

Høring

Vedr. utkast til forskrift om varsling av og tiltak ved alvorlige hendelser av betydning for internasjonal folkehelse (IHR-forskriften)

Kommentar og spørsmål vedrørende utkastet

Generelt

Dette er en meget viktig forskrift, godt formulert og greit oppbygget. IHR - forskriften fokuserer på nasjonalt og internasjonalt beredskapssamarbeid om smittevern, særlig i lys av de siste års erfaringer med ukjente, smittsomme og alvorlige sykdommer. Andre alvorlige hendelser som nukleære, radiologiske eller kjemiske hendelser faller utenfor virkeområdet til forskriften så snart det er fastlagt at smitte ikke er involvert i hendelsen.

En alvorlig innvending mot forskriften er at selv om den omhandler varsling av og tiltak ved alvorlige hendelser som angår smittevern er ikke smittevernpersonell eller sykehushygiene/hygienesykepleiere nevnt med ett ord. Ambulanser, sykehus, poliklinikker og akuttmedisinske enheter er oftest de som først får kontakt med den mistenkte/ alvorlige hendelsen – enten direkte eller via primærlegen. I slike tilfeller kontaktes sykehusets og kompetansesenterets smittevernpersonell – umiddelbart. Dette skjer i praksis nesten uten unntak. Ber derfor om at sykehushygiene/smittevernpersonell skrives inn under de aktuelle paragrafer i forskriften om varsling – IHR – forskriften - og at dette skjer i samsvar med ”Forskrift om smittevern i helsetjenesten” og Smittevernlovens § 2 til 7.

§ 1. Formål

Dette gjelder vel mulige hendelser *i Norge - eller på vei inn i eller ut av Norge* – som skal varsles internasjonalt? Bør dette inkorporeres i setning 2?

§ 2. Virkeområde

Hva med cruise – skip, nødhavn etc.?

§ 3. Definisjon og forståelse

Definisjonen er det viktigste verktøyet for at det i tide tas avgjørelser som kan bekjempe spredning av helseskadelige faktorer over landegrensene. Dette ble erfart både ved SARS - epidemien (severe acute respiratory distress syndrome) og ved utbrudd av fugleinfluenza.

At hendelsen *kan ha eller har* ”betydning for internasjonal helse” oppdages ofte i ettertid eller for sent. For eksempel er det beregnet at vestlige land ikke har mer tid enn et ”vindu” på 3-4 uker til å stoppe en alvorlig infeksjon som spres via kontakt- og luftsmitte, dersom oppstått i asiatiske land. Dersom man venter på evidensbaserte medisinske avgjørelser for en eventuell varsling kan dette bli for sent. I starten av SARS – epidemien ble hevdet at det ikke var dokumentert – evidensbasert - at personer smittet med SARS kunne spre smitte under reise med fly. Derfor kunne en SARS-smittet reise med fly. Senere ble smittespredning under flyreiser dokumentert.

Definisjoner for hva som kan utgjøre en "folkehelserisiko gjennom spredning av sykdom eller andre helseskadelige faktorer over landegrenser" vil trolig variere sterkt mellom land med ulike helsenivåer og kulturer for å oppsøke helsetjenesten og varsle ved alvorlig sykdom. I Norge ville for eksempel en større epidemi – eks. 200 tilfeller - av "smittsom hjernehinnebetennelse" (meningokokkinfeksjon), forårsaket av en epidemiologisk identisk bakteriestamme i løpet av 3-4 mndr være en alvorlig, unormal hendelse. Hendelsen ville trolig også ha betydning for andre europeiske land – i alle fall Skandinavia. Men den samme sykdommen er daglig observert i stort antall i "verdens meningittbelte" i Ekvatorial - Afrika.

Hvordan man tolker definisjonen av "alvorlig hendelse av betydning for internasjonal folkehelse" til eget lands nivå og behov for beskyttelse, vil trolig også utløse svært forskjellige beskyttelsestiltak mellom land. Dette vil igjen influere den internasjonalt koordinerte bekjemping av spredning over landegrenser.

Definisjonen satt av Verdens helseorganisasjon er derfor noe uklar og bør bearbeides og konkretiseres dersom den skal kunne gjelde effektivt og globalt. I alle fall bør den norske definisjonen være klar og helst i samsvar med EU-definisjoner.

§ 4. Nasjonalt IHR - kontaktpunkt

Nasjonalt folkehelseinstitutt er utpekt til nasjonalt IHR kontaktpunkt. Det må være tilgjengelig på døgnbasis – i alle fall i mer kritiske perioder.

Det bør inn i forskriften at:

Forutsetningen for å være et IHR kontaktpunkt må være at det må stilles strenge krav til kontaktpunktets formelle og reelle kompetanse i mikrobiologi og smittevern. Det er her grunnlaget legges for den tidlige, viktige forståelse av om man har en risikosituasjon eller ikke. Til dette kreves god kunnskap og kompetanse. Kontaktpunktet må derfor stille med godt skolerte og oppdaterte mikrobiologer.

Ved IHR kontaktpunktet må det opprettes et fast, formelt samarbeid med regionale smitteverneksperter som umiddelbart konsulteres ved mistanke om alvorlig hendelse i aktuelle region og som gir råd med hensyn til den videre håndtering av saken.

IHR - kontaktpunktet bør også ha et løpende samarbeid med det nye Europeiske "Center for Disease Control and Prevention" (ECDC) i Stockholm.

IHR – kontaktpunktet må ha et løpende samarbeid med Mattilsynet ved hendelser som kan influere mat/drikke. Regional smittevernekspertise bør inngå i dette samarbeidet.

§ 5. Varsling til kommunelegen og Nasjonalt folkehelseinstitutt av hendelser; - hva med varsling til sykehushygieniker /smittevernoverlege og fylkesmannen?

Her mangler varslingsrutiner til smittevernpersonell både i helseinstitusjoner og i primærhelsetjenesten.

Kfr § 2-3 i Smittevernloven, og *merknad* til § 2-5 Forskrift om smittevern i helsetjenesten. "Etter MSIS- og tuberkuloseregisterforskriften §3-4 skal mistenkt eller påvist utbrudd av smittsomme sykdommer i sykehus eller annen helseinstitusjon som er omfattet av spesialisthelsetjenesten m.m. § 1-2, omgående varsles til fylkesmannen og til Nasjonalt folkehelseinstitutt med kopi til det regionale helseforetakets kompetansesenter for sykehushygiene. "

Det kan være for sent for sykehushygieniker/smittevernoverlege å få en kopi i posten noen dager etter start av et mistenkt utbrudd/hendelse, kfr ovenfor. Ved mistanke om alvorlig hendelse kommer pasienten/hendelsesutsatte person(er) fort inn til sykehus. Prehospital divisjon blir fort involvert.

En direkte muntlig kommunikasjon bare mellom kommunelegen og Nasjonalt folkehelseinstitutt kan utgjøre en risiko for at pasienter/eksponerte for hendelser blir lagt inn på helseinstitusjoner uten at smittevernansvarlig personell er orientert. Følgelig vil aktuelle tiltak rundt personer og personell svikte og smitten kan spre seg fort.

Erfaringen er også at ved hendelser i primærhelsetjenesten vil sykehushygieniker/smittevernoverlege raskt bli kontaktet. Uten forhåndskjennskap til den aktuelle situasjon kan det derfor bli svært vanskelig å gi råd om smitterisiko, smittevern og andre tiltak.

Derfor bør dette inn i forskriften:

Opplysninger om aktuell mistanke/hendelse må informeres muntlig og omgående til sykehushygieniker/smittevernoverlege regionalt og kommunalt. Også fylkesmannen skal varsles omgående.

IHR kontaktpunktet må konsultere regionale smittevernekspertter umiddelbart ved melding om mistanke om alvorlig hendelse i aktuelle region for vurdering av smitterisiko og for råd med hensyn til den videre håndtering av saken.

§ 6. Vurdering av hendelse oppstått i Norge—

Det vises til min kommentar ovenfor til § 4 og § 5 der det anbefales at IHR – kontaktpunktet konsulterer regionale smittevernekspertter med hensyn til vurdering av hendelse oppstått i Norge – *før* vurdering sendes til Verdens helseorganisasjon.

IHR – kontaktpunktet skal også informere aktuelle regionale kompetansesenter for sykehushygiene og aktuell kommunelege(r) om varslingen til Verdens helseorganisasjon.

§ 8. Henvendelse fra Verdens helseorganisasjon—

IHR – kontaktpunktet skal også informere aktuelle regionale kompetansesenter for sykehushygiene og aktuell kommunelege(r) om henvendelse fra Verdens helseorganisasjon.

§ 9. Varsel fra Verdens helseorganisasjon om alvorlig hendelse som har oppstått i utlandet

IHR – kontaktpunktet skal også informere aktuelle regionale kompetansesenter for sykehushygiene og kommuneleger om varslingen fra Verdens helseorganisasjon.

§ 10. Underretning til Verdens helseorganisasjon om dokumentasjon på en hendelse som har oppstått i utlandet

IHR – kontaktpunktet skal også informere aktuelle regionale kompetansesenter for sykehushygiene, aktuell kommunelege(r), mattilsynet etc om kommunikasjonen.

§ 11. Varslingsplikt for fører av skip etc---

IHR – kontaktpunktet skal umiddelbart informere aktuell regional sykehushygieniker og aktuelle kommunelege(r) om varslingen. Ved spørsmål om matvarer etc. må Mattilsynet kontaktes umiddelbart.

§ 12. Anbefalinger fra Verdens helseorganisasjon om midlertidige tiltak

Erfaringer fra blant annet SARS og fugleinfluensa har vist at Nasjonalt folkehelseinstitutt og Sosial- og helsedirektoratet ikke alltid har fulgt Verdens helseorganisasjons anbefalinger om midlertidige tiltak. Det er ønskelig at Verdens helseorganisasjons anbefalinger om midlertidige tiltak blir formidlet på riktig måte for norsk helsepersonell slik at gjennomføringen av aktuelle tiltak ligger på et tilfredsstillende minimum smittevernnivå.

§§13-16 tiltak

Tiltak skissert i disse paragrafer er midlertidige - periodebestemt, men krever stort beredskap og betydelige ressurser når det skjer. Her mangler vel økonomi, planlegging, utstyr, beredskap og øvelser. Kontrollfunksjonene som beskrives mangler helt både mht personell og import av varer. En del av disse viktige funksjonene ble lagt ned ved overgangen til Mattilsynet. Når det gjelder personers inn - og utreise, bør for eksempel fast kontroll av tuberkulose være en kontinuerlig kontrollfunksjon som øker beredskapen – generelt sett.

Som en kontrollfunksjon overfor gods etc. kan eventuelt regelmessig dekontaminering med eventuelt gass eller andre desinfeksjonsmidler være en innarbeidet kontroll og beredskap.

§ 18. Utpekte lufthavner, havner og grensepasseringer

Sosial- og helsedirektoratet kan gi retningslinjer om forhold nevnt i annet ledd.—Dette bør skje i samarbeid med smitteverneksptise fordi det kan medføre store kostnader dersom ikke gjort på riktig måte.

Kapittel 5 Administrative organer – mangler nivå for helseinstitusjoner

Siden forskriftens kjerneområde omhandler smittevern, smittespredning og beredskap bør det etterspørres hvorfor de regionale helseforetak med kompetansesenter for sykehushygiene ikke er med i nivåbeskrivelsen. Også fylkesmannen mangler her.

Ambulanser, sykehus, poliklinikker og akuttmedisinske enheter er oftest de som først får kontakt med den mistenkte/alvorlige hendelsen – enten direkte eller via primærlegen. I slike tilfeller kontaktes sykehusets og kompetansesenterets smittevernpersonell – umiddelbart. Dette skjer i praksis - nesten uten unntak. Ber derfor om at det i forskriftens utkast tas inn det mest aktuelle varslingsleddet i praksis.

Med vennlig hilsen

Björg Marit Andersen, professor dr med
Sykehushygieniker og avdelingsoverlege
Avdeling for hygiene og smittevern
Kompetansesenterfunksjon for Helse Øst