til smittevernhjelp for den smittede og dennes kontakter.

Plikten er oppfylt om opplysningene gis til den undersøkende legen eller kommuneoverlegen. Presiseringen av at opplysningene bare kan gis til den undersøkende legen eller kommuneoverlegen er gjort for å sikre at opplysningene fanges opp av den legen som etter lovforslaget vil ha en korresponderende plikt til å følge opp den smitteoppsporingen som opplysningene skal danne grunnlag for.

Tredje ledd bestemmer at en smittet person med en allmennfarlig smittsom sykdom har plikt til å ta imot og følge den personlige smittevernveiledningen som legen har plikt til å gi etter § 4-3, for å motvirke at sykdommen blir overført til andre og plikt til å la seg isolere dersom det er nødvendig.

De fleste smittede vil normalt ønske å motta nødvendig informasjon fra legen. Plikten til å motta informasjon innebærer at den smittede møter opp eller ikke legger hindringer i veien for å være til stede eller tilgjengelig, slik at legen kan få formidlet den nødvendige smitteverninformasjon. Overtredelse av bestemmelsen er ikke belagt med straff etter § 12-1. I de situasjonene hvor det eventuelt kunne vært aktuelt å vurdere en slik sanksjon, må

det antas at det er andre tiltak som ut fra et smittevernhensyn vil være mer hensiktsmessig å ta i bruk. Det mest nærliggende tiltaket for en lege som opplever at en smittet unndrar seg å få nødvendig veiledning eller ikke følger den, vil være å varsle kommuneoverlegen etter § 4-3 fjerde ledd. Kommuneoverlegen skal ved slike varsler overta smittevernveiledningen.

Bestemmelsen pålegger også den smittede en plikt til om nødvendig å la seg isolere. Plikten vil oppstå når det er fare for at den smittede er smitteførende på en slik måte og i en slik grad at isolering er nødvendig for å motvirke smitteoverføring og andre tiltak ikke gir tilstrekkelig sikkerhet mot at smitten brer seg til andre.

Nytt ***fjerde ledd*** gir hjemmel for departementet til i forskrift å gjøre unntak fra pliktene etter første og andre ledd til å gi beskjed til lege, oppsøke lege for undersøkelse og gi opplysninger om hvor smitten stammer fra eller kan være ført videre. Unntak kan gjøres når smitten er så utbredt i samfunnet at det ikke er formålstjenlig at pliktene gjelder. I slike situasjoner vil det ofte være mer hensiktsmessig å gi generell informasjon til befolkningen om hvordan de bør opptre, og å samle testing og smittesporing i egne sentra.

Til § 5-3

Til § 5-3 *Forbud mot utførelse av arbeid mv.* (gjeldende § 4-2)
Bestemmelsen viderefører gjeldende § 4-2, med tillegg av fjerde ledd nytt siste punktum som gir departementet hjemmel til å fastsette forskrifter om saksbehandling og klage ved enkeltvedtak.

Gjeldende § 4-2 og forslag til ny § 5-3 omtales i høringsnotatets punkt 14.5.

Det materielle innholdet i gjeldende § 4-2 er omtalt i Ot.prp. nr. 91 (1992-1993) punkt 5.1.

Den prinsipielle begrunnelsen for bestemmelsen er gitt i NOU 1990: 2 avsnitt 8.7. Bestemmelsen må ses i sammenheng med § 5-5 om forhåndsundersøkelser og løpende undersøkelser av arbeidstakere og skoleelever. Det vil blant annet være gjennom slike undersøkelser at sykdomstilfeller som faller under denne bestemmelsen oppdages.

Første ledd gir adgang til å fastsette forbud mot at en smittet person utfører sitt arbeid eller deltar i undervisning. Det er et vilkår at vedkommende er smittet av en allmennfarlig smittsom sykdom. Dette kravet omfatter etter definisjonen av en smittet person i § 1-3 også mistanke om at personen er smitteførende.

Videre er det et krav at det må foreligge en fare for overføring av smitte til andre gjennom eller i arbeidssituasjonen eller den smittedes virksomhet. Dette kravet gjelder ikke bare direkte overføring til arbeidskamerater, medelever eller andre personer som vedkommende kommer direkte i kontakt med, men også produkter som i neste omgang kan bringe smittestoffet videre til andre mennesker. Dette vil typisk kunne skje i forbindelse med næringsmiddelproduksjon hvor overføring av smittestoff til næringsmidler i neste omgang kan forårsake at de som konsumerer varene blir syke. I og med at paragrafen er begrenset til å gjelde allmennfarlige smittsomme sykdommer, er det

forutsatt at kravet til fare for overføring må ligge forholdsvis lavt. Ved vurdering av faren må det særlig ses hen til den spredningsfaren som eventuelt foreligger hvis for eksempel overføring kan skje gjennom næringsmidler slik at et betydelig antall mennesker kan bli rammet.

Hvilken belastning eller ulempe inngrepet påfører den enkelte eller bedriften vil derfor vanligvis ikke være særlig tungtveiende. Til dette kommer at det oftest vil dreie seg om et kortvarig forbud fordi de fleste aktuelle sykdommer vil kunne behandles eller spontant opphører å være smitteførende. Dessuten må det tas i betraktning at et arbeidsforbud kan føre til en midlertidig omplassering, og at vedkommende blir trygderettslig likestilt med en som er syk.

Spørsmål om eventuell smittefare og eventuell behandling som gjør personen smittefri eller iverksetting av andre tilfredsstillende tiltak må normalt antas å kunne skje i løpet av forholdsvis kort tid. Lengstetiden for vedtak er derfor satt til tre uker. Hvis det i helt spesielle situasjoner skulle oppstå behov for ytterligere forbud, kan det eventuelt gjøres vedtak om forlengelse i opptil tre nye uker. Dersom smittefaren fortsatt foreligger, må andre tiltak som omplassering eller omskolering benyttes.

Forbud bare kan nedlegges mot personens fysiske tilstedeværelse. Det påligger arbeidsgiver og utdanningsinstitusjonen å vurdere hensiktsmessige tilpasninger som gjør det mulig for den smittede å gjennomføre arbeid eller undervisning digitalt.

Andre ledd legger kompetansen til å nedlegge forbud mot å utføre arbeid eller å delta i annen virksomhet i det enkelte tilfelle til kommuneoverlegen, sammen med vakthavende infeksjonsmedisinske overlege ved sykehus i helseregionen. Departementet mener at de vurderingene som må ligge til grunn etter paragrafens vilkår, blant annet om overføringsfare, må bygge på en klar smittevernfaglig begrunnelse. Departementet antar ellers at det i de tilfellene hvor det er aktuelt å nedlegge et forbud med hjemmel i § 5-3, alltid vil være påkrevd å gjøre vedtaket straks. Et vedtak om arbeidsforbud vil være et alvorlig inngrep overfor den enkelte som blir rammet.

Etter ***tredje ledd*** er statsforvalteren klageinstans for enkeltvedtak etter paragrafen. Hvis kommunelegen og sykehuslegen er uenige, skal statsforvalteren tre inn og delta i avgjørelsen. Saken forutsettes da avgjort ved vanlig flertall. I saker hvor statsforvalteren har vært med på vedtaket i første instans, skal Helsedirektoratet være klageinstans. Ettersom det normalt alltid vil være påkrevd å iverksette de tiltak som paragrafen gir hjemmel til straks, er det bestemt at en klage ikke kan gis utsettende virkning for vedtaket.

Fjerde ledd er gir departementet hjemmel til i forskrift å fastsette generelt forbud for smittede personer å utføre nærmere bestemte arbeid eller arbeidsprosedyrer, når slike smitteførende personer kan utgjøre en fare for overføring av en smittsom sykdom gjennom sitt arbeid eller virksomhet og hensynet til smittevernet krever det. Hjemmelen kan for eksempel benyttes til å forby smitteførende med tuberkulose å arbeide innenfor helse- og omsorgstjenesten og i nærkontakt med barn.

Det er forutsatt at et generelt arbeidsforbud etter bestemmelsen bare kan fastsettes slik at det rammer når en persons smittestatus er klarlagt eller i tiden fra undersøkelsen er foretatt

og til svaret foreligger. Videre må overføring av smitte representere en slik fare for andre at det er nødvendig at vedkommende tas ut av arbeidet. Vedtak om å nedlegge forbud i det enkelte tilfelle må når forbudet er forskriftsfestet kunne gjøres av den enkelte lege.

Nytt *andre punktum* presiserer at departementet i forskrift også kan fastsette bestemmelser om saksbehandling og klage på enkeltvedtak fattet med hjemmel i forskrift etter fjerde ledd.

Til § 5-4

Til § 5-4 *Forskrifter om undersøkelse av befolkningen (gjeldende § 3-1)*
Bestemmelsen viderefører gjeldende § 3-1. Det er kun gjort språklige endringer i andre ledd. Tredje ledd viderefører § 7-1 femte ledd.

Gjeldende § 3-1 og forslag til ny § 5-4 omtales i høringsnotatets punkt 14.6.

Det materielle innholdet i gjeldende § 3-1 er omtalt i Ot.prp. nr. 91 (1992-1993) punkt 3.1 og Prop. 91 L (2018-2019) kapittel 11. I NOU 1990: 2 punkt 8.2.4.1 er det gjort rede for hovedhensynene for bestemmelsen.

Første ledd gir departementet hjemmel til å fastsette plikt for befolkningen til å gjennomgå ulike medisinske undersøkelser. Dersom det er avgjørende for å kunne bedømme hvilke forebyggende tiltak eller undersøkelses-, behandlings- eller pleietiltak som er nødvendige for å forebygge en smittsom sykdom eller motvirke at den blir overført, kan departementet i forskrift fastsette plikt for befolkningen eller grupper av den til å gjennomgå blodprøvetaking, eller andre tilsvarende undersøkelser som er medisinskfaglig forsvarlig og kan gjøres uten fare.

Adgangen til å fastsette påbud om undersøkelser er begrenset ved at det er satt som vilkår at en gjennomføring av undersøkelsene må kunne gi et avgjørende bidrag for å bedømme hvilke forebyggende tiltak, undersøkelser, behandling eller pleie som er nødvendige i den aktuelle situasjon. Ved å bruke begrepet avgjørende er det her forutsatt at det ikke er adgang til å påby undersøkelser hvis resultatet av undersøkelsene bare vil utgjøre et moment i en helhetsvurdering av situasjonen. Vurderingstemaet «bedømme» er forutsatt å omfatte tiltak og oppfølging både overfor enkeltindivider og mer generelt rettede tiltak. Dette betyr at bestemmelsen både hjemler undersøkelser for å drive direkte smitteoppsporing av enkeltindivider for eventuelt å iverksette tiltak rettet mot disse (behandling og lignende), og undersøkelser for bare i første omgang å skaffe oversikt og føre kontroll over utbredelsen av en sykdom for å vurdere behovet for å iverksette mer generelt rettede tiltak (vaksinasjon, opplysningskampanjer og lignende). Som regel vil slike undersøkelser av befolkningen være begrunnet ut fra begge de nevnte hensyn.

Når situasjonen er truende, vil følgelig oppsporing av ukjente smittekilder som kan være farlige smittespredere, være motiv for et påbud. Men også kartlegging og oppfølging av en smittsom sykdoms utbredelse vil kunne begrunne et påbud når man står overfor en epidemiologisk utvikling som oppfattes som foruroligende.

Med undersøkelse av befolkningen, eller nærmere avgrensede grupper av befolkningen, siktes det i lovforslaget til undersøkelse ved tekniske metoder som er utviklet for å klarlegge eller underbygge diagnosen av bestemte smittsomme sykdommer.

Aktuelt i denne sammenheng er metoder rettet mot smittsomme sykdommer av folkehelsemessig betydning. Forutsetningen er at undersøkelsene lar seg gjennomføre i større målestokk fordi metodene lar seg rasjonalisere slik at det er mulig å undersøke et større antall personer, eventuelt prøver fra et større antall personer.

Det er en forutsetning at undersøkelsene lar seg gjennomføre uten vesentlig ulempe eller fare for dem det gjelder – det vil si at de ikke medfører større ulempe eller fare enn hva som er alminnelig akseptert i forbindelse med undersøkelser av presumtivt friske individer som for eksempel ved bedriftshelseundersøkelser o.l.

Det kan bare pålegges undersøkelser som er medisinskfaglig forsvarlig og kan gjøres uten fare. Det forutsetter en konkret vurdering. Blodprøvetaking er nevnt i loven. I Ot.prp. nr. 91 (1992-1993) nevnes avføring- og urinundersøkelser og halsutstryk som andre eksempler på undersøkelser som normalt kan gjøres uten fare. Frem til lovendring med ikrafttredelse 1. juli 2019, nevnte loven også eksemplene bildeundersøkelse og tuberkulinprøving, men disse ble tatt ut fordi det ikke ble ansett hensiktsmessig å nevne eksempler særlig knyttet til tuberkuloseundersøkelser. Også lovens eksempler på mer omfattende inngrep som ikke kunne pålegges ble fjernet fra 2019. Det gjaldt spinalpunksjon, biopsier og endoskopier. Selv om disse eksemplene ikke lenger er inntatt i lovteksten, vil de gi veiledning om avgrensning av fullmakten.

Andre ledd bestemmer at dersom den smittede er under 16 år eller en person over 16 år som ikke uten bistand er i stand til å oppfylle pliktene etter første ledd, skal den som har omsorgen for den smittede medvirke til at vedkommende oppfyller påbudet om undersøkelse etter første ledd. Dette kan eksempelvis være personer som på grunn av psykisk lidelse, demens, utviklingshemming eller funksjonsnedsettelse ikke uten bistand er i stand til å etterleve plikten til å gjennomføre undersøkelser.

Det vil være kommunens ansvar å skaffe tilveie de nødvendige lokalene for undersøkelser av befolkningen. Dersom kommunen ikke selv kan stille slike, gir ***tredje ledd*** kommunen adgang til å ta i bruk andres eiendom mot vederlag. Det skal også betales vederlag for skader som måtte oppstå i forbindelse med slik bruk.

En overtredelse av de individuelle pliktene som kan fastsettes etter bestemmelsens første og andre ledd, er gjort straffbar etter § 12-1. Det skyldes at påbud som innebærer plikt til å fremstille seg for undersøkelse først gis når det er tvingende nødvendig å få full oppslutning for å unngå at farlige smittespredere skal forbli uoppdaget.

Til § 5-5

Til § 5-5 Forhåndsundersøkelse av arbeids- og utdanningssøkere, undersøkelse av arbeidstakere og personer under utdanning mv. (gjeldende § 3-2)
Bestemmelsen viderefører gjeldende § 3-2.

Gjeldende § 3-2 og forslag til ny § 5-4 omtales i høringsnotatets punkt 14.7.

Det materielle innholdet i gjeldende § 3-2 er omtalt i Ot.prp. nr. 91 (1992-1993) punkt 3.2 og Prop. 91 L (2018-2019) kapittel 12.

Paragrafen gir departementet hjemmel til å forskriftsfeste plikt for de persongruppene som nevnes i bokstavene a, b og c til å gjennomgå undersøkelser. Vilkåret er at hensynet til smittevernet krever det, og dersom smittede personer kan utgjøre alvorlig fare for overføring av smittsom sykdom i sitt arbeid eller virke.

De undersøkelsene som kan pålegges etter bestemmelsen, er samme type undersøkelser som omfattes av § 5-4 om befolkningsundersøkelser. Det er «blodprøvetaking, eller andre tilsvarende undersøkelser som er medisinskfaglig forsvarlig og kan gjøres uten fare». Se merknadene til § 5-4.

Undersøkelsene etter §§ 5-4 og 5-5 er imidlertid rettslig forskjellige. Befolkningsundersøkelser er ikke knyttet til situasjoner eller utvelgelseskriterier som den enkelte borger har noen mulighet til å innrette seg i forhold til. For eksempel vil krav om gjennomgått tuberkulinprøving av alle skoleelever eller påbud for enkelte grupper om gjennomføring av radiologiske undersøkelser, være befolkningsundersøkelser etter loven, jf § 5-4. Et krav om gjennomgått forhåndsundersøkelse vil på den annen side representere et vilkår knyttet til et gode som man mer eller mindre kan velge å oppsøke, dvs. også avstå fra å oppsøke og derved unngå å måtte gjennomføre.

Behov for å fastsette krav om gjennomgått forhåndsundersøkelse vil være knyttet til ansettelse i visse yrker, eller være aktuelt ved opptak i undervisningsinstitusjoner, ved innleggelse på sykehus o.l., hvor det er av betydning at personer ikke er smitteførende.

Bokstav a hjemler plikt til å gjennomgå undersøkelser for arbeids- eller utdanningssøkere før ansettelse eller opptak. Det er forutsatt at en nektelse av å gjennomgå undersøkelsen automatisk fører til utelukkelse. Virkningen av et positivt funn derimot vil ikke automatisk føre til et forbud mot ansettelse eller utelukkelse ved opptak. Slikt forbud eller andre begrensninger forutsetter at det er gitt bestemmelser om dette etter loven § 5-3, se nærmere om dette i merknadene til § 5-3. En innskrenkning vil for eksempel kunne være at et positivt prøveresultat i første omgang ikke vil være et hinder for ansettelse, men resultere i krav om at vedkommende må gjennomgå nødvendig behandling, vaksinasjon, periodemessige nye undersøkelser eller annen oppfølging.

Se også arbeidsmiljøloven § 9-4 første ledd, omtalt i punkt 20.3.5, som regulerer når arbeidsgiver kan kreve at det skal foretas medisinske undersøkelser av arbeidssøkere eller arbeidstakere.

Bokstav b gir selvstendig hjemmelsgrunnlag for å fastsette krav om at arbeidstakere, innleide arbeidstakere, oppdragstakere, skoleelever eller studenter under et ansettelsesforhold eller en utdanning må gjennomgå undersøkelser. Det er forutsatt at det kan fastsettes forbud mot videre arbeid eller deltagelse i undervisning hvis vedkommende blir funnet å være smitteførende ved en undersøkelse under et løpende ansettelses- eller utdanningsforhold, se også her § 5-3.

Bokstav c om forhåndsundersøkelse av personer som skal oppholde seg i Norge som ledd i kulturutveksling, frivillig arbeid eller lignende, trådte i kraft 1. juli 2019. Inkluderingen av personer som oppholder seg i Norge som ledd i kulturutveksling var ment å omfatte særlig au pairer.

Til § 5-6

Til § 5-6 *Forhåndsundersøkelse av pasienter (gjeldende § 3-3)*
Bestemmelsen viderefører gjeldende § 3-3, med tillegg av hjemmel i femte ledd for departementet til i forskrift å fastsette krav om rutinemessig forhåndsundersøkelse for alle pasienter.

Gjeldende § 3-3 og forslag til ny § 5-6 omtales i høringsnotatets punkt 14.8.

Det materielle innholdet i gjeldende § 3-3 er omtalt i Ot.prp. nr. 91 (1992-1993) punkt 3.3.

Første ledd *første punktum* bestemmer at en helseinstitusjon kan kreve at en pasient skal la seg forhåndsundersøke når det gjelder en smittsom sykdom, før det blir foretatt en diagnostisk utredning, og før pasienten får behandling eller pleie. Dette gir hjemmel til å kreve avgitt prøve til undersøkelse for å forebygge at en pasient som innlegges på sykehus eller annen institusjon, overfører en smittsom sykdom til andre pasienter eller personalet. Vilkårene for når slik prøve kan kreves fremgår av andre ledd.

Det forutsettes at pasienten informeres om kravet om forhåndsundersøkelse.

Hvis pasienten motsetter seg forhåndsundersøkelse og det ikke på annen måte kan utelukkes at han eller hun har den smittsomme sykdommen som undersøkelsen tar sikte på å påvise, må helse- og omsorgstjenesten, etter en forsvarlig vurdering, rettmessig kunne beslutte å tilby et behandlingsalternativ som innebærer mindre fare for smitteoverføring. I praksis kan dette bety et begrenset tilbud.

Ved behov for øyeblikkelig hjelp og i enkelte andre situasjoner vil det av og til ikke foreligge noe behandlingsalternativ. Pasienten vil da ikke ha noe valg dersom behandling ønskes. Det forutsettes at helsepersonellet i slike situasjoner kan foreta de nødvendige undersøkelser, med mindre det omfattes av unntaket for alvorlig forsinkelse av behandlingen, fare eller urimelig ulempe etter tredje ledd.

Forhåndsundersøkelser etter bestemmelsen er forutsatt å omfatte avgivelse av prøvemateriale til undersøkelse, eventuelt andre tester innenfor den ramme som er angitt for befolkningsundersøkelser, jfr. § 5-4. I praksis vil det for disse typer forhåndsundersøkelser fortrinnsvis dreie seg om å avgi blodprøve for serologisk testing på sykdommer som overføres ved blodsmitte, men også undersøkelse av halsutstryk, avføring, puss mv. kan komme på tale. Som for befolkningsundersøkelser er enkelte inngripende former for undersøkelse uttrykkelig forbudt. Det presiseres i andre punktum at en slik undersøkelse kan ikke omfatte endoskopi, biopsi, spinalpunksjon eller andre lignende undersøkelser eller inngrep.

Kompetansen til å fastsette krav om å gjennomgå forhåndsundersøkelse er lagt til helseinstitusjon. Den personelle kompetansen innenfor institusjonen forutsettes lagt til den som har det faglige ansvaret for den medisinske behandlingen av pasienten, med mindre virksomheten bestemmer annet.

Andre ledd bestemmer at forhåndsundersøkelse bare kan kreves når en slik sykdom vil forårsake ekstraordinære forebyggende tiltak av hensyn til faren for overføring til andre pasienter eller til personale, og såfremt tiltakene kan gi vesentlig større sikkerhet mot smitteoverføring eller bety en vesentlig lettelse eller besparelse for helse- og omsorgstjenesten.

Det første vilkåret refererer seg til fare for overføring av smitte til andre pasienter eller til personalet. Kravet er her at nødvendig forebyggelse må innebære ekstraordinære tiltak i direkte tilknytning til den aktuelle diagnostiske utredning, behandling eller pleie for å oppnå tilfredsstillende sikkerhet mot smitteoverføring.

Videre er ressursmessige vurderinger gjort til et relevant hensyn. Muligheten for at en innlagt pasient bringer med seg smittestoff som lett kan overføres til andre ved de inngrep som er aktuelle, eller ved den pleie som må ytes, kan føre til at ekstraordinære smitteforebyggende forholdsregler må innføres som rutine. Kjennskap til smittestatus hos den innlagte vil i disse spesielle tilfellene bety at ekstraordinære smitteforebyggende forholdsregler bare blir tatt når resultatet av forhåndsundersøkelsen tilsier at dette er påkrevet. Bruk av smittefrakk, vernehansker og lignende enkelt utstyr er forutsatt ikke å kunne betraktes som ekstraordinære forebyggende forholdsregler.

Tredje ledd bestemmer at forhåndsundersøkelse etter første ledd ikke må føre til at behandlingen av pasienten blir alvorlig forsinket, eller til at pasienten blir utsatt for fare eller urimelig ulempe. Denne bestemmelsen dekker flere situasjoner. For det første innebærer den at et positivt svar på undersøkelsen ikke må føre til at pasientens behandling blir vesentlig forsinket eller medføre større ulemper. Videre gjelder den dersom det vil være forbundet med en alvorlig fare, forsinkelse eller lignende å gjennomføre selve forhåndsundersøkelsen. Dersom dette vil være følgen, for eksempel i en øyeblikkelig hjelp situasjon, må kravet frafalles. Bestemmelsen skal således sikre at ingen går glipp av nødvendig hjelp med henvisning til at vedkommende muligens er smittet med en smittsom sykdom.

Fjerde ledd bestemmer at vedtak om forhåndsundersøkelse kan påklages til statsforvalteren. Det innebærer at det er klageadgang både når det er stilt krav om slik forhåndsundersøkelse i en behandlingssituasjon og når slik undersøkelse faktisk er gjennomført.

Femte ledd *første punktum* bestemmer at helseinstitusjon bare kan kreve forhåndsundersøkelse som rutine for alle pasienter når det er bestemt i forskrift. Dette er ikke til hinder for at helseinstitusjon kan innføre rutine for testing av personer med forhøyet risiko, for eksempel personer som har mottatt helsehjelp i områder med høyere forekomst av multiresistente bakterier.

Femte ledd andre punktum gir departementet hjemmel til i forskrift å vedta at helseinstitusjoner kan fastsette krav om forhåndsundersøkelse som rutine for alle pasienter. Dette vil primært være aktuelt når smitte er utbredt og det ikke er tilstrekkelig å basere vurderingen av hvilke pasienter som bør testes på en risikovurdering.

Til § 5-7

Til § 5-7 *Forskrifter om undersøkelse av gravide (gjeldende § 3-4)*
Bestemmelsen viderefører gjeldende § 3-4.

Gjeldende § 3-4 og forslag til ny § 5-7 omtales i høringsnotatets punkt 14.9.

Det materielle innholdet i gjeldende § 3-4 er omtalt i Ot.prp. nr. 91 (1992-1993) punkt 3.4.

Paragrafen bestemmer at departementet kan gi forskrifter om plikt for gravide til å avgi blodprøve eller gjennomgå nødvendig undersøkelse som kan gjøres uten fare, når formålet med undersøkelsen er å fastslå om det er grunn til å sette i verk tiltak for å motvirke at en allmennfarlig smittsom sykdom blir overført til barna.

Forskriftshjemmelen gjelder kun blodprøve eller undersøkelser som kan skje uten fare. Se merknader til § 5-4 om hvilke typer undersøkelser dette omfatter. De undersøkelsene som det vil være aktuelt å foreta i forbindelse med graviditet, vil først og fremst være undersøkelse av blodprøve eller genitalsekret.

Det vil til enhver tid være den aktuelle epidemiologiske situasjonen som avgjør hvorvidt det etter bestemmelsen er aktuelt å pålegge gravide plikt til å gjennomgå undersøkelser.

Til § 5-8

Til § 5-8 *Forskrifter om undersøkelser (gjeldende § 3-9)*
Bestemmelsen viderefører gjeldende § 3-9 for så vidt gjelder hjemmel til å gi forskrifter om undersøkelser, men ikke for pålegg om vaksinasjon. Hjemmelen til å forskriftsfeste at undersøkelser eller analyser skal gjennomføres slik Helsedirektoratet bestemmer, endres til at departementet kan gi forskrifter om dette.

Gjeldende § 3-9 og forslag til ny § 5-8 omtales i høringsnotatets punkt 14.10.

Det materielle innholdet i gjeldende § 3-9 er omtalt i Ot.prp. nr. 91 (1992-1993) Del II, punkt 3.9.

Gjennomføringen av befolkningsundersøkelser krever avklaring og regulering av en rekke spørsmål som i stor grad vil variere med den sykdommen som foreligger, hva slags undersøkelse som er aktuell, hvilke grupper av befolkningen som skal omfattes og hvilke medisinske eller andre grunner som skal begrunne fritak. Paragrafen bestemmer derfor at departementet kan gi forskrifter om den nærmere gjennomføringen av smitteverntiltak etter §§ 5-4, 5-5, 5-6 og 5-7, og gir eksempler på forhold som kan reguleres i bokstavene a til f.

Bestemmelsen tar først og fremst sikte på materielle forskrifter om de enkelte tiltak, men kan også nyttes til å gi forskrifter om saksbehandlingen ved for eksempel adgangen til å gi fritak fra undersøkelse, organisatoriske spørsmål, delegeringsvedtak og utgiftsfordeling.

Et påbud eller krav vil i praksis gjelde en bestemt smittsom sykdom ved en nærmere angitt metode.

Bokstavene a og b nevner hvilke grupper av befolkningen som tiltakene skal omfatte, fritak, hvem som kan gi fritak og tilsyn med gjennomføringen som aktuelle tema for forskriftsregulering. Vurderingen av hvilke grupper som skal omfattes av et påbud om befolkningsundersøkelse forutsettes basert på allerede ervervet kunnskap om sannsynlig forekomst av den aktuelle sykdommen i ulike deler av befolkningen. Bestemmelsen åpner for undersøkelse av grupper som er geografisk definert, spesielle aldersgrupper som har høy forekomst eller spesielle risikogrupper.

Et påbud etter bestemmelsen vil reise spørsmål om fritak og hvilke grunner som kan aksepteres. Alminnelig skjønn vil tilsi at det har lite for seg å straffe folk som har vanskelig for å møte av sosiale eller andre årsaker, eller som vegrer seg, hvis det samtidig er lite sannsynlig at det har avgjørende betydning i epidemiologisk sammenheng å få dem undersøkt. Det antas at helse- og omsorgstjenesten i den enkelte kommune i de fleste tilfelle vil ha den beste forståelse og nødvendige faglige bakgrunn for å ta stilling til om slike forhold skal være fritaksgrunn. Det vil derfor kunne være aktuelt i forskriften å la disse avgjørelser falle inn under kommuneoverlegens ansvar for gjennomføring av tiltakene under statsforvalterens vanlige overordnede tilsyn.

Bokstav c nevner forskriftsregulering av at enkelte undersøkelser bare må utføres av særskilt godkjent helsepersonell, hvem som kan gi godkjenning, og hvilken opplæring personellet må gjennomgå for å få slik godkjenning, Ved undersøkelse i vanlig diagnostisk praksis med bruk av bildeteknikk, hudtester, blodprøvetaking o.l. er det i visse tilfeller et krav at disse må bli utført av helsepersonell med særskilt godkjenning. Ved undersøkelse av befolkningen eller grupper av denne og ved forhåndsundersøkelser med tilsvarende teknikker vil det kunne være behov for å kreve at undersøkelsen utføres av spesielt godkjent helsepersonell.

Bokstav d hjemler forskriftsfestet plikt for helsepersonell til å foreta eller medvirke ved undersøkelser. Dette kan være nødvendig for å unngå at undersøkelser av større befolkningsgrupper ikke skal bli forsinket eller vanskeliggjort av mangel på disponibelt personell. Det kan også være aktuelt å pålegge lege plikt til å foreta forhåndsundersøkelse eller undersøkelse for nærmere angitte smittsomme sykdommer av gravide etter § 5-7 .

Bokstav e nevner forskrifter om hvordan undersøkelser eller analyser skal gjøres, og at de må foretas av noen som departementet har godkjent.

Dreier det seg om undersøkelser av blodprøver som utføres i laboratorier, kan det i forskrifter for eksempel bestemmes at departementet skal avgjøre hvilke laboratorier som kan godkjennes for dette. I de tilfelle særskilt godkjenning må kreves fordi selve utførelsen av undersøkelsen og fortolkningen av resultatene forutsetter erfaring og innsikt utover det som alminnelig godkjenning av de ulike helseprofesjonene omfatter, vil

departementet også ha anledning til å anvise hvem som kan gi slik godkjenning og fastsette hvilke krav til opplæring som må stilles for å oppnå slik godkjenning. Departementet vil på vanlig måte kunne delegere godkjenningsmyndighet til underliggende etat.

Til § 5-9

Til § 5-9 *Kostnadsdekning for tjenester og tiltak (gjeldende § 6-2)*
Bestemmelsen viderefører gjeldende § 6-2.

Gjeldende § 6-2 og forslag til ny § 5-9 omtales i høringsnotatets punkt 14.11.

Det materielle innholdet i gjeldende § 6-2 er omtalt i Ot.prp. nr. 91 (1992-1993) Del II, punkt 6.2.

Paragrafen bestemmer at departementet kan gi forskrift om at tjenester eller tiltak etter loven skal være uten kostnad for den som er smittet eller er i fare for å bli smittet med en smittsom sykdom.

Når departementet kan gi forskrift om at tjenester etter tiltak etter loven skal være uten kostnad, kan det også gis forskrift om det mindre, nemlig at kun deler av kostnadene belastes den smittede.

Ettersom § 5-1 gir den enkelte rett til smittevernhjelp, understrekes det at dette ikke nødvendigvis innebærer at vedkommende har krav på at smittevernhjelpen stilles til disposisjon uten vederlag. Det er imidlertid grenser for hvor langt eller omfattende det kan kreves betaling for smittevernhjelp uten at hovedbegrunnelsen for rettighetsfesting av smittevernhjelpen blir undergravet. Fullmakten er forutsatt å bli brukt i samsvar med disse generelle betraktningene og de eksempler som nevnes i det følgende.

Når det gjelder forebyggende tiltak, vil det med hjemmel i bestemmelsen blant annet kunne forskriftsfestes rett til gratis vaksinasjon og forebyggende legemidler som for eksempel immunglobuliner. Videre forutsettes det gratis adgang til informasjons- og veiledningsmateriell og lignende. Hjemmelen åpner også for å forskriftsfeste gratis tilgang til legemidler rettet mot sykdommens årsak, slik at den smittede kan bli smittefri og eventuelt helbredet ved behandlingen. Fremmøte til undersøkelse iverksatt av kommuneoverlegen som ledd i smitteoppsporing, røntgenundersøkelse av lungene, kontroll av smittetilstand mv. kan også reguleres ved forskrift.

Til § 6-1

Til § 6-1 *Forholdsmessighet ved tvangstiltak* (gjeldende § 1-5)
Bestemmelsen viderefører gjeldende § 1-5 første ledd andre punktum og andre ledd.

Gjeldende § 1-5 og forslag til ny § 6-1 omtales i høringsnotatets punkt 15.3.

Det materielle innholdet i gjeldende § 1-5 er omtalt i Prop. 91 L (2018-2019) kapittel 4. Se også de spesielle merknadene til lovbestemmelsen.

Første ledd bestemmer at frivillig medvirkning fra den tiltaket gjelder skal være forsøkt før det treffes vedtak om tvangstiltak etter loven kapittel 6. Dersom bruk av frivillighet er tilstrekkelig for å oppnå formålet, er det ikke nødvendig å benytte tvang. Ettersom tvang er et særlig sterkt inngrep i den enkeltes integritet, kreves det klare holdepunkter for at frivillighet ikke vil føre frem. Kravet om at frivillighet skal være prøvd konkretiseres i §§ 6-2 og 6-3 til at legen skal be en smittet person om å la seg undersøke eller isolere, og at det først er når personen motsetter seg dette at tvang er aktuelt.

Andre ledd bestemmer at tvangstiltak ikke kan brukes når det etter sakens art og forholdene ellers vil være et uforholdsmessig inngrep. Bestemmelsen tjener som en påminnelse om at det skal foretas en forholdsmessighetsvurdering ved bruk av tvangstiltak. Se omtalen av vurderingstemaet i merknaden til § 1-5 om grunnleggende krav til smitteverntiltak.

Til § 6-2

Til § 6-2 *Tvungen legeundersøkelse – innleggelse til undersøkelse og kortvarig isolering* (gjeldende § 5-2)

Bestemmelsen viderefører gjeldende § 5-2.

Gjeldende § 5-2 og forslag til ny § 6-2 omtales i høringsnotatets punkt 15.4.

Det materielle innholdet i gjeldende § 5-2 er omtalt i Ot.prp. nr. 91 (1992-1993) Del II, punkt 5.2. Se også de spesielle merknadene til lovbestemmelsen.

Første ledd bestemmer at legen eller eventuelt kommuneoverlegen skal be en smittet person om å la seg undersøke av lege, når det er nødvendig for å forebygge en allmennfarlig smittsom sykdom eller motvirke at den blir overført. Dette innebærer en plikt til å søke å oppnå at den mistenkt smittede eller smittede lar seg undersøke frivillig.

Vilkåret om at undersøkelsen som tilbys må være nødvendig for å forebygge en allmennfarlig smittsom sykdom eller motvirke at den blir overført, skal ikke forstås for snevert. Det er meningen at anmodningsplikten også skal gjelde selv om et resultat fra prøvesvar ikke får avgjørende betydning for hvilke tiltak som blir vurdert iverksatt.

Andre ledd bestemmer i *første punktum* at dersom en smittet person motsetter seg undersøkelse etter første ledd, kan det gjøres vedtak om at vedkommende skal legges inn på sykehus til legeundersøkelse og eventuelt til kortvarig isolering. Bestemmelsen gir en snever adgang til å kunne vedta tvangsmessig undersøkelse av mistenkt smittede personer når alle rimelige muligheter for frivillig medvirkning har vært forsøkt.

Tvungen undersøkelse kan som hovedregel bare gjennomføres på sykehus. Dette er satt som et vilkår for å sikre best mulig forhold for gjennomføringen av undersøkelsen. I tredje ledd er det åpnet adgang til unntaksvis å gjennomføre undersøkelse med bruk av tvang også andre steder. Se nærmere om dette under tredje ledd.

Andre ledd andre punktum stiller som vilkår at slik tvungen legeundersøkelse eller kortvarig isolering bare kan gjennomføres for å klarlegge om det foreligger en

allmennfarlig smittsom sykdom, og dette er nødvendig for å motvirke overføring av en slik sykdom til andre og såfremt undersøkelsen kan skje uten fare.

Det er ikke adgang til tvungen legeundersøkelse hvis resultatet av undersøkelsen har liten eller ingen betydning for å forebygge eller motvirke overføring av en allmennfarlig smittsom sykdom til andre. På denne bakgrunn vil det vanligvis etter bestemmelsen ikke være adgang til for eksempel å foreta HIV-testing av enkeltpersoner med bruk av tvang, fordi selve prøveresultatet sjelden vil være det som er avgjørende for å motvirke at sykdommen skal bli overført til andre. Motsatt vil situasjonen være hvis det foreligger mistanke om for eksempel tuberkulose, hvor selve prøveresultatet kan være avgjørende for blant annet om det skal iverksettes forebyggende vaksinasjon i den smittedes omgivelser.

Bestemmelsen omfatter bare legeundersøkelse. Alle undersøkelser under tvang skal derfor foretas av en lege. Dette betyr at det i en tvangssituasjon ikke vil være adgang for en bioingeniør til å ta blodprøve, eller for sykepleier til å ta halsutstryk.

Det er videre satt opp som et vilkår at undersøkelsen må kunne skje uten fare. Dette avgrenser hvilke undersøkelser som er tillatt under tvang og stiller krav om en konkret vurdering av risikoen knyttet til den aktuelle undersøkelsessituasjonen. Det er forutsatt at det som hovedregel ikke skal være adgang til å foreta andre tvungne undersøkelser enn slike som er omfattet av § 5-4 om undersøkelser av befolkningen. Se den spesielle merknaden til § 5-4.

Tvungen undersøkelse og kortvarig isolering bør av hensyn til den smittedes integritet og ut fra hensynet til det best mulige grunnlag for diagnose, bare anvendes rent unntaksvis og i situasjoner hvor det er helt klart at det ikke ville la seg gjøre å gjennomføre en frivillig undersøkelse og isolering. Det forutsettes at styrken og omfanget av den anvendte tvangen holdes på et absolutt minimum. Når det gjelder tilbakehold på sykehus for isolering og observasjon, er det forutsatt at tvangen ikke kan gå lengre enn til innlåsing eller andre lignende tiltak for å hindre den smittede i å komme i kontakt med og overføre sykdommen til andre. For gjennomføring av isoleringen gjelder bestemmelsene i § 6-4.

Andre ledd tredje punktum bestemmer at tvungen isolering kan vedtas for opptil sju dager. Behovet for kortvarig isolering forutsettes å kunne oppstå når faren for smittespredning i det enkelte tilfellet bedømmes som så stor at det er nødvendig å sikre seg at den mistenkt smittede ikke overfører sykdom til andre i den tiden det tar å klarlegge hvorvidt det foreligger en allmennfarlig smittsom sykdom. I de fleste tilfeller vil en diagnose kunne bli stilt i løpet av to-tre dager. I enkelte situasjoner kan det ta ytterligere noen dager. Bestemmelsen åpner derfor ikke adgang til tvungen isolering og observasjon lengre enn i sju dager. Tiden skal regnes fra den dagen den mistenkt smittede blir innlagt på sykehuset.

Hvis det viser seg at den mistenkt smittede er smittet med en allmennfarlig smittsom sykdom, følger det av § 5-1 at vedkommende skal tilbys behandling og gis den nødvendige informasjon og veiledning for å motvirke at andre kan bli smittet. For de spesielle tilfeller hvor den enkelte smittede ikke vil eller kan medvirke til frivillige tiltak for å begrense eller motvirke overføring av smitte, kan det bli spørsmål om å vedta tvungen isolering på sykehus etter § 6-3.

Tredje ledd bestemmer at undersøkelsen kan gjøres poliklinisk eller på et annet egnet sted enn sykehus, når det er forsvarlig å foreta legeundersøkelsen uten innleggelse på sykehus ut fra hensynet til den smittede eller dem som skal undersøke. Unntaket ivaretar blant annet behovet for smidighet i de tilfellene hvor en innleggelse på sykehus i seg selv vil føre til betydelige praktiske problemer eller behov for mer omfattende tvang. Unntaket vil også kunne omfatte situasjoner hvor en person aksepterer å følge restriksjoner som å oppholde seg i sitt hjem, men hvor en sykehusinnleggelse i forbindelse med en undersøkelse vil kunne ødelegge mulighetene for slik isolering. Kravet til forsvarlighet er forutsatt både å omfatte den medisinske risikoen for skader og faren for overføring av smittsom sykdom til dem som skal medvirke til eller undersøke personen.

Fjerde ledd bestemmer at den smittede personen skal gis varsel før det blir gjort vedtak om tvungen legeundersøkelse eller kortvarig isolering, skal slik at det er mulig å uttale seg om spørsmålet. I situasjoner hvor det vil kunne være aktuelt å treffe vedtak om tvungen legeundersøkelse eller observasjon, skal en smittet person ha partsrettigheter allerede fra spørsmålet om å gjøre vedtak er reist. Den smittede skal varsles og om mulig gis tid til å områ seg og søke råd og bistand. Varsel kan sløyfes når det ikke er praktisk mulig eller vil medføre fare for at undersøkelsen eller isoleringen ikke kan gjennomføres. Unntaksmuligheten er en sikkerhetsventil som er ment å brukes sjelden.

Femte ledd bestemmer at vedtak etter andre og tredje ledd skal gjøres av smittevernnemnda, se §§ 2-5 til 2-7, etter reglene i §§ 6-5 til 6-7. Se likevel § 6-8 om hastevedtak. Vedtaket kan ikke påklages, men kan bringes inn for tingretten etter § 6-9. Ved en beslutning av så alvorlig karakter som det etter denne bestemmelsen kan være tale om, må vedtaket alltid nedtegnes skriftlig, jf. forvaltningsloven § 23.

Til § 6-3

Til § 6-3 *Tvungen isolering på sykehus* (gjeldende § 5-3)

Bestemmelsen viderefører gjeldende § 5-3, med presisering av at den gjelder smittede personer som er i en fase av sykdommen der smitten kan overføres til andre.

Gjeldende § 5-3 og forslag til ny § 6-3 omtales i høringsnotatets punkt 16.6.

Det materielle innholdet i gjeldende § 5-3 er omtalt i Ot.prp. nr. 91 (1992-1993) Del II, punkt 5.3 og Prop. 91 L (2018-2019) kapittel 6. Se også de spesielle merknadene til lovbestemmelsen.

Første ledd bestemmer at legen, eventuelt kommuneoverlegen, skal be en smittet person som er i en fase av sykdommen der smitten kan overføres til andre (smitteførende) om å la seg isolere. Vilkåret er at det er nødvendig for å forebygge en allmennfarlig smittsom sykdom eller motvirke at den blir overført. Bestemmelsen understreker at utgangspunktet for isolering er frivillighet. Undersøkelsesbestemmelsen i § 5-2 er relevant når det ikke er klarlagt at personen er smittet.

Andre ledd bestemmer i *første punktum* at det kan gjøres vedtak om at en smittet person skal legges inn på sykehus til isolering, dersom vedkommende motsetter seg isolering etter første ledd og andre tiltak som kan forebygge eller motvirke overføring av

sykdommen har vært forsøkt eller det er overveiende sannsynlig at slike tiltak ikke vil føre frem.

Dersom sykdommen eller smittestatusen er ukjent, må dette avklares før det fremsettes forslag om isolering. Dersom pasienten motsetter seg slik undersøkelse, må vilkårene for tvungen undersøkelse foreligge.

Tvungen isolering er et tiltak det bare skal være anledning til å benytte som en siste utvei for å motvirke overføring av smitte. Det er forutsatt at det aldri vil være adgang til å gjøre vedtak om tvungen isolering overfor dem som medvirker frivillig til tiltak som er nødvendige for å motvirke overføring av smitte. De fleste allmennfarlige smittsomme sykdommene er forbigående eller kan behandles slik at den smitteførende blir smittefri. Erfaring viser at en smitteførende person – syk eller frisk – sjelden vegrer seg mot behandling som kan føre til at han eller hun blir smittefri. Dessuten kan de fleste allmennfarlige smittsomme sykdommene motvirkes i å bli overført til andre hvis den smittede personen tar nærmere bestemte forholdsregler.

Det er derfor et hovedkrav at vedtak om etablering av tvungen isolering på sykehus ikke treffes før man har prøvd eller overveid muligheten av å gi den smittede et tilfredsstillende behandlings- og omsorgstilbud eller annet smitteforebyggende tilbud på frivillig grunnlag. Tvungen isolering på sykehus vil derfor bare være lovlig når man på tross av konkrete forsøk på å etablere andre tiltak, ikke oppnår å forebygge eller motvirke at sykdommen overføres til andre. I tilfeller hvor man må regne med at den smittede etter ganske kort tid etter etableringen av annet egnet frivillig tiltak, ikke lenger vil medvirke til å følge dette opp, vil det også kunne være adgang til å vedta isolering. Det avgjørende er da om man vurderer det som overveiende sannsynlig at den smittede etter kort tid ikke vil medvirke til de aktuelle tiltakene.

Ifølge andre ledd *andre punktum* kan slik tvungen isolering bare gjennomføres når dette etter en helhetsvurdering er den klart mest forsvarlige løsningen i forhold til faren for smitteoverføring og den belastningen som tvangsinngrepet må antas å medføre, og det er overveiende sannsynlig at andre ellers vil bli smittet. Denne helhetsvurderingen er en konkretisering av smittevernlovens generelle prinsipp om at tiltak alltid må tilfredsstille et strengt nødvendighetskrav. Tvungen isolering på sykehus etter smittevernloven er begrunnet ut fra andre hensyn enn hensynet til den smittede og avviker derfor fundamentalt fra andre tvangstiltak innenfor helseretten, for eksempel tvungent psykisk helsevern, som i første rekke gjennomføres av hensyn til den syke selv. Isolering etter smittevernloven utgjør derfor et enda mer alvorlig integritetsinngrep og må anvendes med forsiktighet.

Helhetsvurderingen tar utgangspunkt i at det er fastslått at den smittede personen har en bestemt smittsom sykdom eller smittebærertilstand og at man kjenner denne sykdommens alvorlighet, dens smittemåter og spesielt dens smittsomhet rent generelt. Denne kunnskapen skal sammenholdes med resultatet av en undersøkelse av om personen er eller kan være smitteførende (utskiller smittestoff) og eventuelt i hvilken grad og på hvilken måte. For å kunne vurdere om det foreligger fare for at sykdommen skal kunne overføres til andre og hvor stor denne faren kan være, må opplysningene om den smittede og

sykdommen sammenholdes med opplysninger om den smittedes kontakt med omgivelsene og adferd. Det vil med hensyn til behovet for isolering være en betydelig forskjell mellom sykdommer som smitter ved sosial omgang (for eksempel tuberkulose) og sykdommer som ikke smitter ved slik omgang (for eksempel HIV). I helhetsvurderingen skal det videre tas hensyn til i hvilken grad den smittede som mulig smittekilde bør bære belastningene ved isolering. Dette vil særlig ha betydning der smitteoverføringsfaren er allment kjent, og risikosituasjoner kan unngås (for eksempel prostitusjon). Det bør også vurderes hvorvidt isolering av et enkeltindivid vil være tjenlig for gjennomføringen av andre tiltak i bekjempelsen av sykdommen.

Selv om det etter en helhetsvurdering synes mest forsvarlig at den smittede personen blir isolert, åpner loven som en rettssikkerhetsgaranti bare for dette dersom det er overveiende sannsynlig at andre vil bli smittet. En viss risiko må aksepteres her som på andre livsområder. På den annen side er det snakk om overføring av sykdommer som vil kunne få alvorlige konsekvenser for folkehelsen. Kravet til sannsynlighet må ses i sammenheng med hvor alvorlig og akutt den aktuelle smitteoverføringsfaren er. Der sykdommens generelle smittsomhet er høy, må det legges særlig vekt på den passive smittefaren som den smitteførende personen representerer uavhengig av personens opptreden. Der sykdommens generelle smittsomhet er lav, vil antagelse av smitteoverføringsfare måtte være begrunnet enten i forventede konkrete handlinger fra den smitteførende personens side, eller trusler som det er grunn til å ta alvorlig. Derimot vil det ikke være tilstrekkelig at den smittedes atferd bare skaper frykt eller aggresjon hos omgivelsene, selv ikke hvor dette kan oppleves som en stor belastning for enkelte.

Tredje ledd bestemmer i *første punktum* at vedtak om tvungen isolering kan gjøres for opptil tre uker. Etter *tredje ledd andre punktum* kan isoleringstiden ved nytt vedtak forlenges med opptil seks uker om gangen inntil ett år fra første vedtak. Hvis det er behov for lenger isolering enn tre uker og vilkårene for ytterligere isolering er til stede, må det treffes et helt nytt vedtak om isolering innen de tre første ukene etter at det første isoleringsvedtaket er truffet. Dette gjelder uansett om det fra pasienten eller andre er krevd overprøving av vedtaket. Tidsfristen på tre uker gir en rimelig anledning til å vurdere den konkrete faren for at andre kan smittes, eventuelt egnede frivillige tiltak. I de helt spesielle tilfellene hvor det er behov for ytterligere isoleringstid, vil det nye vedtaket kunne gjelde for opptil nye seks uker av gangen før det må fattes nye vedtak.

Når det har gått ett år fra første vedtak, kan det som hovedregel ikke fattes nytt vedtak om tvungen isolering. *Tredje ledd tredje punktum*, som kom inn i loven ved revisjonen i 2019, bestemmer imidlertid at vedtaket kan forlenges også utover ett år, dersom det er nødvendig å fullføre behandling av allmennfarlig smittsom sykdom av særlig alvorlig karakter for å forhindre smitteoverføring. Forlengelse kan videre bare vedtas dersom det er tale om allmennfarlig smittsom sykdom av særlig alvorlig karakter. Dette vilkåret er en vesentlig skjerpelse av alvorlighetsgraden av allmennfarlig smittsom sykdom, og det er særlig resistensutvikling som vil være aktuell for å oppfylle vilkåret. Denne skjerpelsen av vilkåret viser at det er en svært snever adgang til å benytte isolering i over ett år.

Det kan være behov for å fullføre medisinsk behandling av for eksempel smittsom lungetuberkulose eller lignende, både av hensyn til at det kan gi økt resistensutvikling dersom behandlingen avsluttes for tidlig og av hensyn til å begrense smittefaren. Det er derfor nødvendig å ta hensyn til hele behandlingsforløpet, ikke bare til smittesituasjonen i øyeblikket. Departementet legger til grunn at det kun vil være aktuelt å anvende isolering og legemiddelbehandling i over ett år i et fåtall saker, men at det vil være desto viktigere at disse sykdomstilfellene ferdigbehandles. Behovet for langvarig isolering aktualiseres blant annet av flere tilfeller av resistensutvikling og smitte som overføres fra andre land. Departementet vil understreke den vesentlige rettssikkerhetsmessige betydningen som smittevernnemnda har ved behandling av disse sakene.

Fjerde ledd bestemmer at det i sammenheng med forlengelse av isoleringstiden kan vedtas tvungen legemiddelbehandling når det kan redusere isoleringstiden vesentlig. Vedtak om tvungen legemiddelbehandling kan bare fattes når behandlingen er medisinskfaglig forsvarlig og kan gjøre en smittet person smittefri. Påbegynt legemiddelbehandling må fullføres dersom det er fare for tilbakefall eller resistensutvikling, eller dersom andre tungtveiende smittevernhensyn tilsier det. Departementet kan i forskrift fastsette nærmere bestemmelser om legemiddelbehandlingen.

Det kan vedtas tvungen legemiddelbehandling bare dersom isoleringstiden kan reduseres vesentlig. Dersom det er fare for at pasienten ikke blir smittefri i løpet av perioden vedtaket gjelder, må det påses at det fattes nytt vedtak etter tredje ledd. Dette innebærer at dersom det er førstegangsvedtak, må det fattes nytt vedtak etter tre uker, ellers etter seks uker i opptil ett år fra første vedtak. Videre må legemiddelbehandling fullføres dersom det er fare for tilbakefall, resistensutvikling eller andre tungtveiende smittevernhensyn tilsier det. Dette vil for eksempel kunne være særlig viktig når det gjelder antibiotikabehandling, fordi det ikke alltid er tilfredsstillende at personen er smittefri så lenge den smittsomme sykdommen ikke er ferdigbehandlet. En smittsom person vil ikke medføre smittefare når personen er isolert, og behovet for å beskytte samfunnet er derfor ivaretatt. Vedtak om tvungen legemiddelbehandling kan overprøves av domstolen, med oppsettende virkning som en rettssikkerhetsgaranti, se lovforslaget § 6-9.

Femte ledd bestemmer at vedtak om tvungen isolering på sykehus og legemiddelbehandling skal gjøres av smittevernnemnda, se §§ 2-5, 2-6 og 2-7, etter reglene i §§ 6-5 til 6-7. Tvangsvedtaket skal oppheves av avdelingens overlege så snart vilkårene for isoleringen ikke lenger foreligger. Smittevernnemnda skal varsles så tidlig som mulig, og senest tre døgn før den smittede blir utskrevet. Varslingen legger til rette for at smittevernnemnda kan fatte et nytt vedtak om isolering dersom den finner at overlegens vurdering er faglig eller rettslig uriktig.

Til § 6-4

Til § 6-4 *Gjennomføring av isolering på sykehus* (gjeldende § 5-4)
Bestemmelsen viderefører i all hovedsak gjeldende § 5-4, med unntak av følgende endringer: I nytt tredje ledd om godkjenning av andre institusjoner enn sykehus som egnet for isolasjon, flyttes myndigheten fra Helsedirektoratet til den enkelte kommune. I nytt

tredje ledd andre punktum gis departementet hjemmel til, ved samfunnskritisk sykdom, å beslutte at tvungen isolasjon også kan gjennomføres andre steder enn sykehus.

Gjeldende § 5-4 og forslag til ny § 6-4 omtales i høringsnotatets punkt 15.7.

Det materielle innholdet i gjeldende § 5-4 er omtalt i Ot.prp. nr. 91 (1992-1993) Del II, punkt 5.2 og spesielle merknader.

Første ledd bestemmer at innleggelse til tvungen undersøkelse og kortvarig isolering etter § 6-2 eller isolering etter § 6-3 skal skje i en egnet sykehusavdeling eller sengepost. Andre steder kan også benyttes som følge av vedtak etter tredje ledd. Isolasjonsstedet skal være spesielt lagt til rette for å motta smittede slik at de kan få det medisinske og pleiemessige behandlingstilbud som vil føre til så kortvarig isolering som mulig.

Minimumskravene til isolasjonsstedet er utformet for å ivareta de særlige rettssikkerhetsproblemene som reiser seg når smittede tas under tvungen isolering. Denne pasientkategorien er i en særstilling også i forhold til andre pasienter som blir underlagt tvang. De blir påført en betydelig integritetskrenkelse fordi de blir tatt under tvungen isolering, primært ikke av hensyn til dem selv eller deres egen helse, men av hensyn til samfunnsinteressene eller folkehelsen. I den grad de passer, gjelder kravene også for frivillig isolering. Det er viktig at den smittede under hele isoleringstiden har et stående tilbud om nødvendig medisinsk behandling og pleiemessig tilbud. Tilbudet skal være tilrettelagt slik at det tar sikte på å føre til så kort isoleringstid som mulig. Dette gjelder både de rent bygningsmessige forholdene og at personalet er spesielt opplært til å arbeide i en slik situasjon.

Andre ledd bestemmer at det under isoleringen kan iverksettes pleiemessige og sikkerhetsmessige tiltak for å gjennomføre en effektiv isolering. Tiltakene skal være begrenset til det som er helt påkrevd i forhold til faren for smitteoverføring. Oppholdet skal så langt som mulig gi muligheter for normal livsutfoldelse og kontakt med nære pårørende. Eksempler på tiltak som er nødvendige for å gjennomføre en effektiv isolering kan være pleie av sår som innebærer smitterisiko og nødvendig avstengning fra andre deler av sykehuset eller avdelingen. Oppholdet skal føre til så liten belastning som mulig for den enkelte. Mulighet til kontakt med nære pårørende er kanskje det viktigste tiltaket for å redusere faren for skader ved et isoleringsvedtak. Mener den smittede, pårørende eller personalet ved institusjonen at disse kravene ikke er oppfylt, kan spørsmålet bringes inn for statsforvalteren på vanlig måte.

Tredje ledd bestemmer i *første punktum* at smittede personer kan isoleres i andre helse- og omsorgsinstitusjoner enn sykehus som kommunen har besluttet kan benyttes til formålet, når særlige forhold krever det. Denne unntaksbestemmelsen er begrunnet i beredskapshensyn med tanke på krisepregede situasjoner i forbindelse med et alvorlig utbrudd eller fare for alvorlig utbrudd av en allmennfarlig smittsom sykdom. Kommunene kan opprette særskilte midlertidige institusjoner for å gjennomføre isoleringstiltak når særlige forhold krever det. Kommunene må vurdere hvilke helse- og omsorgsinstitusjoner som er best egnet til formålet og som oppfyller de nødvendige kravene til lokaliteter og

kompetanse. Det understrekes at kommunene ikke kan beslutte at tvangsisolering kan gjennomføres i omsorgsboliger, da slike boliger er private hjem.

Etter *andre punktum* kan departementet ved samfunnskritisk sykdom bestemme i forskrift at smittede personer kan isoleres på andre steder enn sykehus. Bestemmelsen vil være aktuell når det ikke er hensiktsmessig eller mulig å benytte kun sykehusene som isolasjonssted. Eksempelvis kan det oppstå behov for å ta i bruk alminnelige offentlige bygninger som skoler og idrettshaller eller private bygninger som hoteller og lignende, i tillegg til helseinstitusjoner.

Fjerde ledd bestemmer at departementet i forskrift kan fastsette nærmere krav til de fysiske og faglige forholdene ved sykehus og andre steder som benyttes til isolering. Vilkårene kan tilpasses den bestemte smittsomme sykdommens alvorlighet, smittemåte og andre egenskaper.

Til § 6-5

Til § 6-5 *Forberedelse til tvangssak for smittevernnemnda* (gjeldende § 5-5)
Bestemmelsen viderefører gjeldende § 5-5.

Gjeldende § 5-5 og forslag til ny § 6-5 er omtalt i høringsnotatets punkt 15.8. Det materielle innholdet i gjeldende § 5-5 er omtalt i Ot.prp. nr. 91 (1992-1993) Del II, punkt 5.5. Se også de spesielle merknadene til lovbestemmelsen.

Første ledd bestemmer at en sak om vedtak etter §§ 6-2 eller 6-3 innledes ved at kommuneoverlegen utarbeider begjæring om tiltak. I begjæringen skal det redegjøres for de omstendigheter kommuneoverlegen legger til grunn for det tiltak som blir foreslått. Det er derfor kommuneoverlegens ansvar å føre bevis for at det er nødvendig og forholdsmessig å bruke tvang for å motvirke faren for overføring av smittsom sykdom. Forslaget må beskrive de faktiske forholdene som begrunner tiltaket og hvorfor vilkårene for å benytte tvang er oppfylt. Det må videre legges frem dokumenter som belyser dette og eventuelt opplyse om hvem som skal gi muntlig forklaring for nemnda.

Andre ledd bestemmer at begjæringen omgående skal sendes til smittevernnemnda med kopi til statsforvalteren.

Tredje ledd bestemmer at Helsedirektoratet selv kan reise sak for nemnda. Helsedirektoratet kan derfor anmode nemnda om å gjøre tvangsvedtak selv om kommuneoverlegen ikke har tatt initiativ.

Til § 6-6

Til § 6-6 *Oppnevning av fullmektig for den smittede mv.* (gjeldende § 5-6)
Bestemmelsen viderefører gjeldende § 5-6.

Gjeldende § 5-6 og forslag til ny § 6-6 omtales i høringsnotatets punkt 15.9.

Det materielle innholdet i § 5-6 er omtalt i Ot.prp. nr. 91 (1992-1993) Del II, punkt 5.6. Se også de spesielle merknadene til lovbestemmelsen.

Første ledd bestemmer at smittevernnemnda skal sørge for at det blir oppnevnt advokat for private parter. Advokaten skal omgående gjøres kjent med begjæring om tiltak med vedlagte dokumenter, og gis frist for tilsvar etter barnevernsloven § 14-10.

Plikten til å sørge for at det blir oppnevnt advokat innebærer også at det offentlige skal dekke utgiftene til prosessfullmektige. Det skal gis frist for tilsvar etter barnevernsloven § 14-10. Etter barnevernsloven § 14-10 skal det settes en kort frist for tilsvar, normalt 10 dager. Fristen kan likevel ikke være lenger enn at smittevernnemnda får tid til å sette seg inn i det før den møtes. Smittevernloven § 6-7 bestemmer at smittevernnemnda skal møtes innen syv dager.

Andre ledd bestemmer at de begrensningene i den smittedes rett til å se saksdokumentene som er fastsatt i forvaltningsloven § 19 første ledd bokstav d, og de begrensingene i den smittedes rett til innsyn i sin journal med vedlegg som er fastsatt for innsynsretten, ikke gjelder når smittevernnemnda er anmodet om å gjøre vedtak etter loven.

Bestemmelsen gir utvidet rett til journalinnsyn. Det fremgår av forvaltningsloven § 19 første ledd bokstav d at «En part har ikke krav på å få gjøre seg kjent med de opplysninger i et dokument som det av hensyn til hans helse eller hans forhold til personer som står ham nær, må anses utilrådelig at han får kjennskap til; likevel slik at opplysningene på anmodning skal gjøres kjent for en representant for parten når ikke særlige grunner taler mot det». Opplysningene i journalen vil være en del av grunnlaget for tvangsbruken, og en smittet person som er under tvungen helsetjeneste eller isolering, vil kunne oppleve det som et ekstra stort inngrep å få avslag på anmodning om innsyn, særlig når tiltaket først og fremst er truffet av hensyn til samfunnet eller folkehelsen. Det er forutsatt at bestemmelsen er et lovbestemt unntak fra den taushetsplikten som helsepersonell eventuelt har overfor tredjeperson. Ut fra lignende betraktninger er det også gjort unntak fra begrensningene i innsynsretten etter forvaltningsloven § 19 bokstav d.

Til § 6-7

Til § 6-7 *Vedtak og begrunnelse* (gjeldende § 5-7)
Bestemmelsen viderefører gjeldende § 5-7.

Gjeldende § 5-7 og forslag til ny § 6-7 omtales i høringsnotatets punkt 15.10.

Det materielle innholdet i gjeldende § 5-7 er omtalt i Ot.prp. nr. 91 (1992-1993) Del II, punkt 5.7 og Prop. 91 L (2018-2019) punkt 6.5.3.

Første ledd bestemmer at smittevernnemnda skal komme sammen så raskt som mulig og senest innen sju dager for å drøfte og fatte vedtak i saken. Til møtet i nemnda kan en representant for den som har begjært tvangsvedtaket og den smittedes fullmektig møte.

Andre ledd bestemmer at dersom noen av partene ønsker det, skal de under møtet gis anledning til vitneførsel og til å legge frem annet materiale det ikke har vært mulig å presentere under saksforberedelsen. Av hensyn til tidsmomentet kan det ikke legges opp til omfattende drøftinger i nemnda. Partenes påstander forutsettes som hovedregel fremlagt på forhånd. Det skal likevel være adgang for kommuneoverlegen som

initiativtager og den smittedes advokat å møte frem og presentere eventuelt nytt materiale eller vitner for nemnda. Det er en forutsetning at vitneførsel og fremleggelse av annet materiale begrenses til hva som er mulig å legge frem på møtet. Smittevernnemnda forutsettes å kunne avskjære bevisføring som kan forsinke avgjørelsen unødig.

Etter ***tredje ledd*** gjelder reglene i tvisteloven om dommers innhold og begrunnelse tilsvarende.

Fjerde ledd presiserer at det i meldingen om vedtaket særskilt skal gjøres oppmerksom på overprøvingsadgangen etter § 6-9.

Til § 6-8

Til § 6-8 *Hastevedtak* (gjeldende § 5-8)
Bestemmelsen viderefører gjeldende § 6-8.

Gjeldende § 5-8 og forslag til ny § 6-8 omtales i høringsnotatets punkt 15.11.

Det materielle innholdet i gjeldende § 5-8 er omtalt i Ot.prp. nr. 91 (1992-1993) Del II, punkt 5.8 og Prop. 91 L (2018-2019). Se også de spesielle merknadene til lovbestemmelsen.

Første ledd bestemmer at kommuneoverlegen og vakthavende infeksjonsmedisinske overlege ved sykehus i helseregionen sammen kan treffe hastevedtak etter §§ 6-2 om tvungen legeundersøkelse og 6-3 om tvungen isolering hvis hensynet til smittevernet tilsier at vedtaket blir fattet. Det skal særlig legges vekt på åpenbar fare for smitteoverføring. Det sentrale er at det er klart at det er fare for menneskeliv eller betydelig skade på kropp og helse. Begrepet skal forstås på samme måte som i straffeloven § 287.

Andre ledd bestemmer at når legene som skal gjøre vedtak er uenige, skal statsforvalteren delta i avgjørelsen. Se merknaden til § 5-3 tredje ledd.

Etter ***tredje ledd*** gjelder vedtak om tvungen isolering frem til smittevernnemnda har vurdert saken, men ikke utover sju dager.

Fjerde ledd bestemmer at kopi av hastevedtak skal sendes omgående til smittevernnemnda. Formålet er å holde nemnda orientert og å gi et forhåndsvarsel.

Til § 6-9

Til § 6-9 *Overprøving av tvangsvedtak* (gjeldende § 5-9)
Bestemmelsen viderefører gjeldende § 5-9.

Gjeldende § 5-9 og forslag til ny § 6-9 omtales i høringsnotatets punkt 15.12.

Det materielle innholdet i gjeldende § 5-9 er omtalt i Ot.prp. nr. 91 (1992-1993) Del II, punkt 5.9 og Prop. 91 L (2018-2019). Se også de spesielle merknadene til lovbestemmelsen.

Første ledd bestemmer at smittevernnemndas vedtak kan bringes inn for tingretten etter reglene i tvisteloven kapittel 36. Dette gjelder også hastevedtak etter § 6-8.

Andre ledd bestemmer at vedtak om tvungen isolering på sykehus etter § 6-3 kan settes i verk dersom vedtaket bringes inn for tingretten. Vedtak om tvungen legemiddelbehandling etter § 6-3 skal imidlertid ikke settes i verk dersom vedtaket bringes inn for tingretten. Forskjellen er begrunnet i at isolering vil beskytte samfunnet mot faren ved manglende legemiddelbehandling.

Tredje ledd bestemmer at søksmål kan reises av den vedtaket retter seg mot eller dennes nærmeste, av statsforvalteren eller Statens helsetilsyn. En mindreårig kan opptre som part og gjøre partsrettigheter gjeldende dersom vedkommende er fylt 12 år og forstår hva saken gjelder.

Til § 7-1

Til § 7-1 *Kommunens vedtak om begrensninger i den sosiale omgangen* (gjeldende § 4-1) Bestemmelsen viderefører i hovedsak gjeldende § 4-1 første, femte og sjette ledd. Fullmaktsbestemmelsene er endret med sikte på å være mer informative. Endret ordlyd tar ikke sikte på å endre gjeldende rett, med mindre annet uttrykkelig fremgår av departementets vurderinger. Forskriftshjemlene legges til kommunen i stedet for kommunestyret. I tillegg foreslår departementet å presisere enkelte tiltak som ikke kan vedtas av kommunene etter den ordinære forskriftshjemmelen.

Gjeldende rett og forslag til ny § 7-1 omtales i høringsnotatets kapittel 17.

Det materielle innholdet i gjeldende § 4-1 er omtalt i Ot.prp. nr. 91 (1992-1993) Del II, punkt 4.1.

§ 7-1 gir hjemmel til å vedta en rekke ulike befolkningsrettede eller grupperettede smitteverntiltak som tar sikte på å redusere mulig smittefarlig kontakt mellom personer. Formålet med bestemmelsen er å gi adgang til å hindre at flere mennesker samles hvis dette representerer en fare for overføring av smitte. Hensynet til å forebygge en allmennfarlig smittsom sykdom eller motvirke at den blir overført er et overordnet hensyn ved tolkningen av bestemmelsen.

De grunnleggende vilkårene i § 1-5, Grunnloven og menneskerettighetene er sammen med inngangsvilkårene i første ledd avgjørende for hvilke tiltak som kan vedtas. Som ved andre smitteverntiltak må det vurderes om det aktuelle smitteverntiltaket for å begrense sosial omgang og annen kontakt mellom mennesker er forholdsmessig og nødvendig, jf. § 1-5. Tiltakenes antatte nytte må veies mot mulige ulemper og kostnader og så langt som mulig være basert på kunnskap om tiltakenes effekt. Beslutningstakeren skal blant annet søke innspill og vurderinger fra egne etater, kommuner, næringsliv, interesseorganisasjoner og andre berørte interesser, inkludert fra barn og unge. Høringer skal gjennomføres i den grad det er mulig, jf. forvaltningsloven § 37. Se generell omtale i kapittel 10 og nærmere om relevante hensyn ved ulike tiltak i punkt 17.7.10.

De eksemplene på tiltak som gjengis i lovteksten, er erfaringsbaserte. Det kan være behov for tiltak som ikke er uttrykkelig nevnt. Det kan også være behov for å iverksette mange ulike tiltak samtidig og i ulike kombinasjoner. Et tiltak kan ha elementer av flere av alternativene eller ikke passe godt inn under noen av dem, men likevel være nødvendig for å hindre smittespredning. Det har da mindre betydning om det enkelte tiltaket hører inn under ett eller flere alternativer, så lenge tiltakene samlet sett har hjemmel.

Første ledd bestemmer at kommunen kan vedta påbud som har til formål å begrense kontakten mellom mennesker, når det er nødvendig for å forebygge en allmennfarlig smittsom sykdom eller for å motvirke at den blir overført.

Allmennfarlig smittsom sykdom defineres i § 1-3 første ledd nr. 4.

Myndigheten er lagt til kommunen, i tråd med kommunelovens system, men kan delegeres etter reglene i kommuneloven. Se omtale i punkt 16.6.3.

Kommunen må ha adgang til å gripe inn mot allmennfarlig smittsomme sykdommer ved å stenge virksomheter og forby eller begrense kontakt mellom mennesker, selv om det ikke er et alvorlig utbrudd som krever særlig omfattende tiltak fastsatt av staten etter § 8-1. Det skyldes at det meste av smittevernarbeidet foregår lokalt for å forebygge og reagere på smittesituasjoner i en eller noen få virksomheter før det oppstår behov for omfattende tiltak som berører store områder eller flere sektorer. Det kan for eksempel være nødvendig å stenge en barnehage hvor det er påvist E. coli-smitte.

Bokstavene a til c gir eksempler på hva påbudene kan gå ut på.

Bokstav a omhandler påbud om å helt eller delvis stenge virksomheter eller forby møter og sammenkomster.

Delvis stenging av en virksomhet kan for eksempel være å stenge en skoles gymnastikksal, badstue i svømmehall eller deler av et utested der det er vanskelig å overholde krav til avstand.

Møter og sammenkomster kan forbys, uansett om de er i offentlig eller privat regi og om de er planlagt eller oppstår tilfeldig. Eksempler er stevner, forestillinger, utstillinger, politiske møter, fester, markeringer og ulike typer arrangementer.

Før forbud vedtas, skal det vurderes om formålet kan oppnås med krav til avstand, maksimalt antall som kan være til stede og andre mindre inngripende begrensninger.

Bokstav b omhandler krav til virksomheter og arrangører av møter og sammenkomster om smittevernfaglig forsvarlig drift.

I loven nevnes som eksempler krav til maksimalt antall personer som kan være til stede, avstand mellom personer, servering, åpningstider, hygienetiltak eller bruk av personlig verneutstyr. Andre eksempler kan være å pålegge bruk av hjemmekontor, utelukke visse aldersgrupper, begrense vareutvalg, innføre skjenkestopp eller stille krav til lydnivå, sitteplasser, bordservering, åpningstid, skjenketid for alkohol, bruk av munnbind, ventilasjon eller andre tiltak som bidrar til å redusere smitte ved samvær mellom mennesker eller fra forurensede flater.

Det vil være nødvendig å vurdere den konkrete risikoen for smittespredning ved ulike typer arrangementer og sammenkomster opp mot de negative konsekvensene for publikum og arrangører. Det er blant annet viktig for folkehelsen, livskvalitet og særlig barn og unges velvære at organiserte kultur- og idrettsaktiviteter, inkludert øvelser, trening og konkurranser, så langt som mulig også kan gjennomføres i en alvorlig smittesituasjon. Det gjelder særlig når tiltaksperioden er lang. Se omtale i punkt 17.7.10.6.

Bestemmelsen hjemler forbud og begrensninger også i politiske møter, demonstrasjoner og markeringer. Hensynet til ytringsfrihet, et velfungerende demokrati og forsamlingsfriheten tilsier tilbakeholdenhet med å regulere slike sammenkomster. Også under en alvorlig smittesituasjon må det være rom for å utøve politisk arbeid, politiske markeringer og demonstrasjoner. Dette tilsier at det bør utvises forsiktighet med å nedlegge forbud, og at dette virkemidlet eventuelt reserveres for de mest alvorlige smittesituasjonene. Se omtale i punkt 17.7.10.7.

Bokstav c omhandler forbud mot eller vilkår for opphold på nærmere bestemt sted.

Ved et større utbrudd kan det være nødvendig å stenge nærmere bestemte områder og eiendom hvor enhver har tilgang, for eksempel offentlige badeplasser, parker og lignende som vanligvis er tilgjengelig for allmenheten. Ved utformingen av tiltaket må det tas stilling til om det er nødvendig å nedlegge et totalt forbud mot opphold, eller om det kan stilles vilkår for opphold. Det kan for eksempel innebære å kreve registrering eller dokumentasjon av besøkende og deltakere, eller å tillate kun viktige ærender eller alminnelig ferdsel på stedet.

Å sperre av eller forby opphold på et område innebærer at mennesker ikke kan samle seg der, uavhengig av om de er samlet tilfeldig eller for å omgås andre ved for eksempel planlagt møte, demonstrasjon eller sosial omgang. Det skal derfor være mulig å regulere situasjoner hvor folk samles spontant uten arrangør, eller hvor flere separate grupper med maksimalt antall tillatte personer samles på samme sted.

I vurderingen av forholdsmessighet må det tas hensyn til at tiltaket blir mer inngripende jo større områder som omfattes. Det går derfor en øvre grense for hvor store sammenhengende områder som kan underlegges oppholdsforbud eller strenge vilkår for opphold. Departementet foreslår i punkt 17.7.5 å presisere at smittevernloven ikke vil gi hjemmel til å vedta portforbud. Dette er dermed samtidig uttrykk for den øvre grensen for å forby opphold på bestemt sted.

Andre ledd bestemmer at vedtak etter første ledd kan gjelde overalt der mennesker er samlet eller kan samles. Dette omfatter alle steder der mennesker samles på en måte som gir risiko for overføring av smitte, innendørs og utendørs, på offentlig eller privat sted. Bokstavene a til d gir eksempler på hvor vedtakene kan gjelde.

Bokstav a nevner steder hvor det gjennomføres møter og sammenkomster. Møter og sammenkomster omfatter blant annet større eller mindre forsamlinger, arrangementer og begivenheter. Det vil for eksempler kunne fastsettes regler om forbud mot eller begrensninger for konserter, idrettsbegivenheter, fester, generalforsamlinger og møter i

selskaper eller foreninger. Det skal være anledning til å vedta forskrifter om møter og sammenkomster hvor det ikke er mulig å utpeke en eller flere arrangører.

Bokstav b nevner virksomheter. Det er adgang til å stenge eller pålegge begrensninger i aktivitetene for alle slags virksomheter som samler flere mennesker og som dermed kan representere en smitteoverføringsfare. Med virksomhet mener departementet juridiske personer eller enkeltpersoner som produserer varer eller tjenester, eller som tilbyr aktiviteter som samler mennesker, på steder som ikke er å anse som deres privat hjem. Virksomhet omfatter ikke bare næringsvirksomhet, men også offentlige organer, foreninger og organisasjoner, inkludert trossamfunn.

En virksomhet kan drives uten at personer samles fysisk på en måte som kan overføre smitte, for eksempel fra hjemmekontor eller ved annen nettbasert eller adskilt arbeidsform. Det er i slike tilfeller ikke virksomheten som sådan som kan stenges eller ilegges begrensninger, men de lokalene eller arealene, ute som inne, hvor mennesker samles.

Det er ikke et krav at virksomheten har hatt et smitteutbrudd eller at det er mistanke om det. Nedstenging eller begrensninger kan derfor ha et forebyggende formål.

Forskrifter som begrenser kontakt mellom mennesker i tilknytning til virksomheter, kan avgrenses til å gjelde offentlig sted der enhver har adgang. Det kan da være behov for klar avgrensning i forskriften, for eksempel med utgangspunkt i forståelsen etter straffeloven § 10. Bestemmelsen hjemler også regulering av offentlig og privat eiendom hvor offentligheten ikke har adgang, for eksempel kontorer, produksjonsarealer og andre arbeidsplasser. Nødvendigheten og forholdsmessigheten av å gi forskrifter for områder som ikke er tilgjengelig for offentligheten eller regnes som offentlig sted, må vurderes i den konkrete smittesituasjonen. Se omtale i punkt 17.7.6.

I alternativet gis det eksempler på typiske virksomheter hvor flere mennesker er samlet: serveringssteder, overnattingssteder, forretningslokaler, messer og markeder, steder for fritids-, idretts- eller kulturaktivitet, steder for tros- og livssynssamlinger, bedrifter og arbeidsplasser, barnehager, skoler og annen opplærings- og utdanningsvirksomhet og institusjoner i helse- og omsorgstjenesten.

Ved beslutninger om å stenge eller begrense barnehagetilbud, opplæring og utdanning må vurderingen baseres på den kunnskapen man har om blant annet den faktiske risikoen for smittespredning i skolemiljøet, hvordan smitten påvirker barn, barns rolle i å bringe smitten videre, effektiviteten av ulike tiltak og de bredere konsekvensene av skolestenging for barns utdanning, sosiale utvikling og velferd, inkludert hvordan det påvirker ulike grupper av barn. Kommunenes planer og risikoreduserende tiltak må tilpasses den konkrete situasjonen. Det vil også være relevant å ta hensyn til behovet for tiltak overfor barn og unge for å kunne ivareta et tilbud til dem over tid. Se omtale i punkt 17.7.10.3.

Det kan være aktuelt å vedta adgangsforbud eller andre begrensninger i aktiviteter ved institusjoner i helse- og omsorgstjenesten eller andre typer institusjoner eller bo- og oppholdssteder hvor mange bor og omgås samtidig, både for beboere, besøkende og ansatte. Dette kan for eksempel være begrensninger i antall samtidig besøkende ved institusjonen, hvor mange besøkende hver enkelt kan motta, at besøk skal skje til bestemte

tider eller på en bestemt måte, krav om bruk av munnbind eller hygienetiltak. Det er nødvendig å utrede konsekvensene også for annet enn smittevern og at flere hensyn balanseres mot vern av liv og helse, slik at de som omfattes av tiltakene også opprettholder en god livskvalitet. Det innebærer blant annet vurdering av om, når og hvordan man kan tilrettelegge for besøk til kritisk syke personer eller de som befinner seg i livets siste fase, besøk fra barns nære pårørende eller tilstedeværelse ved fødsel. Se omtale i punkt 17.7.10.4.

Smitteverntiltak som begrenser eller forbyr sosial omgang og kontakt mellom mennesker vil ramme virksomheter som har til formål å samle mennesker for handel, aktiviteter og sosial omgang hardt. Det kan for eksempel være forretninger, restauranter, treningssentre og virksomheter innenfor kultur og underholdning. Økonomiske kompensasjonsordninger vil være et viktig element i vurderingen av om det er forholdsmessig å vedta begrensninger i den sosiale omgangen som rammer næringslivet og arbeidsplasser. Når det er behov for å begrense befolkningens kontakt med hverandre i så stor grad at kun de mest nødvendige tjenestene og tilbudene bør holdes åpne, må det vurderes konkret hvilke utsalgssteder som må stenges og unntaksmuligheter. Befolkningen må ha tilgang til dagligvarer og legemidler, men det vil også være behov for at andre spesialiserte utsalgssteder kan holde åpent, for eksempel utsalg som betjener profesjonelle håndverkere eller utsalg av medisinske hjelpemidler. Se omtale i punkt 17.7.10.5.

Bokstav c nevner offentlig og privat samferdsel. Forskriftene kan gi bestemmelser med virkning for ethvert privat eller offentlig transportmiddel, inkludert tog, buss, fly, skip, taxi og privatbiler. Det avgjørende er om flere mennesker ferdes på samme transportmiddel. Det er adgang til å stanse slik samferdsel eller legge begrensninger på bruken. Eksempler på begrensninger kan være forbud mot å stoppe, slippe av eller ta om bord passasjerer i bestemte områder. Det kan også bestemmes at personer som ikke overholder begrensningene kan bortvises fra transportmiddelet.

Bokstav d nevner private hjem. Forskriftsfesting av atferd i private hjem, med mulig straffansvar og håndhevingsmuligheter, er et svært inngripende tiltak. Friheten til selv å bestemme i private hjem er gitt et sterkt vern i Grunnloven og menneskerettslige forpliktelser. Begrensninger som omfatter private hjem vil i tillegg til retten til forsamlingsfrihet, særlig gripe inn i retten til respekt for privatliv, familieliv og hjem. Det skal derfor mer til for at et slikt tiltak er nødvendig og forholdsmessig enn begrensninger i sammenkomster som avholdes andre steder.

Det må forventes at kommunene i en tidlig fase av et utbrudd av allmennfarlig smittsom sykdom vil kunne oppnå god effekt av klare oppfordringer om å begrense samvær og den myndighet de uansett har til å vedta isolasjon av smittsomme personer. Ved behov for å forskriftsfeste begrensninger for private hjem, bør juridisk kompetanse trekkes inn i arbeidet, det bør opprettes kontakt med statsforvalteren og det bør søkes råd fra Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet.

Etter dette alternativet vil det ikke være adgang til å isolere nære familiemedlemmer eller andre som bor sammen, med mindre det er grunnlag for å benytte hjemlene om isolering eller karantene av smittede personer. Det bør vises tilbakeholdenhet med å fastsette regler

for private boliger. Hvis det likevel viser seg nødvendig, vil det kunne gis begrensninger i adgangen til å benytte private boliger til sammenkomster med personer utenfor husstanden som er samlet på en måte som utgjør en særlig fare for smitte med en samfunnskritisk sykdom. Ved vurderingen av om det skal gis begrensninger i private hjem, vil det også være relevant å se hen til om det er forskriftsfestet tiltak om karantene og isolasjon.

I forbindelse med forskriftsfesting av smitteverntiltak, kan det oppstå behov for å avgrense hva som regnes som private hjem. Dette omfatter typisk eide og leide boliger, inkludert omsorgsboliger, fritidsboliger og hytter. Bofellesskap og bokollektiv omfattes også. Den enkeltes oppholdsrom på internater, studenthjem og andre bofellesskap med fellesområder regnes som private hjem, men det kan være behov for særskilt regulering av sammenkomster i fellesarealer eller annen bruk av disse. Bolig forstås i utgangspunktet bredere enn bopel, og omfatter det stedet hvor personen overnatter. Hotellrom og andre rom hvor overnatting tilbys kan ha likhetstrekk med private hjem, og hensynet til privatlivets fred gjør seg også gjeldende der. Hager, gårdsplasser, andre områder utendørs, låver, skur og verksteder som den enkelte råder over, regnes normalt ikke som privat hjem.

Begrepet kan ved forskriftsfesting avgrenses på annen måte enn det departementet ovenfor legger til grunn som en normalforståelse. Det avgjørende er uansett at forskriften så klart som mulig gir anvisning på hvor den gjelder.

Tredje ledd bestemmer at kommunen likevel ikke kan fatte vedtak om å forby eller pålegge begrensninger omfattet av bokstavene a til c.

Bokstav a gjelder adgangen til å forlate private hjem til bestemte tider eller til bestemte formål (portforbud eller lignende). Vedtak av et slikt tiltak vil kreve lovendring eller at Kongen i statsråd fatter vedtak etter § 11-1 om derogasjon. Se omtale i punkt 17.7.5.

Kjernen i denne type regulering at man som utgangspunkt skal holde seg hjemme og på den måten unngå nærkontakt med andre utenfor hjemmet. Et portforbud kan utformes på svært ulike måter. Det kan være alt fra et forbud mot å være ute på natten, forbud begrenset til bestemte områder eller til et nasjonalt forbud mot å være ute som gjelder hele døgnet. Det kan også oppstilles få eller mange unntak, og det kan være ulike regler på dagtid, kveldstid og nattestid. Disse forholdene har stor betydning for hvor inngripende tiltaket vil være.

Bestemmelsen er ikke til hinder for at personer som er smittet kan ilegges forbud mot inn- og utreise til områder etter ny smittevernlov §§ 7-2 og 8-2, eller isolasjon eller karantene etter forslaget til ny smittevernlov § 8-3.

Bokstav b gjelder møter i domstolene, Stortinget og folkevalgte organer i kommuner og fylkeskommuner. Virksomhetene selv kan fastsette regler for slike møter.

Hensynet til utøvelse av viktige samfunnsfunksjoner, demokrati og rettssikkerhet tilsier at smitteverntiltak for møtene eventuelt bør vedtas av organene selv eller med hjemmel i annen lovgivning. Disse organene er nærmest til selv å avveie hensynet til funksjonsdyktighet opp mot eventuelle anbefalinger om smittevernfaglig forsvarlig innretning av virksomheten. Bestemmelsen er ikke til hinder for at kommuner kan forby

eller legge begrensninger på publikums adgang til slike møter. Det forutsetter at hensynet til smittevern er et nødvendig og forholdsmessig inngrep i andre rettigheter, inkludert vernet av møteoffentlighet i Grunnloven § 100 femte ledd og kommuneloven § 11-5.

Bokstav c gjelder lokaler og arealer som Forsvaret, politiet og helseforetak har forbeholdt for sine ansatte, samarbeidende personell og pasientbehandling. Virksomhetene selv, overordnede organer, staten og regionale helseforetak som eier av helseforetakene og Kongen kan fastsette regler for disse virksomhetene.

Avgrensningen av kommunens myndighet er ikke til hinder for at kommuner gir anbefalinger som omfatter de aktuelle områdene, oppretter dialog med virksomhetene eller samarbeider med statlige myndigheter om utforming av regler, retningslinjer eller instrukser. Kommunen vil også kunne regulere lokaler og arealer som publikum har fri tilgang til.

Fjerde ledd bestemmer at vedtak etter første ledd kan gjelde i inntil 30 dager, med mindre særlige grunner tilsier en lengre periode. Det skal fremgå av vedtaket hvor lenge det gjelder. Dersom det er behov for å videreføre tiltaket etter utløpet av den fastsatte virketiden, må det fattes nytt vedtak. Dersom tiltaket før utløpet av virketiden ikke lenger er nødvendig eller forholdsmessig, skal den som har satt det i verk straks oppheve det eller begrense omfanget av det. Hvis det er behov for å opprettholde et tiltak ut over 30 dager, er det nødvendig å gjøre et nytt formelt vedtak i saken. Det er ikke satt noen begrensning for hvor mange ganger det kan gjøres et nytt vedtak.

Femte ledd gir Kongen hjemmel til i forskrift å gi nærmere bestemmelser om de forskjellige tiltak kommunene vedtar. Dette omfatter også krav til metoder og midler som skal brukes og til kvalifikasjoner hos de personer som skal sette i verk tiltak.

Til § 7-2

Til § 7-2 *Kommunens vedtak om begrensninger i adgang til innreise eller utreise på kommunens område (avsperring)* (gjeldende § 4-1)
Bestemmelsen viderefører delvis gjeldende § 4-1 første ledd bokstav d, ved at kommunens adgang til å vedta forbud mot innreise til, eller utreise fra, hele eller deler av kommunens område begrenses. Det presiseres at det kan stilles vilkår for inn- eller utreise. Det tydeliggjøres at kommunen ikke med hjemmel i bestemmelsen kan forskriftsfeste påbud om isolering av en ubestemt krets personer, noe som er forbeholdt Kongen etter ny lov § 8-2.

Gjeldende rett og forslag til ny § 7-2 omtales i høringsnotatets punkt 18.7.3.

Det materielle innholdet i gjeldende § 4-1 første ledd bokstav d er omtalt i Ot.prp. nr. 91 (1992-1993) Del II, punkt 4.1.

Første ledd bestemmer at kommunen kan vedta forbud mot eller stille vilkår for innreise til, eller utreise fra, hele eller deler av kommunens område når begge vilkårene i bokstav a og b er oppfylt.

I vedtaket skal det gis en nærmere angivelse av det geografiske området det ikke er adgang til å bevege seg utenfor eller bevege seg inn i. I denne forbindelse må det tas nødvendig hensyn til «sikkerhetssoner». Det geografisk bestemte området bør fremgå tydelig gjennom eksempelvis skilting i området. Det kan være viktig i en innledende fase, før man får tilstrekkelig oversikt.

Som alternativ til totalt forbud kan det stilles vilkår for innreise eller utreise, f.eks. legges begrensninger på antall personer eller nærmere regulering av hvem som kan komme inn i eller ut av det smitteutsatte området.

Kommunens hjemmel omfatter ikke forbud mot innreise fra eller utreise til annet land. Slike tiltak kan bare vedtas med hjemmel i denne loven § 9-3 og lovgivningen for utlendingers adgang til riket.

Det er ikke adgang til å bruke tvang ved gjennomføringen av tiltak etter bestemmelsen. Dersom noen nekter å overholde de pålagte begrensningene i bevegelsesfriheten, og dette anses som så alvorlig at noe må gjøres, må det eventuelt fattes vedtak etter reglene i kapittel 6 om tvangstiltak.

Etter *bokstav a* er det et vilkår at forbudet er nødvendig for å forebygge en allmennfarlig smittsom sykdom eller for å motvirke at den blir overført. Når det identifiseres smitte i en kommune, kan det være behov for raskt å innføre strenge smitteverntiltak som hindrer videre spredning internt i kommunen eller ut av kommunen. Det kan oppstå situasjoner hvor anbefalinger og enkeltvedtak om isolering av smittede personer ikke er tilstrekkelig. Kommunene har derfor hjemmel til å kunne isolere hele eller deler av kommunen i slike situasjoner.

Etter *bokstav b* er det et vilkår at formålet med forbudet er å forhindre spredning av smitte enten innad i kommunen eller fra kommunen til andre deler av landet som ikke er utsatt for smitte eller har vesentlig lavere smittetrykk.

Når formålet er å hindre overføring av smitte til kommunen fra andre deler av landet eller nabokommuner med høyere smittetrykk, som ved såkalt «søringkarantene» under koronapandemien, skal staten vurdere behovet for begrensninger i bevegelsesfriheten etter § 8-2.

Kommunens vedtak om å sperre av områder kan berøre flere kommuner og ofte store deler av landet. Vedtakene kan skape vanskeligheter blant annet for person- og varetransport, for personer som på grunn av familie- eller arbeidsforhold er avhengige av å reise mellom kommuner og for næringsliv og en del offentlige tjenester som ytes på tvers av kommunegrensene. Dersom det skulle oppstå situasjoner hvor kommunen ser seg nødt til å stenge av områder med smitte, vil det være nødvendig å vurdere unntak for samfunnskritisk personell og for distribusjon av viktige varer.

I den grad tiden tillater det, bør kommunen involvere statlige myndigheter i beslutninger som kan hindre viktige transporter ut av kommunen og hindre arbeidstagere med samfunnskritiske funksjoner, for eksempel innenfor eksempel matvare- og drivstofforsyning, i å reise inn i kommunen. Statsforvalteren, Folkehelseinstituttet og

Helsedirektoratet vil kunne gi kommunene konkret veiledning når behovet for å sperre av områder oppstår.

Se også § 7-9 andre ledd, hvor Kongen kan forskriftsfeste begrensninger i kommunens adgang til på et senere tidspunkt å vedta nærmere bestemte smitteverntiltak, når det er nødvendig for å sikre et effektivt og forsvarlig smittevern mot samfunnskritisk sykdom i flere kommuner. Dette inkluderer blant annet vilkår for at kommunen kan stenge områder for inn- og utreise.

Andre ledd bestemmer at kommunen kan vedta at personer som har oppholdt seg i et område som er omfattet av forbud etter første ledd, kan forlate området mot at de er i karantene på egnet sted eller følger andre smitteverntiltak. Dette er ment som et mindre inngripende tiltak enn forbud mot å forlate området. Personer kan for eksempel få reise hjem dersom det er egnet sted for karantene.

Tredje ledd bestemmer at tidsbegrensningen etter § 7-1 fjerde ledd gjelder tilsvarende. Det innebærer at vedtaket kan gjelde i inntil 30 dager, med mindre særlige grunner tilsier en lengre periode. Den som har satt i verk tiltaket, skal uansett straks oppheve vedtaket eller begrense omfanget av det når det ikke lenger er nødvendig.

Til § 7-3

Til § 7-3 *Avgrensning av smitteverntiltak (ny)*
Paragrafen er ny. Gjeldende rett og forslag til ny § 7-3 omtales i høringsnotatets kapittel 20.

Første ledd *første punktum* bestemmer at det bare er i de tilfellene hvor Kongen har bestemt det i forskrift, at kommunen kan gi forskrifter om at vaksinasjonsstatus, gjennomgått sykdom eller resultat av test for sykdom inngår i avgrensningen av, eller gir unntak fra, smitteverntiltak som kommunen vedtar etter § 7-1 (sosial omgang).

Bestemmelsen innebærer at begrensninger av sosial omgang bare kan avgrenses med vaksinasjonsstatus, gjennomgått sykdom eller resultat av test for sykdom når det foreligger en samfunnskritisk sykdom og nasjonale myndigheter kan gjøre helhetlige vurderinger. En kommune kan derfor ikke uten hjemmel i forskrift vedtatt av Kongen, eller av den som er delegert myndigheten, innføre krav om fremvisning av dokumentasjon på test, gjennomgått sykdom eller vaksinering for å få adgang til lokale aktiviteter, tjenester, virksomheter eller sammenkomster.

Første ledd andre punktum bestemmer at Kongen kan gi forskrifter om vilkår og rammer for kommunens forskrifter etter første punktum, inkludert bruk av dokumentasjon.

Når Kongen åpner for kommunale vedtak om tilpasning etter første punktum, vil det være kommunen som bestemmer om dette skal gjøres eller ikke.

Etter ***andre ledd*** *første punktum* kan kommunen gi forskrifter om at vaksinasjonsstatus, gjennomgått sykdom, testresultat eller andre forhold som har betydning for om en person kan smitte andre, bli smittet eller utvikle alvorlig sykdom, inngår i avgrensningen av, eller gir unntak fra, smitteverntiltak som kommunen vedtar etter § 7-2 (avsperring). Se

spesielle merknader til den tilsvarende bestemmelsen i § 8-9 tredje ledd om Kongens hjemmel til å vedta tilpassede smitteverntiltak ved blant annet avsperring av områder, karantene mv.

Andre ledd andre punktum gir kommunen hjemmel til å gi forskrifter om bruk av dokumentasjon for de forholdene som er nevnt i første punktum ved avsperring av områder. Som alternativ til å gi egne bestemmelser om dokumentasjon ved avsperring, kan kommunen stille krav om dokumentasjon som Kongen har regulert og gitt kommunen anledning til å benytte i forskrift etter ny lov § 7-3 eller § 8-10. Kommunene vil derfor ikke kunne stille krav om bruk av fremtidige nasjonale dokumentasjonsløsninger som forvaltes av staten, med mindre Kongen åpner for dette ved forskrift.

Etter ***tredje ledd*** oppstilles to vilkår for at kommunen kan begrense hvilken dokumentasjon som skal regnes som akseptert dokumentasjon for vaksinasjonsstatus, gjennomgått sykdom, resultat av test for sykdom eller andre forhold som har betydning for om en person kan smitte andre, bli smittet eller utvikle alvorlig sykdom. Begrensning av hva som regnes som akseptert dokumentasjon kan bare fastsettes når det anses nødvendig med effektiv og sikker verifikasjon, og det etter smitteverntiltakets art og forholdene ellers ikke vil være uforholdsmessig. Som eksempel på begrensning av akseptert dokumentasjon, kan nevnes krav om registrering av vaksinasjon eller testresultat i en elektronisk løsning med høy grad av verifiserbarhet. Dersom dokumentasjonskravet ikke begrenses, kan det i utgangspunktet gjøres en fri bevisvurdering ut fra de opplysningene som foreligger i det enkelte tilfellet.

Fjerde ledd bestemmer at alder kan inngå i avgrensningen av, eller gi unntak fra, smitteverntiltak etter dette kapittelet når det er begrunnet i at ulik alder gir ulik risiko for å smitte, bli smittet eller utvikle alvorlig sykdom. Se spesielle merknader til den tilsvarende bestemmelsen i § 8-9 fjerde ledd.

Til § 7-4

Til § 7-4 *Pålegg om rengjøring, desinfeksjon, avlivning mv.* (gjeldende § 4-1) Bestemmelsen viderefører gjeldende § 4-1 første ledd bokstav e og sjette ledd, med unntak av at forskriftshjemlene legges til kommunen i stedet for kommunestyret og Kongen i stedet for departementet. Begrepet kjæledyr erstatter begrepet selskapsdyr.

Gjeldende rett og forslag til ny § 7-4 omtales i høringsnotatets punkt 21.3. Det materielle innholdet i gjeldende § 4-1 første ledd bokstav e er omtalt i Ot.prp. nr. 91 (1992-1993) Del II, punkt 4.1.

Etter bestemmelsen kan kommunen gi pålegg om rengjøring, desinfeksjon eller annen smittesanering på ethvert sted. Loven gir eksempler på smittesanering, men er ikke uttømmende. Hjemmelen er ikke begrenset til pålegg om å rette på uheldige forhold, men gir adgang til å fastsette konkrete pålegg om aktuelle tiltak. Dette gjelder også bruk av utstyr og midler samt fremgangsmåte. Bestemmelsen hjemler avlivning av kjæledyr, mens tiltak rettet mot husdyr hjemles i husdyrloven.

Kongens myndighet til å pålegge smittesanering og gi forskrifter om gjennomføring mv. reguleres i § 8-8.

Til § 7-5

Til § 7-5 *Kommunestyrets iverksetting av vedtak* (gjeldende § 4-1)
Bestemmelsen viderefører gjeldende § 4-1 tredje og fjerde ledd, med unntak av at kommunen kan sørge for iverksetting i stedet for kommunestyret.

Gjeldende rett og forslag til ny § 7-5 omtales i høringsnotatets punkt 17.7.11.

Det materielle innholdet i gjeldende § 4-1 tredje og fjerde ledd er omtalt i Ot.prp. nr. 91 (1992-1993) Del II, punkt 4.1.

Første ledd forutsetter at den ansvarlige selv skal treffe tiltak i samsvar med de pålegg om sosial omgang, avsperring og smittesanering som kommunen har gitt med hjemmel i §§ 7-1, 7-2 eller 7-4, eller som Kongen har gitt med hjemmel i §§ 8-1, 8-2 eller 8-10.

For de tilfellene hvor den ansvarlige ikke iverksetter nødvendige tiltak tilstrekkelig raskt, vil første ledd gi kommunen en subsidiær rett til å gripe inn. Loven nevner som eksempel tilfeller der den ansvarliges holdning eller atferd kan medføre at iverksettingen blir forsinket eller at det er uvisst hvem som er den ansvarlige. Det omfatter også tilfeller der den ansvarlige ikke har muligheter til selv å iverksette tiltak eller der er påkrevd å treffe tiltak umiddelbart for å begrense faren mest mulig.

Kommunen skal sørge for iverksetting av tiltakene og kan derfor velge mellom å bruke egne ansatte eller engasjere private virksomheter. Ved bruk av private bestemmer første ledd at den ansvarlige skal bære utgiftene ved iverksetting, men at kommunen hefter for vederlaget. Dette innebærer at den som har krav på vederlag kan kreve betaling av kommunen uten først å henvende seg til den ansvarlige.

Siste punktum bestemmer at kommunen kan sørge for å sette i verk også tiltak vedtatt av Kongen, eller den Kongen utpeker. Kommunens plikt til ved behov å iverksette slike tiltak, følger av ny lov § 2-1 andre ledd.

Det følger av § 7-6 at kommuneoverlegen kan å sette i verk tiltak som kommuneoverlegen selv har vedtatt i hastesaker etter § 7-5, men ved behov også tiltak vedtatt av kommunen eller Kongen.

Etter ***andre ledd*** kan kommunen bruke og om nødvendig skade den ansvarliges eiendom som ledd i gjennomføringen av vedtak om smittesanering mv. etter § 7-4. Dette omfatter også private som etter avtale handler på kommunens vegne. Skadeserstatningsloven regulerer plikt til å yte erstatning for skade på ansvarliges eiendom. Etter skadeerstatningsloven § 1-4 plikter skadevolder å erstatte skade han lovlig har voldt for å avverge truende fare. Dette gjelder likevel ikke når skaden er voldt på person eller gjenstand som faren truet fra, med mindre skadevolderen selv er skyld i faren. Departementet legger til grunn at det derfor normalt ikke vil oppstå erstatningsplikt for kommunen eller private som handler på kommunens vegne når smitteverntiltaket er nødvendig og forholdsmessig for å avverge faren.

Ved iverksetting av tiltak som nevnt i §§ 7-2 og 8-2 om avsperring, §§ 7-4 og 8-10 om smittesanering og § 8-3 om isolering, smittekarantene og andre begrensninger i bevegelsesfriheten, kan kommunen også bruke og om nødvendig skade andres eiendom. Plikten til å finne seg i et slikt vedtak vil være et ekspropriasjonslignende inngrep som forutsetter at den som iverksetter tiltak, skal yte vederlag. Andre ledd presiserer derfor at det skal ytes vederlag.

I de tilfellene hvor det kan være aktuelt å gjøre bruk av andres eiendom, må det antas at folkehelsehensynene i utgangspunktet vil være så fremtredende at de aktuelle skadene eller ulempene ved inngrepet som regel må anses som forholdsvis beskjedne. Aktuelle tiltak som kan tenkes iverksatt etter bestemmelsen, kan være så drastiske som for eksempel totaldestruksjon ved forbrenning av ting eller gjenstander som representerer en smittefare. I praksis vil det som oftest dreie seg om skader på hus, inventar og andre ting i forbindelse med bruk av desinfeksjonsmidler eller ved utgassing.

Til § 7-6

Til § 7-6 *Kommuneoverlegens hastevedtak* (gjeldende § 4-1)
Bestemmelsen viderefører gjeldende § 4-1 femte ledd og legger til at kommuneoverlegen så snart som mulig skal orientere kommunestyret, eller den som er delegert myndigheten etter de aktuelle bestemmelsene, om hastevedtaket. Kommunelegen endres til kommuneoverlegen.

Gjeldende rett og forslag til ny § 7-6 omtales i høringsnotatets punkt 16.6.2.

Det materielle innholdet i gjeldende § 4-1 femte ledd er omtalt i de spesielle merknadene til lovbestemmelsen i Ot.prp. nr. 91 (1992-1993).

Første ledd bestemmer at kommuneoverlegen i hastesaker kan utøve kommunens myndighet etter §§ 7-1 om begrensninger i den sosiale omgangen, 7-2 om avsperring, 7-4 om smittesanering, 7-5 om iverksetting av slike vedtak og 7-8 om gravferd og transport av lik. Kommuneoverlegen kan også forskriftsfeste unntak fra avsperring ut fra vaksinasjonsstatus, gjennomgått sykdom, testresultat eller andre forhold som har betydning for om en person er smittet eller smittsom etter § 7-3 andre ledd, men kan ikke avgrense eller gi unntak fra begrensninger i den sosiale omgangen ut fra slike forhold.

En hastesak foreligger når kommunestyret eller den som skulle ha utøvd myndigheten ikke kan treffe vedtaket uten forsinkelse som skader den interessen bestemmelsen skal beskytte. Dette vil særlig være aktuelt ved åpenbar fare for smitteoverføring hvor det er nødvendig med øyeblikkelige tiltak.

Andre ledd bestemmer at kommuneoverlegen så snart som mulig skal orientere kommunestyret, eller den som er delegert myndigheten etter de nevnte bestemmelsene, om hastevedtaket. Kommunestyret kan delegere myndighet til å fatte vedtak til andre folkevalgte organer, ordføreren eller kommunedirektøren (som igjen kan delegere videre), innenfor rammene av kommuneloven eller annen lov, jf. kommuneloven § 5-3. Det er kommunens delegeringsreglement som angir hvem som har kompetansen i normalsituasjonen.

Bestemmelsen gjør det mulig for rett organ i kommunen å vurdere behovet for å omgjøre vedtaket innenfor rammen av forvaltningsloven. Hastevedtaket er gyldig frem til kommunen eventuelt omgjør det. Kommuneoverlegens vedtak må uansett overholde den generelle tidsbegrensningen for vedtak fattet med hjemmel i §§ 7-1 og 7-2 på inntil 30 dager, med mindre særlige grunner tilsier en lengre periode.

Til § 7-7

Til § 7-7 *Obduksjon* (gjeldende § 4-5)
Bestemmelsen viderefører gjeldende § 4-5 og presiserer at det også er adgang til å undersøke en avdød på mindre inngripende måte enn obduksjon, dersom det er tilstrekkelig for å fastslå smittestatus. Kommunelegen endres til kommuneoverlegen. Begrepet samfunnskritisk sykdom erstatter alvorlig utbrudd av allmennfarlig smittsom sykdom.

Gjeldende rett og forslag til ny § 7-7 omtales i høringsnotatets punkt 21.6.

Det materielle innholdet i gjeldende § 4-5 er omtalt i spesielle merknader til lovbestemmelsen i Ot.prp. nr. 91 (1992-1993).

Etter ***første ledd*** kan kommuneoverlegen vedta at en avdød med en allmennfarlig smittsom sykdom skal obduseres, eller undersøkes på mindre inngripende måte, dersom det er nødvendig for å fastslå sykdommens art eller for å påvise andre forhold som det er viktig å kjenne til for å kunne forebygge en slik sykdom eller motvirke at den blir overført. Dette åpner blant annet for avgivelse og undersøkelse av blodprøve. Det vil ikke være avgjørende hvorvidt vedkommende er død av selve sykdommen. Det vil være adgang til å foreta obduksjon når det er nødvendig for å fastslå sykdommens art eller andre forhold og dette har betydning for å forebygge opptreden eller motvirke overføring av slik sykdom. Det siste vilkåret er ikke ment bare å omfatte det konkrete tilfellet, men også generelt, slik at det vil være rettmessig etter bestemmelsen å kunne foreta obduksjon ut fra for eksempel et forskningsbehov for å forebygge opptreden eller motvirke overføring av en allmennfarlig smittsom sykdom.

Etter ***andre ledd*** skal staten bære utgiftene for rekvirerte obduksjoner ved samfunnskritisk sykdom.

Til § 7-8

Til § 7-8 *Gravferd og transport av lik* (gjeldende § 4-6)
Bestemmelsen viderefører gjeldende § 4-6 første ledd. Kommunestyrets myndighet legges til kommunen. Begrepet samfunnskritisk sykdom erstatter alvorlig utbrudd av allmennfarlig smittsom sykdom.

Gjeldende rett og forslag til ny § 7-8 omtales i høringsnotatets punkt 21.7.

Det materielle innholdet i gjeldende § 4-6 er omtalt i spesielle merknader til lovbestemmelsen i Ot.prp. nr. 91 (1992-1993).

Etter bestemmelsen kan kommunen ved samfunnskritisk sykdom vedta forholdsregler i forbindelse med gravferd, herunder bestemme at avdøde personer skal kremeres, eller at det skal settes i verk andre spesielle tiltak i forbindelse med gravferder. Andre spesielle tiltak kan for eksempel være hygieniske krav, særlige transportordninger, nærmere oppbevaringskrav eller organisering av fellesgrav.

Til § 7-9

Til § 7-9 *Forholdet mellom kommunale og statlige forskrifter (ny)*
Bestemmelsen er ny, men tar sikte på å nedfelle gjeldende rett. Andre ledd bygger på gjeldende § 7-10 andre ledd. Gjeldende rett omtales i høringsnotatets punkt 16.3.2 og forslag til ny § 7-9 omtales i punkt 16.9.

Første ledd bestemmer at kommunen ikke kan 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.

Kommuner som ser behov for justeringer i statlig fastsatte forskrifter, kan spille dette inn til departementet eller i dialogen med statsforvalteren. Statsforvalteren kan bringe dette videre til departementet og ved behov inn i drøftingene i Helseberedskapsrådet.

Verken Kongen eller departementet kan oppheve forskrifter som kommunen har vedtatt med hjemmel i smittevernloven. Kommunen skal imidlertid etter § 2-1 andre ledd sørge for å gjennomføre forskriftsfestede smitteverntiltak vedtatt av staten. Når staten vedtar strengere tiltak eller annen innretning på tiltak enn det som allerede følger av kommunale forskrifter, bør kommunen derfor i forbindelse med vedtaket av den statlige forskriften gjøre en fornyet vurdering av behovet for den kommunale forskriften og på hvilken måte den supplerer de statlige reglene. Dette kan for eksempel skje i dialog med statsforvalteren. I utgangspunktet bør kommunen så snart som mulig oppheve forskrifter som overstyres av den statlige forskriften og kunngjøre dette til Lovdata, av hensyn til å unngå misforståelser om hvilke regler som gjelder.

Andre ledd bestemmer at Kongen kan forskriftsfeste begrensninger i kommunens adgang til på et senere tidspunkt å vedta nærmere bestemte smitteverntiltak. Vilkåret er at det er nødvendig for å sikre et effektivt og forsvarlig smittevern mot samfunnskritisk sykdom i flere kommuner. Kongen kan blant annet stille vilkår for at kommunen kan stenge skoler og stille vilkår for at kommunen kan stenge områder for inn- og utreise.

Behovet for å ramme inn kommunenes myndighet i en konkret smittesituasjon kan være begrunnet i et ønske om å sørge for like tiltak i hele landet, sørge for at vurderingen av hva som kan anses som tjenlige smitteverntiltak praktiseres på en likelydende måte, eller at man ut fra nasjonale vurderinger anser at en eller flere kommuner har lagt for lav terskel til grunn for å vedta smitteverntiltak, på en måte som kan være uheldig for det norske samfunnet.

Begrensningen skal etter en konkret vurdering anses som nødvendig for å ivareta et effektivt og forsvarlig smittevern. Dette kan være tilfellet dersom strengere lokale tiltak medfører at smittevernet – enten i flere kommuner, i et større geografisk område eller

nasjonalt – samlet sett ikke blir forsvarlig eller på sikt kan føre til at smittevernet vil miste effekt. Et eksempel på dette kan være at lokale forebyggende tiltak uthuler effekten av nasjonale smitteverntiltak. Ulike varianter av regulering i ulike kommuner med tilnærmet likt smittenivå vil blant annet kunne bidra til økt usikkerhet i befolkningen, økt kompleksitet og redusert etterlevelse over tid av tiltak som kan fremstå som ukoordinerte. Et annet eksempel kan være at det legges begrensninger på kommunens adgang til å hindre viktige transporter ut av kommunen og arbeidstakere med samfunnskritiske funksjoner innen blant annet matvare- og drivstofforsyning i å reise inn og ut av kommunen.

Forskriften må angi konkrete begrensninger for ett eller flere konkrete smitteverntiltak. Bestemmelsen åpner ikke for at Kongen kan forskriftsfeste at kommuner på generelt grunnlag ikke kan vedta andre eller strengere tiltak enn staten.

Til § 8-1

Til § 8-1 *Kongens vedtak om begrensninger i den sosiale omgangen* (gjeldende § 4-1) Bestemmelsen viderefører i hovedsak gjeldende § 4-1 andre, femte og sjette ledd. Forskriftshjemlene legges til Kongen i stedet for Helsedirektoratet. I tillegg foreslår departementet å presisere enkelte tiltak som ikke kan vedtas av Kongen etter den ordinære forskriftshjemmelen.

Gjeldende rett og forslag til ny § 8-1 omtales i høringsnotatets kapittel 17.

Det materielle innholdet i gjeldende § 4-1 er omtalt i Ot.prp. nr. 91 (1992-1993) Del II, punkt 4.1.

§ 8-1 gir hjemmel til å vedta en rekke ulike befolkningsrettede eller grupperettede smitteverntiltak som tar sikte på å redusere potensielt smittefarlig kontakt mellom personer.

Se merknadene til kommunens tilsvarende myndighet til å fatte vedtak om smitteverntiltak etter § 7-1.

Første ledd bestemmer at Kongen kan vedta påbud som nevnt i § 7-1 om begrensninger i den sosiale omgangen overalt der mennesker er samlet, ved samfunnskritisk sykdom og når det er nødvendig for å forebygge eller motvirke at den blir overført.

Samfunnskritisk sykdom defineres i § 1-3 første ledd nr. 5.

Kongen kan delegere myndigheten til å vedta forskrift til departementet eller andre underliggende etater i de tilfellene hvor Grunnloven § 28 ikke krever behandling i statsråd. Se omtale i punkt 16.8.

Vedtak kan fattes når det er behov for ekstraordinær innsats, uavhengig av om det i det enkelte tilfellet vurderes som avgjørende å få satt tiltak i verk raskt eller ikke. Kongen kan derfor regulere utbrudd som varer over tid med langvarige tiltak i hele eller deler av landet.

Behovet for statlig regulering av et høyere tiltaksnivå i deler av landet er særlig aktuelt der sykdommens spredningsevne er så stor at den neppe lar seg begrense til én kommune eller en mindre klynge av nabokommuner. I slike situasjoner kan det være behov for nasjonal styring ved at smitteverntiltak iverksettes raskt, konsekvent og med stor nøyaktighet. I vurderingen av behovet for statlige forskrifter og hvilke kommuner som skal omfattes, vil det være relevant om kommunene selv er i stand til å koordinere vedtak av tilstrekkelige smitteverntiltak. Tiltak som er nødvendige for å håndtere smittesituasjonen i «deler av landet», i én kommune, i flere kommuner, i bo- og arbeidsmarkedsregioner eller større regioner, kan være aktuelle når nasjonale myndigheter etter en konkret vurdering anser at det av hensyn til forsvarlig smittevern er nødvendig med strengere tiltak enn det kommunene selv ønsker å innføre. Det vil også være aktuelt når det er behov for å innføre effektive og konsekvente tiltak i hele det aktuelle befolkningsområdet raskere enn det de berørte kommunene selv er i stand til. Unntaksvis kan en statlig håndtering være hensiktsmessig også ved sykdommer med mindre spredningsevne, men der de aktuelle kommunene ikke evner å iverksette nødvendige tiltak for å stoppe spredningen.

Andre ledd bestemmer at Kongen likevel ikke kan fatte vedtak om å forby eller pålegge begrensninger omfattet av bokstavene a og b. Se spesielle merknader til § 7-1.

Bokstav a gjelder adgangen til å forlate private hjem til bestemte tider eller til bestemte formål (portforbud eller lignende). Vedtak av et slikt tiltak vil kreve lovendring eller at Kongen i statsråd fatter vedtak etter § 11-1 om derogasjon.

Bokstav b gjelder møter i domstolene, Stortinget og folkevalgte organer i kommuner og fylkeskommuner. Virksomhetene selv kan fastsette regler for slike møter.

Tredje ledd bestemmer at vedtak etter første ledd kan gjelde i inntil 30 dager, med mindre særlige grunner tilsier en lengre periode. Den som har satt i verk tiltaket, skal straks oppheve vedtaket eller begrense omfanget av det når det ikke lenger er nødvendig. Dette tilsvarer § 7-1 fjerde ledd for kommunens vedtak. Hvis det er behov for å opprettholde et tiltak ut over 30 dager, er det nødvendig å gjøre et nytt formelt vedtak i saken. Det er ikke satt noen begrensning for hvor mange ganger det kan gjøres et nytt vedtak.

Fjerde ledd bestemmer at § 7-1 femte ledd gjelder tilsvarende. Dette innebærer at Kongen kan gi forskrifter om krav til gjennomføring av smitteverntiltakene.

Til § 8-2

Til § 8-2 *Kongens vedtak om begrensninger i adgang til innreise eller utreise for et bestemt område (avsperring)* (gjeldende § 4-1)
Bestemmelsen viderefører hjemmelen i gjeldende § 4-1 første ledd bokstav d og sjette ledd til å vedta forbud mot innreise til, eller utreise fra, et geografisk område, med unntak av at Helsedirektoratets hjemmel forbeholdes Kongen.

Gjeldende rett og forslag til ny § 8-2 omtales i høringsnotatets punkt 18.7.2.4.

Det materielle innholdet i gjeldende § 4-1 første ledd bokstav d er omtalt i Ot.prp. nr. 91 (1992-1993) Del II, punkt 4.1.

Første ledd bestemmer at Kongen kan vedta forbud mot innreise til, eller utreise fra, et område når det er nødvendig for å forebygge samfunnskritisk sykdom eller for å motvirke at den blir overført. Se merknadene til den tilsvarende hjemmelen for kommuner i § 7-2 første ledd.

Andre ledd bestemmer at Kongen kan gi forskrift om karantene etter § 8-3 for personer som har oppholdt seg i et område som er omfattet av forbud etter første ledd. Dette er ment som et mindre inngripende tiltak enn forbud mot å forlate området. Personer kan for eksempel få reise hjem dersom det er et egnet sted for karantene.

Tredje ledd bestemmer at tidsbegrensningen etter § 8-1 fjerde ledd gjelder tilsvarende. Det innebærer at vedtaket kan gjelde i inntil 30 dager, med mindre særlige grunner tilsier en lengre periode. Den som har satt i verk tiltaket, skal uansett straks oppheve vedtaket eller begrense omfanget av det når det ikke lenger er nødvendig.

Til § 8-3

Til § 8-3 *Forskrift om isolering, smittekarantene og andre begrensninger i bevegelsesfriheten* (gjeldende § 4-3 a)
Bestemmelsen viderefører gjeldende § 4-3 a, med unntak av at begrepet «alvorlig utbrudd av en allmennfarlig smittsom sykdom» erstattes med begrepet «samfunnskritisk sykdom», jf. loven § 1-3 første ledd nr. 5. Begrepet «personer som har økt risiko for å være smittet av den allmennfarlige smittsomme sykdommen etter nærkontakt med en smittet eller antatt smittet person, eller annen smittekilde», erstattes med begrepet «eksponerte personer», jf. loven § 1-3 første ledd nr. 3. Videre innføres en meddelelsesplikt til Stortinget ved anvendelse av bestemmelsen.

Gjeldende rett og forslag til ny § 8-3 omtales i høringsnotatets punkt 18.3 og 18.7.

Det materielle innholdet i gjeldende § 4-3 a er omtalt i Prop. 127 L (2022-2023) punkt 7.1.

Første ledd bestemmer at Kongen ved samfunnskritisk sykdom kan gi forskrift om isolering for smittede personer (bokstav a) og smittekarantene for eksponerte personer (bokstav b), når det er nødvendig for å forebygge eller motvirke overføring av sykdommen.

For å kunne anvende bestemmelsen, må det foreligge en «samfunnskritisk sykdom», jf. loven § 1-3 nr. 5. Ved bekjempelse av alvorlige epidemier eller pandemier kan det være nødvendig å svært raskt forskriftsfeste krav om å isolere smittede og å sette personer med økt risiko for å være smittet i karantene, for at tiltakene skal ha nødvendig effekt.

Videre må iverksettelse av de tiltak bestemmelsen åpner for, være «nødvendig for å forebygge eller motvirke overføring av sykdommen» og oppfylle de grunnleggende

kravene i loven § 1-5. Tiltakene må være egnet og effektive for å «forebygge eller motvirke overføring av sykdommen». Dette vil i stor grad bero på en konkret smittevernfaglig vurdering av den samfunnskritiske sykdommen og dennes kjennetegn, blant annet hvor lett og hyppig den smitter, på hvilke måter den smitter og om hele befolkningen anses utsatt for smitte eller om bare utvalgte deler av befolkningen vil være særlig utsatt for smitte. I hvilken grad det anses nødvendig å innføre smitteverntiltakene vil også bero på mer generell kunnskap man har om anvendelse av den type smitteverntiltak det her er snakk om å innføre. Generelt må det kunne legges til grunn at kontaktreduserende tiltak i form av isolering eller smittekarantene vil bidra til å forebygge eller motvirke overføring av smittsomme sykdommer.

Selv om man med stor sannsynlighet kan anta at innføring av isolering eller smittekarantene vil ha effekt når det gjelder å forebygge eller motvirke smitteoverføring, kan de individuelle og samfunnsmessige konsekvensene av å innføre slike tiltak være så store at tiltakene likevel ikke fremstår som forholdsmessige. Det må i en slik vurdering blant annet også legges vekt på hvor alvorlig sykdommen vil være for personer som smittes, hvor smittsom sykdommen er og om det finnes forebyggende eller kurativ behandling for sykdommen.

Etter *første ledd bokstav a* kan smittede personer pålegges å isolere seg. I henhold til loven § 1-3 første ledd nr. 2 er «smittet person» en person som har eller etter en faglig vurdering antas å ha den smittsomme sykdommen.

Isolering innebærer at personer avskjæres fra omgivelsene, og er i smittevernsammenheng et tiltak som har som formål å hindre eller begrense spredningen av smitte (kontaktreduserende tiltak).

En person kan gjennom testing eller faglige vurderinger bekreftes positiv for den smittsomme sykdommen. Nærmere krav til testing må konkretiseres i forskrift. Testmetode og mulighet for selvtester ved ulike smittsomme sykdommer kan variere med sykdommen, og ved nye ukjente smittsomme sykdommer kan det ta tid å utvikle tester. Faglige vurderinger av om en person er smittet vil særlig være aktuelt i starten av et alvorlig utbrudd av en allmennfaglig smittsom sykdom, når det ikke finnes sikre testmetoder for sykdommen eller når det ikke er tester tilgjengelig. Det vil også være aktuelt for personer som av medisinske grunner ikke kan testes.

Første ledd bokstav b regulerer smittekarantene for «eksponerte personer». Begrepet eksponert person er definert i § 1-3 første ledd nr. 5.

Smittekarantene er i likhet med isolering et kontaktreduserende tiltak, og vil som utgangspunkt være mindre inngripende enn isolering. Isolering vil som utgangspunkt ha strengere kontaktreduserende krav enn smittekarantene. Det kan være aktuelt med regler om mulighet til å teste seg ut av karantenen eller mindre strenge krav for gjennomføring av karanteneringen. Eksempelvis vil andre begrensninger i bevegelsesfriheten etter bestemmelsens andre ledd kunne være mer aktuelt for personer som omfattes av smittekarantene etter bokstav b, enn for personer som omfattes av isoleringsregelen etter bokstav a.

Bestemmelsen hjemler generelle befolkningsrettede tiltak. Dette er plikter for en ubestemt krets av personer som oppfyller kriteriene. Det vil kunne fastsettes unntak eller andre regler for blant annet barn, unge og grupper som er i en særlig utsatt situasjon. Hvilke grupper som anses som særlig utsatt vil kunne variere avhengig av hvilken samfunnskritisk sykdom det er utbrudd av, og hvordan tiltakene utformes. Dette vil for eksempel kunne gjelde personer som bor eller oppholder seg på institusjon og personer som for eksempel ikke er i stand til å ivareta egen personlig hygiene.

Det kan ikke brukes tvang for å gjennomføre plikter etter bestemmelsen. Dersom det er nødvendig å bruke tvang, kan det fattes individuelt vedtak om tvang når vilkårene for det i lovens kapittel 6 er oppfylt.

Forskriften må konkretisere hvilke plikter som pålegges personer som blir underlagt isolering eller smittekarantene. Det kan for eksempel bestemmes at personen skal oppholde seg i eget hjem eller på annet egnet oppholdssted. Innholdet i pliktene skal være basert på en medisinskfaglig vurdering og justeres etter hvert som man får ny kunnskap om sykdommen, utbredelsen og risiko. Forskriften må videre bestemme hvor lenge isolering, karantene eller andre bevegelsesrestriksjoner skal gjelde, noe som primært vil bero på en medisinskfaglig vurdering av hvor lenge en person anses å være smitteførende.

Bestemmelsen omfatter ikke vedtak om begrensninger i adgang til innreise eller utreise for et bestemt område. Dette reguleres i §§ 8-2 og 9-1.

Andre ledd bestemmer at Kongen i forskrift kan fastsette andre begrensninger i bevegelsesfriheten for personer som omfattes av første ledd, og nærmere krav til undersøkelser i forbindelse med eller til erstatning for isolering, smittekarantene eller begrensninger i bevegelsesfriheten.

Andre begrensninger i bevegelsesfriheten vil være tiltak som er mindre inngripende for den enkelte enn isolering eller smittekarantene. Eksempler på dette er begrensninger på antall personer som kan møtes og begrensninger i hvilket geografisk område man kan oppholde seg i.

Nærmere krav om undersøkelser til erstatning for eller i forbindelse med isolering, smittekarantene eller begrensninger i bevegelsesfriheten kan for eksempel være testing som forutsetning for unntak fra smittekarantene. Med hjemmel i denne bestemmelsen kan det pålegges krav til hvordan undersøkelser skal innrettes. Dersom det er nødvendig med pålegg om undersøkelser av bestemte personer, gjelder reglene i loven kapittel 5 og 6.

I ***tredje ledd*** er det lovfestet en særskilt meddelelsesplikt til Stortinget dersom det gis forskrifter om isolering, smittekarantene eller andre begrensninger i bevegelsesfriheten med hjemmel første eller andre ledd.

Bestemmelsen oppstiller ikke særskilte krav til meddelelsens utforming og innhold. Meddelelsen bør likevel så langt det er mulig blant annet redegjøre for hvorfor tiltaket er medisinskfaglig begrunnet, nødvendig og forholdsmessig.

For prinsipielle vurderinger knyttet til meddelelsesplikt overfor Stortinget ved iverksettelse av smitteverntiltak, vises det til høringsnotatet punkt 22.4.13.2 om §§ 11-1 til 11-3.

Fjerde ledd presiserer at loven § 8-1 tredje ledd om vedtakets varighet skal gjelde tilsvarende. Se merknadene til denne bestemmelsen.

Til § 8-4

Til § 8-4 *Transport av smittefarlig materiale* (gjeldende § 4-4)
Bestemmelsen viderefører gjeldende § 4-4, med unntak av at departementets myndighet til å vedta forskrift flyttes til Kongen.

Gjeldende rett og forslag til ny § 8-4 omtales i høringsnotatets punkt 21.5.

Det materielle innholdet i gjeldende § 4-4 er omtalt i Ot.prp. nr. 91 (1992-1993) Del II, punkt 4.4.

Med smittefarlig materiale i ***første ledd*** menes materiale av biologisk natur som inneholder eller kan inneholde smittestoff som ved overføring fra materialet kan fremkalle smittsom sykdom hos mennesker. Aktuelt i denne sammenheng er prøvemateriale fra mennesker, kulturer av mikroorganismer eller på annen måte fremstilt smittestoff, kulturer av celler, visse diagnostiske reagenser som testsera o.l. som innføres for produksjons- eller forskningsformål. Dette vil også gjelde genmanipulerte mikroorganismer med humant smittepotensiale.

Avfall som kan være smittefarlig, omfattes ikke av bestemmelsen. Krav til forsvarlig håndtering og transport av avfall vil derfor gjelde i den grad det er gitt forskrifter med hjemmel i andre ledd, § 8-8 om helsetjenesteassosierte infeksjoner eller annen lovgivning.

Med transport og annen håndtering menes fremsending med transportmidler og den behandlingen, manuell eller ved tekniske innretninger, som materialet utsettes for i den tiden det er samlet på avsenderstedet og til det ankommer mottakerstedet. Bestemmelsen omfatter alle ledd i transportkjeden fra innpakking på avsenderstedet, forsendelse med bud, post eller med offentlige kommunikasjonsmidler til det er mottatt og pakket opp ved mottakerstedet. Transport fra et sted til et annet innenfor samme institusjon (intern transport) faller utenfor bestemmelsen.

Transport og annen håndtering av materiale som omfattes av bestemmelsen, forutsettes ved innførsel til Norge å starte ved mottak ved norsk tollsted eller annen mottakerstasjon.

Med smittefare forstås fare for at personer som deltar i transport og annen håndtering blir infisert ved at skade på emballasjen som er benyttet fører til at innholdet renner ut og forårsaker direkte kontaktsmitte. Også personer i en videre krets kan bli infisert hvis farlig smittestoff blir spredt i større mengder ved skade på emballasje. I verste fall kan det føre til et epidemisk utbrudd av smittsom sykdom i befolkningen.

Plikten til å sørge for forsvarlig transport og håndtering av smittefarlig materiale omfatter enhver som er i befatning med og har ansvar for de enkelte funksjonene eller

behandlingen av det smittefarlige materialet under transporten. Plikten omfatter derfor både forsvarlig emballering og håndteringsrutiner, og forsvarlig gjennomføring av transporten som sådan. Overtredelse av plikten til å treffe tiltak for en forsvarlig håndtering eller transport er belagt med straff etter lovutkastet § 8-1.

Andre ledd gir Kongen hjemmel til i forskrift å fastsette begrensninger og andre nærmere bestemmelser om innførsel, transport og annen håndtering av smittefarlig materiale som kan bety en fare for overføring av smittsom sykdom til mennesker. Hjemmelen gjelder også avfall.

Til § 8-5

Til § 8-5 *Gravferd og transport av lik* (gjeldende § 4-6)
Bestemmelsen viderefører gjeldende § 4-6 andre ledd. Det presiseres at departementet kan vedta forskrift med krav om kremering ved samfunnskritisk smittsom sykdom.

Gjeldende rett og forslag til ny § 8-5 omtales i høringsnotatets punkt 21.7.

Det materielle innholdet i gjeldende § 4-6 er omtalt i spesielle merknader til lovbestemmelsen i Ot.prp. nr. 91 (1992-1993).

Departementet kan etter ***første ledd*** *bokstav a* i forskrift gi bestemmelser om transport av lik innenfor landet og fra og til utlandet. Etter *bokstav b* kan departementet i forskrift gi forholdsregler i forbindelse med gravferd som er nødvendige for å motvirke overføring av smitte fra lik, inkludert krav til hygiene, emballering og hvilke opplysninger de som håndterer liket kan kreve.

Etter ***andre ledd*** kan departementet ved samfunnskritisk sykdom i forskrift gi bestemmelser om at avdøde personer skal kremeres, og om krav til gjennomføring av kremering.

Til § 8-6

Til § 8-6 *Forskrifter om helsetjenesteassosierte infeksjoner* (gjeldende § 4-7)
Bestemmelsen viderefører gjeldende § 4-7.

Gjeldende rett og forslag til ny § 8-6 omtales i høringsnotatets punkt 21.8.

Det materielle innholdet i gjeldende § 4-7 er for så vidt gjelder sykehusinfeksjoner omtalt i Ot.prp. nr. 91 (1992-1993) Del II, punkt 4.7 og i spesielle merknader til lovbestemmelsen. Bestemmelsen ble endret ved behandling av Prop. 91 L (2018-2019) til å gjelde helsetjenesteassosierte infeksjoner.

Etter *først punktum* kan departementet i forskrift fastsette bestemmelser om tiltak for å motvirke helsetjenesteassosierte infeksjoner. I forskriften kan det gis bestemmelser for helsepersonell og eiere av virksomheter som driver medisinsk undersøkelse, behandling eller pleie, for å forebygge eller motvirke at pasienter, ansatte eller andre blir påført infeksjoner. Dette innebærer at det kan gis forskrifter for alle former for helse- og

omsorgstjenester, uavhengig av om de ytes av det offentlige, private virksomheter eller det enkelte helsepersonell.

Andre punktum presiserer at det også kan gis egne bestemmelser om smittevern for pasienter som har nedsatt immunforsvar. Det kan blant annet gis bestemmelser om at slike pasienter kan undersøkes, behandles eller pleies bare ved institusjoner som departementet har godkjent.

Til § 8-7

Til § 8-7 *Informasjonsplikt for massemedier og samferdsel* (gjeldende § 4-8)
Bestemmelsene om informasjonsplikt for massemedier, krav på vederlag og klage er i all hovedsak en videreføring av gjeldende § 4-8. Muligheten til å pålegge virksomheter som tilrettelegger for eller tilbyr persontransport å formidle informasjon, er ny. Bestemmelsen presiserer hva pålegget kan gå ut på, hvilken informasjon som kan gis og at den skal merkes med avsender. Myndigheten legges til departementet i stedet for Helsedirektoratet.

Gjeldende rett og forslag til ny § 8-7 omtales i høringsnotatets punkt 21.9.

Det materielle innholdet i gjeldende § 4-8 er omtalt i Ot.prp. nr. 91 (1992-1993) Del II, punkt 4.8.

Etter ***første ledd*** kan departementet pålegge ethvert innenlandsk massemedium og virksomheter som tilrettelegger for eller tilbyr persontransport, å gi informasjon av betydning for å håndtere smittesituasjonen.

Informasjonen skal være tydelig merket med avsender, slik at det kommer tydelig frem at informasjonen gis av og på oppdrag fra myndighetene, i form av annonse eller andre former for formidling som tydeliggjør at det ikke er tale om redaksjonelt innhold. Bestemmelsen gir ikke hjemmel til å styre redaksjonelt innhold i massemediene.

Bestemmelsen er en sikkerhetsventil for de tilfellene der det er viktig å gi informasjon raskt med det innholdet og på den måten myndighetene vil formidle, for å verne om helse og redde liv. Bestemmelsen skal sikre at viktige opplysninger både til berørte og mulig berørte grupper av befolkningen når frem, uavhengig av om det enkelte medium ønsker eller ikke ønsker å innta den aktuelle informasjonen. Slike meldinger kan blant annet omfatte informasjon om sykdommen, hvilken fare man står overfor, gjeldende smitteverntiltak, hva man bør foreta seg i ulike situasjoner og hvem man kan kontakte for mer informasjon. Konkret kan dette gjelde informasjon om at man bør holde seg hjemme eller møte opp på et nærmere bestemt sted for å bli vaksinert.

Med innenlandsk massemedium menes meddelelsesmidler som gjør det mulig å nå et stort og sammensatt publikum på kort tid innenfor et geografisk vidt område. Dette er beskrivende for presse, radio og fjernsyn, men også sosiale medier, tidsskrifter mv. I en krisesituasjon må behovet for formidling og de mest aktuelle formidlingskanalene for effektivt å nå befolkningen, vurderes konkret. Dette kan innebære at kun enkelte medievirksomheter pålegges å formidle informasjon fra myndighetene.

Virksomheter som tilrettelegger for eller tilbyr persontransport omfatter blant annet Statens vegvesen, Avinor, lufthavner, flyselskaper, havner, rederier, togselskaper, busselskaper og taxiselskaper.

Departementet kan ved behov delegere myndigheten til Helsedirektoratet eller annet underliggende organ.

Andre ledd bestemmer at pålegget om å gi informasjon også kan gjelde plassering av informasjon, hvor hyppig den skal vises og i hvilket tidsrom den skal vises.

Tredje ledd bestemmer at innenlandsk massemedium som etterkommer pålegg om å gi informasjon, har krav på vederlag. Det forutsettes at vederlaget skal være overensstemmende med den til enhver tid vanlige pris for inntagelse av tilsvarende kunngjøringer. Virksomheter som tilrettelegger for eller tilbyr persontransport har ikke krav på vederlag.

Fjerde ledd bestemmer at en klage ikke har utsettende virkning for iverksetting av vedtaket.

Til § 8-8

Til § 8-8 *Pålegg om rengjøring, desinfeksjon, avlivning mv.* (gjeldende § 4-1)
Bestemmelsen viderefører gjeldende § 4-1 andre ledd, jf. første ledd bokstav e, og sjette ledd, med unntak av at vedtakshjemlene legges til Kongen.

Gjeldende rett og forslag til ny § 8-8 omtales i høringsnotatets punkt 21.3.

Det materielle innholdet i gjeldende § 4-1 er omtalt i spesielle merknader til lovbestemmelsen i Ot.prp. nr. 91 (1992-1993).

Kongens myndighet etter ***første ledd*** til å pålegge smittesanering tilsvarer kommunens myndighet etter § 7-4, med den forskjell at det er et vilkår at det foreligger en samfunnskritisk sykdom. Se de spesielle merknadene til § 7-4.

Kongens hjemmel i ***andre ledd*** til å gi forskrifter om tiltak, metoder, kvalifikasjoner og løpende gjennomføring av smittesanering vil primært være aktuelt for skadedyrbekjempelse, men kan også ved behov hjemle forskrifter om rengjøring eller annen smittesanering. Hjemmelen kan benyttes til å gi forskrifter om løpende gjennomføring av smittesanering både for generell forebygging i normalsituasjoner, slik som forskrift om skadedyrbekjempelse, og for å håndtere utbrudd av allmennfarlig smittsom sykdom.

Til § 8-9

Til § 8-9 *Avgrensning av smitteverntiltak (ny)*
Paragrafen er ny.

Gjeldende rett og forslag til ny § 8-9 omtales i høringsnotatets kapittel 20, særlig punkt 20.7.4.

Første ledd *første punktum* bestemmer at Kongen kan gi forskrifter for hele eller deler av landet om at vaksinasjonsstatus, gjennomgått sykdom eller resultat av test for sykdom inngår i avgrensningen av, eller gir unntak fra, smitteverntiltak forskriftsfestet etter § 8-1 om begrensninger i sosial omgang.

Bestemmelsen gir adgang til å regulere både enkeltpersoners tilgang til goder som sammenkomster, lokaler og tjenester, og hvilke begrensninger som gjelder for arrangører og de som driver virksomhet. Dette kan for eksempel innebære tillatelse til å holde virksomheter åpne, tillatelse til å kunne ha flere personer til stede på arrangementer eller at det gis unntak fra skjenkestopp eller andre begrensninger. Se høringsnotatets punkt 20.7.5.

Ettersom ny lov § 8-1 bare gir Kongen myndighet til å vedta befolkningsrettede smitteverntiltak som begrenser den sosiale omgangen ved samfunnskritisk sykdom, vil hjemmelen til å tilpasse tiltakene også bare kunne benyttes i slike alvorlige situasjoner.

Det må vurderes konkret om det vil være nødvendig og forholdsmessig å kreve negativ test, vaksinering eller gjennomgått sykdom. Se nærmere omtale av dette i punkt 20.7. 7.

Kravet til at smitteverntiltak skal være nødvendige og forholdsmessige innebærer ikke at staten i alle tilfeller *må* gjøre unntak fra smitteverntiltak for personer som har svært begrenset risiko for å bli smittet eller føre smitten videre. Selv om det isolert sett kan virke ubegrunnet å innføre restriksjoner for dem som ikke er smittsomme eller ikke kan smittes, kan slike unntak føre til at andre grupper – som ikke kan dokumentere det samme – blir utestengt fra sosial omgang. Dette vil kunne gå ut over andres bevegelsesfrihet. Man kan stå i valget mellom to ulike tilnærminger til regulering, som begge kan være nødvendige og forholdsmessige: Felles regler for alle, eller tilpassede regler for ulike grupper. Valget er i stor grad avhengig av politiske vurderinger ettersom det avgjørende vil være en interesseavveining av hensynet mellom ulike grupper i befolkningen.

Det grunnlovfestede diskrimineringsforbudet er sentralt i vurderingen av tilpassede smitteverntiltak på grunn av den forskjellsbehandlingen det innebærer. Lettelser for personer som har avgitt negativt testresultat for sykdom, har gjennomgått sykdom eller er vaksinerte kan stille personer i en dårligere stilling enn andre ut fra diskrimineringsgrunnlagene alder, funksjonsnedsettelse, kjønn, etnisitet og religion eller overbevisning. Diskrimineringslovgivningen vil sette rammene for aktuelle tilpasninger.

Bestemmelsen hjemler ikke omfattende begrensninger på grunnleggende samfunnsområder for personer som ikke er testet, ikke har gjennomgått sykdom eller ikke er vaksinert. Dette innebærer blant annet at disse personene må beholde muligheten til å oppsøke eller motta nødvendige eller essensielle tjenester som for eksempel dagligvarehandel, apotek, helsehjelp, utdanning mv.

Første ledd andre punktum begrenser myndigheten i første punktum slik at Kongen bare kan forskriftsfeste krav om gjennomgått sykdom eller vaksinering dersom også negativ test for sykdom er et reelt alternativ. Det betyr at det må forskriftsfestes at negativ test er et alternativ til gjennomgått sykdom eller vaksinering, og at det må være tilstrekkelig mulighet til å teste seg for sykdommen, slik at man kan velge dette alternativet. Det er

derfor ikke anledning til å tillate større sammenkomster eller å gi unntak fra andre begrensninger i den sosiale omgangen kun for de som har gjennomgått sykdom eller er vaksinert. Det må også gis unntak for de som kan fremvise negativ test og det må være reell mulighet til å teste seg for sykdommen.

Ettersom testing skal være et reelt alternativ, er det ikke være anledning til å utelukke kun uvaksinerte fra sammenkomster eller lokaler for å forhindre at de blir smittet og utvikler alvorlig sykdom. Det innebærer at man må velge mellom tilpassede tiltak som inkluderer testing eller å ha strengere regler som gjelder alle. I den vurderingen må det tas hensyn til kunnskap om hvorvidt testede uvaksinerte i tilstrekkelig grad beskyttes mot smitte og alvorlig sykdom når de oppholder seg på samme sted som potensielt smittsomme vaksinerte. I så fall kan det etter omstendighetene også legges vekt på belastningen forhelse- og omsorgstjenesten som følge av smittespredning til både vaksinerte og uvaksinerte.

Skulle det i en fremtidig alvorlig smittesituasjon oppstå behov for å gi unntak fra begrensninger i den sosiale omgangen kun for vaksinerte eller de som har gjennomgått sykdommen, må Stortinget i utgangspunktet vedta en særskilt lovhjemmel etter ordinære prosesser med forkortede frister.

Første ledd tredje punktum presiserer at Kongen kan forskriftsfeste krav om at alle som er til stede (på en sammenkomst eller annen samling av mennesker) må ha testet negativt for sykdom. Et slikt krav vil i så fall gjelde for alle, også de som har gjennomgått sykdom eller er vaksinert. Hensiktsmessigheten av dette må vurderes konkret. Det må blant annet tas hensyn til at testresultat kun er uttrykk for et øyeblikksbilde og at man fremdeles kan utvikle sykdom etter testen og dermed bli syk og smitte andre. Erfaring viser at også fullvaksinerte kan bli smittet og smitte videre.

Andre ledd bestemmer at Kongen ikke kan gi forskrift om at andre medisinske forhold enn vaksinasjonsstatus, gjennomgått sykdom og resultat av test for sykdom inngår i avgrensningen av, eller gir unntak fra, smitteverntiltak forskriftsfestet etter § 8-1 om begrensninger i sosial omgang.

I en fremtidig alvorlig smittesituasjon kan det vise seg at man får medisinskfaglig kunnskap om at også andre egenskaper enn det vaksinasjonsstatus, gjennomgått sykdom og testresultat kan gi informasjon om, påvirker smitterisikoen og virusets opptreden. Neste pandemi vil sannsynligvis være annerledes enn koronapandemien. Det kan for eksempel ikke utelukkes at risikoen ved en fremtidig smittsom sykdom avhenger av om man har bestemte sykdommer eller lidelser fra før, bestemte genetiske egenskaper eller andre medisinske faktorer som nå er ukjente. Det kan også tenkes at det utvikles antivirale legemidler som påvirker den enkeltes risiko for å smitte andre, bli smittet eller bli alvorlig syke. Bestemmelsen innebærer at dersom det i en fremtidig alvorlig smittesituasjon skulle oppstå behov for å gi unntak fra begrensninger i den sosiale omgangen for slike medisinske forhold som nå ikke er kjent, må Stortinget i utgangspunktet vedta en særskilt lovhjemmel etter ordinære prosesser med forkortede frister. Skulle det være fare ved opphold og vilkårene i forslaget til de ekstraordinære fullmaktene i § 11-1 er oppfylt, vil Kongen i statsråd kunne vedta nødvendige forskrifter med lovs innhold.

Tredje ledd bestemmer at Kongen kan gi forskrifter for hele eller deler av landet om at vaksinasjonsstatus, gjennomgått sykdom, resultat av test for sykdom eller andre forhold som har betydning for om en person kan smitte andre, bli smittet eller utvikle alvorlig sykdom, inngår i avgrensningen av eller gir unntak fra, smitteverntiltak forskriftsfestet etter loven § 8-2 om avsperring og § 8-3 om isolering, smittekarantene og andre begrensninger i bevegelsesfriheten. Se omtalen i punkt 20.7.4.

Krav om karantene og isolasjon er rettet direkte mot personer som er smittet, antas å være smittet eller har forhøyet risiko for å være smittet, og pålegger dem begrensninger i bevegelsesfriheten. Tiltakene kan bare gjennomføres overfor de personene som faktisk vurderes å ha disse egenskapene og som derfor utgjør en særlig smittefare. Motsatt skal det ikke iverksettes tiltak overfor de som anses å utgjøre en tilstrekkelig lav smitterisiko.

I den medisinskfaglige vurderingen av den enkelte må det være anledning til å ta hensyn til alle opplysninger som har betydning for den enkeltes smittsomhet i en konkret smittesituasjon. Bestemmelsen åpner derfor for at det kan tas hensyn til alle relevante forhold i utformingen av regler om avsperring av geografiske områder, isolasjon og smittekarantene, inkludert de eksemplene som er omtalt i de spesielle merknadene til andre ledd.

Fjerde ledd bestemmer at alder kan inngå i avgrensningen av, eller gi unntak fra, smitteverntiltak etter dette kapittelet når det er begrunnet i at ulik alder gir ulik risiko for å smitte, bli smittet eller utvikle alvorlig sykdom. Diskrimineringslovgivningen vil gi rammene for hvilke tilpasninger som er lovlige. Se omtale i punkt 20.7.3.

Til § 8-10

Til § 8-10 *Bruk av dokumentasjon på forhold som inngår i avgrensningen av smitteverntiltak (ny)*
Paragrafen er ny.

Gjeldende rett og forslag til ny § 8-10 omtales i høringsnotatets kapittel 20, særlig punkt 20.7.7.

Første ledd bestemmer at Kongen kan gi forskrifter for hele eller deler av landet om bruk av dokumentasjon på forhold som inngår i avgrensningen av smitteverntiltak etter § 8-9.

Bestemmelsen gir ikke i seg selv hjemmel til å iverksette, avgrense eller gi unntak fra smitteverntiltak, men åpner for å regulere bruk av dokumentasjon hvis Kongen med hjemmel i smittevernloven § 8-9 vedtar smitteverntiltak hvor vaksinasjonsstatus, gjennomgått sykdom, testresultat eller andre forhold som har betydning for om en person kan smitte andre, bli smittet eller utvikle alvorlig sykdom, inngår i avgrensningen av tiltaket. Dersom det for eksempel er fastsatt bestemmelser med hjemmel i smittevernloven § 8-3 som gir unntak fra smittekarantene for personer som er vaksinert, åpner første ledd for at Kongen kan gi regler om hvilken dokumentasjon som skal benyttes for å dokumentere at vilkårene for unntak er oppfylt. Slike tilpasninger av smitteverntiltak må vurderes etter de grunnleggende kravene i § 1-5. Det er det underliggende smitteverntiltaket som er avgjørende for hvilke av elementene som er relevante å

dokumentere. Det er uten betydning om smitteverntiltaket retter seg mot den enkelte eller mot virksomheter.

Andre ledd bestemmer at ingen kan forskjellsbehandles på grunnlag av at de ikke kan fremvise dokumentasjon som Kongen har gitt forskrifter om etter første ledd, med mindre bestemmelser i eller i medhold av lov gir adgang til dette.

Dette innebærer at den som vil be noen om å fremvise dokumentasjon, må ha et grunnlag for dette i lov eller forskrift. Ordlyden «i eller i medhold av lov» må forstås slik at den avgrenser mot ulovfestet rett, slik som for eksempel eierrådighet over en institusjon eller arbeidsgivers styringsrett. Bestemmelsen er ikke avgrenset til smittevernloven eller forskrifter hjemlet i smittevernloven.

Etter ***tredje ledd*** kan Kongen bestemme at dokumentasjon som Kongen har gitt forskrifter om etter første ledd er eneste aksepterte dokumentasjon. Kongen kan derfor begrense hvilken dokumentasjon som skal regnes som akseptert dokumentasjon for vaksinasjonsstatus, gjennomgått sykdom, resultat av test for sykdom eller andre forhold som har betydning for om en person kan smitte andre, bli smittet eller utvikle alvorlig sykdom. Se spesielle merknader til den tilsvarende bestemmelsen i § 7-3 tredje ledd.

Til § 9-1

Til § 9-1 *Forskrifter om inn- og utreisetiltak for personer, herunder karantene* (gjeldende § 4-3)
Bestemmelsen viderefører i all hovedsak gjeldende § 4-3 for så vidt gjelder regulering av tiltak som gjelder personer. Det presiseres at inn- og utreisetiltak kan gjelde smittede og eksponerte personer, og det utdypes hva innreisekarantene kan innebære.

Gjeldende rett og forslag til ny § 9-1 omtales i høringsnotatets kapittel 19.

Det materielle innholdet i gjeldende § 4-3 er omtalt i spesielle merknader til lovbestemmelsen i Ot.prp. nr. 91 (1992-1993).

Etter bestemmelsen kan Kongen gi forskrifter for å motvirke at smittsomme sykdommer føres inn i landet, spres i landet eller spres til andre land av smittede eller eksponerte personer.

Hjemmelen kan benyttes til å regulere operative smitteverntiltak av mer daglig karakter og tiltak som fremgår av IHR-forskriften overfor både enkeltpersoner, mindre grupper av personer og alle som krysser grensen. Den kan også benyttes ved storskala helsekriser og pandemi. De avgjørende begrensningene for hvilke forskrifter som kan gis avhenger av hva som anses egnet, nødvendig og forholdsmessig for å beskytte samfunnet mot smitte, jf. de grunnleggende kravene til smitteverntiltak i loven § 1-5. Se omtale i punkt 19.6.5. Det kan blant annet være aktuelt å vedta tilpasninger eller unntak fra smitteverntiltakene når det er mulig å identifisere personer som ikke er smitteførende eller har tilstrekkelig lav risiko for å føre sykdommen videre. Se omtalen av tilpasning av smitteverntiltak i kapittel 20 og forslaget til ny lov § 9-6.

Bestemmelsen hjemler smitteverntiltak som rettes mot personer som enten anses smittet etter en faglig vurdering (smittet) eller som har økt risiko for å være smittet etter å ha vært eksponert for en smittekilde (eksponert), jf. definisjonen av begrepene smittet person og eksponert person i loven § 1-3. Eksempler på eksponerte personer kan være de som har oppholdt seg i land eller områder med et høyere smittetrykk enn i Norge. Det kan også være personer som har hatt nærkontakt med en smittet eller som har oppholdt seg for eksempel på et fly sammen med en smitteførende person.

Bestemmelsen gir ikke hjemmel for bruk av tvang. Det er imidlertid anledning til å følge opp brudd med straffereaksjoner. Den hjemler heller ikke nekt av innreise for utlendinger. Se særskilt regulering i § 9-3 og de ekstraordinære fullmaktene i kapittel 11.

Som eksempel på hva som kan forskriftsfestes, nevnes i *bokstav a* pålegg om at personer skal oppholde seg adskilt fra andre i en periode inntil det er tilstrekkelig klarlagt at de ikke er smitteførende, inkludert krav til hvor og hvordan innreisekarantenen skal gjennomføres (innreisekarantene). Det kan forskriftsfestes generelle regler om at personer som ankommer landet må tilbringe innreisekarantene i eget hjem eller på annet egnet oppholdssted hvor det går an å holde seg adskilt fra andre. Innreisekarantene kan for eksempel være aktuelt å pålegge personer som har oppholdt seg i et land med betydelig høyere smittetrykk enn i Norge.

Hva som er et egnet oppholdssted, må ses i sammenheng med formålet med innreisekarantene, som er å hindre smittespredning ved at risikogrupper holder avstand til andre frem til deres smittestatus er avklart. Det vil være nærliggende at personer som har bosted i Norge, kan gjennomføre innreisekarantene i eget hjem der det er mulig å holde avstand til andre i husstanden. For personer som ikke har eget bosted i landet, kan det være nødvendig å kreve dokumentasjon for egnet oppholdssted hvor karantene kan gjennomføres. Egnede karantenesteder kan i slike tilfeller for eksempel være hotellrom, leilighet eller hytte. Se loven § 9-2 om adgangen til i forskrift å pålegge bestemt oppholdssted for karantene ved samfunnskritisk sykdom, inkludert karantenehotell.

Sykdommens dødelighet, smittsomhet, inkubasjonstid, smittemåte og andre egenskaper vil ha stor betydning for innreisekarantenens varighet, krav til oppholdssted og hvilke unntak som kan gjelde. Kapasiteten ihelse- og omsorgstjenesten, hvilke andre smitteverntiltak som gjelder og hensynet til at reglene etterleves og kan kontrolleres, vil også ha stor betydning for hvordan en forskrift om innreisekarantene bør utformes. Retten til privatliv og hensynet til barns beste (inkludert samvær mellom foreldre og barn over grensen) må også vurderes. Andre eksempler på hensyn som må vurderes opp mot effekten på smittevernet, er konsekvenser for grenseboere som daglig pendler til arbeid eller skole over grensen, vareforsyning, tilgang til arbeidskraft og særlige forpliktelser overfor diplomater og andre utsendinger fra andre land.

Hjemmelen omfatter også nærmere forskriftsregulering av hvordan innreisekarantenen skal gjennomføres. Det kan for eksempel være aktuelt å kreve at den som er satt i karantene, ikke skal ta offentlig transport, må bruke munnbind eller på andre måter skal unngå nærkontakt med andre. Ulike former for kontroll med etterlevelse av

innreisekarantene kan også reguleres i forskrift, for eksempel opprettelse av kontrollsenter som ringer til personer som er i innreisekarantene for å veilede og kontrollere etterlevelse.

Bokstav b nevner krav om å fremvise dokumentasjon for at personen ikke har en allmennfarlig smittsom sykdom. En slik plikt og hvilke krav som skal stilles til dokumentasjon vil kunne variere alt etter hva slags allmennfarlig smittsom sykdom det er snakk om. I noen tilfeller kan det for eksempel være tilstrekkelig med en skriftlig legeerklæring, mens det i andre tilfeller vil kunne være nødvendig å fastsette mer spesifikke dokumentasjonskrav som det er enklere å kontrollere ektheten av. Hensynet til å unngå forfalskning, kapasitet i grensekontrollen, reisevolum, grad av etterlevelse og internasjonale avtaler er også forhold som vil kunne påvirke dokumentasjonskravene. Se § 8-4 om lovhjemmel til å gi forskrifter om krav til dokumentasjon av vaksinasjonsstatus, gjennomgått sykdom, resultat av test for sykdom eller andre forhold som har betydning for om en person er smittet eller smittsom, når det inngår i avgrensningen av smitteverntiltak eller gir unntak fra smitteverntiltak.

Bokstav c nevner undersøkelse av om personen har en allmennfarlig smittsom sykdom. Departementet forutsetter at de aktuelle undersøkelsene skal avgrenses på samme måte som de undersøkelsene som er omfattet av § 5-4 om undersøkelse av befolkningen, dvs. «blodprøvetaking, eller andre tilsvarende undersøkelser som er medisinskfaglig forsvarlig og kan gjøres uten fare».

Til § 9-2

Til § 9-2 *Forskrifter om bestemt oppholdssted for innreisekarantene ved samfunnskritisk sykdom* (gjeldende § 4-3)
Paragrafen er ny og bygger på midlertidig endring av smittevernloven § 4-3 under koronapandemien som omhandlet i Prop. 62 L (2020-2021).

Gjeldende rett og forslag til ny § 9-2 omtales i høringsnotatets kapittel 19, se særlig punkt 19.6.2.3.

Første ledd *første punktum* gir Kongen i statsråd hjemmel til å gi forskrifter med krav om at innreisekarantene skal gjennomføres på et nærmere pålagt oppholdssted, for eksempel karantenehotell, når det er nødvendig for å motvirke at en samfunnskritisk sykdom føres inn eller spres i landet. Det kan gis regler om hvor innreisekarantene skal gjennomføres, unntak fra hovedregler og nærmere regler om den praktiske gjennomføringen av karantenehotell eller andre ordninger. Regelen utfyller § 9-1 første ledd og stiller strengere og andre vilkår for å kunne utpeke bestemte oppholdssteder.

Tiltaket må være nødvendig for å hindre at smittede tilreisende skal føre til spredning av sykdommen. Tiltaket må vurderes opp mot andre tiltak. Krav om bestemt oppholdssted under innreisekarantene må være basert på en klar medisinskfaglig begrunnelse.

Et eksempel på en situasjon hvor det kan være nødvendig med forskrift om karantenehotell, er når den eneste muligheten for å få kontroll med eller begrense innføring av en samfunnskritisk sykdom er å begrense og kontrollere reisevirksomhet inn og ut av landet i betydelig grad. Det kan også være aktuelt i situasjoner der den aktuelle

samfunnskritiske sykdommen er av en særlig alvorlig eller smittsom karakter, slik at det må stilles særskilte krav til karantenestedet og legge til rette for god etterlevelse og kontroll. Bruk av karantenehotell vil være aktuelt der alternativet ved å ikke iverksette tiltaket vil kunne medføre alvorlige forstyrrelser av viktige samfunnsfunksjoner. Det kan for eksempel være tilfellet dersom helse- og omsorgstjenesten ikke lenger kan tilby nødvendig helsehjelp på grunn av kapasitetsproblemer, undervisningstilbudet reduseres eller nødvendige funksjoner som søppeltømming, viktig vedlikehold av strøm og telenett opphører.

I noen tilfeller vil pålegg om innreisekarantene på karantehotell kunne anses å være det eneste effektive alternative tiltaket til innreiseforbud. Forbud mot å la utlendinger reise inn i landet (innreiserestriksjoner) anses som et mer inngripende tiltak enn å stille krav til gjennomføring av karantene, herunder karantenehotell. Momenter som kan tale for behov for karantenehotell kan være at mobiliteten inn og ut av landet er stor og at etterlevelsen av innreisekarantene er dårlig.

Det kan ikke brukes tvang for å gjennomføre plikter fastsatt i forskrifter gitt med hjemmel i denne bestemmelsen. Overtredelse av smitteverntiltak vil imidlertid kunne straffesanksjoneres. Bestemmelsen gir ikke hjemmel til å gi regler om isolasjon.

Første ledd andre punktum gir Kongen hjemmel til å gi forskrift om egenandel for personer i karantene eller deres arbeids- eller oppdragsgiver til dekning av kostnader ved karanteneopphold. Det internasjonale helsereglementet (IHR) artikkel 40 regulerer adgangen til å kreve gebyrer for helsetiltak overfor reisende, herunder karantenetiltak. Adgangen til å kreve egenandeler dekket av personer på karantenehotell må vurderes opp mot dette regelverket.

Andre ledd bestemmer at forskrifter fastsatt med hjemmel i første ledd snarest mulig skal meddeles Stortinget etter vedtak. Formålet er å ivareta muligheten for parlamentarisk kontroll og gi Stortinget mulighet til å gripe inn med eventuelle endringer så snart som mulig.

Til § 9-3

Til § 9-3 *Forskrifter om gjennomføring av felles innreisetiltak for Schengen-områdets yttergrense* (ny)
Paragrafen er ny.

Gjeldende rett og forslag til ny § 9-3 omtales i høringsnotatets kapittel 19, se særlig punktene 19.3.5 og 19.6.3.

Paragrafen bestemmer at Kongen i statsråd i forskrift kan fastsette begrensninger på reiser til Norge over Schengen-områdets yttergrense, herunder innreiserestriksjoner og smitteverntiltak, som vedtatt av Rådet for den europeiske union i gjennomføringsrettsakter om begrensninger på reiser til Unionen i medhold av grenseforordningen artikkel 21a, jf. grenseloven § 8 nr. 1.

I forordning (EU) 2024/1717 om endringer i grenseforordningen ny artikkel 21a er Rådet ved fremtidige storskala folkehelsekriser gitt kompetanse til ved gjennomføringsrettsakter å fastsette felles innreisetiltak for Schengen-områdets yttergrense. Norges ytre Schengen-grense er i første rekke mot Russland, og på norske skips- og lufthavner med trafikk fra land utenfor Schengen-området. Som del av Schengensamarbeidet vil Norge være forpliktet til å implementere gjennomføringsrettsakten i norsk rett, slik at den får internrettslig virkning. Paragrafen her gir Kongen i statsråd hjemmel til å forskriftsfeste slik implementering i norsk rett.

Til § 9-4

Til § 9-4 *Forskrifter om smitteverntiltak overfor dyr, transportmidler, varer og gjenstander* (gjeldende § 4-3)
Paragrafen viderefører i all hovedsak gjeldende § 4-3 for så vidt gjelder regulering av tiltak som gjelder dyr, transportmidler, varer og gjenstander.

Gjeldende rett og forslag til ny § 9-1 omtales i høringsnotatets kapittel 19, særlig punkt 19.6.4.

Det materielle innholdet i gjeldende § 4-3 er omtalt i spesielle merknader til lovbestemmelsen i Ot.prp. nr. 91 (1992-1993).

Første ledd bestemmer at Kongen kan gi forskrifter om tiltak som gjelder dyr, transportmidler, varer og gjenstander som kan tenkes å overføre smittsomme sykdommer, for å motvirke at smittsomme sykdommer føres inn i landet eller spres til andre land. Dyr, transportmidler, varer og gjenstander kan tenkes å overføre smittsomme sykdommer når det er holdepunkter for at de er smittet, er bærere av smitte eller har vært eksponert for smitte på en måte som gjør dem til en mulig kilde til spredning av sykdom.

I forskriftene kan Kongen også etter ***andre ledd*** fastsette nærmere krav til blant annet undersøkelser, smittesanering og dokumentasjon i forbindelse med innreise til og utreise fra Norge og i forbindelse med inn- og utførsel av varer.

Til § 9-5

Til § 9-5 *Forskrifter om lokaler, personale og utstyr ved utpekte havner, lufthavner og grensepasseringssteder* (ny)
Paragrafen er ny.

Se omtale i høringsnotatet punkt 11.12.

Etter § 9-5 kan Kongen i forskrift bestemme at kommunen skal sørge for at utpekte havner, lufthavner og grensepasseringssteder har tilgang til de lokaler og det personale og utstyr som er nødvendig for tiltak som er innført etter §§ 9-1 til 9-4. Dette innebærer at Kongen kan forskriftsfeste både en permanent plikt for kommunene til å sørge for ivaretakelse av de aktuelle oppgavene dersom tiltak på grensen innføres, og plikter tilpasset den enkelte smittesituasjonen. Kongen kan enten selv utpeke de aktuelle havnene, lufthavnene og grensepasseringsstedene, eller i forskrift delegere dette til departementet

eller Helsedirektoratet. Kongen kan i forskrift også gi nærmere bestemmelser om hvilke tiltak som er nødvendige.

Til § 9-6

Til § 9-6 *Avgrensning av smitteverntiltak*
Paragrafen er ny.

Gjeldende rett og forslag til ny § 9-6 omtales i høringsnotatets kapittel 20, særlig punktene 20.7.3 og 20.7.5.

Første ledd bestemmer at Kongen kan gi forskrifter for hele eller deler av landet om at vaksinasjonsstatus, gjennomgått sykdom, resultat av test for sykdom eller andre forhold som har betydning for om en person kan smitte andre, bli smittet eller utvikle alvorlig sykdom, inngår i avgrensningen av eller gir unntak fra, smitteverntiltak forskriftsfestet etter kapittel 9 (karantene, isolasjon, innreiserestriksjoner for utlendinger og tiltak overfor dyr, varer mv.). Dette gjelder for smitteverntiltak som skal motvirke at smittsomme sykdommer føres inn i landet eller spres til andre land med hjemmel i kapittel 9. Se spesielle merknader til den tilsvarende bestemmelsen i § 8-9 tredje ledd.

Andre ledd *første punktum* bestemmer at Kongen kan gi forskrifter for hele eller deler av landet om bruk av dokumentasjon på forhold som inngår i avgrensningen av smitteverntiltak etter første ledd. Se spesielle merknader til den tilsvarende bestemmelsen i § 8-10 første ledd. Etter *andre ledd andre punktum* gjelder § 8-10 andre og tredje ledd, om henholdsvis forbud mot forskjellsbehandling og adgangen til å kreve en bestemt type dokumentasjon, tilsvarende. Se spesielle merknader til de tilsvarende bestemmelsene i 8-10 andre ledd og § 7-3 tredje ledd.

Tredje ledd bestemmer at alder kan inngå i avgrensningen av, eller gi unntak fra, smitteverntiltak etter dette kapittelet når det er begrunnet i at ulik alder gir ulik risiko for å smitte, bli smittet eller utvikle alvorlig sykdom. Se merknaden til den tilsvarende bestemmelsen i § 8-9 fjerde ledd.

Til § 10-1

Til § 10-1 *Kartleggingsundersøkelse og metodeutprøving* (gjeldende § 3-7)
Bestemmelsen viderefører gjeldende § 3-7. Sammenlignet med dagens bestemmelse foreslås det enkelte tekniske endringer uten materiell betydning.

Gjeldende § 3-7 og forslag til ny § 10-1 omtales i høringsnotatets punkt 23.3.

Gjeldende § 3-7 er omtalt i Ot.prp. nr. 91 (1992-1993) Del II punkt 3.7.

Første ledd bestemmer at utgangspunktet er at blod, serum og annet biologisk materiale fra mennesker, eller rester av slikt materiale som finnes tilgjengelig i laboratorier og institusjoner, ikke kan undersøkes for en smittsom sykdom eller smittebærertilstand for et ikke-diagnostisk formål uten samtykke fra den som har avgitt materialet. Med ikke-diagnostisk formål menes at analysen ikke har betydning for diagnosestilling, valg av behandling eller kontroll i det aktuelle tilfellet, men utføres i annen hensikt.

Andre ledd gir unntak fra kravet om samtykke etter første ledd. Innhenting av samtykke kan være urimelig tidkrevende og ofte helt umulig av praktiske årsaker. For å kunne drive epidemiologisk overvåkning og forskning er det derfor gjort unntak fra hovedregelen etter første ledd om krav om samtykke fra den personen prøvematerialet stammer fra.

Laboratorier og institusjoner kan utføre kartleggingsundersøkelser av tilgjengelig prøvemateriale på nærmere gitte vilkår. Et hovedvilkår er at resultatet av undersøkelsen har betydning for smittevernarbeidet. Etter bestemmelsen er det adgang til å utføre kartleggingsundersøkelser for å følge utviklingen av en pågående epidemi. Resultatene kan gihelse- og omsorgstjenesten verdifulle opplysninger om geografisk utbredelse, omfang og andre forhold av betydning for iverksetting av akuttiltak. Dersom det er et aktuelt tiltak å gjennomføre individuell smitteoppsporing ved undersøkelse av blodprøver, halssekret eller lignende, må dette organiseres og gjennomføres som en befolkningsundersøkelse etter reglene i § 5-4.

Det er også adgang til å utføre kartleggingsundersøkelser som kan gi opplysninger om forekomsten av en bestemt smittsom sykdom som lenge har vært til stede i befolkningen. Opplysninger om prevalens, geografisk utbredelse og fordeling på alder og kjønn kan være av stor betydning for helse- og omsorgstjenestens prioriteringer og strategi på lengre sikt. Det kan dreie seg om tilbud om testing av risikogrupper og oppfølging av mulig smittede personer, opplysningskampanjer mv. Videre er det adgang til å utføre undersøkelser som kan gi opplysninger om og i tilfelle hvor godt befolkningen er beskyttet mot smittsomme sykdommer som det vaksineres mot. Resultatene gir holdepunkt for å bedømme om vaksinasjonsprogrammet har den tilsiktede effekt, eller om det må justeres.

Etter ***tredje ledd*** gjøres det for metodeutprøving unntak fra hovedregelen etter første ledd om krav om samtykke fra de personene som materialet stammer fra. Laboratorier og institusjoner kan utføre metodeutprøving når vilkårene etter tredje ledd er oppfylt og de nærmere bestemmelser om gjennomføringen følges.

Metodeutprøving utgjør en integrert del av virksomheten ved alle større tjenesteytende laboratorier og institusjoner som arbeider med å påvise og karakterisere smittsomme sykdommer. Med metodeutprøving menes arbeid med å forbedre eksisterende metodikk eller å innføre og utprøve nye metoder som er blitt tilgjengelige og i visse tilfelle å utvikle helt nye metoder på området. Metodeutprøving forutsetter oftest at tilgjengelig prøvemateriale kan nyttes (for eksempel serumrester) inntil metodikken fungerer tilfredsstillende og kan tas i bruk i det løpende arbeid med pasientprøver.

Etter ***fjerde ledd*** har Helsedirektoratet adgang til å kunne pålegge laboratorier og institusjoner å gjennomføre kartleggingsundersøkelser etter andre ledd.

Femte ledd slår fast at departementet har myndighet til å gi nærmere bestemmelser i forskrift, og har delegert myndigheten til Helsedirektoratet, ved delegeringsvedtak 18. mars 2010 nr. 425.

Til § 10-2

Til § 10-2 *Deling av gensekvenser fra virus og bakterier*
Bestemmelsen er ny, men utfyller gjeldende § 7-9 første ledd andre punktum, som er ny § 2-8 første ledd andre punktum. Bestemmelsen skal sikre at Folkehelseinstituttet og andre institusjoner med nasjonale referansefunksjoner har en klar hjemmel til å dele sekvensdata om den genetiske koden til mikrober med internasjonale organisasjoner.

Den nye bestemmelsen omtales i høringsnotatets punkt 23.4.

Gjeldende § 7-9 er omtalt i Prop. 91 L (2018-2019), jf. særlig kapittel 8 og spesialmerknaden.

Første ledd bestemmer at Folkehelseinstituttet og nasjonale referanselaboratorier kan dele opplysninger om gensekvenser og isolater fra mikroorganismer, og tilknyttede personopplysninger, for å forebygge og bekjempe utbredelsen av smittsomme sykdommer.

Organismene dette dreier seg om blir ofte grovt inndelt i bakterier, virus, sopp, protozoer og flercellede parasitter. Det presiseres at det er gensekvensen fra mikroorganismene, og ikke mennesker, som deles. Det kan imidlertid følge med opplysninger (metadata) fra prøvetakingen som indirekte kan identifisere hvem mikrobeprøven stammer fra.

Andre ledd bestemmer at 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 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.

Bestemmelsen vil fungere som et supplerende nasjonalt rettsgrunnlag etter personvernforordningen artikkel 6 (1) e, og artikkel 9 (2) i. Bestemmelsen utfyller dermed § 2-8 første ledd andre punktum.

Etter ***tredje ledd*** har departementet myndighet til å gi nærmere bestemmelser om gjennomføringen i forskrift.

Til § 10-3

Til § 10-3 *Unntak fra taushetsplikt og utbruddsregistre* (gjeldende § 2-2 åttende ledd)
Bestemmelsen viderefører i all hovedsak gjeldende § 2-2 åttende ledd, med unntak av enkelte endringer som vil gi en klarere hjemmel til å innhente og behandle personopplysninger ved smitteutbrudd, herunder opprette registre med sammenstilte opplysninger i tråd med formålet og vilkårene i bestemmelsens første ledd.

Det foreslås at henvisningen til helseberedskapsloven § 2-4 strykes og at det tas inn en henvisning til helseregisterloven § 6.

Gjeldende § 2-2 åttende ledd og forslag til ny § 10-3 omtales i høringsnotatets punkt 23.5.

Gjeldende § 2-2 åttende ledd er omtalt i Ot.prp. nr. 91 (1992-1993) Del II, punkt 2.2 og Prop. 7 L (2016-2017), jf. særlig kapittel 4 punkt 3 og spesialmerknaden.

Første ledd gir kommuneoverlegen, statsforvalteren, Helsedirektoratet, Statens helsetilsyn og Folkehelseinstituttet adgang til å kreve opplysninger fra offentlige kilder og privat helse- og omsorgstjeneste uten hinder av lovbestemt taushetsplikt når det er nødvendig for å sette i verk tiltak eller få oversikt og kontroll i forbindelse med smittsomme sykdommer. Bestemmelsen gir adgang til å få opplysninger og få fremlagt journaler og opptegnelser om helse- og omsorgstjenesten og pasienter og brukere.

Det er en forutsetning at opplysningene er nødvendig for at virksomhetene skal kunne utføre oppgavene de er pålagt etter smittevernloven.

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.

Smittevernloven er generell og gjelder for alle smittsomme sykdommer. Det forutsetter at det må gjøres en konkret vurdering av den enkelte sykdom (smittestoff) og hvilke opplysninger som er nødvendig for det aktuelle formålet. Jo mer alvorlig en sykdom og smittesituasjon er, jo mer nødvendig vil det kunne være å iverksette tiltak eller få oversikt og kontroll i forbindelse med sykdommen.

Bestemmelsen er begrenset til hendelser av midlertidig karakter. Ordlyden «når det er nødvendig for (…)» tyder på konkrete smittesituasjoner. Departementet presiserer at bestemmelsen ikke hjemler rutinemessig tilgang til større mengder opplysninger over lengre tid.

Andre ledd bestemmer at myndighetene nevnt i første ledd kan opprette utbruddsregistre når det er nødvendig for å iverksette tiltak eller få oversikt og kontroll i forbindelse med smittsomme sykdommer.

Dataansvarlig skal ved etableringen av utbruddsregistre dokumentere at helseopplysningene behandles i samsvar med helseregisterloven § 6. Helseopplysninger skal behandles i samsvar med prinsippene for behandling i personvernforordningen artikkel 5. Dette innebærer blant annet krav om formålsbegrensning, dataminimering, riktighet, lagringsbegrensning, integritet og konfidensialitet, og ansvarlighet. Departementet vil særlig fremheve prinsippene om dataminimering og lagringsbegrensning, ettersom henvisningen til helseberedskapsloven § 2-4 er fjernet. Mengden innsamlede personopplysninger skal begrenses til det som er nødvendig for å realisere formålet med innsamlingen. Personopplysningene skal slettes eller anonymiseres når de ikke lenger er nødvendige for formålet de ble innhentet for.

Til § 11-1

Til § 11-1 *Adgang til å fastsette forskrift med lovs innhold, herunder fravike gjeldende lovgivning* (gjeldende § 7-12)
Bestemmelsen viderefører i all hovedsak gjeldende § 7-12. Sammenlignet med dagens bestemmelse foreslås det å legge vedtaksmyndigheten til Kongen i statsråd. Videre foreslås det å presisere at det er tale om midlertidige forskrifter, hvilke formål som kan

begrunne vedtak og hva som skal til for å konkludere med at det ikke er mulig å oppnå formålene med ordinær lovbehandling. Det gjøres også enkelte språklige justeringer.

Gjeldende § 7-12 og forslag til ny § 11-1 omtales i høringsnotatets kapittel 22.

Gjeldende § 7-12 er svært kortfattet omtalt i Ot.prp. nr. 91 (1992-1993) Del II, punkt 7.12.

Første ledd bestemmer at Kongen i statsråd kan fastsette midlertidige forskrifter med lovs innhold, herunder fravike gjeldende lovgivning, ved utbrudd av samfunnskritisk sykdom, eller når det er fare for slikt utbrudd. Formålet må være å beskytte folkehelsen, ivareta befolkningens liv og helse eller sikre helse- og omsorgstjenestens evne og kapasitet til å sørge for forsvarlige og nødvendige helse- og omsorgstjenester til befolkningen.

Bestemmelsen kodifiserer konstitusjonell nødrett, og gir regjeringen myndighet til i helt spesielle situasjoner å overta Stortingets myndighet til å gi bestemmelser av lovgivningsmessig innhold, inkludert adgang til å fravike enhver lov. Bestemmelsen er ment som en siste sikkerhetsventil i smittevernberedskapen, som det bare helt unntaksvis vil være aktuelt å anvende.

De grunnleggende kravene i § 1-5 til smitteverntiltak etter loven gjelder også ved anvendelse av § 11-1. Dette innebærer blant annet at tiltakene skal ha en klar medisinskfaglig begrunnelse, være nødvendig av hensyn til smittevernet og forholdsmessige. Kravene til forholdsmessighet og nødvendighet kan ikke fravikes ved utforming og anvendelse av tiltak som med hjemmel i § 11-1 iverksettes for å håndtere en smittevernkrise. Forskrifter kan dermed ikke gå lenger enn det som er nødvendig, og de kan ikke være uforholdsmessig tyngende overfor den enkelte. Loven § 1-5 stiller videre krav til at det også for vedtak etter § 11-1 skal tas hensyn til smittevernet, barnets beste og andre samfunnsmessige konsekvenser, samt krav til formidling av vedtaksgrunnlaget. Se spesielle merknader til § 1-5.

Domstolenes uavhengighet er sikret gjennom en rekke bestemmelser i Grunnloven og domstolloven. Av Grunnloven § 2 andre punktum fremgår at Grunnloven «skal sikre demokratiet, rettsstaten og menneskerettighetene.». I Grunnloven del D er det gitt særskilte bestemmelser «Om den dømmende makt», jf. §§ 86-91. Av grunnloven § 95 andre ledd fremgår at staten «skal sikre domstolenes og dommernes uavhengighet og upartiskhet».

Ordinære utbrudd av allmennfarlig smittsom sykdom er ikke tilstrekkelig for å kunne bruke hjemmelen. Det er først dersom utbruddet er av en slik art og omfang at den allmennfarlige smittsomme sykdommen er å karakterisere som «*utbrudd av samfunnskritisk sykdom*» at § 11-1 kan anvendes. Begrepet samfunnskritisk sykdom er definert i § 1-3, og tilsvarer i all hovedsak begrepet «alvorlig utbrudd av allmennfarlig smittsom sykdom» i den tidligere smittevernloven. Det er ikke et absolutt krav at den allmennfarlige smittsomme sykdommen skal være påvist i hele landet. Også regionale og større lokale utbrudd kan i prinsippet oppfylle vilkåret. Dersom sykdommens utbredelse og alvorlighet medfører eller risikerer å medføre betydelig sykdomsbyrde for hele eller deler av befolkningen, vil det i utgangspunktet være en alvorlig forstyrrelse av viktige

samfunnsfunksjoner, da det ikke bare vil belaste helse- og omsorgstjenesten, men også resten av samfunnet.

Det vil foreligge en «*fare for utbrudd*» av samfunnskritisk sykdom når det er sannsynlig at det også i Norge vil komme et slikt utbrudd. Det kreves ikke sikker kunnskap om at dette vil skje. Hvordan sykdommens utbredelse har vært i andre land, og spesielt om det allerede foreligger utbrudd i våre naboland, vil være av betydning i en slik sannsynlighetsvurdering. Spredningsfaren henger sammen med den allmennfarlige smittsomme sykdommens egenskaper, herunder hvor lett sykdommen smitter, på hvilken måte den smitter og om hele befolkningen antas å kunne bli smittet eller om kun deler av befolkningen antas å være særlig utsatt for smitte.

Formålene angitt i bokstavene a, b og c viderefører i all hovedsak det som følger av § 7-12 i den tidligere smittevernloven.

Etter *bokstav a* kan det være nødvendig å iverksette tiltak for å beskytte folkehelsen. Det skyldes både at sykdom kan medføre tapt livskvalitet ved smerte og lidelse, nedsatt helsefunksjon og død, og at redusert folkehelse vil kunne påvirke samfunnets evne til å sikre grunnleggende og kritiske samfunnsfunksjoner. Det følger av folkehelseloven § 3 at begrepet folkehelsen benyttes om befolkningens helsetilstand og hvordan helsen fordeler seg i en befolkning. Folkehelsen vil til en viss grad kunne «måles» basert på ulike markører som blant annet befolkningens levealder, fødselsrate, spedbarnsdødelighet, forekomst av alvorlige eller mindre alvorlige somatiske eller psykiske sykdommer eller lidelser, helse- og omsorgstjenestens kapasitet til å behandle dette på en effektiv måte innen forsvarlig tid og sykdomsrelatert fravær fra skole, utdanning eller arbeid. Selv om en sykdom eller lidelse oppleves mindre alvorlig for den enkelte som rammes, vil forekomst av slik sykdom eller lidelse kunne påvirke folkehelsen negativt dersom svært mange rammes.

Formålet «ivareta liv og helse» i *bokstav b* er i hovedsak ment å omfatte situasjoner hvor en smittsom sykdom har alvorlige konsekvenser for det enkelte individ eller en gruppe av individer. Alternativet overlapper med formålet om å beskytte folkehelsen, ettersom tiltak som iverksettes for å ivareta liv og helse hos mange enkeltindivider eller hele befolkningen, også vil bidra til å beskytte folkehelsen.

I *bokstav c* presiseres det at fullmaktsbestemmelsen kan ha som formål å sikre helse- og omsorgstjenestens evne og kapasitet til å sørge for forsvarlige og nødvendige helse- og omsorgstjenester til befolkningen. Hvilke tiltak som skal iverksettes for å sikre helse- og omsorgstjenestens evne og kapasitet til å sørge for forsvarlige og nødvendige helse- og omsorgstjenester til befolkningen, vil måtte vurderes konkret basert på den foreliggende smittevernkrisen. Det mest nærliggende vil være å forskriftsfeste adgang til å gjøre unntak fra ellers gjeldende plikt- og rettighetsbestemmelser for å sikre at helse- og omsorgstjenestens kapasitet ikke overskrides. Se også de spesielle merknadene til lovens formålsbestemmelse i § 1-1.

Kravene til medisinskfaglig begrunnelse og nødvendighet etter § 1-5 kan ikke tolkes for strengt når det gjelder sannsynlighet for at de tiltakene man gjennom slike forskrifter

skaffer seg hjemmel for, faktisk vil oppnå formålene. Det kreves ikke sikker kunnskap om at man ved bruk av disse tiltakene faktisk vil oppnå formålene om å beskytte folkehelsen, ivareta befolkningens liv og helse eller sikre helse- og omsorgstjenestens evne og kapasitet til å sørge for forsvarlige og nødvendige helse- og omsorgstjenester til befolkningen. Det vil være tilstrekkelig at tiltak som det søkes å skaffe hjemmel for, etter en forsvarlig medisinsk og smittevernfaglig vurdering sannsynligvis vil være egnet til å oppnå formålene, enten alene eller i kombinasjon med andre tiltak som er eller kan iverksettes med hjemmel i lovens ordinære fullmaktsbestemmelser.

Andre ledd bestemmer at forskrifter etter første ledd bare kan fastsettes dersom helsekrisen ikke kan håndteres innenfor gjeldende lovgivning og bare dersom den konkrete situasjonen medfører at det ikke er forsvarlig tid eller mulighet til å gjennomføre en ordinær lovbehandling.

Bestemmelsen er ment å videreføre og tydeliggjøre kravet i tidligere smittevernlov, om at fastsettelse av forskrifter med lovs innhold eller forskrifter som fraviker gjeldende lovgivning, kun er mulig dersom det foreligger «fare ved opphold».

Vilkårene skal ikke forstås for strengt. I et scenario der det er nødvendig å forhindre eller slå ned et utbrudd av en samfunnskritisk sykdom for å kjøpe seg tid, må beslutninger tas under usikkerhet. Det vil også gjelde vurderingen av om det finnes tilstrekkelige hjemler for tiltakene i eksisterende lovverk eller om det vil være tid til en ordinær lovprosess.

I tillegg til vurderingen av om de grunnleggende kravene til medisinskfaglig begrunnelse, nødvendighet og forholdsmessighet er oppfylt for å innføre aktuelle tiltak, må det også avklares hvorvidt det eksisterer tilstrekkelige hjemler i smittevernloven eller annet regelverk. Dette vil innebære en vurdering av om det er nødvendig å fastsette forskrifter med lovs innhold eller forskrifter som fraviker gjeldende lovgivning.

Tredje ledd bestemmer at beredskapsloven §§ 3 og 4 gjelder tilsvarende.

Ved bruk av fullmakten følger det av beredskapsloven § 3 andre ledd første punktum at bestemmelsene skal «snarest mulig meddeles Stortinget». Etter andre ledd andre punktum skal Stortinget øyeblikkelig sammenkalles dersom det ikke er samlet når bestemmelsene gis, og etter tredje punktum kan bestemmelsene oppheves av Kongen eller Stortinget. I tredje ledd står det at «[s]åfremt bestemmelsene ikke er opphevet innen 30 dager etter at de er meddelt Stortinget, skal de snarest mulig legges fram som lovforslag». Det følger av beredskapsloven § 4 andre ledd at bestemmelsene faller bort ved oppløsningen av det første ordentlige storting som trer sammen etter at bestemmelsene er gitt, dersom de ikke tidligere er opphevet.

Ved en nasjonal helsekrise hvor det vurderes som nødvendig å anvende fullmaktsbestemmelsen, vil regjeringen måtte ha tett og løpende kontakt med Stortinget og sørge for at det er tilstrekkelig opplyst om situasjonen i sin helhet. Adgangen for et regjeringsmedlem til å be om å gi en muntlig redegjørelse for Stortinget, vil være ett av flere aktuelle virkemidler som det kan være naturlig å bruke i denne sammenheng.

Når myndighet til å anvende bestemmelsen er lagt til Kongen i statsråd, vil departementet måtte utforme en kongelig resolusjon hvor det redegjøres for behovet for å anvende

fullmaktsbestemmelsen i den aktuelle situasjonen. Den kongelige resolusjonen vil også måtte inneholde den smittevernfaglige og rettslige begrunnelsen for vedtaket, samt vurderinger av den nærmere innretning og avgrensning av vedtaket og hvorfor vedtaket vurderes nødvendig og forholdsmessig. Dette betyr også at det må redegjøres for hvilke forskrifter med lovs innhold det vurderes nødvendig å fastsette eller hvilken lovgivning det vurderes nødvendig å fravike ved forskrift (derogasjon). Det vil også måtte redegjøres for hvorfor mindre inngripende tiltak vurderes som utilstrekkelige.

En slik kongelig resolusjon vil kunne være utgangspunkt for meddelelsen til Stortinget, enten alene eller supplert med ytterligere dokumentasjon fra departementet selv eller i form av underlagsdokumentasjon fra underliggende etater og andre som har ligget til grunn for departementets vurderinger og tilråding. Kravene til begrunnelsen vil kunne påvirkes blant annet av den tiden som står til rådighet og den graden av usikkerhet som foreligger. I gitte situasjoner kan det også være hensiktsmessig med en kombinasjon av skriftlig og muntlig redegjørelse overfor Stortinget, blant annet ved at et regjeringsmedlem kan be om å få gi en muntlig redegjørelse for Stortinget.

Til § 11-2

Departementet viser til høringsnotatets punkt 22.4.10, hvor høringsinstansene bes om synspunkter på følgende alternative forslag:

1. *I smittevernloven inntas en bestemmelse som fastslår at derogasjonsforskrifter bare kan «fravike rettigheter så langt det er forenlig med Grunnloven, menneskerettsloven og Norges folkerettslige forpliktelser».*
2. *Det skal tydelig fremgå i forarbeidene at derogasjonsforskrifter bare kan «fravike rettigheter så langt det er forenlig med Grunnloven, menneskerettsloven og Norges folkerettslige forpliktelser», men det lovfestes ikke.*

Til § 11-3

Til § 11-3 *Domstolskontroll* (ny)

Bestemmelsen er ny, viderefører gjeldende rett og presiserer at retten kan prøve alle sider av saken ved prøving av vedtak etter kapittel 11. Domstolene kan prøve både lovligheten av det vedtaket som er truffet og av den forskriften det er truffet i medhold av.

Forslag til ny § 11-3 omtales i høringsnotatets punkt 22.4.12.

Til § 12-1

Til § 12-1 *Straff* (gjeldende § 8-1)
Bestemmelsen viderefører i all hovedsak gjeldende § 8-1, men presiserer hvilke konkrete overtredelser som kan straffes. Gjeldende § 8-1 og forslag til ny § 12-1 omtales i høringsnotatets punkt 25.3.

Gjeldende § 8-1 er omtalt i Ot.prp. nr. 91 (1992-1993) Del II, punkt 8.1.

Eventuell straff idømmes etter straffelovens bestemmelser sammenholdt med de overtrådte rettspliktene i smittevernloven.

Bestemmelsen er ikke til hinder for å anvende strengere straffebestemmelser i annen lovgivning.

Til § 12-2

Til § 12-2 *Klage over vedtak* (gjeldende § 8-3)
Bestemmelsen viderefører gjeldende § 8-3 om at statsforvalteren avgjør klage over kommunalt eller interkommunalt vedtak såfremt ikke noe annet er bestemt i loven.

Gjeldende § 8-3 og forslag til ny § 12-2 omtales i høringsnotatets punkt 25.4.

Gjeldende § 8-3 er omtalt i Ot.prp. nr. 91 (1992-1993) Del II, punkt 8.3.

Til § 12-3

Til § 12-3 *Ikrafttredelse*
Etter bestemmelsen trer loven i kraft fra den tid Kongen bestemmer, og Kongen kan sette i kraft de enkelte bestemmelsene til forskjellig tid. Tidspunktet for ikrafttredelse vil avhenge av en konkret vurdering. Det kan også tenkes at enkelte bestemmelser bør tre i kraft senere enn andre.

Til § 12-4

Til § 12-4 *Overgangsbestemmelser*
Bestemmelsen tilsvarer reguleringen i gjeldende § 8-5 om forholdet til vedtak etter eldre lovgivning.

Første ledd bestemmer at forskrifter og enkeltvedtak med hjemmel i lov 5. august 1994 nr. 55 om vern mot smittsomme sykdommer gjelder etter at den nye loven har trådt i kraft. Dette gjelder selv om disse ikke er endret eller vedtatt på nytt. Bestemmelsen innebærer at de forskriftene som er gitt med hjemmel i den tidligere smittevernloven vil være gyldige, selv om departementet ikke har rukket å vedta nye forskrifter med hjemmel i ny lov innen den settes i kraft. Enkeltvedtak vedtatt med hjemmel i tidligere smittevernlov vil også bli stående når denne oppheves.

Kongen kan etter ***andre ledd*** i forskrift fastsette overgangsordninger i forbindelse med at loven trer i kraft. Det kan for eksempel oppstå behov for at eldre regler skal gjelde for forhold som oppsto før ikrafttredelse av den nye loven eller at det gis tidsbegrensede unntak fra enkelte av lovens bestemmelser.

28.2 Pasientskadeloven

Til § 3

Til § 3 *Uoppklarte årsaksforhold*

Gjeldende rett og forslag til endringer er omtalt i høringsnotatet punkter 12.3.2, 12.5.2 og 12.5.3. Gjeldende rett er også omtalt i Ot.prp.nr. 31 (1998-1999) punkt 11.4.4.4.

Bestemmelsens *andre ledd* er endret som følge av at det ikke lenger er hjemmel til å påby vaksinering etter smittevernloven, og for å tydeliggjøre hvilke vaksinasjoner som etter gjeldende rett er omfattet av den særlige bevisregelen. Sistnevnte innebærer ingen materiell endring.

29 Forslag til regelverksendringer

Kapittel 1 Innledende bestemmelser

§ 1-1 *Lovens formål*

Formålet med loven er å verne befolkningen mot smittsomme sykdommer ved å forebygge dem og motvirke at de overføres i befolkningen, *og* motvirke at slike sykdommer føres inn i Norge eller føres ut av Norge til andre land.

Loven skal sikre at helsemyndighetene og andre myndigheter setter i verk nødvendige smitteverntiltak og samordner sin virksomhet i smittevernarbeidet.

Loven skal ivareta rettssikkerheten til den enkelte som blir omfattet av smitteverntiltak etter loven.

§ 1-2 *Lovens virkeområde*

Loven gjelder for enhver som oppholder seg i Norge.

Departementet kan gi forskrifter som begrenser anvendelsen av loven overfor personer som ikke er norske statsborgere, eller som ikke har bosted i Norge. Departementet kan også gi forskrifter om at loven skal gjelde for personer som oppholder seg i utlandet, men som har tilknytning til Norge.

Departementet kan gi forskrifter om anvendelse av loven på Svalbard, Jan Mayen og kontinentalsokkelen, og på norske fartøy og luftfartøy hvor de enn befinner seg.

Lovens bestemmelser gjelder med de begrensninger som er anerkjent i folkeretten eller følger av overenskomst med fremmed stat.

Kongen kan gi regler til gjennomføring av avtale med fremmed stat om forhold som omfattes av denne loven.

§ 1-3 *Definisjoner*

I denne loven menes med

1. smittsom sykdom: en sykdom eller smittebærertilstand som er forårsaket av mikroorganismer eller andre smittestoff som kan overføres fra, til eller mellom mennesker.
2. smittet person: en person som har eller etter en faglig vurdering antas å ha en smittsom sykdom.
3. *eksponert person: en person som har økt risiko for å være smittet etter å ha vært eksponert for en smittet person, eller annen smittekilde*
4. allmennfarlig smittsom sykdom: en sykdom som er særlig smittsom, eller som kan opptre hyppig, eller har høy dødelighet eller kan gi alvorlige eller varige skader, og som
   a. vanligvis fører til langvarig behandling, eventuelt sykehusinnleggelse, langvarig sykefravær eller rekonvalesens, eller
   b. kan få så stor utbredelse at sykdommen blir en vesentlig belastning for folkehelsen *eller fører til betydelig overbelastning av helse- og omsorgstjenesten* eller
   c. utgjør en særlig belastning fordi det ikke fins effektive forebyggende tiltak eller helbredende behandling for den.

5. *samfunnskritisk sykdom: en allmennfarlig smittsom sykdom, hvor utbredelsen medfører eller risikerer å medføre alvorlige forstyrrelser av viktige samfunnsfunksjoner.*

Kongen avgjør når en allmennfarlig smittsom sykdom utgjør en samfunnskritisk sykdom.

§ 1-4 *Forskrifter om allmennfarlige smittsomme sykdommer*

Departementet fastsetter i forskrift hvilke sykdommer som er allmennfarlige smittsomme sykdommer.

§ 1-5 *Grunnleggende krav til smitteverntiltak*

Smitteverntiltak etter loven skal være basert på en klar medisinskfaglig begrunnelse, være nødvendig av hensyn til smittevernet og *forholdsmessig*.

I helhetsvurderingen etter første ledd skal blant annet hensynet til smittevernet, 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.

Kapittel 2 Administrative organer og deres ansvar

§ 2-1 *Kommunen* (gjeldende § 7-1)

Kommunen skal sørge for at alle som bor eller midlertidig oppholder seg i kommunen med hensyn til smittsom sykdom er sikret nødvendige forebyggende tiltak, undersøkelsesmuligheter, behandling og pleie utenfor institusjon og pleie i sykehjem eller annen kommunal helseinstitusjon.

Kommunen skal også utføre de oppgaver innen smittevernet som pålegges i loven her eller bestemmelser i medhold av loven, herunder skaffe seg oversikt over arten og omfanget av de smittsomme sykdommer som forekommer i kommunen, drive opplysning om smittsomme sykdommer og gi råd og veiledning om hvordan de forebygges, sørge for at individuelt forebyggende tiltak blir satt i verk, samt sørge for at andre tiltak etter loven her, folkehelseloven eller helse- og omsorgstjenesteloven blir satt i verk.

Tiltak og tjenester for å forebygge smittsomme sykdommer eller motvirke at de blir overført skal utgjøre et eget område i planen for kommunens helse- og omsorgstjeneste. *Kommunen* skal samarbeide med myndigheter som har oppgaver av betydning for tiltakene.

Kommunens myndighet *og oppgaver* etter denne lov kan delegeres etter bestemmelsene i kommuneloven *og* til et interkommunalt *selskap*.

§ 2-2 *Kommuneoverlegen* (gjeldende § 7-2)

Kommuneoverlegen skal utføre de oppgaver innen smittevernet som pålegges i loven her. I kommuner med flere kommuneoverleger skal *kommunen* utpeke en av dem til å

utføre disse oppgavene. Det bør også utpekes en stedfortreder for denne. I store bykommuner med bydelsforvaltning skal *kommunen* utpeke en *kommuneoverlege* til å utføre de av kommuneoverlegenes oppgaver som angår hele kommunen eller store områder.

Kommuneoverlegen skal

a. utarbeide forslag til plan for helse- og omsorgstjenestens arbeid med vern mot smittsomme sykdommer, herunder beredskapsplaner og -tiltak, og organisere og lede dette arbeidet,
b. ha løpende oversikt over de infeksjonsepidemiologiske forholdene i kommunen,
c. utarbeide forslag til forebyggende tiltak for kommunen,
d. bistå kommunen, helsepersonell og andre i kommunen som har oppgaver i arbeidet med vern mot smittsomme sykdommer,
e. gi informasjon, opplysninger og råd til befolkningen om vern mot smittsomme sykdommer,
f. utføre alle andre oppgaver som følger av loven eller bestemmelser i medhold av loven, og medvirke til effektive tiltak for å forebygge smittsomme sykdommer og motvirke at de blir overført.

Departementet kan i forskrift bestemme at kommuneoverlegen også skal ha andre oppgaver, og herunder angi det nærmere innholdet i de enkelte oppgaver.

Når kommunen har lagt smittevernoppgavene til et interkommunalt *samarbeid*, jf. *§ 2-1 fjerde ledd*, kan *kommunen* delegere kommuneoverlegens myndighet etter denne lov til en eller flere leger ansatt i dette *samarbeidet*.

§ 2-3 *Det regionale helseforetaket* (gjeldende § 7-3)

Det regionale helseforetaket skal sørge for at befolkningen i helseregionen med hensyn til smittsom sykdom er sikret nødvendig spesialistundersøkelse, laboratorieundersøkelse, poliklinisk behandling og sykehusbehandling, forsvarlig isolering på 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 helseforetaket skal sørge for at det finnes et regionalt kompetansesenter i smittevern i helsetjenesten. Departementet kan i forskrift gi bestemmelser om senterets oppgaver.

§ 2-4 *Statsforvalteren* (gjeldende § 7-4)

Statsforvalteren skal ha særlig oppmerksomhet rettet mot smittevernet i fylket, herunder ha oversikt over og kunnskap om lokale planer om smittevern, samt yte bistand ved behov.

Statsforvalteren skal føre tilsyn med helse- og omsorgstjenestens og helsepersonells oppfyllelse av §§ 2-1, 2-2, 2-3 , 3-1 andre ledd, kapittel 4, § 5-1, § 5-6 og § 6-4.

Bistand etter første ledd kan blant annet innebære å koordinere og samordne informasjon, tiltak og aktiviteter mellom kommunene i fylket og staten.

§ 2-5 *Smittevernnemnda* (gjeldende § 7-5)

Gjennomføring av tiltak med tvang etter §§ 6-2 og 6-3 avgjøres av smittevernnemnda. Smittevernnemnda er den av barneverns- og helsenemndene, jf. barnevernsloven § 14-1, som departementet utpeker til denne oppgaven. Når det foreligger *en samfunnskritisk sykdom*, jf. § 1-3 nr. 5, kan flere nemnder utpekes til smittevernnemnder.

Reglene i barnevernsloven kapittel 14 gjelder så langt annet ikke fremgår av loven her.

§ 2-6 *Smittevernnemndas sammensetning* (gjeldende §§ 7-6 og 7-8)

Smittevernnemnda settes sammen etter reglene i barnevernsloven § 14-2.

Før det blir oppnevnt utvalg *etter* første ledd, skal det innhentes forslag fra statsforvalteren og de regionale helseforetakene.

Smittevernnemndas medlemmer og sekretariat har taushetsplikt i samsvar med bestemmelsene i helsepersonelloven kapittel 5.

I den enkelte sak skal smittevernnemnda være sammensatt av lederen pluss to medlemmer som trekkes ut, ett fra hvert av *utvalgene for fagkyndige og alminnelige medlemmer*.

§ 2-7 *Folkehelseinstituttet (gjeldende § 7-9)*

Folkehelseinstituttet 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 smittevernfaglige råd og bistand til helsepersonell, kommuner, fylkeskommuner, *helseforetak, regionale helseforetak* og statlige virksomheter i forbindelse med oppklaring og kontroll av utbrudd av smittsomme sykdommer.

§ 2-8 *Helsedirektoratet* (gjeldende § 7-10)

Helsedirektoratet skal, ved å utføre myndighetsoppgaver, medvirke til at befolkningens behov for tjenester og tiltak blir dekket i forbindelse med smittsomme sykdommer.

Når det er nødvendig for å sikre et effektivt og forsvarlig smittevern, kan Helsedirektoratet pålegge helsepersonell å følge nærmere bestemte faglige retningslinjer.

§ 2-9 *Statens helsetilsyn* (gjeldende § 7-10a)

Statens helsetilsyn skal ha det overordnede tilsynet med at kommunens, fylkeskommunens*, helseforetaks og regionalt helseforetaks virksomhet* er i samsvar med loven og med forskrift eller enkeltvedtak med hjemmel i loven.

Statens helsetilsyn kan gi pålegg om retting eller stenging i samsvar med helsetilsynsloven.

Kommuneloven kapittel 30 gjelder når det føres tilsyn med kommuner.

§ 2-10 *Bistandsplikt* (gjeldende § 4-10)

Tollvesenet, havner, flyplasser, Mattilsynet, Forsvaret, Kystvakten, Kystverket, Fiskeridirektoratet, Sjøfartsdirektoratet og Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap plikter å ha særlig oppmerksomhet rettet mot smittsomme sykdommer. De *skal* bistå med gjennomføringen og overholdelsen av bestemmelsene som er gitt i *eller i medhold av denne loven.*

Politiet skal etter anmodning bistå med gjennomføringen av tiltak etter §§ *6-2 til 6-4, 7-1 til 7-6, 8-1 til 8-3, 8-10 og 9-1 til 9-4*.

Departementet kan i forskrift fastsette nærmere *bestemmelser om plikten til å yte bistand*, herunder bestemme hvem som skal betale for utgiftene til bistand.

§ 2-11 *Informasjonsplikt og unntak fra taushetsplikt* (gjeldende § 4-10)

Ansatte i *organer som omfattes av § 2-10* skal uten hinder av lovbestemt taushetsplikt underrette *kommuneoverlegen* når *det er* en nærliggende fare for overføring av en allmennfarlig smittsom sykdom *som* åpenbart *krever* nødvendig hjelp eller tiltak fra helse- og omsorgstjenesten. Hvis kommuneoverlegen ikke *kan nås*, skal *informasjonen gis til* Folkehelseinstituttet.

Ansatte i Mattilsynet skal *uten hinder av lovbestemt taushetsplikt* underrette *kommuneoverlegen* og Folkehelseinstituttet ved mistanke om eller tilfelle av smittsom dyresykdom som kan utgjøre en fare for mennesker eller ved mistanke om smittsom sykdom som formidles til mennesker via næringsmidler.

Departementet kan i forskrift bestemme at også ansatte i andre statlige virksomheter skal omfattes av opplysningsplikten uten hinder av taushetsplikt.

Kapittel 3 Vaksinasjon

§ 3-1 *Nasjonalt vaksinasjonsprogram* (gjeldende § 3-8)

Departementet skal *i forskrift* fastlegge et nasjonalt program for vaksinering mot smittsomme sykdommer.

Kommunen skal tilby befolkningen dette programmet.

Kommunen kan mot vederlag bruke andres eiendom til vaksinering, og om nødvendig skade den, når det ved en samfunnskritisk sykdom er nødvendig å vaksinere befolkningen eller deler av den med en gang for at folkehelsen ikke skal bli vesentlig skadelidende.

§ 3-2 *Vaksineforsyning og vaksineberedskap* (gjeldende § 3-8)

Departementet har ansvar for å sikre nødvendig vaksineforsyning og vaksineberedskap.

§ 3-3 *Unntak fra taushetsplikt for utlevering av opplysninger til kontrollsystem* (gjeldende § 3-8)

Kongen i statsråd kan i forskrift fastsette at helsepersonell uten hinder av lovbestemt taushetsplikt skal gi nødvendige opplysninger for gjennomføring av et kontrollsystem basert på vaksinasjonsregistre, og gi regler for slike registre, jf. helseregisterloven.

Kapittel 4 Helse- og omsorgstjenestens og helsepersonells plikter ved smitte

§ 4-1 *Legens plikt til å undersøke smittede personer* (gjeldende § 3-5)

Legen skal være særlig oppmerksom på muligheten for at pasienten har en allmennfarlig smittsom sykdom. En lege som får mistanke om at en pasient har en allmennfarlig smittsom sykdom, skal etter samtykke fra pasienten foreta eller sette i verk de undersøkelser som er nødvendige for å *avklare* om det foreligger en slik sykdom. I så fall skal legen straks og i samråd med den smittede pasienten gjøre sitt for å motvirke at sykdommen blir overført til andre.

Hvis det er tvil etter første ledd, skal legen uten hinder av lovbestemt taushetsplikt ta kontakt med kommuneoverlegen. Kommuneoverlegen skal overta den videre oppklaringen og oppfølgingen dersom det viser seg at den første legen ikke har de nødvendige forutsetningene for arbeidet.

En lege plikter å undersøke en smittet person, ta blodprøve eller foreta andre nødvendige undersøkelser, når *det er gjort vedtak om tvungen undersøkelse* etter § 6-2 *eller § 6-8* og undersøkelsen kan gjennomføres uten fare. *Plikten gjelder ikke når den smittede er en person omfattet av helsepersonelloven § 12 fjerde ledd.*

Ved samfunnskritisk sykdom kan kommunen eller kommuneoverlegen bestemme at kommuneoverlegen skal overta ansvaret for å undersøke smittede personer.

§ 4-2 *Legens plikt til å foreta smitteoppsporing* (gjeldende § 3-6)

En lege som har sikker kunnskap eller har mistanke om en allmennfarlig smittsom sykdom som skyldes overføring av smitte fra en person til en annen, skal foreta smitteoppsporing dersom dette er gjennomførbart og hensynet til smittevernet krever det. Legen skal i så fall spørre den smittede om hvem smitten kan være overført fra, om når og på hvilken måte smitteoverføringen kan ha skjedd og om hvem han eller hun kan ha overført smitten til. Annen lege kan kontaktes i sammenheng med smitteoppsporing uten hinder av taushetsplikt.

Er vilkårene etter første ledd oppfylt skal legen, eventuelt gjennom den smittede, ta kontakt med dem som smitten kan være overført fra eller til og undersøke disse. Plikten bortfaller dersom den smittede pasienten eller de som han eller hun oppgir som smittekilder eller mulig smittet, godtgjør at aktuelle personer allerede er undersøkt eller får nødvendig behandling eller omsorg.

Dersom legen ikke *er* i stand til å gjennomføre smitteoppsporing og oppfølging av de mulig smittede etter første og andre ledd, skal legen uten hinder av lovbestemt taushetsplikt gi *beskjed* om dette til kommuneoverlegen hvis hensynet til smittevernet

krever det. Legen skal da også gi opplysning om smittekontakter. Legen skal alltid ta kontakt med kommuneoverlegen *uten hinder av lovbestemt taushetsplikt* når det er mistanke om en allmennfarlig smittsom sykdom som skyldes miljøsmitte, for eksempel en sykdom som skyldes overføring av smitte fra drikkevann, matvarer eller dyr.

Kommuneoverlegen skal i tilfeller som nevnt i tredje ledd overta videre smitteoppsporing og oppfølgning.

Dersom kommuneoverlegen får opplysninger om en smittet person som bor eller oppholder seg utenfor kommunen, skal kommuneoverlegen uten hinder av lovbestemt taushetsplikt gi opplysningene til kommuneoverlegen i den kommunen der den smittede bor eller oppholder seg, hvis hensynet til smittevernet krever det.

Ved samfunnskritisk sykdom kan kommunen eller kommuneoverlegen bestemme at kommuneoverlegen skal overta smitteoppsporingen og oppfølgingen av de mulig smittede.

§ 4-3 *Informasjon og personlig smittevernveiledning til smittede personer* (gjeldende § 2-1)

Den undersøkende eller behandlende legen skal snarest mulig gi en smittet person med en allmennfarlig smittsom sykdom informasjon og personlig smittevernveiledning om

a. sykdommen, sykdommens smittsomhet og smittemåter, og hva den smittede selv kan gjøre for å motvirke at sykdommen blir overført til andre, og
b. rettigheter og plikter en smittet person med en allmennfarlig smittsom sykdom har, herunder etter smittevernloven kapittel 5 og 6.

Er den smittede under 16 år, har både den smittede og de som har omsorgen for den smittede krav på informasjon og personlig smittevernveiledning, uten hinder av legens lovbestemte taushetsplikt. Er den smittede mellom 12 og 16 år, skal opplysninger likevel ikke gis til dem som har omsorgen hvis den smittede, eller andre som kjenner den smittedes situasjon, har innvendinger mot at dette blir gjort, og legen mener at innvendingene bør respekteres.

Er den smittede en person over 16 år som ikke er i stand til å forstå og følge smittevernveiledningen, har både den smittede og de som har omsorgen for den smittede, krav på informasjon og personlig smittevernveiledning uten hinder av legens lovbestemte taushetsplikt.

Dersom legen har grunn til å anta at en smittet person ikke følger den personlige smittevernveiledningen, *eller legen ikke er i stand til å gi en smittet person slik veiledning,* skal legen uten hinder av lovbestemt taushetsplikt underrette kommuneoverlegen hvis hensynet til smittevernet krever det. Kommuneoverlegen skal da *overta smittevernveiledningen* av personen.

Hovedinnholdet av den informasjonen og den personlige smittevernveiledningen som legen gir til den smittede, skal føres inn i pasientens journal.

Ved samfunnskritisk sykdom kan kommunen eller kommuneoverlegen bestemme at kommuneoverlegen skal overta ansvaret for å gi informasjon og smittevernveiledning. Journalføringsplikten etter femte ledd gjelder da ikke.

§ 4-4 *Unntak fra taushetsplikt* (gjeldende § 2-2)

Legen skal *i den grad det er mulig* søke å oppnå samtykke fra en smittet person når det av hensyn til smittevernet er behov for å gi videre opplysninger underlagt taushetsplikt og det er overveiende sannsynlig at det er eller har vært fare for overføring av en allmennfarlig smittsom sykdom.

Er det ikke mulig å oppnå samtykke fra den smittede, kan det gis opplysninger om smittestatus og andre nødvendige opplysninger uten hinder av lovbestemt taushetsplikt. Legen kan gi opplysningene til

a. helsepersonell som har ansvar for oppfølging av pasienten eller som har ansvar for at annet personell, andre pasienter eller besøkende ikke smittes, når det er overveiende sannsynlig at helsepersonellet, pasientene eller de besøkende er i fare for å få overført en allmennfarlig smittsom sykdom,
b. den som med overveiende sannsynlighet er i fare for å få overført en allmennfarlig smittsom sykdom,
c. den som med overveiende sannsynlighet har vært i fare for å få overført en allmennfarlig smittsom sykdom, når opplysningene kan motvirke at sykdommen blir overført til andre, eller er avgjørende for å kunne begynne medisinsk behandling av den smitteutsatte, eller
d. den som med overveiende sannsynlighet har vært i fare for å få overført en allmennfarlig smittsom sykdom fordi den smittede har opptrådt klanderverdig.

Dersom det er åpenbar fare for overføring etter andre ledd bokstav b, skal opplysningene gis, med mindre legen vet at en annen lege gir opplysningene.

Er legen i tvil om opplysninger bør gis etter andre ledd, kan legen forelegge spørsmålet for kommuneoverlegen til uttalelse. Nekter legen å gi opplysninger, kan *kommuneoverlegen eller* den som ønsker opplysninger etter andre *ledd, forelegge* spørsmålet for statsforvalteren, som kan bestemme at opplysningene skal gis.

Når opplysninger gis med hjemmel i andre ledd, skal legen informere den smittede skriftlig om at opplysningene er gitt.

Når vilkårene i første og andre ledd er oppfylt, kan en tannlege, jordmor eller sykepleier gi nødvendige opplysninger til den smittede personens lege eller til kommuneoverlegen.

Helsepersonell som mottar opplysninger etter denne paragrafen, har samme taushetsplikt som den som gir opplysningene.

§ 4-5 *Meldings- og varslingsplikt for helsepersonell* (gjeldende § 2-3)

En lege som oppdager en smittet person, har meldingsplikt etter forskrifter gitt i medhold av fjerde ledd, uten hinder av lovbestemt taushetsplikt. En lege, sykepleier, jordmor eller tannlege som i sin virksomhet oppdager en smittet person, har varslingsplikt etter forskrifter gitt i medhold av fjerde ledd, uten hinder av lovbestemt taushetsplikt.

Den som etter første ledd mottar opplysninger undergitt taushetsplikt, har samme taushetsplikt som dem som gir opplysningene.

Når helsepersonell *nevnt i* første ledd gir en melding eller varsel som identifiserer en person, skal det gis informasjon til den opplysningene angår, om hvem som er mottaker og hva opplysningene skal brukes til.

Kongen i statsråd kan gi forskrifter om behandling av helseopplysninger, *blant annet* om bruk av navn, fødselsnummer eller andre personidentifiserende kjennetegn i samsvar med helseregisterloven. Forskriftene skal angi formålet med behandlingen av opplysningene, og hvilke smittsomme sykdommer som skal meldes eller varsles. Kongen i statsråd kan også gi forskrifter om meldingsplikt for bivirkninger av forebyggende tiltak, og om undersøkelse, behandling og andre tiltak etter loven. Kongen kan gi nærmere bestemmelser om hvem som skal melde eller varsle, og om formkrav, meldingsskjemaer og frister for meldingene og varslene, *blant annet* om hvem som kan eller skal motta meldinger og varsler.

Uten samtykke fra departementet kan verken private eller offentlige sette i verk meldingsordninger for smittsomme sykdommer hos mennesker. Dette gjelder ikke interne systemer.

Ved utbrudd av allmennfarlig smittsom sykdom, eller når det er fare for slikt utbrudd, og når det er nødvendig av hensyn til smittevernet, kan *departementet* med øyeblikkelig virkning pålegge personer som nevnt i første ledd midlertidige meldings- og varslingsplikter som *fraviker forskrifter* etter fjerde ledd uten hinder av lovbestemt taushetsplikt.

§ 4-6 *Plikt for helsepersonell til å gjennomgå opplæring, følge faglige retningslinjer og gjennomføre tiltak* (gjeldende § 4-9)

Etter *vedtak* fra *kommunen* har helsepersonell ansatt i kommunen eller som yter helse- og omsorgstjenester på vegne av kommunen, plikt til å gjennomgå nødvendig opplæring for å kunne delta i de særlige oppgaver som smittevernarbeidet krever.

Ved *samfunnskritisk* sykdom har helsepersonell som har gjennomgått nødvendig opplæring, plikt til å delta og utføre nødvendige oppgaver i smittevernarbeidet etter *kommunens vedtak.*

Helsepersonell har plikt til å følge Helsedirektoratets pålegg etter § 2-8 om at en allmennfarlig smittsom sykdom skal forebygges, undersøkes, behandles, eller pleies etter bestemte faglige retningslinjer, eller at undersøkelser eller analyser skal gjøres slik Helsedirektoratet bestemmer eller bare må gjøres av noen som Helsedirektoratet har godkjent.

En lege som er ansatt i kommunen eller som yter helse- og omsorgstjenester på vegne av kommunen, har plikt til å delta i forebyggelse av en allmennfarlig smittsom sykdom og i undersøkelse og behandling av en person som er smittet med en slik sykdom, når det er nødvendig og etter vedtak av *kommunen.*

Kapittel 5 Rett til smittevernhjelp og plikter for smittede personer

§ 5-1 *Rett til smittevernhjelp* (gjeldende § 6-1)

Enhver har rett til nødvendig smittevernhjelp. Smittevernhjelp er å anse som en del av retten til nødvendige helse- og omsorgstjenester etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 første og andre ledd og § 2-2.

Den som etter en faglig vurdering anses å være i fare for å bli smittet med en allmennfarlig smittsom sykdom, har rett til nødvendig smittevernhjelp i form av vaksinasjon, informasjon og annen nødvendig forebyggende hjelp.

En smittet person med en allmennfarlig smittsom sykdom har rett til nødvendig smittevernhjelp, herunder medisinsk vurdering og utredning (diagnostikk), behandling og pleie.

Den som søker smittevernhjelp eller dens pårørende som mener *bestemmelsene i denne paragrafen* er brutt, kan klage til statsforvalteren i det fylket hvor vedkommende mener feil er begått. Klagen sendes til den som har truffet enkeltvedtaket eller avgjørelsen.

Departementet kan gi forskrifter til utfylling av denne bestemmelsen.

§ 5-2 *Plikter for en person som er smittet med en allmennfarlig smittsom sykdom* (gjeldende § 5-1)

Den som har grunn til å anta at han selv eller noen han har omsorgen for, er smittet med en allmennfarlig smittsom sykdom, skal snarest gi beskjed til lege og oppsøke legen for nødvendig undersøkelse.

En smittet person med en allmennfarlig smittsom sykdom har plikt til å gi nødvendige opplysninger om hvem smitten kan være overført fra. Dersom overføringen kan ha skjedd ved miljøsmitte, for eksempel drikkevann, matvarer eller dyr, har vedkommende også plikt til å opplyse om dette. Dessuten har vedkommende plikt til å opplyse hvem han eller hun selv kan ha overført smitten til. Opplysningene skal gis til den undersøkende legen eller til kommuneoverlegen.

En smittet person med en allmennfarlig smittsom sykdom har plikt til å ta imot og følge den personlige smittevernveiledningen som legen gir *etter*§ 4-3 for å motvirke at sykdommen blir overført til andre, og plikt til å la seg isolere dersom det er nødvendig.

Departementet kan gi forskrifter om unntak fra pliktene etter første og andre ledd når smitten er så utbredt i samfunnet at det ikke er formålstjenlig at pliktene gjelder.

§ 5-3 *Forbud mot utførelse av arbeid mv.* (gjeldende § 4-2)

En smittet person med en allmennfarlig smittsom sykdom som gjennom sitt arbeid eller ved deltagelse i undervisning er en alvorlig fare for overføring av smitte til andre, kan forbys å utføre dette arbeidet eller delta i undervisningen for opptil tre uker dersom hensynet til smittevernet krever det. Ved nytt vedtak kan forbudet forlenges med opptil tre uker.

Vedtak etter første ledd skal gjøres av kommuneoverlegen sammen med vakthavende infeksjonsmedisinske overlege ved sykehus i helseregionen.

Statsforvalteren avgjør klage over vedtak. Når legene som skal gjøre vedtak etter andre ledd er uenige, skal statsforvalteren delta i avgjørelsen. Helsedirektoratet avgjør

klagen når statsforvalteren har vært med i første instans. En klage har ikke utsettende virkning på iverksetting av vedtak etter denne paragrafen.

Når smittede personer gjennom sitt arbeid eller ved deltagelse i undervisning kan utgjøre en alvorlig fare for overføring av smitte til andre, kan departementet i forskrift fastsette at det skal være forbudt for smittede personer å utføre et bestemt arbeid eller deler av det eller delta i undervisning. *Departementet kan også i forskrift fastsette bestemmelser om saksbehandling og klage på enkeltvedtak.*

§ 5-4 *Forskrifter om undersøkelse av befolkningen* (gjeldende § 3-1)

Dersom det er avgjørende for å kunne bedømme hvilke forebyggende tiltak eller undersøkelses-, behandlings- eller pleietiltak som er nødvendige for å forebygge en smittsom sykdom eller motvirke at den blir overført, kan departementet i forskrift fastsette plikt for befolkningen eller grupper av den til å gjennomgå blodprøvetaking, eller andre tilsvarende undersøkelser som er medisinskfaglig forsvarlig og kan gjøres uten fare.

Er den smittede under 16 år eller en person over 16 år som ikke uten bistand er i stand til å oppfylle pliktene etter første ledd, skal den som har omsorgen for den smittede, medvirke til at vedkommende oppfyller pliktene etter første ledd.

Ved iverksetting av tiltak etter første ledd kan kommunen mot vederlag bruke og om nødvendig skade andres eiendom.

§ 5-5 *Forhåndsundersøkelse av arbeids- og utdanningssøkere, undersøkelse av arbeidstakere og personer under utdanning mv.* (gjeldende § 3-2)

Departementet kan, når hensynet til smittevernet krever det, og dersom smittede personer kan utgjøre alvorlig fare for overføring av smittsom sykdom i sitt arbeid eller virke, gi forskrift om plikt til å gjennomgå undersøkelse som nevnt i § 5-4 for

a. arbeids- eller utdanningssøkere før ansettelse eller opptak
b. arbeidstakere, innleide arbeidstakere, oppdragstakere, skoleelever eller studenter, og
c. personer som skal oppholde seg i Norge som ledd i kulturutveksling, frivillig arbeid eller lignende.

§ 5-6 *Forhåndsundersøkelse av pasienter* (gjeldende § 3-3)

En helseinstitusjon kan kreve at en pasient skal la seg forhåndsundersøke når det gjelder en smittsom sykdom, før det blir foretatt en diagnostisk utredning, og før pasienten får behandling eller pleie. En slik undersøkelse kan *ikke omfatte* endoskopi, biopsi, spinalpunksjon eller andre lignende undersøkelser eller inngrep.

Forhåndsundersøkelse kan kreves bare når en slik sykdom vil forårsake ekstraordinære forebyggende tiltak av hensyn til faren for overføring til andre pasienter eller til personale, og såfremt tiltakene kan gi vesentlig større sikkerhet mot smitteoverføring eller bety en vesentlig lettelse eller besparelse for helse- og omsorgstjenesten.

Forhåndsundersøkelse etter første ledd må ikke føre til at behandlingen av pasienten blir alvorlig forsinket, eller til at *pasienten* blir utsatt for fare eller urimelig ulempe.

Vedtak om forhåndsundersøkelse kan påklages til statsforvalteren.

Helseinstitusjon kan bare kreve forhåndsundersøkelse som rutine for alle pasienter når det er bestemt i forskrift. Departementet kan i forskrift fastsette bestemmelser om rutinemessige forhåndsundersøkelser av alle pasienter.

§ 5-7 *Forskrifter om undersøkelse av gravide* (gjeldende § 3-4)

Departementet kan gi forskrifter om plikt for gravide til å avgi blodprøve eller gjennomgå nødvendig undersøkelse som kan gjøres uten fare, når formålet med undersøkelsen er å fastslå om det er grunn til å sette i verk tiltak for å motvirke at en allmennfarlig smittsom sykdom blir overført til barna.

§ 5-8 *Forskrifter om undersøkelser* (gjeldende § 3-9)

Departementet kan gi forskrifter om den nærmere gjennomføringen av smitteverntiltak etter §§ 5-4, 5-5, 5-6 og 5-7, herunder om

a. hvilke grupper av befolkningen som tiltakene skal omfatte, og om fritak,
b. hvem som kan gi fritak, og om tilsyn med gjennomføringen av tiltakene,
c. at enkelte *undersøkelser bare* må utføres av særskilt godkjent helsepersonell, hvem som kan gi godkjenning, og hvilken opplæring personellet må gjennomgå for å få slik godkjenning,
d. plikt for helsepersonell til å foreta eller medvirke ved *undersøkelser*,
e. *hvordan* undersøkelser eller analyser skal *gjøres, og* at de må foretas av noen som *departementet* har godkjent,
f. hvem som skal dekke utgiftene med tiltakene.

§ 5-9 Kostnadsd*ekning for tjenester og tiltak* (gjeldende § 6-2)

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

Kapittel 6 Tvangstiltak rettet mot smittede personer

§ 6-1 *Forholdsmessighet ved tvangstiltak* (gjeldende § 1-5)

Frivillig medvirkning fra den tiltaket gjelder *skal være forsøkt før det treffes vedtak om tvangstiltak etter dette kapittelet*.

Tvangstiltak kan ikke brukes når det etter sakens art og forholdene ellers vil være et uforholdsmessig inngrep.

§ 6-2 *Tvungen legeundersøkelse – innleggelse til undersøkelse og kortvarig isolering* (gjeldende § 5-2)

Når det er nødvendig for å forebygge en allmennfarlig smittsom sykdom eller motvirke at den blir overført, skal legen eller eventuelt kommuneoverlegen be en smittet person om å la seg undersøke av lege.

Dersom en smittet person motsetter seg undersøkelse etter første ledd, kan det gjøres vedtak om at vedkommende skal legges inn på sykehus til legeundersøkelse og eventuelt til kortvarig isolering. Slik tvungen legeundersøkelse eller kortvarig isolering kan bare gjennomføres for å klarlegge om det foreligger en allmennfarlig smittsom sykdom, og dette er nødvendig for å motvirke overføring av en slik sykdom til andre og såfremt undersøkelsen kan skje uten fare. Tvungen isolering kan vedtas for opptil sju dager.

Når det er forsvarlig å foreta legeundersøkelsen uten innleggelse på sykehus ut fra hensynet til den smittede eller dem som skal undersøke, kan undersøkelsen gjøres poliklinisk eller på et annet egnet sted.

Før det blir gjort vedtak om tvungen legeundersøkelse eller kortvarig isolering, skal den smittede personen gis varsel slik at *det er mulig* å uttale seg om spørsmålet. Varsel kan sløyfes når det ikke er praktisk mulig eller vil medføre fare for at undersøkelsen eller isoleringen ikke kan gjennomføres.

Vedtak etter andre og tredje ledd skal gjøres av smittevernnemnda, se §§ 2-5, 2-6 og 2-7, etter reglene i §§ 6-5 til 6-7. Se likevel § 6-8 om hastevedtak. Det har ikke utsettende virkning dersom vedtaket bringes inn for tingretten.

§ 6-3 *Tvungen isolering på sykehus* (gjeldende § 5-3)

Når det er nødvendig for å forebygge en allmennfarlig smittsom sykdom eller motvirke at den blir overført, skal legen, eventuelt kommuneoverlegen be en smittet person *som er i en fase av sykdommen der smitten kan overføres til andre* om å la seg isolere.

Dersom en smittet person motsetter seg isolering etter første ledd og andre tiltak som kan forebygge eller motvirke overføring av sykdommen har vært forsøkt eller det er overveiende sannsynlig at slike tiltak ikke vil føre frem, kan det gjøres vedtak om at vedkommende skal legges inn på sykehus til isolering. Slik tvungen isolering kan bare gjennomføres når dette etter en helhetsvurdering er den klart mest forsvarlige løsningen i forhold til faren for smitteoverføring og den belastningen som tvangsinngrepet må antas å medføre, og det er overveiende sannsynlig at andre ellers vil bli smittet.

Vedtak etter denne bestemmelsen kan gjøres for opptil tre uker. Ved nytt vedtak kan isoleringstiden forlenges med opptil seks uker om gangen inntil ett år fra første vedtak. Dersom det er nødvendig å fullføre behandling av allmennfarlig smittsom sykdom av særlig alvorlig karakter for å forhindre smitteoverføring, kan vedtaket forlenges utover ett år.

I sammenheng med forlengelse av isoleringstiden kan det vedtas tvungen legemiddelbehandling når det kan redusere isoleringstiden vesentlig. Vedtak om tvungen legemiddelbehandling kan bare fattes når behandlingen er medisinskfaglig forsvarlig og kan gjøre en smittet person smittefri. Påbegynt legemiddelbehandling må fullføres dersom det er fare for tilbakefall eller resistensutvikling, eller dersom andre tungtveiende

smittevernhensyn tilsier det. Departementet kan i forskrift fastsette nærmere bestemmelser om legemiddelbehandlingen.

Vedtak om tvungen isolering på sykehus og legemiddelbehandling gjøres av smittevernnemnda, se §§ 2-5, 2-6 og 2-7, etter reglene i §§ 6-5 til 6-7. Tvangsvedtaket skal oppheves av avdelingens overlege så snart vilkårene for innleggelsen ikke lenger foreligger. Smittevernnemnda skal varsles så tidlig som mulig, og senest tre døgn før den smittede blir utskrevet.

§ 6-4 *Gjennomføring av isolering på sykehus* (gjeldende § 5-4)

Innleggelse til tvungen undersøkelse og kortvarig isolering etter § 6-2 eller isolering etter § 6-3 skal skje *på en egnet sykehusavdeling eller sengepost*. *Isolasjonsstedet* skal være spesielt lagt til rette for å motta smittede slik at de kan få det medisinske og pleiemessige behandlingstilbud som vil føre til så kortvarig isolering som mulig.

Under isoleringen kan det iverksettes pleiemessige og sikkerhetsmessige tiltak for å gjennomføre en effektiv isolering. Tiltakene skal være begrenset til det som er helt påkrevd i forhold til faren for smitteoverføring. Oppholdet skal så langt *som mulig* gi muligheter for normal livsutfoldelse og kontakt med nære pårørende.

Når særlige forhold krever det, kan smittede personer isoleres i *andre helse- og omsorgsinstitusjoner som kommunen har besluttet kan benyttes til formålet. Ved samfunnskritisk sykdom kan departementet i forskrift bestemme at smittede personer kan isoleres på andre steder enn sykehus.*

Departementet kan i forskrift fastsette nærmere krav til de fysiske og faglige forholdene ved sykehus og andre *steder* som *benyttes* til isolering

§ 6-5 *Forberedelse til tvangssak for smittevernnemnda* (gjeldende § 5-5)

En sak om vedtak etter §§ 6-2 eller 6-3 innledes ved at kommuneoverlegen utarbeider begjæring om tiltak etter den aktuelle paragrafen. I begjæringen skal det redegjøres for de omstendigheter kommuneoverlegen legger til grunn for det tiltak som blir foreslått.

Begjæringen skal omgående sendes til smittevernnemnda med kopi til statsforvalteren.

Helsedirektoratet kan selv reise sak for nemnda.

§ 6-6 *Oppnevning av fullmektig for den smittede mv.* (gjeldende § 5-6)

Smittevernnemnda skal sørge for at det blir oppnevnt advokat for de private parter. Advokaten skal omgående gjøres kjent med begjæring om tiltak med vedlagte dokumenter, og gis frist for tilsvar etter barnevernsloven § 14-10.

De begrensninger i den smittedes rett til å se saksdokumentene som er fastsatt i forvaltningsloven § 19 første ledd bokstav d og de begrensinger i den smittedes rett til innsyn i sin journal med vedlegg som er fastsatt for innsynsretten, gjelder ikke når smittevernnemnda er anmodet om å gjøre vedtak etter loven.

§ 6-7 *Vedtak og begrunnelse* (gjeldende § 5-7)

Smittevernnemnda skal komme sammen så raskt som mulig og senest innen sju dager for å drøfte og fatte vedtak i saken. Til møtet i nemnda kan en representant for den som har begjært tvangsvedtaket og den smittedes fullmektig møte.

Dersom noen av partene ønsker det, skal de under møtet gis anledning til vitneførsel og til å legge frem annet materiale det ikke har vært mulig å presentere under saksforberedelsen.

Reglene i tvisteloven om dommers innhold og begrunnelse gjelder tilsvarende.

I meldingen om vedtaket skal det særskilt gjøres oppmerksom på overprøvingsadgangen etter § 6-9.

§ 6-8 *Hastevedtak* (gjeldende § 5-8)

Kommuneoverlegen og vakthavende infeksjonsmedisinske overlege ved sykehus i helseregionen kan sammen treffe hastevedtak etter §§ 6-2 og 6-3 hvis hensynet til smittevernet tilsier at vedtaket blir fattet. Det skal særlig legges vekt på åpenbar fare for smitteoverføring.

Når legene som skal gjøre vedtak er uenige, skal statsforvalteren delta i avgjørelsen.

Vedtak om tvungen isolering gjelder fram til smittevernnemnda har vurdert saken, men ikke utover sju dager.

Kopi av hastevedtak skal omgående sendes til smittevernnemnda.

§ 6-9 *Overprøving av tvangsvedtak* (gjeldende § 5-9)

Smittevernnemndas vedtak kan bringes inn for tingretten etter reglene i tvisteloven kapittel 36. Dette gjelder også hastevedtak etter § 6-8.

Vedtak om tvungen isolering på sykehus etter § 6-3 kan settes i verk dersom vedtaket bringes inn for tingretten. Vedtak om tvungen legemiddelbehandling etter § 6-3 skal ikke settes i verk dersom vedtaket bringes inn for tingretten.

Søksmål kan reises av den vedtaket retter seg mot eller vedkommendes nærmeste, av statsforvalteren eller Statens helsetilsyn. En mindreårig kan opptre som part og gjøre partsrettigheter gjeldende dersom vedkommende er fylt 12 år og forstår hva saken gjelder.

Kapittel 7 Kommunale smitteverntiltak

§ 7-1 *Kommunens vedtak om begrensninger i den sosiale omgangen* (gjeldende § 4-1)

Når det er nødvendig for å forebygge en allmennfarlig smittsom sykdom eller for å motvirke at den blir overført, kan *kommunen* vedta *påbud som har til formål å begrense kontakten mellom mennesker*, inkludert

a. helt eller delvis stenge virksomheter eller forby møter og sammenkomster
b. stille krav til virksomheter og *arrangører* av møter og sammenkomster om *smittevernfaglig forsvarlig drift, inkludert krav til maksimalt antall personer som kan være til stede, avstand mellom personer, servering, åpningstider, hygienetiltak eller bruk av personlig verneutstyr*,
c. *forby eller stille vilkår for opphold på nærmere bestemt sted*.

Vedtak etter første ledd kan gjelde overalt der mennesker er samlet eller kan samles, inkludert

a. steder hvor det gjennomføres møter og sammenkomster,
b. virksomheter, for eksempel *serveringssteder, overnattingssteder, forretningslokaler, messer og markeder, steder for fritids-, idretts- eller kulturaktivitet, steder for tros- og livssynssamlinger,* bedrifter og arbeidsplasser*,* barnehager, skoler *og annen opplærings- og utdanningsvirksomhet og institusjoner i helse- og omsorgstjenesten mv.*
c. offentlig og privat samferdsel,
d. private hjem.

Kommunen kan likevel ikke fatte vedtak etter første ledd om å forby eller pålegge begrensninger for

a. adgangen til å forlate private hjem til bestemte tider eller til bestemte formål (portforbud eller lignende).
b. møter i domstolene, Stortinget og folkevalgte organer i kommuner og fylkeskommuner. Dette er ikke til hinder for å forby eller legge begrensninger på publikums adgang til slike møter.
c. lokaler og arealer som Forsvaret, politiet og helseforetak har forbeholdt for sine ansatte, samarbeidende personell og pasientbehandling.

Vedtak etter første ledd kan gjelde i inntil 30 dager, med mindre særlige grunner tilsier en lengre periode. Den som har satt i verk tiltaket, skal straks oppheve vedtaket eller begrense omfanget av det når det ikke lenger er nødvendig.

Kongen kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om de forskjellige tiltakene, herunder fastsette krav til metoder og midler som skal brukes og til kvalifikasjoner hos de som skal sette i verk tiltak.

§ 7-2 *Kommunens vedtak om begrensninger i adgang til innreise eller utreise på kommunens område (avsperring)* (gjeldende § 4-1)

Kommunen kan vedta forbud mot *eller stille vilkår for innreise til, eller utreise fra, hele eller deler av kommunens område* når

a. det er nødvendig for å forebygge en allmennfarlig smittsom sykdom eller for å motvirke at den blir overført, *og*
b. formålet er å forhindre spredning av smitte enten innad i kommunen eller fra kommunen til andre deler av landet som ikke er utsatt for smitte eller har vesentlig lavere smittetrykk.

Kommunen kan vedta at personer som har oppholdt seg i et område som er omfattet av forbud etter første ledd, kan forlate området mot at de er i karantene på egnet sted eller følger andre smitteverntiltak.

§ 7-1 fjerde ledd (vedtakets varighet) gjelder tilsvarende.

§ 7-3 *Avgrensning av smitteverntiltak (ny)*

Kommunen kan bare gi forskrifter om at vaksinasjonsstatus, gjennomgått sykdom eller resultat av test for sykdom inngår i avgrensningen av, eller gir unntak fra, smitteverntiltak som kommunen vedtar etter § 7-1 (sosial omgang), dersom Kongen har bestemt det i forskrift. Kongen kan gi forskrifter om vilkår og rammer for kommunens forskrifter etter første punktum, inkludert bruk av dokumentasjon.

Kommunen kan gi forskrifter om at vaksinasjonsstatus, gjennomgått sykdom, testresultat eller andre forhold som har betydning for om en person kan smitte andre, bli smittet eller utvikle alvorlig sykdom, inngår i avgrensningen av, eller gir unntak fra, smitteverntiltak som kommunen vedtar etter § 7-2 (avsperring). Kommunen kan gi forskrifter om bruk av dokumentasjon for slike forhold.

Bestemmelser om at dokumentasjon som kommunen har gitt forskrifter om etter første og andre ledd er eneste aksepterte dokumentasjon, kan bare fastsettes når det anses nødvendig med effektiv og sikker verifikasjon, og det etter smitteverntiltakets art og forholdene ellers ikke vil være uforholdsmessig.

Alder kan inngå i avgrensningen av, eller gi unntak fra, smitteverntiltak etter dette kapittelet når det er begrunnet i at ulik alder gir ulik risiko for å smitte, bli smittet eller utvikle alvorlig sykdom.

§ 7-4 *Pålegg om rengjøring, desinfeksjon, avlivning mv.* (gjeldende § 4-1)

Når det er nødvendig for å forebygge en allmennfarlig smittsom sykdom eller for å motvirke at den blir overført, kan *kommunen* vedta pålegg til private eller offentlige om rengjøring, desinfeksjon eller destruksjon av gjenstander eller lokaler. Pålegget kan også gå ut på avliving av *kjæledyr*, utrydding av rotter og andre skadedyr, avlusing eller annen smittesanering.

§ 7-5 *Kommunens iverksetting av vedtak* (gjeldende § 4-1)

Har *kommunen* truffet vedtak om tiltak etter *§§ 7-1, § 7-2 eller 7-4* som den ansvarlige ikke retter seg etter, kan *kommunen* sørge for at tiltakene blir satt i verk. *Kommunen* kan sørge for å iverksette tiltakene også dersom den ansvarliges holdning eller atferd kan medføre at iverksettingen blir forsinket, eller dersom det er uvisst hvem som er den ansvarlige. Tiltakene gjennomføres for den ansvarliges regning, kommunen hefter for kravet om vederlag. *Det samme gjelder dersom Kongen, eller den Kongen utpeker, har truffet vedtak etter §§ 8-1, 8-2 eller 8-10 som den ansvarlige ikke retter seg etter.*

Ved iverksetting av tiltak som nevnt i § 7-4, kan *kommunen* bruke og om nødvendig skade den ansvarliges eiendom. Ved iverksetting av tiltak etter § 7-2 og 8-2 (avsperring), §§ 7-4 og 8-10 (smittesanering) og § 8-3 (isolering, smittekarantene og andre begrensninger i bevegelsesfriheten), kan *kommunen* mot vederlag bruke eller skade andres eiendom. Det er et vilkår at vinningen er vesentlig større enn skaden eller ulempen ved inngrepet.

§ 7-6 *Kommuneoverlegens hastevedtak* (gjeldende § 4-1)

I hastesaker kan *kommuneoverlegen* utøve myndigheten *etter §§ 7-1, 7-2, 7-3 andre ledd, 7-4, 7-5 og 7-8. Kommuneoverlegen skal så snart som mulig orientere kommunestyret, eller den som er delegert myndigheten etter de nevnte bestemmelsene, om hastevedtaket.*

§ 7-7 *Obduksjon* (gjeldende § 4-5)

Kommuneoverlegen kan vedta at en avdød med en allmennfarlig smittsom sykdom skal obduseres *eller undersøkes på mindre inngripende måte*, dersom det er nødvendig for å fastslå sykdommens art eller for å påvise andre forhold som det er viktig å kjenne til for å kunne forebygge en slik sykdom eller motvirke at den blir overført.

Ved *samfunnskritisk* sykdom bærer staten utgiftene for rekvirerte obduksjoner.

§ 7-8 *Gravferd og transport av lik* (gjeldende § 4-6)

Ved *samfunnskritisk* sykdom kan *kommunen* vedta forholdsregler i forbindelse med gravferd, herunder bestemme at avdøde personer skal kremeres, eller at det skal settes i verk andre spesielle tiltak i forbindelse med gravferder.

§ 7-9 *Forholdet mellom kommunale og statlige forskrifter* (ny)

Kommunen kan 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 samfunnskritisk sykdom i flere kommuner, kan Kongen forskriftsfeste 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.

Kapittel 8 Statlige smitteverntiltak

§ 8-1 *Kongens vedtak om begrensninger i den sosiale omgangen* (gjeldende § 4-1)

Ved samfunnskritisk sykdom og når det er nødvendig for å forebygge eller motvirke at den blir overført, kan *Kongen* vedta påbud som nevnt i § 7-1 første ledd om begrensninger i den sosiale omgangen overalt der mennesker er samlet.

Kongen kan likevel ikke fatte vedtak etter første ledd om å forby eller pålegge begrensninger for

a. adgangen til å forlate private hjem til bestemte tider eller til bestemte formål (portforbud eller lignende).
b. møter i domstolene, Stortinget og folkevalgte organer i kommuner og fylkeskommuner. Dette er ikke til hinder for å forby eller legge begrensninger på publikums adgang til slike møter.

Vedtak etter første ledd kan gjelde i inntil 30 dager, med mindre særlige grunner tilsier en lengre periode. Den som har satt i verk tiltaket, skal straks oppheve vedtaket eller begrense omfanget av det når det ikke lenger er nødvendig.

Kongen kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om de forskjellige tiltakene, herunder fastsette krav til metoder og midler som skal brukes og til kvalifikasjoner hos de som skal sette i verk tiltak.

§ 8-2 *Kongens vedtak om begrensninger i adgang til innreise eller utreise for et bestemt område (avsperring)* (gjeldende § 4-1)

Kongen kan vedta forbud mot *innreise til, eller utreise fra, et område* når det er nødvendig for å forebygge en *samfunnskritisk* sykdom eller for å motvirke at den blir overført.

Kongen kan gi forskrift om karantene etter § 8-3 for personer som har oppholdt seg i et område som er omfattet av forbud etter første ledd.

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

§ 8-3 *Forskrift om isolering, smittekarantene og andre begrensninger i bevegelsesfriheten* (gjeldende § 4-3 a)

Ved *samfunnskritisk sykdom* kan Kongen, når det er nødvendig for å forebygge eller motvirke overføring av sykdommen, gi forskrift om

a. isolering for smittede personer
b. smittekarantene for *eksponerte personer*.

Kongen kan i forskrift fastsette andre begrensninger i bevegelsesfriheten for personer som omfattes av første ledd, og nærmere krav til undersøkelser i forbindelse med, eller til erstatning for, isolering, smittekarantene eller begrensninger i bevegelsesfriheten.

Forskrift fastsatt med hjemmel i første og andre ledd skal etter vedtak snarest mulig meddeles Stortinget.

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

§ 8-4 *Transport av smittefarlig materiale* (gjeldende § 4-4)

Innførsel, transport og annen håndtering av smittefarlig materiale som kan overføre smitte til mennesker skal skje på en forsvarlig måte, slik at smittefaren blir så liten som mulig.

Kongen kan i forskrift fastsette begrensninger og andre nærmere bestemmelser om innførsel, transport og annen håndtering av smittefarlig materiale som kan bety en fare for overføring av smittsom sykdom til mennesker.

§ 8-5 *Gravferd og transport av lik* (gjeldende § 4-6)

Departementet kan i forskrift gi bestemmelser om

a. transport av lik innenfor landet og fra og til utlandet,

b. *forholdsregler* i forbindelse med gravferd *som er nødvendige for å motvirke overføring av smitte fra lik*, inkludert *krav til* hygiene, emballering og hvilke opplysninger *de som håndterer liket* kan kreve.

Ved samfunnskritisk sykdom kan departementet i forskrift gi bestemmelser om at avdøde personer skal kremeres og krav til gjennomføring av kremering.

§ 8-6 *Forskrifter om helsetjenesteassosierte infeksjoner* (gjeldende § 4-7)

Departementet kan i forskrift fastsette bestemmelser om tiltak for å motvirke helsetjenesteassosierte infeksjoner. I forskriften kan det gis bestemmelser for helsepersonell og eiere av virksomheter som driver medisinsk undersøkelse, behandling eller pleie, for å forebygge eller motvirke at pasienter, ansatte eller andre blir påført infeksjoner. Det kan gis egne bestemmelser om smittevern for pasienter som har nedsatt immunforsvar, herunder at slike pasienter kan undersøkes, behandles eller pleies bare ved institusjoner som departementet har godkjent.

§ 8-7 *Informasjonsplikt for massemedier og samferdsel* (gjeldende § 4-8)

Ved *samfunnskritisk* sykdom kan departementet pålegge *følgende virksomheter å gi befolkningen informasjon av betydning for å håndtere smittesituasjonen og som er tydelig merket med avsender*

a. ethvert innenlandsk massemedium
b. virksomheter som tilrettelegger for eller tilbyr persontransport.

Pålegg etter første ledd kan også gjelde plassering av informasjon, hvor hyppig den skal vises og i hvilket tidsrom den skal vises.

Innenlandsk massemedium som etterkommer pålegg etter første ledd, har krav på vederlag.

En klage har ikke utsettende virkning for iverksetting av vedtaket.

§ 8-8 *Pålegg om rengjøring, desinfeksjon, avlivning mv.* (gjeldende § 4-1)

Ved samfunnskritisk sykdom og når det er nødvendig for å forebygge eller motvirke at den blir overført, kan *Kongen* vedta pålegg til private eller offentlige om rengjøring, desinfeksjon eller destruksjon av gjenstander eller lokaler. Pålegget kan også gå ut på avliving av *kjæledyr*, utrydding av rotter og andre skadedyr, avlusing eller annen smittesanering.

Kongen kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om tiltak etter første ledd og etter § 7-4, inkludert fastsette krav til metoder og midler som skal brukes og til kvalifikasjoner hos de personer som skal sette i verk tiltak. I forskrift kan det også fastsettes bestemmelser om plikt til løpende gjennomføring av tiltak som nevnt i første ledd.

§ 8-9 *Avgrensning av smitteverntiltak (ny)*

Kongen kan gi forskrifter for hele eller deler av landet om at vaksinasjonsstatus, gjennomgått sykdom eller resultat av test for sykdom inngår i avgrensningen av, eller gir

unntak fra, smitteverntiltak forskriftsfestet etter § 8-1 (sosial omgang). Kongen kan bare forskriftsfeste krav om gjennomgått sykdom eller vaksinering dersom også negativ test for sykdom er et reelt alternativ. Kongen kan forskriftsfeste krav om kun negativ test for sykdom for de som er til stede.

Kongen kan ikke gi forskrift om at andre medisinske forhold enn det som følger av første ledd inngår i avgrensningen av, eller gir unntak fra, smitteverntiltak forskriftsfestet etter § 8-1 (sosial omgang).

Kongen kan gi forskrifter for hele eller deler av landet om at vaksinasjonsstatus, gjennomgått sykdom, resultat av test for sykdom eller andre forhold som har betydning for om en person kan smitte andre, bli smittet eller utvikle alvorlig sykdom, inngår i avgrensningen av eller gir unntak fra, smitteverntiltak forskriftsfestet etter loven § 8-2 (avsperring) og § 8-3 (smittekarantene mv.).

Alder kan inngå i avgrensningen av, eller gi unntak fra, smitteverntiltak etter dette kapittelet når det er begrunnet i at ulik alder gir ulik risiko for å smitte, bli smittet eller utvikle alvorlig sykdom.

§ 8-10 *Bruk av dokumentasjon på forhold som inngår i avgrensningen av smitteverntiltak (ny)*

Kongen kan gi forskrifter for hele eller deler av landet om bruk av dokumentasjon på forhold som inngår i avgrensningen av smitteverntiltak etter § 8-9.

Ingen kan forskjellsbehandles på grunnlag av at de ikke kan fremvise dokumentasjon Kongen har gitt forskrifter om etter første ledd, med mindre bestemmelser i eller i medhold av lov gir adgang til dette.

Bestemmelser om at dokumentasjon som Kongen har gitt forskrifter om etter første ledd er eneste aksepterte dokumentasjon, kan bare fastsettes når det anses nødvendig med effektiv og sikker verifikasjon, og det etter smitteverntiltakets art og forholdene ellers ikke vil være uforholdsmessig.

Kapittel 9 Smitteverntiltak for å motvirke at smittsomme sykdommer føres inn i landet mv.

§ 9-1 *Forskrifter om inn- og utreisetiltak for personer, herunder karantene* (gjeldende § 4-3)

Kongen kan gi forskrifter for å motvirke at smittsomme sykdommer føres inn i landet*, spres i landet* eller spres til andre land *av smittede eller eksponerte* personer, herunder krav om å:

a. *oppholde seg adskilt fra andre i en periode inntil det er tilstrekkelig klarlagt at de ikke er smitteførende (innreise*karantene*), inkludert krav til hvor og hvordan karantenen skal gjennomføres,*
b. *fremvise* dokumentasjon *for at de ikke har en allmennfarlig smittsom sykdom*,
c. *la seg* undersøke *for om de har en allmennfarlig smittsom sykdom*.

§ 9-2 *Forskrifter om bestemt oppholdssted for innreisekarantene ved samfunnskritisk sykdom* (ny)

Kongen i statsråd kan gi forskrifter med krav om at innreisekarantene skal gjennomføres på et pålagt oppholdssted, som for eksempel karantenehotell, når det er nødvendig for å motvirke at en samfunnskritisk sykdom føres inn i landet, spres i landet eller spres til andre land. Kongen kan også gi forskrift om egenandel for personer i karantene eller deres arbeids- eller oppdragsgiver til dekning av kostnader ved karanteneopphold.

Forskrifter fastsatt med hjemmel i første ledd skal etter vedtak snarest mulig meddeles Stortinget.

§ 9-3 *Forskrifter om gjennomføring av felles innreisetiltak for Schengen-områdets yttergrense* (ny)

Kongen i statsråd kan i forskrift fastsette begrensninger på reiser til Norge over Schengen-områdets yttergrense, herunder innreiserestriksjoner og smitteverntiltak, som vedtatt av Rådet for den europeiske union i gjennomføringsrettsakter om begrensninger på reiser til Unionen i medhold av grenseforordningen artikkel 21a, jf. grenseloven § 8 nr. 1.

§ 9-4 *Forskrifter om smitteverntiltak overfor dyr, transportmidler, varer og gjenstander* (gjeldende § 4-3)

For å motvirke at smittsomme sykdommer føres inn i landet*, spres i landet* eller spres til andre land, kan Kongen gi forskrifter om tiltak som gjelder dyr, transportmidler, varer og gjenstander som kan tenkes å overføre smittsomme sykdommer.

I forskriftene kan Kongen også fastsette nærmere krav til blant annet undersøkelser, smittesanering og dokumentasjon i forbindelse med innreise til og utreise fra Norge og i forbindelse med inn- og utførsel av varer.

§ 9-5 *Forskrifter om lokaler, personale og utstyr ved utpekte havner, lufthavner og grensepasseringssteder (ny)*

Kongen kan i forskrift bestemme at kommunen skal sørge for at utpekte havner, lufthavner og grensepasseringssteder har tilgang til de lokaler og det personale og utstyr som er nødvendig for tiltak som er innført etter §§ 9-1 til 9-4. Kongen kan i forskrift også bestemme hvilke tiltak som er nødvendige.

§ 9-6 *Avgrensning av smitteverntiltak (ny)*

Kongen kan gi forskrifter for hele eller deler av landet om at vaksinasjonsstatus, gjennomgått sykdom, resultat av test for sykdom eller andre forhold som har betydning for om en person kan smitte andre, bli smittet eller utvikle alvorlig sykdom, inngår i avgrensningen av eller gir unntak fra, smitteverntiltak forskriftsfestet etter bestemmelsene i dette kapittelet.

Kongen kan gi forskrifter for hele eller deler av landet om bruk av dokumentasjon på forhold som inngår i avgrensningen av smitteverntiltak etter første ledd. § 8-10 andre og tredje ledd gjelder tilsvarende.

Alder kan inngå i avgrensningen av, eller gi unntak fra, smitteverntiltak etter dette kapittelet når det er begrunnet i at ulik alder gir ulik risiko for å smitte, bli smittet eller utvikle alvorlig sykdom.

Kapittel 10 Behandling av biologisk materiale og personopplysninger

§ 10-1 *Kartleggingsundersøkelse og metodeutprøving* (gjeldende § 3-7)

Tilgjengelig blod, serum og annet biologisk materiale fra mennesker kan ikke analyseres *for smittsomme sykdommer* for et ikke-diagnostisk formål uten samtykke fra de personene prøvene stammer fra.

Laboratorier *og* institusjoner kan likevel utføre kartleggingsundersøkelser ved bruk av tilgjengelig prøvemateriale som nevnt i første ledd uten samtykke fra de som har avgitt prøvene dersom formålet med undersøkelsen er å:

a. overvåke utviklingen av en epidemi som sprer seg i befolkningen,
b. belyse forekomsten av en smittsom sykdom i befolkningen eller en del av den, eller
c. bedømme om og i tilfelle hvor godt befolkningen er beskyttet mot en smittsom sykdom som det vaksineres mot, og undersøkelsens resultat er av betydning for smittevernarbeidet.

Laboratorier *og* institusjoner kan også utføre metodeutprøving ved bruk av tilgjengelig prøvemateriale som nevnt i første ledd uten samtykke fra de som har avgitt prøvene dersom formålet med utprøvingen er å utvikle ny metodikk eller forbedre eksisterende metodikk for påvisning og karakterisering av en smittsom sykdom.

Helsedirektoratet kan pålegge et laboratorium eller en institusjon å utføre kartleggingsundersøkelser som nevnt i andre ledd når dette anses påkrevd av hensyn til smittevernet.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om gjennomføringen av undersøkelser etter denne paragraf, og om bruken av resultatene, herunder plikt for laboratorier *og* institusjoner til å gi melding om analysefunn uten hinder av lovbestemt taushetsplikt.

§ 10-2 *Deling av gensekvenser fra mikroorganismer*

Folkehelseinstituttet og nasjonale referanselaboratorier kan dele opplysninger om gensekvenser og isolater fra mikroorganismer, og tilknyttede personopplysninger, for å forebygge og bekjempe utbredelsen 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 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.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om gjennomføringen.

§ 10-3 *Unntak fra taushetsplikt og utbruddsregistre* (gjeldende § 2-2)

Når det er nødvendig for iverksetting av tiltak eller for oversikt og kontroll i forbindelse med smittsomme sykdommer, kan *kommuneoverlegen*, statsforvalteren, Helsedirektoratet, Statens helsetilsyn og Folkehelseinstituttet kreve opplysninger fra offentlige kilder eller privat helse- og omsorgstjeneste uten hinder av lovbestemt taushetsplikt.

Ved etableringen av utbruddsregistre skal den dataansvarlige dokumentere at helseopplysningene behandles i samsvar med helseregisterloven § 6, herunder beskrive formålet med behandlingen og hvilke helseopplysninger som behandles.

Kapittel 11 Adgang til å fastsette forskrifter med lovs innhold, herunder fravike gjeldende lovgivning (derogasjon)

§ 11-1 *Adgang til å fastsette forskrift med lovs innhold, herunder fravike gjeldende lovgivning* (gjeldende § 7-12)

Ved utbrudd av samfunnskritisk sykdom, eller når det er fare for slikt utbrudd, kan Kongen i statsråd fastsette midlertidige forskrifter med lovs innhold, herunder fravike gjeldende lovgivning, for å

a. beskytte folkehelsen,
b. ivareta befolkningens liv og helse,
c. sikre helse- og omsorgstjenestens evne og kapasitet til å sørge for forsvarlige og nødvendige helse- og omsorgstjenester til befolkningen.

Forskrifter etter første ledd kan bare fastsettes dersom helsekrisen ikke kan håndteres innenfor gjeldende lovgivning og bare dersom den konkrete situasjonen medfører at det ikke er forsvarlig tid eller mulighet til å gjennomføre en ordinær lovbehandling.

Beredskapsloven §§ 3 og 4 gjelder tilsvarende.

*[**Se høringsnotatets punkt 22.4.10.2** hvor departementet ber om høringsinstansenes syn* på *følgende alternative forslag:*

1. *I smittevernloven inntas en bestemmelse som fastslår at derogasjonsforskrifter bare kan «begrense rettigheter så langt det er forenlig med Grunnloven og menneskerettsloven».*
2. *Det presiseres i forarbeidene at derogasjonsforskrifter bare kan «begrense rettigheter så langt det er forenlig med Grunnloven og menneskerettsloven», men dette lovfestes ikke.*

Dersom slik bestemmelse skal lovfestes, kan den gis slik ordlyd:

§ 11-2 *Begrensninger i adgangen til å fastsette forskrift med lovs innhold eller som fraviker gjeldende lovgivning (ny)*

Forskrifter fastsatt i medhold av § 11-1 kan bare begrense rettigheter så langt det er forenlig med Grunnloven og menneskerettsloven.]

§ 11-3 *Domstolskontroll* (ny)

Ved prøving av vedtak etter kapittelet her kan retten prøve alle sider av saken.

Kapittel 12 Straff, klage, ikrafttredelse og overgangsbestemmelser

§ 12-1 *Straff* (gjeldende § 8-1)

Med bot eller fengsel inntil 2 år *straffes den som* forsettlig eller uaktsomt overtrer bestemmelser som *er gitt i eller i medhold av §§ 5-3 til 5-7, §§ 6-2 og 6-3, §§ 7-1, 7-2, 7-4, 7-6 og 7-8, §§ 8-1 til 8-8 og 8-10, §§ 9-1 til 9-4 og §§ 10-1 og 10-3*. Dersom overtredelsen har tap av menneskeliv eller betydelig skade på kropp eller helse som følge, er straffen bot eller fengsel inntil 4 år.

§ 12-2 *Klage over vedtak* (gjeldende § 8-3)

Statsforvalteren avgjør klage over kommunalt eller interkommunalt vedtak såfremt ikke noe annet er bestemt i loven.

§ 12-3 *Ikrafttredelse*

Loven trer i kraft fra den tid Kongen bestemmer. Kongen kan sette i kraft de enkelte bestemmelsene til forskjellig tid.

Fra den tiden loven trer i kraft, oppheves lov 5. august 1994 nr. 55 om vern mot smittsomme sykdommer.

§ 12-4 *Overgangsbestemmelser*

Forskrifter og enkeltvedtak med hjemmel i lov 5. august 1994 nr. 55 om vern mot smittsomme sykdommer gjelder også etter at loven her har trådt i kraft.

Kongen kan i forskrift fastsette overgangsordninger i forbindelse med at loven trer i kraft.

Endringer i andre lover

Pasientskadeloven § 3 andre ledd skal lyde:

Ved erstatning som følge av skade *etter vaksinasjoner gitt innenfor nasjonalt vaksinasjonsprogra*m*, jf. lov x. xx 2026 nr. xx om vern mot smittsomme sykdommer § 3-1*, gjelder retten til erstatning etter § 2 første ledd bokstav d med mindre den ansvarlige godtgjør at en eller flere andre årsaker er mer sannsynlige.