



**DEN NORSKE
LEGEFORENING**

Helse- og omsorgsdepartementet

Postboks 8011 Dep.

0030 OSLO

Deres ref.: 18/2672

Vår ref.: 18/3700

Dato: 10.09.2018

Høringsuttalelse - Nasjonal beredskapsplan mot utbrudd av alvorlige smittsomme sykdommer og Mandat for og sammensetning av Kriseutvalg for beredskap mot biologiske hendelser med rådgivere, samt mandat for Fylkesmannen

Legeforeningen mener:

- Legeforeningen anser det som nyttig og fornuftig at det nå etableres en nasjonal beredskapsplan mot utbrudd av alvorlige smittsomme sykdommer.
- Planen må bli mye tydeligere i sine forventninger til de ulike aktørene sin beredskap, spesielt kommunene og hvorvidt kommuneoverlegene skal ha beredskap i formaliserte vaktordninger.
- Legeforeningen ser positivt på etablering av et kriseutvalg for beredskap mot biologiske hendelser for å sikre koordinert nasjonal håndtering.
- Sekretariatsrollen til Kriseutvalget må konkretiseres og avgrenses mot Helsedirektoratets faglige og administrative ansvar.
- Kriseutvalget må ha samfunnsmedisinsk representasjon fra kommunene.

Legeforeningen takker for tilsendt høring vedrørende forslag om Nasjonal beredskapsplan mot utbrudd av alvorlige smittsomme sykdommer og Mandat for og sammensetning av Kriseutvalg for beredskap mot biologiske hendelser med rådgivere, samt mandat for Fylkesmannen. Legeforeningen støtter i all hovedsak Helse- og omsorgsdepartementets utkast til beredskapsplan og etablering av og mandatet til Kriseutvalget.

Nasjonal beredskapsplan mot utbrudd av alvorlige smittsomme sykdommer

Legeforeningen anser det som nyttig og fornuftig at det nå etableres en nasjonal beredskapsplan mot utbrudd av alvorlige smittsomme sykdommer. Planen er svært omfattende, og beskriver plikter og oppgaver for alle ledd i helsetjenesten som skal håndtere høyrisikosmitte pasienter, og spenner fra nasjonale innsatsressurser som CBRNE-senteret og infeksjonsmiljøet på OUS til kommunale legevakter.

Beredskapsplaner i Norge har over de siste årene blitt kritisert for å være "beredskapsplaner uten beredskap". Kun unntaksvis er denne planen tydelig på hvilken beredskap ulike samfunnsaktører skal ha for å kunne sikre rask og relevant respons på nye hendelser. Eksempelvis er kommuneoverlegenes beredskap ikke beskrevet, altså om

kommuneoverlegene skal ha døgnkontinuerlig vaktfunksjon for å håndtere sine plikter eller om man kan avvente tiltak til første virkedag. Varslingsbegrepet er godt og riktig beskrevet, men konsekvensene av at ulike aktører i beredskapskjeden skal kunne respondere umiddelbart og relevant på ulike varsler er nærmest helt utelatt. Man forutsetter en 24/7 tilgang på kompetent personell i kommunene, mens dette i praksis ikke er organisert på den måten.

Erfaringer fra større utbrudd og hendelser de siste år tilsier at det er behov for en tverrsektoriell samarbeidsarena for beredskap mot biologiske hendelser. Det er dog behov for ytterligere konkretisering av forventninger, rolle- og ansvarsfordeling, spesielt for kommunene, mer enn utkastet til beredskapsplan gir. Selv om dette er en nasjonal plan, savner vi altså en grundigere beskrivelse av oppgaver og forventninger til det kommunale leddet. Ingen beredskapshendelse i Norge skjer noe annet sted enn i en kommune, dette tar planen i for liten grad inn over seg.

Legeforeningen mener at for å sikre forsvarlig nivå på behandling og stabilisering av høyrisikosmitte-pasienter, samt for å sikre nødvendig beredskap for høyrisikosmittetransport, så bør kompetanse tilsvarende CBRNE-senteret på OUS etableres på alle regionsykehusene. Det er lite realistisk at dette skal kunne etableres på hvert foretak slik planen beskriver.

Legeforening støtter at nødvendig opplæring og øvelse må gis til alt helsepersonell som skal håndtere slike pasienter, men mener at dette bør sikres som regionale funksjoner da det er lite trolig at små sykehus og kommunale tjenester vil ha ressurser og fagmiljø til å etablere dette på laveste nivå slik planen beskriver.

For å sikre at nødvendig kompetanse, utstyr, opplæring, øvelse og samhandling kan etableres i hver region, bør det tilføres øremerkede ressurser til regionsykehusene for å etablere slik smitteberedskap og kompetanse. Legeforeningen mener at dersom slik beredskap skal etableres innenfor eksisterende budsjetter som allerede er hardt presset for de fleste helseforetakene, så vil beredskapen for de fleste helseforetakene være sårbar og i mange tilfeller ikke fungerende i reelle situasjoner.

Begrepene "alvorlig smittsom sykdom" og "høyrisikosmittesykdom" benyttes i planen, men er ikke definert i lovverket og bør defineres bedre i beredskapsplanen. Med «høyrisikosmittesykdom» forstår vi dette som en infeksjonssykdom som smitter lett mellom mennesker og som er forbundet med høy dødelighet, og som det vanligvis ikke finnes effektiv behandling mot. Høyrisikosmittesykdom er da å forstå som en spesiell gruppe alvorlige smittsomme sykdommer, som krever helt spesielle tiltak.

Beskrivelsen (funksjon, kompetanse) av Nasjonalt medisinsk utrykningsteam for høyrisikosmitte (4.8.4) og Nasjonal behandlingstjeneste for CBRNE-medisin (vedlegg s. 33) kan gjøres mer detaljert og utfyllende.

Mandat for og sammensetning av Kriseutvalg for beredskap mot biologiske hendelser med rådgivere, samt mandat for Fylkesmannen.

Legeforeningen ser positivt på etablering av et kriseutvalg for beredskap mot biologiske hendelser for å sikre koordinert nasjonal håndtering. Fylkesmannen vil være kriseutvalgets regionale ledd. Formålet er å stille ekspertise til rådighet og sørge for rask koordinert iverksettelse av tiltak for å beskytte liv, helse, miljø og andre viktige samfunnsinteresser. Det kan virke unødvendig med både en myndighets- og rådgivningsgruppe på dette området. Det

dreier seg uansett om høyt kompetente fagpersoner, og gruppen bør kunne slås sammen for å sikre effektiv og sikker kommunikasjon mellom medlemmene i gruppen.

Legeforeningen vil foreslå at også Legeforeningens Fagmedisinske foreninger inviteres til å stille med relevant fagkompetanse som rådgiver for Kriseutvalget.

I mandatet til kriseutvalget er det nødvendig at begrepet “biologiske hendelser” avgrenses. Ved utbrudd og andre biologiske hendelser er det vanligvis kommuneoverlegen, Mattilsynet og smittevernpersonell i helseinstitusjoner, eventuelt med støtte fra Folkehelseinstituttet og/eller regionale kompetansesenter for smittevern, som har ansvar for håndtering. Dette fungerer bra i dag, og vi forutsetter at det ikke er nødvendig med koordinert nasjonal håndtering annet enn ved svært alvorlige eller uoversiktlige hendelser av type ebolautbruddet i Vest-Afrika, influensapandemien eller andre hendelser som krever koordinering eller ressurser utover det normale.

I kap 2.3 i mandatet står det at Folkehelseinstituttet er Kriseutvalgets smittevernaglige sekretariat, som skal understøtte Helsedirektoratet i deres ledelse og koordinering. Hva denne sekretariatsrollen består i bør konkretiseres, og avgrenses mot Helsedirektoratets faglige og administrative ansvar. Erfaringsmessig er rolle- og ansvarsfordeling mellom Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet uklar, spesielt i krisesituasjoner. I tråd med ansvarsprinsippet bør Folkehelseinstituttet gi faglige råd om smittevern i kriser som i det daglige, og det bør være klart i all kommunikasjon ut til helsetjenesten og til publikum, for å unngå forvirring.

I beredskapsplanens kap 5.3 står det: "For å unngå ekstraarbeid med oppdatering i flere kanaler og fare for motstridende informasjon vil som regel generell og overordnet informasjon bli publisert på helsenorge.no, helsedir.no og kriseinfo.no. Informasjon med kortere levetid legges som hovedregel på fhi.no. Det bør lenkes fra de øvrige nettstedene til fhi.no." Hva menes med at informasjon med kortere levetid legges på fhi.no? Folkehelseinstituttets veiledere (f.eks smittevernveilederen) har jo nettopp lang levetid, og er viktige i rådgivningen også i kriser. Det er Folkehelseinstituttet som i hovedsak utarbeider faglige råd om smittevern og det er mest effektivt at disse legges ut på fhi.no og det lenkes dit slik at nødvendige endringer ikke fører med seg merarbeid, forsinkelser og misforståelser fordi det skal koordineres og legges ut via andre etater.

Legeforeningen mener at kommunene bør være representert i kriseutvalget, fortrinnsvis med en samfunnsmedisiner, i praksis en erfaren kommuneoverlege. Vi stiller og spørsmål ved om det alltid er hensiktsmessig at virksomhetene skal oppnevne representanter blant lederne i sin virksomhet. Videre med tanke på Kriseutvalgets rådgivere, så mener Legeforeningen at representanter for regionsykehusenes, AMK og infeksjonsmedisinske miljø bør inkluderes, for å sikre nødvendig varsling og kommunikasjon, triage, behandling og transport av slike pasienter.

Med hilsen
Den norske legeforening

Geir Riise
Generalsekretær

Bjarne Riis Strøm
Avdelingsdirektør