epidemi

Helsedirektoratet
postmottak@helsedirektoratet.no

Kristiansand 1.2.2015

Høringsuttalelse om interimversjon av «Nasjonal beredskapsplan mot ebola»

Vi viser til Helsedirektoratets hjemmesider der nevnte plan og høringsbrev er lagt ut. Vi tillater oss å komme med en høringsuttalelse selv om vi ikke er blant de inviterte høringsinstansene. Brevet inneholder hyperlenker i grønt.

Uttalelsen gis med bakgrunn i vår deltaking i den offentlige debatten om Ebola-epidemien, vår erfaring med smittevernberedskap og våre drøftinger om den norske håndteringen på Samfunnssikkerhetskonferansen i Stavanger 7. januar i år, der vi bidro med innlegget «Ebola, epidemier og risiko».

Generelt

Interimversjonen av planen er greit bygd opp, men en stor del av teksten er overflødig i det den bare gjentar tekst om ansvar og oppgavefordeling i norsk smittevern og om faglige forhold ved Ebola-sykdommen. Dette er tekst som allerede finnes, for eksempel i Smittevernboka.

Dermed blir det vanskelig å finne det som virkelig er nytt og annerledes sammenliknet med de ordinære smittevernrutinene, nemlig sentraliseringen av behandlingen og ordningen med et sentralt transportteam.

Risikovurdering

Utgivelsen av denne planen, som stipulerer en rekke beredskapstiltak i sykehus og kommuner, sammen med Helsedirektoratets flere brev til helsetjenesten, kan tyde på at direktoratet vurderer Ebola-epidemien i Vest-Afrika som en betydelig trussel mot Norge. Slike handlinger utgjør nemlig i seg selv kommunikasjon til publikum og helsetjenesten. Og kommunikasjonen sier: «Høy risiko!»

Dette underbygges også av at Ebola-sykdommen er den eneste smittsomme sykdommen ved siden av pandemisk influensa og kopper som er funnet verdig en egen nasjonal beredskapsplan. En rekke alvorlige sykdommer, som også forekommer i epidemisk ett eller flere steder i verden, som kolera, pest, Lassa-feber, MERS og multiresistent tuberkulose, har ikke fått egne planer. Her regner tydeligvis – og fornuftig nok – Helsedirektoratet med at norsk helsetjeneste og norsk smittevern kan håndtere situasjonen uten en egen plan.

Vi savner den risikovurderingen som skal ligge under en slik plan. Prinsippet i helseberedskapen er jo at beredskapsplaner skal bygge på en risiko- og sårbarhetsanalyse, jf. Forskrift om krav til beredskapsplanlegging og beredskapsarbeid mv. etter lov om helsemessig og sosial beredskap § 3.

En slik analyse burde vært presentert i planen, blant annet for å begrunne behovet og overbevise leserne om viktigheten av beredskapen. Siden epidemien i Vest-Afrika er

foranledningen til planen, er det naturlig å vurdere sannsynligheten for spredning av Ebola-sykdom til Norge og for videre spredning i Norge og konsekvensene av dette.

Vi er kjent med flere forsøk på risikovurdering av import av Ebola-sykdommen til andre land:

ECDC har til nå oppdatert sin risikovurdering for Ebola-sykdom i EU åtte ganger, siste gang 8. november 2014. Vurderingen er lite kvantitativ:

> *«The evolving epidemic of EVD over the past weeks maintains the likelihood that EU residents and travellers to the EVD-affected countries will be exposed to infected or ill persons. The risk of infection for residents and visitors in the affected countries through exposure in the community is considered low if they adhere to the recommended precautions. Residents and visitors to the affected areas run a risk of exposure to EVD in healthcare facilities. The level of this risk is related to how well the infection control measures are being implemented in these settings and the nature of the care required.*
>
> *As the epidemic is still evolving and more staff are deployed in the affected countries to support the epidemic control, the risk of importation of EVD cases to the EU is increasing. The risk of Ebola virus spreading from an EVD patient who arrives in the EU as result of a planned medical evacuation is considered to be low when appropriate measures are strictly adhered to, but cannot be excluded in exceptional circumstances. The transmission to a healthcare worker in Spain illustrates the connection between the epidemic in West Africa and the risk for the EU, and further stresses the need to control the epidemic in West Africa.*
>
> *If a symptomatic case of EVD presents in an EU Member State, secondary transmission to caregivers in the family and in healthcare facilities cannot be excluded. (…)»*

Det tyske smitteverninstituttet, Robert Koch Institut, har i en matematisk modell forsøkt å beregne sannsynligheten for at en pasient med Ebola-sykdom, gitt at vedkommende kommer seg om bord i et fly ut av ett av de tre rammede landene, skal komme til andre flyplasser med fly. For alle norske flyplasser samlet beregnes sannsynligheten til under 1 promille. Det er altså mer enn 99,9 % sannsynligheten for at flyreisen for denne passasjeren ender et annet sted enn i Norge. Denne lave relative sannsynligheten skal så multipliseres med sannsynligheten for at en pasient med Ebola-sykdom i det hele tatt går om bord i et fly ut av landene. Modellen tar for øvrig ikke hensyn til at flere flyselskaper har stoppet flyvninger fra de rammede landene.

Amerikanske forskere utviklet en matematisk modell for å beregne sannsynligheten for eksport at tilfeller av Ebola-sykdom fra de rammede landene i løpet av én måned fra 21. august til 22.september. Modellen kombinerte data om flytrafikk med data om epidemien i Vest-Afrika, men tar ikke hensyn til reiserestriksjoner og flere flyselskapers stopp i reiser fra de rammede landene. De fant at sannsynligheten for import til for eksempel Tyskland var rundt 1 %. Sannsynligheten for Norge er ikke oppgitt, men må antas å være mye lavere enn dette, jf. den tyske modellen over.

epidemi har gjort en grov, semikvantitativ vurdering av sannsynligheten for at ulike grupper reisende skal bringe med seg Ebola-sykdommen fra de tre rammede landene til Norge i løpet av epidemien. Vurderingen bygger på anslag eller gjetninger om antall reisende i ulike grupper og andel av dem som er smittet. Konsekvensen av import – altså potensialet for

videre spredning i Norge – avgjøres så av hvor raskt tilfellene oppdages i Norge slik at pasientene kan isoleres forsvarlig. Dette avhenger igjen av hvor godt disse reisende er informert på forhånd og hvilket oppfølgingsopplegg som eventuelt er rundt dem etter hjemkomst.

Tabellen viser vår første, grove vurdering. Her ser vi at særlig to grupper bør ha myndighetenes oppmerksomhet:

Norsk personell som kommer hjem etter oppdrag, må nøye informeres om hvordan de skal forholde seg (daglig temperaturmåling mv) og hvor de skal ringe ved symptomer. Da kan de kontrollert fraktes til sykehus for videre undersøkelse og eventuelt behandling. Dermed kan risikoen så å si elimineres.

Diaspora: I Norge bor om lag 2500 personer pluss noen studenter fra de tre rammede landene. Noen av disse personene kan tenkes å reise til hjemlandet for å besøke slekt i denne harde tida, kanskje til og med for å delta i pleie eller begravelse av syke familiemedlemmer. Disse reisende må få god informasjon om hvordan de skal forholde seg (daglig temperaturmåling mv) og hvor de skal ringe ved symptomer etter at de er kommet tilbake til Norge. De 2500 står i Folkeregisteret. Hva med å sende dem et vennlig brev med informasjon?

Import av Ebola med	Antall (anslag)	Andel smittet (gjetning)	Kommentar
Bosatte i Norge:			
Evakuert personell	< 5	100%	Full kontroll
Personell etter oppdrag	< 300	< 2%	Følges godt opp
Hjemkomne frie reisende	< 20	< 0,1%	Bra informert
Studenter, innvandrere etter hjembesøk	< 50	< 0,1%	Varierende informert
Bosatte i de tre landene:			
Frie reisende	< 30	< 0,1%	Varierende informert
Nye studenter	< 10	< 0,1%	God oppfølging
Flyktninger	< 50	< 0,1%	God oppfølging

Vi arbeider også med en annen tilnærming, nemlig bruk av andre sykdommer som proxy for Ebola-sykdommen. Vi måler da, basert på MSIS, hvor mange tilfeller av en rekke andre smittsomme sykdommer som er blitt importert til Norge fra de tre rammede landene de siste ti årene. Vi velger sykdommer med til dels samme smittemåter som Ebola-sykdommen og til dels samme hyppighet.

Behovsvurdering

Helsedirektoratet dokumenterer ikke i planen at det er noe behov for den. Et slikt behov kunne utløses av en risikovurdering, eller av at helsetjenesten etterlyste støtte fra statlige helsemyndigheter. Slik støtte kan imidlertid gis på andre måter enn en nasjonal beredskapsplan, for eksempel ved at de aktuelle ordninger og systemer (som jo ikke skiller seg fra det ordinære norske smittevernet) og smittevernråd beskrives i Smittevernboka, som er den naturlige kilden til smitteverninformasjon for helsetjenesten.

I smittevernberedskapen er det naturligvis viktig at helsemyndighetene gjennom sin samlede kommunikasjon (inkludert iverksatte tiltak) ikke konstruerer et kunstig behov. Videre er det viktig at helsemyndighetene gjør en selvstendig vurdering, om nødvendig på tvers av massemediene og publikums mer eller mindre velfunderte vurderinger.

Ansvarsprinsippet

Det mest grunnleggende av alle prinsipper i helseberedskapen (og annen beredskap) i Norge er ansvarsprinsippet, slik det blant annet kommer til uttrykk i Lov om helsemessig og sosial beredskap § 2-1:

> *«Den som har ansvaret for en tjeneste, har også ansvaret for nødvendige beredskapsforberedelser og for den utøvende tjeneste, herunder finansiering, under krig og ved kriser og katastrofer i fredstid, med mindre noe annet er bestemt i eller i medhold av lov. Tilsvarende skal den som fører tilsyn med en virksomhet, også føre tilsyn med virksomhetens beredskap.»*

I planutkastet kan det se ut til at ansvarsprinsippet utfordres noe. Det heter for eksempel i kapittel 9.2 at Helsedirektoratet ved tilfeller av Ebola-sykdom skal:

> *«håndtere det koordinerende ansvaret for situasjonen, herunder rapporterings- og varsling».*

I et vedlegg heter det:

> *«Etter delegasjon skal Helsedirektoratet forestå overordnet koordinering av sektorens innsats når kriser truer eller har inntruffet, herunder kommunikasjonshåndteringen.»*

Det vises så til Nasjonal helseberedskapsplan. Det avgjørende og uavklarte punktet er imidlertid tolkningen av ordet «koordinering». Betyr dette styring, altså at Helsedirektoratet kan bestemme hva en annen etat skal gjøre? Eller betyr det bare tilrettelegging for samarbeid? Etter lovparagrafen nevnt over er det bare bestemmelser i lov eller i medhold av lov som kan være grunnlag for å frata en etat det ansvaret den har i en krise; det holder ikke med henvisning til en statlig beredskapsplan eller en delegasjon fra departementet. Departementet kan ikke delegere bort den ansvarsfordeling som er gitt i lovs form.

Det er ellers verdt på merke seg at helsetjenesten flere ganger i året og uten problemer håndterer alvorlige og smittsomme sykdommer, for eksempel multiresistent tuberkulose, etter lov, forskrift, smittevernplaner, Smittevernboka og faglig skjønn helt uten Helsedirektoratets «koordinering». Dette understreker at Helsedirektoratet bør være varsomme med å overstyre kommuner i smittevernkriser gjennom smittevernloven § 4-1.

epidemi

Vi anbefaler at planen tydelig forklarer at «koordinering» skal tolkes som «tilrettelegging for samarbeid» og ikke som «styring» slik at alle involverte aktører fortsatt kan ha ansvarsprinsippet som utgangspunkt og forberede seg på å løse egne oppgaver på den måten de finner riktigst og ikke risikere forsøk på overstyring fra Helsedirektoratet.

Konklusjon

Vi synes behovet for en nasjonal beredskapsplan mot Ebola-sykdommen ikke er begrunnet. Planutkastet bygger ikke på en risiko- og sårbarhetsanalyse. Planutkastet ser ut til å utfordre ansvarsprinsippet. Planutkastet består for en stor del av faglige forhold som er godt beskrevet andre steder og organisatoriske forhold som er velkjente. Det nye, nemlig sentraliseringen av behandlingen og det tilknyttede transportteamet, kunne med fordel ha vært inkludert i Smittevernboka og dermed ville planen vært overflødig.

Faren med en slik beredskapsplan uten forutgående risiko- og sårbarhetsanalyse er at den kan føre til unødvendig bruk av ressurser på alle nivåer i helsetjenesten, fra statlige etater som Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet til helseforetakene og kommunene. Ressursbruken kan være unødvendig dersom risikoen er neglisjerbar, noe som i dette tilfellet faktisk er sannsynlig. Unødvendig ressursbruk går ut over andre tiltak der disse ressursene heller kunne blitt satt inn.

Vennlig hilsen

Preben Aavitsland
daglig leder