

Tvangstiltak etter smittevernloven 1995–2013

BAKGRUNN Smittevernloven trådte i kraft fra 1995. Loven gir i hjemmel for tvangsmessig undersøkelse og isolering av smittede personer. Vi ønsket å undersøke hvordan tvangsbestemmelsene i loven er blitt praktisert.

MATERIALE OG METODE Vi gjennomgikk alle saker som har vært behandlet i den nasjonale smittevernemnda fra 1995 til utgangen av 2013. Vi kontaktet leger i regionale helseforetak for opplysninger om eventuelle hastevedtak. Vi innhentet opplysninger fra Tuberkulose-registeret om behandlingsresultat i tuberkulosesakene og undersøkte hvor mange tuberkulosepasienter som forsvant fra behandling 1995–2013.

RESULTATER Smittevernemnda har behandlet 15 saker, fordelt på 12 personer. Ni hadde smittsom lungetuberkulose, en primær tuberkulose, en mistenkt tuberkulose og en hiv. Tre av tuberkulosepasientene hadde multiresistent tuberkulose. Nemnda traff to vedtak om tvangsundersøkelse/kortvarig isolering og ni om tvungen isolering samt to vedtak om forlenget isolering. Det er ikke truffet vedtak om tvungen behandling. Bare fire av de ni pasientene med smittsom lungetuberkulose fullførte behandlingen. Det er truffet ett hastevedtak etter 2006.

FORTOLKNING Tvangsbestemmelsene har vært praktisert restriktivt. Det bør vurderes å gjøre endringer i dem, det gjelder særlig adgangen til å treffe hastevedtak om isolering for personer med kjent diagnose. Det er behov for klarere regler om forlenget isolering. Saksbehandlingstiden ved begjæring om vedtak i smittevernemnda bør forkortes.

Smittevernloven ble vedtatt høsten 1994 og trådte i kraft 1.1. 1995. Loven erstattet blant annet kapittel 2 i sunnhetsloven fra 1860, kjønnssykeloven og tuberkuloseloven (1–4). Lovens kapittel 5 inneholder bestemmelser om tvangstiltak.

Lovens § 5-2 gir hjemmel for tvangsmessig undersøkelse og isolering av en antatt smittet person i inntil sju dager for å klarlegge om det foreligger allmennfarlig smittsom sykdom. Vilkår for slikt vedtak er blant annet at tiltaket er nødvendig for å hindre smitteoverføring og at undersøkelsen kan skje uten fare.

Etter § 5-3 kan en person med påvist allmennfarlig smittsom sykdom isoleres i sykehus i inntil tre uker. Vilkår er blant annet at frivillige tiltak har vært forsøkt og at isolering er nødvendig for å hindre smitte til andre. Om nødvendig kan det treffes vedtak om forlengelse for maksimalt seks uker om gangen i inntil ett år. I forbindelse med vedtak om forlenget isolering kan det vedtas tvungen medikamentell behandling dersom dette kan gjøre vedkommende smittefri og redusere behandlingstiden vesentlig.

Vedtak etter §§ 5-2 og 5-3 treffes av smittevernemnda. Fylkesnemnda for sosiale saker i Oslo og Akershus er utpekt til å være smittevernemnd for hele landet. I hastesaker kan kommunelegen treffe vedtak etter § 5-2 sammen med lege oppnevnt av regionalt helseforetak. Det kan ikke treffes hastevedtak etter § 5-3 – det vil si at hastevedtak bare kan fattes dersom en allmennfarlig smittsom sykdom er mistenkt, *ikke* dersom den er påvist (5).

Vi har gjort mer detaljert rede for vilkårene for tvangsvedtak etter smittevernloven og saksgang m.m. i en annen artikkel (6).

Forut for 1995 var det en omfattende debatt om lovforslaget, særlig om tvangsbestemmelsene. Det var stor motstand i interesse- og støtteorganisasjoner for hivpositive som Pluss, Landsforeningen mot AIDS og Helseutvalget. De mente blant annet at hiv ikke burde omfattes av loven og uttrykte frykt for at den kunne bli brukt til tvungne masseundersøkelser av mistenkt hivpositive eller til internering av hivpositive, særlig hivpositive prostituerte (2–4). Under komitébehandlingen i Stortinget presiserte flertallet at tvangsbestemmelsene skulle praktiseres restriktivt: «... bestemmelsen [§ 5-3] kan bare anvendes i enkelttilfeller og i ekstreme situasjoner...» (4). Et mindretall stemte for at seksuelt overførte infeksjoner og blodsmittesykdommer skulle unntas fra tvangsbestemmelsene (4).

Vi ønsket å finne ut hvordan tvangsbestemmelsene i loven er blitt praktisert. Samtidig ønsket vi å undersøke sluttresultatet av den medisinske behandlingen for de pasientene som har hatt saker i smittevernemnda.

Materiale og metode

Saksdokumentene fra møter i smittevernemnda i perioden 1995–2013 ble gjennomgått, og opplysninger ble manuelt registrert. For pasientene ble det registrert fødselsår og -måned samt kjønn, fødeland, bosteds- eller oppholdsfylke og status for

Tore Wælgård Steen

tore.steen@hel.oslo.kommune.no
Helseetaten
Oslo kommune

Trude Margrete Arnesen

Avdeling for infeksjonsovervåking
Nasjonalt folkehelseinstitutt



Podkast på www.tidsskriftet.no

> Se lederartikkel på side 1342

HOVEDBUDSKAP

Tvangsbestemmelsene i smittevernloven har vært lite brukt i perioden 1995–2013

Nesten alle sakene har dreid seg om tuberkulose

Med dagens regelverk kan det treffes hastevedtak om tvangsmessig isolering hvis diagnosen er mistenkt, men ikke der diagnosen er kjent

Bestemmelsen om forlengelse av isolering tar ikke tilstrekkelig høyde for at noen sykdommer krever langvarig behandling for å oppnå varig smittefrihet

opphold i Norge. Videre ble diagnosen registrert. For tuberkulose ble det registrert resistensforhold, antatt smittsomhet (syrefaste staver, dyrkingsresultat, ev. polymereasekjedereaksjon, ev. kaverner på røntgen) og behandlingsstart.

Det ble også registrert informasjon om hvem som hadde fremmet saken for nemnda og når begjæringen ble sendt, hvilke tiltak som var forsøkt før saken var fremmet, andre særlige forhold – dato for behandling i nemnda, utfall, dato og begrunnelse for vedtaket samt eventuelle vedtak om forlengelse.

Fra Tuberkuloseregisteret ble det innhentet opplysninger om behandlingsutfall for alle tuberkulosepasienter med vedtak i nemnda. Vi telte også opp alle pasienter med smitteførende tuberkulose som forsvant fra behandling i perioden 1995–2012. Kommunelegen ble kontaktet for opplysninger om nemndvedtak for pasienter som ikke hadde tuberkulose.

De legene i de regionale helseforetakene som for tiden er utpekt til å kunne treffe hastedvedtak etter smittevernloven sammen med kommunelegen, ble kontaktet for opplysninger om eventuelle slike vedtak.

Etikk

Vi anså det ikke mulig å innhente samtykke fra de aktuelle pasientene. Helsedirektoratet ga dispensasjon fra taushetsplikten i medhold av helsepersonelloven § 29 b.

Sentralenheten for fylkesnemndene for barnevern og sosiale saker ga samtykke til gjennomgang av saker behandlet etter smittevernloven i fylkesnemnda for Oslo og Akershus. Melding om behandling av personopplysninger ble sendt til Datatilsynet.

Resultater

Saker i nemnda

I tidsrommet 1995–2013 var det 15 saker i smittevernemnda. Disse omfattet 12 personer (det opprettes ny sak ved eventuell begjæring om forlengelse). Ni av de 12 hadde påvist lungetuberkulose med positiv mikroskopisk og/eller dyrking av ekspektorat, indukert sputum eller bronkialskyllvæske, i tillegg hadde et barn positiv dyrkingsprøve for *M. tuberculosis* i ventrikkelaspirat. En person hadde mistenkt tuberkulose og en hadde hiv. Tre av tuberkulosepasientene hadde multiresistent tuberkulose (MDR-TB).

En sak ble trukket av kommunen før nemndbehandling, en annen ble trukket i nemnda. Det var 11 vedtak etter § 5-3 (isolering/behandling ved kjent diagnose) og to vedtak etter § 5-2 (utredning av mistenkt diagnose).

Seks personer bodde i eller oppholdt seg i Oslo og to i Akershus. De øvrige kom fra Finnmark, Hordaland, Vest-Agder og Østfold.

De 12 personene var i alderen 2–80 år, median 32 år. Det var ni var menn og tre kvinner. Fem hadde innvandringsbakgrunn, fire var etnisk norske, tre var asylsøkere med avslag eller sak under behandling.

Fra begjæringen ble fremmet av kommunelegen til det ble avholdt møte i nemnda gikk det 4–9 dager, median 11 dager. Fra møtet i nemnda til vedtak ble gjort gikk det 0–3 dager, median én dag.

I de fleste sakene møtte kommunen med fullmektig (advokat) og kommunelege, i tre saker møtte bare kommunelege. Pasienten møtte i nemnda i bare én sak og da sammen med advokat. For øvrig var pasientene representert ved fullmektig.

Det var dissens i én sak. Der mente fagkyndig medlem av nemnda at frivillighet ikke var forsøkt i tilstrekkelig grad fra kommunens side.

I to saker er det usikkert om pasientens sykdom var smittsom på tidspunktet for nemndvedtaket.

Det ble truffet vedtak om forlenget isolering for to pasienter. Det var ingen vedtak om tvungen behandling.

For pasienter med tuberkulose ble behandlingen fullført i fire tilfeller, mens fem forsvant fra behandling eller avbrøt behandlingen. En person ble frisk uten behandling.

Hastedvedtak etter § 5-2

Mellom 2006 og 2013 ble det truffet ett hastedvedtak. Det gjaldt en tuberkulosepasient som til dels hadde fått uregelmessig behandling. Vedkommende møtte ikke til kontroll etter endt behandling, og det var mistanke om behandlingssvikt.

Bortsett fra fra Oslo har vi ikke fullstendige opplysninger om eventuelle hastedvedtak før 2006. I en av sakene som ble behandlet i nemnda hadde først sykehuslege, senere kommunelege truffet hastedvedtak hjemlet i § 5-3. Fylkeslegen fant imidlertid disse vedtakene ugyldige i ettertid, siden hastedvedtak bare kan treffes etter § 5-2, når diagnosen er mistenkt, ikke etter § 5-3, når diagnosen er kjent.

For en annen tuberkulosepasient der det senere ble truffet vedtak i nemnda etter § 5-3, traff kommunelege og lege oppnevnt av regionalt helseforetak først hastedvedtak om innleggelse etter § 5-2. Verken smittevernemnda eller fylkeslegen hadde bemerkninger til vedtaket. Sett i ettertid var det imidlertid neppe formelt korrekt, fordi pasienten hadde sikker diagnose da det ble fattet (§ 5).

Forsvunne pasienter

med smitteførende tuberkulose

Av dem som startet behandling for smitteførende lungetuberkulose i perioden 1995–2012, er 56 personer registrert med «forsvunnet fra behandling» i Tuberkuloseregis-

teret, inkludert fem som inngår i dette materialet. Åtte av de 56 hadde multiresistent tuberkulose. Behandlingstid for disse åtte er oppgitt til 4–6 1/2 måned. 18 av de 56 forsvant i perioden 2004–10. I disse årene ble det ikke fremmet noen saker for smittevernemnda.

Diskusjon

Tillitsforholdet mellom lege og pasient er grunnsteinen i all behandling. Pasientene må være trygge på at det vil være til deres beste å la seg undersøke og behandle, ellers vil de kunne unndra seg dette. I langt de fleste tilfeller er det mulig å finne en løsning som pasienten kan godta, og stort sett har pasienten og samfunnet sammenfallende interesser i at sykdommen blir kurert. Begrenset bruk av tvang er derfor grunnleggende viktig i bekjempelsen av smittsomme sykdommer.

Vi har vist at i løpet av de nærmere 18 årene som er gått siden smittevernloven trådte i kraft, er det blitt fremmet begjæring til smittevernemnda om tvungen undersøkelse eller tvungen isolering for 12 pasienter. Det er ikke truffet noe vedtak om tvungen behandling. Dette viser at tvangsbestemmelsene er blitt praktisert restriktivt, slik som forutsatt av Stortinget da loven ble vedtatt (4). Spesielt har frykten blant hivpositive og deres interesseorganisasjoner for at loven særlig skulle ramme dem, vist seg å være ubegrunnet, i og med at alle sakene unntatt én har dreid seg om tuberkulose eller mistanke om tuberkulose.

Når frivillige tiltak ikke fører frem og en pasient vurderes som smittefarlig for sine omgivelser, kan tvang etter smittevernloven §§ 5-2 og 5-3 være nødvendig. På bakgrunn av våre funn spør vi om disse redskapene er gode nok og om de er tilstrekkelig kjent til at de blir brukt etter intensjonen.

Behov for endringer i § 5-2

Som nevnt er vi kjent med fire hastedvedtak. To ble kjent ugyldige i ettertid, et tredje var formelt feil. Etter vårt syn er det et paradoks at det kan fattes hastedvedtak om isolasjon på grunn av mistanke om smitteførende sykdom, men ikke når diagnosen er bekreftet. Hvorfor det er blitt slik, fremgår ikke klart av lovforarbeidene (1–4). Kanskje man har tenkt at det er tilstrekkelig at «smittevernemnda skal komme sammen så snart som mulig» (§ 5-7), men, som vi har vist, var korteste tid fra begjæring til møte i nemnda fire dager og median tid 11 dager.

Vi mener § 5-2 bør endres slik at det kan treffes hastedvedtak om tvangsmessig isolering for inntil en uke også når diagnosen er kjent, naturligvis forutsatt at frivillige tiltak er forsøkt så langt som mulig. I slike tilfeller vil det nok ofte være aktuelt med begjæring om fortsatt isolering utover en uke. Saks-

behandlingsreglene i § 5-7 bør da endres slik at nemnda har plikt til å møte og treffe ev. vedtak om fortsatt isolering innen en uke dersom dette begjæres samtidig med hastevedtaket. Skulle det likevel vise seg at en ukes isolering er tilstrekkelig, kan saken trekkes.

Sverige har en smittevernlov som på mange måter er lik den norske. Der kan imidlertid smittevernlege (smittskyddslakare) treffe hastevedtak om kortvarig isolering (tillfällig isolering) for inntil fire dager for både mistenkt smittede og påvist smittede personer. Saken må behandles i retten (förvaltningsrätten) i løpet av fire dager (7). Retten kan forlenge isoleringen i inntil to uker (7). Tvangsmessig undersøkelse kan imidlertid bare foretas etter avgjørelse i retten.

Det finnes ingen sentral oversikt over hastevedtak etter § 5-2. I lovforslaget fra 1994 (3) var det med at alle slike vedtak skulle rapporteres sentralt, men av ukjente grunner falt dette bort da loven ble vedtatt. Vi mener at smittevernemnda bør få kopi av alle hastevedtak.

Behov for endringer i § 5-3

Pasienter med lungetuberkulose som stopper behandlingen for tidlig har økt risiko for residiv. Dette er vist både for dem som er mikroskopipositive og for dem som bare er dyrkingspositive (8, 9). Risikoen øker jo tidligere man avslutter behandlingen (9). Ved eventuelt residiv er det økt risiko for resistens (10). Ved multiresistens vil for tidlig avslutning av behandling kunne føre til behandlingssvikt og/eller ytterligere resistensutvikling (11).

Ved behandling av tuberkulose med følsomme bakterier synker smittefaren raskt, og det er vanlig å anse pasienten som smittefri etter 10–14 dagers behandling. Men når det først anses nødvendig med tvungen isolering for tuberkulose, bør det tas hensyn til hele behandlingsforløpet, ikke bare til smittesituasjonen i øyeblikket. Det er spesielt uheldig med for tidlig avslutning hos pasienter med multiresistent tuberkulose.

Ut fra lovteksten er det uklart om det da kan vedtas forlenging av isoleringen hvis man forventer dårlig samarbeid fra pasientens side, eller om det kan treffes et første-gangs vedtak om isolering for en pasient som har fått noe behandling og blitt «smittefri», men har stoppet behandlingen altfor tidlig. En pasient i dette materialet hadde tre negative prøver (direkte mikroskopi) før nektning og én prøve fra indusert sputum var negativ tre uker før nemndbehandlingen. Likevel fant nemnda at pasienten sannsynligvis var smitteførende og at flere behandlingsavbrudd kunne gi risiko for resistensutvikling. Nemnda har altså svart bekreftende på dette spørsmålet i iallfall én sak. Vi

mener at lovteksten bør gjøres klarere på dette punktet.

Saksbehandlingstid i nemnda

Ifølge lovens § 5-7 skal nemnda komme sammen «så raskt som mulig». Likeså skal vedtaket gjøres «umiddelbart». Vi synes at median tid på 11 dager fra begjæring fremmes til møte i nemnda er for lenge, gitt at alle sakene unnatt én gjelder personer med kjent smittefare. I tillegg bør det i de aller fleste sakene være mulig for nemnda å treffe vedtak samme dag som møtet avholdes.

Vi mener at det bør vurderes å sette en tidsfrist for nemndbehandlingen, gjerne en uke. I Sverige har förvaltningsrätten en ukes frist, regnet fra når begjæring om isolering mottas (12).

Hvorfor nesten bare tuberkulose?

Sverige har en lov som i stor grad er lik den norske, men hjemmelen for tvangsundersøkelser brukes langt oftere, og da mest for mistenkt klamydiasmitte. Nasjonal statistikk for vårt naboland finnes bare for årene 2004–07, men i disse årene ble det vedtatt tvangsundersøkelse av 34 personer med mistenkt klamydiasmitte, tre med mistenkt hivsmitte og en hver av henholdsvis mistenkt hepatitt B og gonoré. I de samme årene var det tre vedtak om kortvarig isolering (en hepatitt B/klamydia, to tuberkulose) og to vedtak om lengre isolering (en multiresistent tuberkulose, en hiv) (13, 14).

Nyere tall fra Stockholms län viser at det fortsatt er slik. For eksempel ble det fremmet 13 begjæring om tvangsundersøkelse for seksuelt overført infeksjon der i 2011 (Ingela Berggren, personlig meddelelse). Etter at smittevernloven trådte i kraft, har det aldri vært fremmet begjæring om tvangsundersøkelse for seksuelt overført infeksjon i Norge. Forskjellen skyldes trolig først og fremst forskjellig behandlingsskilt og -tradisjon.

Det er interessant at en lov som mange i Norge fryktet ville bli en «hivlov», i praksis er blitt en tuberkuloselov, og da hovedsakelig for isolering av påviste tilfeller. Vi antar at det er flere grunner til at det er blitt slik.

For det første er tvangsbestemmelsene blitt praktisert restriktivt. Selv om mange smittsomme sykdommer er definert som allmennfarlige, står tuberkulose på mange måter i en særstilling på grunn av langvarig forløp og høy dødelighet hvis sykdommen ikke behandles. For det annet er de fleste smittsomme sykdommer akutte og går raskt over av seg selv eller med behandling, og ytterst få vil motsette seg behandling som er kort og effektiv dersom man er alvorlig syk. For det tredje er smittefaren i relativt stor grad uavhengig av den smittedes atferd ved lungetuberkulose, mens seksuelt overførbar

smitte både forutsetter mer aktiv handling fra den smittedes side og aksept for handlingen fra den smitteutsattes side.

I stedet for at smittevernloven ble en «hivlov», er straffeloven § 155, om forsettlig eller uaktsomt utsette andre for fare for å bli smittet av allmennfarlig sykdom, i stor grad blitt en «hivparagraf». Syse-utvalget (15) viste at av rundt 20 saker behandlet etter § 155, har nesten alle dreid seg hivsmitte eller fare for slik smitte. Bare to saker har handlet om henholdsvis hepatitt B- eller hepatitt C-smitte.

Konklusjon

Tvangsbestemmelsene i smittevernloven var ment å skulle praktiseres restriktivt, noe som også har skjedd. Nesten alle sakene i smittevernemnda har dreid seg om pasienter med lungetuberkulose som har unndratt seg undersøkelse eller behandling. Vi stiller imidlertid spørsmål ved om bestemmelsene kan ha vært brukt for sjelden og om de bør revideres. Det bør særlig bli mulig å treffe hastevedtak for pasienter som har kjent diagnose, ikke bare når diagnosen er mistenkt.

Vi takker Alf Stausland Johnsen, Øivind Nilsen, Sindre Ringvik og Siri Schøyen Seterelv for nyttige diskusjoner og kommentarer.

Tore Wælgård Steen (f. 1950)

er dr.med. og spesialist i samfunnsmedisin. Han er smittevernoverlege i Oslo og for tiden medlem av det fagkyndige utvalg for smittevernemnda.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Trude Margrete Arnesen (f. 1967)

er dr.med. og spesialist i samfunnsmedisin. Hun er overlege ved Folkehelseinstituttet og arbeider særlig med tuberkulose.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

1. Norges offentlige utredninger. Lov om vern mot smittsomme sykdommer (smittevernloven). NOU 1990: 2.
2. Prop. 91 L (1992–93). Om lov om vern mot smittsomme sykdommer (smittevernloven).
3. Prop. 28 L (1993–94). Om lov om vern mot smittsomme sykdommer (smittevernloven).
4. Innst. 37 L (1993–94). Innstilling fra helse- og sosialkomiteen om lov om vern mot smittsomme sykdommer (smittevernloven).
5. Krogsrud B. Smittevernloven. Kommentartutgave. Oslo: Juridisk forlag, 1995.
6. Steen TW, Arnesen TM. Smittevernloven og tvang. Tidsskr Nor Legeforen 2014; 134: 1371–2.
7. Sveriges riksdag. Smittskyddslag 5 kap. 3 §. Stockholm: Sveriges riksdag, 2004: 168.

>>>

8. Hong Kong Chest Service/Tuberculosis Research Centre Madras/British Medical Research Council. A controlled trial of a 2-month, 3-month, and 12-month regimens of chemotherapy for sputum smear-negative pulmonary tuberculosis: the results at 30 months. Hong Kong Chest Service/Tuberculosis Research Centre, Madras/British Medical Research Council. *Am Rev Respir Dis* 1981; 124: 138–42.
9. Hong Kong Chest Service, Tuberculosis Research Centre Madras and British Medical Research Council. Sputum-smear-negative pulmonary tuberculosis: controlled trial of 3-month and 2-month regimens of chemotherapy. *Lancet* 1979; 1: 1361–3.
10. Caminero JA. Multidrug-resistant tuberculosis: epidemiology, risk factors and case finding. *Int J Tuberc Lung Dis* 2010; 14: 382–90.
11. Guidelines for the programmatic management of drug-resistant tuberculosis – 2011. Genève: World Health Organization, 2011.
12. Sveriges riksdag. Smittskyddslag. 8 kap. 5 §. Stockholm: Sveriges riksdag, 2004: 168.
13. Rättsfall enligt smittskyddslagen. Juli 2004–maj 2006. Stockholm: Socialstyrelsen, 2006.
14. Rättsfallssammanställning enligt smittskyddslagen juni 2006 – april 2007. Stockholm: Socialstyrelsen, 2007.
15. Norges offentlige utredninger. Om kjærlighet og kjøletårn. NOU 2012: 17.

Mottatt 7.1. 2014, første revisjon innsendt 9.4. 2014, godkjent 29.4. 2014. Redaktør: Are Brean.