

Helse- og omsorgsdepartementet
postmottak@hod.dep.no

Kristiansand, 24.9.2018

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

Vi viser til departementets høringsnotat om disse to dokumentene. *Smittevernlegene* organiserer smittevernleger for nær hundre kommuner, inkludert de store byene. Disse to dokumentene har viktige bestemmelser for vårt arbeid med landets smittevern og vi avgir følgende uttalelse med tanke på at dokumentene kan og bør forbedres.

1. Kommentarer som er felles for de to dokumentene

Vi forstår at departementet med disse to dokumentene ønsker å styrke landets smittevernberedskap. Vi frykter at man i stedet skaper mer uklarhet, fragmentering og byråkrati som igjen kan bidra til dårligere beredskap.

Fra før har vi i smittevernet:

- fire statlige enheter med lovpålagte oppgaver: Helse- og omsorgsdepartementet, Folkehelseinstituttet, Helsedirektoratet og Mattilsynet,
- to koordineringskomiteer for utbrudd: Pandemikomiteén og Matsmittekomiteén, og
- tre nasjonale beredskapsplaner: mot pandemisk influensa, mot ebola og mot kopper.

Med de to dokumentene på høring får vi altså en tredje komité, Kriseutvalget for B-hendelser, og en fjerde beredskapsplan mot utbrudd av alvorlige smittsomme sykdommer. Heller ikke disse dokumentene evner å klargjøre oppgavefordelingen mellom Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet. Vi har i tidligere brev til departementet ([brev av 23.9.2018 om smittevern i kommunene](#) og [brev av 8.4.2018 om endringer i smittevernloven](#)) etterlyst en slik avklaring og foreslått hva den bør inneholde.

Med flere ulike planer som hver for seg skal følge lovverket, øker faren for uoverensstemmelser og varierende angivelser av oppgavefordeling mellom planene. Vi vil foreslå at man slår disse planene

sammen til én generisk plan og heller benytter Smittevernveilederen – vårt daglige arbeidsverktøy – og faglige veiledere fra Folkehelseinstituttet til mer detaljerte råd og prosedyrer.

De to dokumentene øker også antallet begreper benyttet i lovverket og planverket for smittsomme sykdommer og utbrudd av disse:

- Smittevernloven
 - o Allmennfarlig smittsom sykdom (§ 1-3)
 - o Utbrudd av allmennfarlig smittsom sykdom
 - o Alvorlig utbrudd av allmennfarlig smittsom sykdom (§ 1-3) (Hdir)
- MSIS-forskriften
 - o Utbrudd av meldingspliktige smittsomme sykdommer (§ 3-3)
 - o Utbrudd av ikke-meldingspliktige særlig alvorlige sykdommer (§ 3-3)
 - o Særlig omfattende utbrudd (§ 3-3)
- IHR-forskriften
 - o Hendelser som kan utgjøre en alvorlig hendelse av betydning for internasjonal folkehelse (§ 7) (FHI)
 - o Alvorlig hendelse av betydning for internasjonal folkehelse (§ 10) (WHO)
- Nasjonal beredskapsplan mot utbrudd av alvorlige smittsomme sykdommer (høringsutkast)
 - o Alvorlige smittsomme sykdommer er infeksjonssykdommer som kan medføre høy dødelighet eller sykkelighet i befolkningen og som krever særlig omfattende tiltak (kapittel 10)
 - o Utbrudd av alvorlige smittsomme sykdommer (FHI)
 - o Høyrisikosmittesykdom er en infeksjonssykdom som smitter lett mellom mennesker og som er forbundet med høy dødelighet og som det vanligvis ikke finnes effektiv behandling mot (kapittel 10)
- Mandat for og sammensetning av Kriseutvalg for beredskap mot biologiske hendelser med rådgivere (høringsutkast)
 - o Biologiske hendelser omfatter naturlige smitteutbrudd og tilsiktede handlinger med biologiske materiale i fredstid, ved sikkerhetspolitiske kriser og væpnet konflikt med høyt farepotensiale og alvorlige konsekvenser for liv, helse, miljø og andre samfunnsinteresser (kapittel 1) (Hdir)

Disse tolv begrepene er til dels overlappende. Ulike instanser avgjør når de ulike typer utbrudd foreligger, jf. parentesene over. Vi frykter forvirring.

Departementet har nylig sendt på høring forslag til endringer i smittevernloven. Det bør tas hensyn til disse eventuelle endringene før de to dokumentene vedtas.

2. Kommentarer til Nasjonal beredskapsplan mot utbrudd av alvorlige smittsomme sykdommer

Nå skal planen gjelde?

Vi synes det er fornuftig at Folkehelseinstituttet avgjør når det foreligger et «utbrudd av alvorlig smittsom sykdom» og dermed når planen skal gjelde. Vi forstår at slike situasjoner ikke kan spesifiseres på forhånd, men det hadde likevel vært en fordel om det gis noen eksempler på utbrudd som vil utløse planen. Er det bare nasjonale utbrudd eller også lokale, for eksempel begrenset til én kommune?

Beredskapsprinsippene

Siden planen dreier seg om beredskap, synes vi den bør minne om beredskapsprinsippene og gjerne forklare hvordan de skal forstås i planens sammenheng, altså utbrudd av smittsomme sykdommer.

Disposisjon og format

Det meste av planens kapittel 2, 3 og vedlegget samt flere andre avsnitt er en slags lærebok i smittevernloven og MSIS-forskriften samt helseforvaltningen. Dette stoffet finnes allerede flere andre steder, som i influensapandemiplanen og i Smittevernveilederen. Ulempen med å gjenta det flere steder er at omtalen kan variere litt og dermed skape forvirring, og at flere dokumenter må oppdateres ved endringer i lov eller forskrift.

Vi synes ikke det er nødvendig å omtale så mange av lovens bestemmelser; de forutsettes kjent eller man kan slå opp. Loven er jo ingen oppskrift eller lærebok for smittevernmessig håndtering, men den ytre juridiske rammen for smittevernarbeidet.

Vi hadde gjerne sett en mye kortere plan, gjerne med tabeller, slik at det er lett å få oversikten for oss som skal bruke planen. Mesteparten av dagens tekst kan da flyttes til vedlegg.

Strategi for respons på utbruddet

Planens kapittel 4 nevner en rekke tiltak, men disse er ikke satt i system. Vi forstår og støtter at planen skal være generisk, og at Folkehelseinstituttet utifra den aktuelle sykdommen og situasjonen skal utforme en konkret strategi. Likevel synes vi at tiltak bør settes inn i et rammeverk, som for eksempel:

Responsen på et utbrudd av alvorlig smittsom sykdom kan sies å ha to søyler:

1. **Behandlingssøylen** har pasientene som målgruppe og skal sørge for at de blir diagnostisert, behandlet, pleiet og helbredet. Arbeidet skjer i primærhelsetjenesten, særlig fastlegene og legevaktene, og i spesialisthelsetjenesten, særlig sykehusenes medisinsk-mikrobiologiske avdelinger og medisinske avdelinger. Viktige rådgivere er Helsedirektoratet og CBRNE-senteret samt Folkehelseinstituttet (for medisinsk-mikrobiologisk diagnostikk).
2. **Smittevernsøylen** har befolkningen for øvrig som målgruppe og skal sørge for at den er beskyttet mot smitte gjennom å finne årsaken til utbruddet, vurdere risiko og iverksette smitteverntiltak rundt smittsomme og mistenkt smittede personer og for befolkningen for øvrig. Arbeidet skjer særlig i kommunene, ledet av kommunale smittevernleger. Viktige rådgivere er Folkehelseinstituttet, RHF'enes sentre for sykehushygiene og i visse tilfeller Mattilsynet. Smittevernsøylen har også betydning for behandlingssøylen ved at pasienter skal håndteres smittevernmessig trygt i helsetjenesten og ved at riktig behandling kan gjøre dem smittefrie i tillegg til å helbrede dem.

Smittevernsøylen er den vi er særlig opptatt av:

Fire hovedfaktorer påvirker spredningspotensialet for en smittsom sykdom som smitter mellom mennesker direkte eller indirekte:

1. Smittsomheten i kontakt mellom smittsomme og mottakelige personer
2. Hyppighet av kontakt mellom smittsomme og mottakelige personer
3. Varigheten av smittsom periode hos de smittsomme
4. Andel av befolkningen som er mottakelige



Smitteverntiltak er dermed alle tiltak som kan redusere én eller flere av disse faktorene, som vist i tabellen nedenfor. Tiltakene er mest effektive dersom befolkningen kan deles i tre grupper og tiltakene skreddersys hver av disse gruppene:

- Smittsomme personer, altså personer som allerede er smittet og har gjennomgått latenstida slik at de er blitt smittsomme. For de fleste sykdommer vil de også være syke, men for noen sykdommer er inkubasjonstida lengre enn latenstida slik at smittsomheten opptrer før symptomene. For noen sykdommer kan infeksjon og smittsomhet oppstå uten symptomer.
- Mistenkt smittede personer
- Andre personer

En slik inndeling krever enten et særpreget sykdomsbilde, en god mikrobiologisk test eller helst begge deler. Smittede personer kan identifisere gjennom undersøkelse og testing på følgende indikasjoner:

- Klinisk indikasjon, altså et sykdomsbilde som indikerer sykdommen
- Smittekontakt, altså tidligere kontakt med smittsom person
- Screening, altså rutinemessig undersøkelse av alle eller basert på visse kriterier, som alder, kjønn eller oppholdssted.

Arsenalet av smitteverntiltak er dermed som i tabellen (jf. tilsvarende tabell i influensapandemiplanen):

Tidlig diagnose	Målgruppe	Tilgjengelige smitteverntiltak			
		Redusere smittsomheten i kontakt mellom smittsomme og mottakelige personer	Redusere hyppigheten av kontakt mellom smittsomme og mottakelige personer	Forkorte varigheten av smittsom periode	Redusere andelen smitte-mottakelige
Testing / klinisk diagnose	Smittsomme personer	Hygienetiltak	Isolering Andre aktivitetsbegrensninger	Antimikrobiell behandling	Ikke aktuelt (for sent)
	Mistenkt smittede personer	Hygienetiltak	Karantene, altså aktivitetsbegrensninger inntil smittestatus er avklart	Posteksponeringsvaksinasjon Posteksponeringsbehandling	Vaksinasjon Kjemoprofylakse (posteksponeringsprofylakse)
	Andre	Hygienetiltak	Aktivitetsbegrensninger	Ikke aktuelt	Vaksinasjon Kjemoprofylakse (preeksponeringsprofylakse)

- **Hygienetiltak** tilpasses smittemåten og kan være personlige hygienetiltak (som hostehygiene og håndhygiene), bruk av personlig beskyttelsesutstyr (som munnbind, åndedrettsvern, hansker, briller, visir og frakk) og miljøhygiene (vask og desinfeksjon av rom og gjenstander).
- **Isolering** tilpasses smittemåten og kan skje i sykehus eller annen helseinstitusjon, i hjemmet eller et annet sted og eventuelt sammen med andre smittede (kohortisolering).
- **Aktivitetsbegrensninger** (andre enn isolering) tilpasses smittemåten og kan være begrensninger i forsamlinger (kino, offentlige transportmidler) eller oppmøte på barnehage,

skole eller arbeidsplass; begrensninger i reiser eller pålagt opphold i område avsperrert med sanitærkorridor (*cordon sanitaire*).

Kommunikasjon med publikum er viktig for å forklare bakgrunnen for, få forståelse for og oppnå medvirkning til smitteverntiltakene.

Vi legger ellers merke til at planens tabell 2 omtaler hjemler i smittevernloven. Dette er greit, men erfaringene fra smittevernet er at pasienter og publikum så å si alltid slutter opp om godt begrunnede og nødvendige smitteverntiltak slik at vedtak og tvang nesten aldri er nødvendig. Smittevernet ute i kommunene og på sykehusene praktiseres uten noen lovbok i hånd.

Fordeling av oppgaver

Det aller viktigste med en beredskapsplan er å klargjøre oppgavefordelingen slik at alle aktørene vet hva de selv skal gjøre, og hva andre skal gjøre. Da reduseres faren for dobbeltarbeid og uklarheter og behov for avklaringer midt under håndteringen. For oss smittevernleger i kommunene virker det som mye tid går til å avklare arbeidsfordelingen mellom statlige etater, særlig Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet, men likevel kommer det til dels ukoordinerte brev til kommunene. Vi kjenner oss altså godt igjen i følgende oppsummering i rapporten fra prosjektet Smittevern i kommunene:

«Kommunelegene oppgir at Helsedirektoratets og Folkehelseinstituttets roller innen smittevern kan oppleves å være overlappende. De oppgir videre at det ofte skapes uklare situasjoner når begge de to forvaltningsorganene gir råd i forbindelse med en og samme smittevernsituasjon. Det oppleves f.eks. forvirrende at det kommer informasjonsmaterieell fra både Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet om samme tema, og særlig påpekes det at det er uheldig når informasjonen virker ukoordinert. Utbruddene av ebola og av zika ble nevnt som eksempler på hendelser da dette hadde skjedd.»

Vi mener derfor at planen på en generisk måte må slå fast oppgavefordelingen for de ulike delene av responsen på et utbrudd av alvorlig smittsom sykdom. Siden arbeidet i en krise etter ansvarsprinsippet skal følge arbeidsfordelingen i normale tider, må normalsituasjonen være utgangspunkter. Smittevernloven med forskrifter samt etatenes mandater og tradisjon legger føringene. Vi har nedenfor tillatt oss å foreslå enkle oppsett som vi synes klargjør oppgavefordelingen og letter lesningen av planen.

1. Eksempelet vaksinasjon

For eksempelet vaksinasjon går denne oppgavefordelingen særlig fram av smittevernloven, spesielt § 3-8, vaksinasjonsforskriften og legemiddelforskriften. Et oppsett som nedenfor kan erstatte mesteparten av teksten i kapittel 4.11 og vil være mer oversiktlig.

Oppgave	Utredning, råd eller utførelse	Eventuell beslutning	Kommentar
FØR UTBRUDET			
Kjenne markedet for aktuelle vaksiner og egenskaper ved disse	FHI		
Etablere beredskapslager eller betinget innkjøpsavtale for vaksine, evt i EU-samarbeid	FHI	HOD	
Planlegge for og øve på rask vaksinasjon av mange mennesker	Kommunen		
UNDER UTBRUDET			

Vurdere plassen til vaksinasjon i smittevernstrategien mot utbruddet	FHI		I samarbeid med relevante etater og miljøer
Kjøpe inn vaksiner, evt i EU-samarbeid	FHI	HOD	
Eventuelt skaffe sprøyter og spisser	Hdir		
Eventuelt gi tillate bruk av vaksine uten norske markedsføringstillatelse	Legemiddelverket		Legemiddelforskriften § 2-8
Fastsette vaksinasjon som del av vaksinasjonsprogrammet, herunder målgrupper og prioritering	FHI	HOD	I samarbeid med relevante etater og miljøer
Eventuelt fastsette pliktig vaksinasjon	FHI	HOD	
Eventuelt påby umiddelbar pliktig vaksinasjon	FHI	Hdir	
Gi retningslinjer for gjennomføring av vaksinasjon	FHI		
Distribuere vaksiner til kommunene og andre	FHI		
Gi råd om vaksinasjon til dem som skal vaksinere	FHI		
Gjennomføre vaksinasjon	Kommunen		
Kommunisere med publikum om vaksinasjonen	FHI		
Kommunisere med publikum om gjennomføring i kommunen	Kommunen		
Overvåke bivirkninger	Legemiddelverket		I samarbeid med FHI
Overvåke vaksinasjonsdekning og effekt på epidemien	FHI		

2. Eksempelet smitteverntiltak (utenom vaksinasjon) i samfunnet

Et oppsett som nedenfor kan erstatte mye av teksten i kapittel 4 og vil være mer oversiktlig.

Oppgave	Utredning, råd eller utførelse	Eventuell beslutning	Kommentar
FØR UTBRUDDET			
Overvåke den nasjonale og internasjonale epidemiologiske situasjonen	FHI		
Planlegge for og øve på å gjennomføre smitteverntiltak lokalt	Kommunen		
UNDER UTBRUDDET			
Overvåke utbruddet	FHI		
Risikovurdere utbruddet og lage planscenarier	FHI		Bygge på overvåking og på informasjon og vurderinger fra ECDC, WHO og andre
Oppklare utbruddet	FHI		I samarbeid med kommuner og evt. Mattilsynet
Legge en smittevernstrategi for utbruddet	FHI		Bygge på risikovurdering
Råd om smitteverntiltak	FHI		
Råd om medisinsk-mikrobiologisk diagnostikk			I samarbeid med relevant referanselaboratorium
Gjennomføre smitteverntiltak	Kommunen, RHF, publikum		
Pålegge inngripende smitteverntiltak lokalt	FHI	Kommunen	Smittevernloven § 4-1
Pålegge inngripende smitteverntiltak	FHI	Hdir	Smittevernloven § 4-1

regional/nasjonalt			
Kommunisere om risikovurdering, smittevernstrategi og smitteverntiltak	FHI		
Kommunisere om gjennomføring av smitteverntiltak lokalt	Kommunen		
Overvåke effekt av smitteverntiltak på epidemien	FHI		

Et tilsvarende oppsett kan også lages for smitteverntiltak i helsetjenesten, altså særlig legekontorer, sykehjem og sykehus. Videre kan det lages et oppsett for diagnostikk og behandling, altså det vi kan kalle behandlingssøylen.

Hva trenger kommunene?

Ethvert utbrudd av smittsom sykdom utenfor sykehusene skal håndteres på bakken av kommunene med de smittevernansvarlige kommunelegene (smittevernlegene) som sentrale aktører, jf. smittevernloven §§ 7-1 og 7-2. Staten ved Folkehelseinstituttet skal fastsette en overordnet strategi for det aktuelle utbruddet og støtte kommunene i å gjennomføre denne. Planen bør derfor klargjøre hvilke etater som har hvilke oppgaver i å møte kommunenes behov under et utbrudd. Et oppsett som nedenfor kan benyttes og vil være oversiktlig.

Behov	Fra	Kommentar
FØR UTBRUDDET		
Oversiktlig nasjonal beredskapsplan	HOD	Altså dette utkastet
Smittevernplan for kommunen	Kommunen selv	Omtaler kommunens ressurser og planer for omdisponering og kommunikasjon
UNDER UTBRUDDET		
Bakgrunnsinformasjon om utbruddet og sykdommen	FHI	
Risikovurdering for utbruddet med planscenarier	FHI	Må oppdateres underveis
Epidemiologisk oversikt	FHI	Må oppdateres hyppig
Situasjonsrapport for helsetjenesten	Hdir	Må oppdateres hyppig
Smittevernstrategi for utbruddet	FHI	Basert på risikovurdering med planscenarier. Grunnlag for råd.
Råd om smitteverntiltak i samfunnet	FHI	
Råd om smittevern i helsetjenesten (legekontorer, sykehjem mv)	FHI	I samarbeid med RHF'enes sentre for sykehus hygiene og CBRNE-senteret
Råd om medisinsk-mikrobiologisk diagnostikk	FHI	I samarbeid med relevant referanselaboratorium
Medisinsk-mikrobiologiske undersøkelser	RHF	I samarbeid med FHI
Råd om øvrig diagnostikk og om behandling	Hdir	I samarbeid med FHI, CBRNE-senteret og RHF'ene
Forsyning av eventuelle vaksiner	FHI	
Forsyning av eventuelle sprøyter og spisser til vaksinasjon	Hdir	
Forsyning av eventuelle legemidler	Hdir	I samarbeid med Legemiddelverket og legemiddelgrossister
Rutiner og infrastruktur for rapportering om situasjonen i kommunen	Fylkesmannen	Må være enkle

Spesifikke kommentarer

Avsnitt 3.3, side 8-9

I første avsnitt heter det at Helsedirektoratet kan få fullmakt til å forestå «nasjonal koordinering av helse- og omsorgssektoren innsats». Planen bør presisere hva som menes «koordinering». Er det styring, eller er det å legge til rette for samvirke mellom aktører som hver for seg har sine definerte oppgaver? Og hvis det er styring, hvordan forholder en slik bestemmelse seg til andre aktører (kommunene, Folkehelseinstituttet, Legemiddelverket og andre) som har oppgaver pålagt i lov og forskrift? Og til ansvarsprinsippet?

Figur 1 mangler.

Avsnitt 3.3, side 8

Forskjellen på overvåking og rapportering bør klargjøres. Det virker naturlig at informasjon om epidemiens utvikling er en del av overvåkingen og derfor samles, analyseres og settes sammen av Folkehelseinstituttet mens annen informasjon rapporteres fra kommunene til Fylkesmannen.

Avsnitt 4.11.1, side 19-20

Første setning henviser til en rekke dokumenter som «beskriver ansvaret for vedtak om vaksinasjon». Er det ikke bedre å starte med å fortelle hvem som har dette ansvaret?

De to neste avsnittene handler om påbudt vaksinasjon, enten gjennom forskrift fra HOD eller hastevedtak fra Helsedirektoratet. Vi finner det litt søkt å starte med slike tanker her. Det gir et dårlig signal om at påbudt vaksinasjon er et svært aktuelt tiltak. Ved de scenarier som planen skal dekke, må vi regne med at folk svært gjerne vil bli vaksinert; de trenger ikke tvinges. Uansett vil påbudt vaksinasjon helt unntaksvis være et aktuelt tiltak; det vil sjelden være et alvorlig problem (annet enn for dem selv) dersom noen nekter å bli vaksinert. Start heller omtalen med det normale, nemlig at HOD gjennom vaksinasjonsforskriften gjør denne vaksinen til del av vaksinasjonsprogrammet som et tilbud til hele eller nærmere definerte deler av befolkningen. Se ellers våre generelle kommentarer over.

Øverst på side 20 nevnes en koppealarm i 2018. Hva er det? Hvis departementet mener det har vært en alarm om kopper i Norge i 2018, er det en av de størst tenkelige, potensielle globale helsekriser verden har opplevd i år, og den bør kommuniseres tydelig.

Avsnitt 4.2, side 11

I siste avsnitt omtales «PHEIC». Dette begrepet har en norsk oversettelse i IHR-forskriften. Den bør benyttes, gjerne med det engelske begrepet i parentes. Det gjelder også i ordlista i kapittel 10.

Avsnitt 4.10.1, side 18

Det bør opplyses hvilke andre legemidler enn antiviralia mot influensa som lagerføres av Helsedirektoratet og i hvilke mengder.

Avsnitt 4.13, side 21

Her nevnes «regionale kompetansesentre for smittevern». Det korrekte navnet er regionale kompetansesentre for sykehushygiene, jf. smittevernforskriften § 3-1. Begrepet smittevern favner mye bredere enn begrepene «sykehushygiene» eller «smittevern i helsetjenesten».

3. Kommentarer til Mandat for sammensetning av Kriseutvalget for beredskap mot biologiske hendelser med rådgivere, samt mandat for Fylkesmannen

Kapittel 1

Definisjonen av «biologisk hendelse» er veldig vid; den omfatter faktisk *alle* utbrudd av smittsomme sykdommer. Det er uhensiktsmessig at utvalget skal ha en rolle ved ethvert utbrudd. Dette må klargjøres. Videre synes vi begrepet «biologisk hendelse» er ganske intetsigende; det kan jo være hvasomhelst som involverer planter og dyr. Kall det heller utbrudd av smittsom sykdom (naturlig eller tilsiktet).

Kapitlet innledes med å slå fast: «Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) har det nasjonale ansvaret for helseberedskapen i Norge (...)» Et par avsnitt lenger ned heter det imidlertid: «Helsedirektoratet har ansvar for den nasjonale helseberedskapen med utgangspunkt i sin rolle.» Det er vanskelig å forstå hvordan disse to setningene skal forstås i sammenheng. Hvem har ansvaret?

Beredskapsprinsippene bør nevnes i dette innledningskapitlet, og det bør klargjøres hvordan man har tatt hensyn til disse i utformingen av mandatet.

Kapittel 2

Smittevernet i Norge skjer i kommunene (og for innlagte pasienter i sykehusene). Etter smittevernloven har kommunene og kommunelegene en hovedrolle i å bekjempe smittsomme sykdommer. Ved ethvert utbrudd av smittsom sykdom (utenfor sykehusene) vil kommunen og kommunelegen stå i frontlinja. Det er derfor påfallende at kommunene ikke er representert i Kriseutvalget, for eksempel ved representanter utpekt av KS.

Vi er overrasket over å se at helsedirektøren/Helsedirektoratet i punkt 2.2 er foreslått som leder av Kriseutvalget. Vi ser det som naturlig at et slikt utvalg ledes av den relevante fagetaten, jf. hvordan Kriseutvalget for atomulykker ledes av Strålevernet. Tilsvarende burde et kriseutvalg for smitteutbrudd ledes av statens smitteverninstitutt, altså Folkehelseinstituttet. Vår undring understrekes av punkt 5.2 der det går fram at Helsedirektoratet for å kunne løse sine oppgaver må «organisere og koordinere» Folkehelseinstituttet. Hvordan forholder en slik organisering seg til ansvarsprinsippet? Som kommuneleger er vi vant til å samarbeide med Folkehelseinstituttet ved små og større utbrudd og forventer samme samarbeid ved større utbrudd.

Kapittel 4

I punkt 4.2 heter det at Kriseutvalget og rådgiverne «skal holde løpende oversikt over det aktuelle trusselbildet». Vi er usikre på hva som menes her, og hvorfor ikke utvalgets medlemsetater er nevnt. Kriseutvalget vil, slik vi forstår det, sjeldent møtes. Det betyr at utvalget som sådan vanskelig kan ha «løpende oversikt» over noe som endrer seg fra dag til dag. Vi vil foreslå at man heller ber utvalgets medlemmer og rådgivere, i tråd med sine mandater, følge det relevante nasjonale og internasjonale trusselbildet på sine fagområder, og at Kriseutvalget under sine møter drøfter trusselbildet etter innspill fra deltakerne. På smittevernområdet vil for eksempel det bety at Folkehelseinstituttet skal «overvåke den nasjonale og delta i overvåkingen av den internasjonale epidemiologiske situasjonen» og drive epidemietterretning, jf. smittevernloven § 7-9 og IHR-forskriften. Vi antar at politiet tilsvarende følger med på kriminelle organisasjoner og enkeltpersoner som kan tenkes å spre smittestoffer med overlegg.

I punkt 4.4 synes vi setningen bør endres til: «De deltakende virksomhetene utfører oppgaver og tar beslutninger etter...».

Kapittel 5

Vi er usikre på hvordan punkt 5.2 skal forstås når det står at «Helsedirektoratets krisehåndteringsapparat (...) har ansvaret for å organisere og koordinere det smittevern faglige sekretariatet (...)», som altså er Folkehelseinstituttet. Betyr dette at Helsedirektoratet faktisk skal «organisere og koordinere» deler av Folkehelseinstituttet? Hva blir da rollen til instituttets direktør? Her bør man finne en ordning som ikke lager et helt nytt styringssystem i forvaltningen, for eksempel at Helsedirektoratet har «ansvaret for å tilrettelegge samarbeidet med» det smittevern faglige sekretariatet.

I punkt 5.3 heter det at Folkehelseinstituttet skal «understøtte Helsedirektoratet i direktoratets ledelse og koordinering». Vi finner dette noe uklart. Det heter nemlig i punkt 2.2 at utvalget ledes av helsedirektøren, og i kapittel 1 at Helsedirektoratet i visse situasjoner skal «forestå nasjonal koordinering av hele sektorens innsats». Vi er altså usikre på hva ordet «ledelse» viser til og hvem som skal understøttes. En ryddigere formulering vil være at Folkehelseinstituttet skal «understøtte helsedirektøren i hans ledelse av Kriseutvalget og Helsedirektoratet i dets bidrag til samvirke mellom aktørene i sektoren».

I punkt 5.3 der Folkehelseinstituttets smittevern faglige ansvar omtales, bør det henvises til smittevernloven § 7-9 med forskrifter. Tilsvarende bør det som et siste kulepunkt føyes til: «- utføre andre oppgaver som er tillagt instituttet i lov og forskrift».

Kapittel 7

Til punkt 7.1: Vi er vant med at Folkehelseinstituttet holder oversikt over og kommuniserer om den epidemiologiske situasjonen, jf. smittevernloven § 7-9. Vi antar at det må gjelde også i kriser, jf. ansvarsprinsippet. Vi vil derfor ønske at situasjonsbildet for utbruddet sammenstilles og kommuniseres fra Folkehelseinstituttet slik vi er vant til. Vi synes også første strekpunkt under punkt 4.1 blir noe uklart. Det bør presiseres at Kriseutvalget ikke skal lage drive en parallell epidemiologisk overvåking for å danne et situasjonsbilde av den epidemiologiske situasjonen.

Vi forstår at Helsedirektoratet skal sammenstille situasjonsbildet for øvrig, for eksempel press på helsetjenester.

For styret

Dagfinn Haarr