

Erfaringsgjennomgang av norsk ebolahåndtering

Publikasjonens tittel: Erfaringsgjennomgang av norsk ebolahåndtering

Utgitt: 11/2015

Bestillingsnummer: IS-2389

ISBN-nr. 978-82-8081-414-2

Utgitt av: Helsedirektoratet
Kontakt: Avdeling beredskap
Postadresse: Pb. 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo
Besøksadresse: Universitetsgata 2, Oslo

Tlf.: 810 20 050
Faks: 24 16 30 01
www.helsedirektoratet.no

Illustrasjoner: Oversiktsbildet av ETC Moyamba er tatt av Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap. Øvrige bilder er tatt av Jo Heldaas. Grafer er produsert av Folkehelseinstituttet.

INNHold

Innhold

INNHold	2
SAMMENDRAG	4
Hovedbudskap	4
Resymé av hendelsesforløpet i ebolautbruddet og norske myndigheters oppfølging	4
Sentrale konklusjoner og læringspunkter	7
Beredskapsarbeidet mot ebola i Norge	8
Norsk innsats i Sierra Leone	8
Løsninger for medisinsk evakuering	9
Organisering av ebolaarbeidet, koordinering og samhandling	9
ERFARNGSGJENNOMGANG AV NORSK EBOLAHÅNDTERING	10
1 Innledning	11
1.1 Bakgrunn	11
1.2 Metode	12
1.3 Om ebolautbruddet i Vest-Afrika	12
2 nasjonal ebolaberedskap	15
2.1 Introduksjon til beredskapsarbeidet i Norge	15
2.2 Informasjon og rådgivning til befolkningen	15
2.3 Informasjon og rådgivning til helsetjenesten	18
2.4 Informasjon og rådgivning til helsetjenesten	20

INNHold

2.5	Informasjon og rådgivning til andre sektorer.....	23
2.6	Håndheving av Det internasjonale helsereglementet (IHR), spesielt med hensyn til Points of Entry (PoE).....	24
2.7	Etablering av behandlingskapasitet ved sykehus.....	26
2.8	Forsyning med beskyttelsesutstyr og eksperimentelle legemidler.....	27
3	Norsk innsats i Sierra leone	30
3.1	Bakgrunn	30
3.2	Gjennomføring	30
3.3	Oppfølging og etterlevelse av Memorandum of Understanding	33
3.4	Rekruttering, opplæring og utsending av helsepersonell, inklusive erfaringer fra det kliniske arbeidet i Moyamba	34
3.5	Oppfølging av utsendt helsepersonell og driftspersonell: rammebetingelser, herunder lønn og forsikring. Opplegg for psykososial oppfølging mv.....	37
3.6	Generelt om transport, drift og base camp	37
3.7	Transport av materiell	39
3.8	Etablering og drift av boligleir	39
3.9	Avhending av leir:.....	40
4	Løsninger for medisinsk evakuering	41
5	Organisering av ebolaarbeidet, koordinering og samhandling	44
5.1	Hovedpunkter om tverrsektorielt samarbeid på departements- og etatsnivå.....	44
5.2	Helse- og omsorgsdepartementets koordinerende rolle.....	45
5.3	Folkehelseinstituttets rådgivende rolle.....	46
5.4	CBRNe-senterets rådgivende rolle	47
5.5	Helsedirektoratets koordinerende, besluttende og iverksettende rolle	48
6	Stod nytten i forhold til kostnadene?	50
7	Vedlegg: Oversikt over innkomne innspill	52

SAMMENDRAG

Hovedbudskap

Norge leverte et godt bidrag til bekjempelse av ebolaepidemien gjennom innsatsen i Sierra Leone. Det nasjonale beredskapsarbeidet mot ebola har styrket smittevernberedskapen i Norge. Helsedirektoratet vurderer at følgende tre læringspunkter er særlig viktige å følge opp:

- Det er behov for å utvikle prosedyrer for Norges bidrag til løsning av internasjonale helsekriser, med vekt på avklaring av roller og ansvar mellom sektorer og internt i helsesektoren.
- Spørsmålet om hvordan kommunene ivaretar sitt ansvar for å sikre tilgjengelighet til smittevernlege i alvorlige smittesituasjoner bør gjennomgås.
- Norge bør sikre faste, nasjonale løsninger for medisinsk evakuering både med fly og helikopter.

Resymé av hendelsesforløpet i ebolautbruddet og norske myndigheters oppfølging

Ebolautbruddet i Vest-Afrika ble varslet til Verdens helseorganisasjon (WHO) av helsemyndighetene i Guinea i mars 2014. Utbruddet spredte seg etter kort tid til nabolandene Sierra Leone og Liberia, og alle de tre landene ble hardt rammet. Den internasjonale innsatsen for å stoppe utbruddet kom sent i gang, men ble etterhvert massiv. WHO erklærte ebolautbruddet for en Public Health Emergency of International Concern (PHEIC) i henhold til det internasjonale helsereglementet (IHR) den 8. august 2014. Den 18. september ble utbruddet erklært som en trussel mot fred og sikkerhet av FNs sikkerhetsråd, og FNs «Mission for Ebola Emergency Response» (UNMEER) ble opprettet. I arbeidet med å stoppe utbruddet bidro de lokale helsemyndigheter i utbruddslandene, WHO, FN, flere hjelpeorganisasjoner, samt en rekke andre lands myndigheter.

Situasjonen utviklet seg raskt med økende smittetall, appeller gjennom flere kanaler om internasjonal bistand, behov for håndheving av WHOs International Health Regulations (IHR) for å hindre ytterligere

SAMMENDRAG

smittespredning, og behov for å utvikle en nasjonal beredskap for å forebygge og eventuelt behandle tilfeller av ebola i Norge. De sterke inntrykkene befolkningen fikk fra nyhetsformidlingen om utbruddet skapte også raskt et behov for informasjonstiltak.

Den 5. oktober ble norske myndigheter varslet av Leger Uten Grenser om behov for medisinsk evakuering av en av deres norske medarbeidere. Evakuering ble gjennomført umiddelbart på grunnlag av organisasjonens egen avtale med transportør, og fulgt opp med vellykket medisinsk behandling ved Oslo universitetssykehus.

Den 9. oktober fikk Helsedirektoratet i oppdrag å følge opp en regjeringsbeslutning om at helsetjenestens, Forsvarets og justissektorens ressurser skulle tilbys UNMEER og britiske myndigheters bistandsinitiativ i Sierra Leone. I praksis betød dette utsendelse av norsk helsepersonell under britisk ledelse, understøttet av DSB-personell. Samtidig ble et av Forsvarets transportfly stilt til britenes disposisjon for hele deres Sierra Leone-operasjon. Det ble inngått en avtale mellom Norge og Storbritannia om rammene for oppdraget. Helse Vest RHF fikk i oppdrag å besørge rekruttering av helsepersonell til oppdraget, i samarbeid med øvrige regionale helseforetak, men slik at Helse Vest ved Helse Bergen HF satt med arbeidsgiveransvar for alle som ble rekruttert. Ansvarlig aktør på britisk side var Department for International Development (Dfid). Dette departementet besørget opplæring av selektert norsk personell. De valgte å benytte personellet til arbeid på en ebolaklinikk som ble etablert i Moyamba i Sierra Leone. Det medisinske driftsansvaret ble delegert til organisasjonen Medicos del Mundo (MdM). Personell fra Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap etablerte boligleir for helsepersonellet og driftet denne. Klinikken ble satt i drift 18. desember. Norsk helsepersonell var sentrale i driften av klinikken helt til disse ble trukket ut i april 2015. Da var epidemien på retur, og myndighetene i Sierra Leone ønsket å avvikle klinikken.

Oppdraget krevde et nybrottsarbeid under særlig vanskelige forutsetninger: en svært alvorlig epidemi skulle bekjempes under krevende forhold helt usammenlignbart med hverdagen i norsk helsetjeneste. Arbeidet skulle foregå på grunnlag av en avtale med en annen bistandsgivende stat, som i sin tur satte ut det medisinske driftsansvaret for klinikken til en frivillig organisasjon med hovedsete i Spania, som igjen skulle lede helsearbeidere fra flere forskjellige land. Samtidig var det behov for omfattende støtte fra Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap som norske helsemyndigheter skulle koordinere overfor britene. Oppdraget innebar også at man for første gang koordinerte helsepersonell fra hele landet gjennom ett helseforetak som midlertidig arbeidsgiver.

SAMMENDRAG

Det har vært ulike vurderinger i Helsedirektoratet og Helse Vest/Helse Bergen om hva arbeidsgiveransvaret i denne typen operasjoner innebærer. Gjennom oppdragsdokumentet og etterfølgende dialog forsøkte man å finne en felles forståelse. Dette lyktes ikke helt. Helse Vest/Helse Bergen ønsket gjennom egne mekanismer å forsikre seg om at alt nødvendig ble gjort for personellens sikkerhet og faglighet i felt. Direktoratets oppfatning var at disse forholdene ble godt ivaretatt innenfor de prinsippene som ble trukket opp i den overordnede avtalen med britene, og at tilleggsmekanismer fra norsk arbeidsgivers side kunne skape utydelighet i ansvar og ledelse. På nåværende tidspunkt kan vi slå fast at begge perspektiver er fremført med gode hensikter, men det er for fremtidige operasjoner nødvendig å skape felles forståelse. Det er direktoratets vurdering at personellens sikkerhet og kvaliteten i behandlingen samlet ble godt ivaretatt. Samtidig skaper denne type manglende felles forståelse øket risiko for feil.

Det kan også i framtida bli aktuelt at regionale helseforetak får i oppdrag å bidra med helsepersonell i fremtidige norske internasjonale innsatser innenfor politisk avklarte rammer. Helsedirektoratet vil gå i dialog med de regionale helseforetakene, DSB og Forsvaret om utvikling av konsept som beskrevet. Det er også viktig å påpeke at prosjektet etterlater seg svært gode resultater og blir lagt merke til internasjonalt.

Forsvaret utførte transportoppdrag for briteres samlede Sierra Leone-operasjon, samt bidro til å sikre at Norge hadde løsninger for medisinsk evakuering. Forsvarets innsats for britene ble imidlertid ikke koordinert av helsemyndighetene.

Folkehelseinstituttet (FHI) og Helsedirektoratet samarbeidet gjennom høsten 2014 og utover i 2015 om å utvikle nasjonal beredskapsplan mot ebola, samt faglig veileder til helsepersonell. Folkehelseinstituttet hadde ansvar for å følge den epidemiologiske utviklingen, og et hovedansvar for smittevernrådgivning til helsetjenesten og andre sektorer. Helsedirektoratet hadde hovedansvar for utvikling av planverk og utøvelse av myndighetsoppgaver innen smittevern, og for å bringe på det rene hvilken behandlingsspesialisthelsetjenesten hadde. Nasjonal behandlingstjeneste for CBRNe-medisin ved Oslo universitetssykehus (CBRNe-senteret) var en sentral rådgiver i dette arbeidet.

Informasjon til befolkningen stod sentralt i planarbeidet, og likeledes koordinering med andre sektormyndigheter, særlig innen luftfart. Det var stort behov for å avklare hvordan mistanke om smitte blant flypassasjerer skulle håndteres, jamfør IHR-reglene. Helsedirektoratet fikk ansvar for å forvalte avtaler regjeringen inngikk med to kommersielle leverandører av flybåren medisinsk evakuering, samt ditto avtale med Forsvaret. Faglig veileder for helsepersonell ble publisert av FHI første gang i november,

SAMMENDRAG

og senere oppdatert flere ganger. En nasjonal interimplan for beredskap mot ebola ble sendt på høring i desember 2014 og samtidig gjort midlertidig gjeldende.

Arbeidet med bistandsinnsatsen i Sierra Leone og nasjonal beredskap involverte en rekke sektorer. Eksempelvis var det nødvendig å tenke gjennom hvilken informasjon som måtte gis i skoler og barnehager dersom noen barn, foresatte eller ansatte skulle bli smittet. En informasjonskampanje ble gjennomført i oktober/november 2014, med sikte på å gi folk informasjon om ebola, og budskap som fremmet at folk som kunne være i faresonen for smitte tok viktige forholdsregler. Det var særlig viktig å nå det vestafrikanske miljøet i Norge. Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) hadde behov for å koordinere seg med flere andre departementer, og tilsvarende behov hadde Helsedirektoratet og FHI på sitt nivå. Det ble derfor gjennomført en omfattende møtevirksomhet og annen informasjonsutveksling, der Utenriksdepartementet, Forsvarsdepartementet og Justis- og beredskapsdepartementet var sentrale. I innledende fase var også Samferdselsdepartementet en viktig aktør.

Norsk helsetjeneste ble ikke for alvor satt på prøve annet enn gjennom behandling av den evakuerte helsearbeideren. De statlige ordningene for medisinsk evakuering ble ikke utløst. Norges offentlige innsats for å bekjempe ebola ble dermed i hovedsak bidraget til driften av klinikken i Moyamba, Forsvarets flytransportoppdrag for britene, samt finansiering av annen hjelpeinnsats gjennom multilaterale institusjoner og frivillige organisasjoner. I tillegg bidro Norge gjennom fagmiljøet på FHI og finansiering fra Forskingsrådet vesentlig til utvikling av en ebola-vaksine som har vist seg svært lovende. Nærmere omtale av vaksineprosjektet faller utenfor mandatet for denne gjennomgangen.

I skrivende øyeblikk kan det virke som epidemien er i ferd med å ebbe ut. Nesten 28 500 personer er registrert smittet av viruset, og over 11 300 døde. Det kan være betydelige mørketall. Gjennom den kombinerte nasjonale og internasjonale innsatsen i området lyktes man med å begrense spredningen av utbruddet til noen få stater, og man fikk etter hvert utbruddet under kontroll.

Sentrale konklusjoner og læringspunkter

På grunnlag av vurderinger av den norske innsatsen som vi redegjør for i hovedteksten har vi kommet fram til at dette er de viktigste konklusjonene og læringspunktene for norske helsemyndigheter:

SAMMENDRAG

Beredskapsarbeidet mot ebola i Norge

- Den samlede innsatsen for å etablere en nasjonal ebolaberedskap har bidratt til å heve nivået på landets generelle smittevernberedskap. Plan- og veiledningsarbeid, informasjons- og rådgivningsarbeid, øvelser, gjennomgang av sykehusenes behandlingskapasitet, anskaffelser og trening i bruk av smittevernutstyr er blant elementene i dette.
- Spørsmålet om hvordan kommunene ivaretar sitt ansvar for å sikre tilgjengelighet til smittevernlege i alvorlige smittesituasjoner bør gjennomgås.
- Ansvarsposisjonene for ulike aspekter av krisehåndtering mellom HOD, FHI og Helsedirektoratet bør gås nøye gjennom, slik at man ved framtidige kriser tidlig kan være maksimalt effektive. Dette gjelder både informasjons- og planarbeid.
- Folkehelseinstituttets, Helsedirektoratets og CBRNe-senterets faglige veiledning og informasjon nyter generelt høy tillit både i helsetjenesten, andre sektorer og i befolkningen. Hovedbudskapet nådde i stor grad fram og ble forstått.
- Det er viktig tidlig å involvere myndigheter i andre sektorer som kan bli berørt. Ansvars- og varslingslinjer innen og mellom sektorer bør øves i normalsituasjoner, spesielt i kommuner med havner og lufthavner som er såkalte «Points of Entry». Disse kommunene skal ivareta særskilte oppgaver for å håndtere alvorlige hendelser av betydning for internasjonal folkehelse.
- De regionale helseforetakene og helseforetakene bør gå gjennom sin evne til å legge om ordinær drift i ekstraordinære situasjoner; herunder utnyttelse av de samlede personal- og utstysressurser, tilpasninger av lokale forhold til tilstrekkelig beskyttelsesnivå for deltakende helsepersonell og andre prioritering av andre pasientgrupper.

Norsk innsats i Sierra Leone

- Helsedirektoratet vurderer at norsk helsetjeneste og helsemyndighetene i samarbeid med DSB, Forsvaret og Utenriksdepartementet er i stand til å levere gode og samordnede bidrag til bekjempelse av internasjonale helsekriser. Evnen til å bidra bygger særlig på godt skolert og dedikert personell.

SAMMENDRAG

- Ved fremtidige hendelser hvor det er behov for at det gis oppdrag til eksterne aktører må rammevilkår gjennomgås og avklares tydelig, slik at det ikke oppstår ulike oppfatninger om oppdrag, roller, ansvar og funksjon.
- Det er behov for å utvikle rutiner og prosedyrer for norsk innsats under internasjonale helsekriser. Avklaringer om kompetanse, forankring og ansvar må beskrive hvordan eventuell tverrsektoriell oppdragsløsning skal gjennomføres ved en fremtidig hendelse. Dette fordi konseptfasen i denne typen oppdrag blir kort og kompleks på grunn av tidspress for oppdragsutvikling og oppsetting. I de fleste kritesituasjoner kan det også legges til grunn en krevende informasjonssituasjon som utgangspunkt.

Løsninger for medisinsk evakuering

- Ulike transportløsninger kan innebære stor variasjon i responstid og muligheter for medisinsk behandling. Dessuten vil ikke Norge ha sikkerhet for at våre behov blir prioritert av kommersielle leverandører med avtaler med mange land. Det sikreste for Norge vil være å etablere egne, permanente kapasiteter, både fly og helikopter.

Organisering av ebolaarbeidet, koordinering og samhandling

- I komplekse og langvarige beredskapssituasjoner har faste møter og informasjonsutvekslingsrutiner mellom de mest sentrale aktører stor betydning for å etablere felles situasjonsforståelse, sikre at problemstillinger blir godt nok belyst fra alle sider, og at myndighetene på dette grunnlaget fatter hensiktsmessige beslutninger som aksepteres og følges opp av alle berørte aktører i forvaltningen.
- Tilstrekkelig involvering av alle sektorer på direktorats- og tilsynsnivå og involvering av fylkesmenn, regionale helseforetak og kommuner kan i komplekse og langvarige beredskapssituasjoner være kapasitetsutfordrende for Helsedirektoratet. For å få til god nok samhandling og veiledning må det settes av store ressurser i organisasjonen, og øvrige oppgaver prioriteres strengt.



ERFARNGSGJENNOMGANG AV NORSK EBOLAHÅNDTERING

1 INNLEDNING

1.1 Bakgrunn

Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) bestilte i brev av 04.05.15 til Helsedirektoratet en erfaringsgjennomgang av norsk ebola-håndtering, avgrenset til den del av innsatsen der helsemyndighetene hadde en koordinerende rolle. I brevet skriver HOD at:

«formålet med gjennomgangen er å dra lærdom av erfaringene med den nasjonale håndteringen av ebola-krisen. Erfaringsgjennomgangen skal legge vekt på vurdering av resultatene, kost-nytte-vurderinger og læringspunkter for framtidige beredskapssituasjoner. Rapporten skal omfatte en beskrivelse og vurdering av:

- Beredskapsarbeidet mot ebola i Norge, herunder:
- Informasjon og rådgivning til befolkningen, informasjon og rådgivning til primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.
- Norsk innsats i Sierra Leone tilrettelagt av helsemyndighetene, herunder tverrsektorielt samarbeid på departements- og etatsnivå, og oppfølging og etterlevelse av Memorandum of Understanding mellom Norge og Storbritannia og utsending av helsepersonell.
- Løsninger for medisinsk evakuering nasjonalt og internasjonalt.
- Organisering av ebolaarbeidet, koordinering og samhandling, herunder: HODs koordinerende rolle i ebola-arbeidet, FHIs rådgivende rolle, Helsedirektoratets iverksettende rolle, samhandling mellom sentrale aktører.»

Videre skriver HOD:

«HOD forutsetter at alle berørte aktører bidrar i evalueringsarbeidet, med Helsedirektoratet som koordinerende instans. FD, JD, UD, Forsvaret, DSB, FHI, CBRNe-senteret og Helse Bergen HF inviteres på egnet måte inn i arbeidet. Statens helsetilsyn forespørres om bistand. Vurderinger fra internasjonale samarbeidspartnere som Department for International Development (Dfid) og Medicos del Mundo (MdM) skal innhentes. Vurderinger kan også innhentes fra Leger Uten Grenser, Røde kors og andre organisasjoner som har bidratt i Vest-Afrika og fra vestafrikanske interessegrupper i Norge.»

Frist for oppdraget ble satt til 01.09.15. Grunnet andre presserende oppgaver fikk Helsedirektoratet utsatt frist til 01.11.15.

1.2 Metode

Helsedirektoratet har innhentet skriftlige innspill fra flere sentrale aktører i det norske ebola-arbeidet. I hovedsak dreier dette seg om aktører i sentralforvaltningen og regionale helseforetak. Vi har også fått innspill fra Leger Uten Grenser, Legeforeningen, Fylkesmannen i Sør-Trøndelag og Bergen kommune. Siden de to sistnevnte er alene om å representere henholdsvis fylkesmennene og kommunesektoren er det usikkert hvor representative synspunktene er, men vi velger likevel å presentere noen av disse. Folkehelseinstituttet har i samarbeid med direktoratet og CBRNe-senteret gjennomført en nettbasert spørreundersøkelse til personell i helsetjenesten for å få et bilde av hvordan Folkehelseinstituttets, Helsedirektoratets og senterets råd og veiledning ble mottatt. Det ble også laget en tilsvarende undersøkelse i aktuelle forvaltningsorganer for å få et bilde av oppfatninger om HODs og direktoratets koordinering og iverksetting. Helsedirektoratet hadde møter med både Dfid og Mdm for å diskutere deres inntrykk av den norske innsatsen. Direktoratet har også hatt møte med Helse Vest RHF. Helsedirektoratet alene er ansvarlig for rapportens endelige form. Der noen av aktørene har ulik oppfatning av sentrale elementer i hendelsesforløp eller læringspunkter er dette forsøkt synliggjort. For øvrig viser vi til de enkelte aktørenes skriftlige bidrag. Disse er listet opp i vedlegg, og oversendes Helse- og omsorgsdepartementet sammen med rapporten.

1.3 Om ebolautbruddet i Vest-Afrika

Ebolautbruddet i Vest-Afrika ble varslet av helsemyndighetene i Guinea i mars 2014. Utbruddet spredte seg etter kort tid til nabolandene Sierra Leone og Liberia, og alle de tre landene ble hardt rammet. Guinea varslet Verdens helseorganisasjon (WHO) om utbruddet i mars 2014. Likevel kom den internasjonale innsatsen for å stoppe utbruddet sent i gang, selv om den etterhvert ble massiv. WHO erklærte ebolautbruddet som en Public Health Emergency of International Concern (PHEIC) den 8. august 2014. Den 18. september ble utbruddet erklært en trussel mot fred og sikkerhet av FNs sikkerhetsråd, og FNs «Mission for Ebola Emergency Response» (UNMEER) ble opprettet. De lokale helsemyndigheter i utbruddslandene, WHO, FN, flere hjelpeorganisasjoner, samt bistand fra en rekke andre lands myndigheter bidro i arbeidet med å stoppe utbruddet. Utbruddet affiserte i hovedsak Guinea, Sierra Leone og Liberia.

Ebola smitter fra person til person via kroppsvæsker. De som blir smittet er i hovedsak personer med nær kontakt med pasientene, det vil si nær familie og helsearbeidere. Blant smittede helsepersonell er både nasjonale og internasjonale hjelpearbeidere. Det høye antallet smittede og døde helsepersonell i de affiserte landene rammet de allerede svake helsesystemene hardt. Medisinsk evakuering ble raskt tema da den internasjonale innsatsen ble oppskalert. Det var initialt svært store utfordringer knyttet til den medisinske evakueringen av internasjonale hjelpearbeidere, og det ble i alle vestlige land lagt ned store ressurser for å få slike ordninger på plass. Det ble etter hvert rapportert om flere hjelpearbeidere smittet på jobb i Vest-Afrika som så ble fraktet til hjemlandet for behandling, inkludert en norsk lege som jobbet for Leger Uten Grenser i Sierra Leone. Hun ble evakuert 6. oktober 2014, og lagt inn ved Oslo Universitetssykehus. Evakueringen genererte svært stor medieinteresse for ebola i Norge.

Figur 1. Erklæringer fra WHO og FN sammenholdt med epidemikurve for ebolautbruddet: Totalt antall smittede per uke i perioden desember 2013 – juli 2015 i Guinea, Sierra-Leone og Liberia.

De fleste helsearbeiderne som ble evakuert til vestlige land, inklusive den norske legen, ble friske. I Europa (Spania) og i USA så man noen få tilfeller av ebolasmitte til helsepersonell som arbeidet med hjemkomne ebolapasienter. De hadde alle jobbet med pasienter i sene stadier av sykdomsforløpet som var svært syke. Pasienter i sent stadium av sykdommen og pasienter som er døde er svært smittsomme på grunn av høy virusmengde i kroppsvæsker. Personlig smittevernutstyr (PPE) ved pleie av syke pasienter og trygge begravelser har vært et sentralt tema i arbeidet med å stoppe utbruddet.

Ebolautbruddet i Vest-Afrika satte fokus på helseberedskap over hele verden, og de fleste land gikk igjennom sin beredskap og gjorde forberedelser i tilfelle de skulle få smittede i landet. Utbruddet genererte etter hvert enorm medieinteresse, og et påfølgende behov for informasjon til både publikum, helsesektoren og andre aktører.

I Norge har ebolaberedskapsarbeidet basert seg på å styrke allerede eksisterende strukturer og prosedyrer. Den generelle beredskapen i Norge ble bedret gjennom blant annet forbedring av varslingsrutiner, samt gjennomførte øvelser på ulike nivåer både nasjonalt og lokalt (scenariegjennomganger, table-top-øvelser, fullskalaøvelser). Nasjonale og lokale myndigheter, Points of Entry-kommuner, sykehus og kommuner foretok en gjennomgang av sine rutiner knyttet til håndtering av utbrudd av alvorlig smittsom sykdom. Mye av beredskapsarbeidet som ble nedlagt av sentrale aktører dreide seg om kommunikasjonsarbeid, rådgivning og informasjon.

For uka fram til 4. oktober 2015 rapporterte WHO at det for første gang siden mars 2014 ikke var funnet et eneste nytt tilfelle av ebolasmitte. Dette gjentok seg uka etter, mens det deretter har vært enkelte tilfeller i Guinea. Tallet over ukentlige nye tilfeller har vært fallende over lang tid, og det ser nå ut til at epidemien er i ferd med å ebbe ut. Over 28 500 mennesker er bekreftet smittet i løpet av utbruddet, hvorav over 11 300 døde. Nesten 900 helsearbeidere er blant de smittede, hvorav over 500 døde. Det kan

generelt være store mørketall for smittede og døde, fordi arbeidet med smitteoppsporing har vært svært krevende.

2 NASJONAL EBOLABEREDSKAP

2.1 Introduksjon til beredskapsarbeidet i Norge

[Nasjonal helseberedskapsplan](#) gir en oversikt over hvordan helseberedskapen i Norge er organisert, og hvilke formelle krav som gjelder. For håndtering av utbrudd av smittsomme sykdommer er smittevernloven det viktigste grunnlaget. Loven pålegger regionale helseforetak og kommuner plikt til å utarbeide smittevernplaner. Kommunene har også plikt til å håndtere lokale smittetilfeller. Folkehelseinstituttet er nasjonal faginstans innen smittevern, mens Helsedirektoratet er nasjonal smittevernmyndighet med fullmakt til å iverksette tiltak for å forebygge smittespredning. Smittevernlovens forskrift om varsling av tiltak ved alvorlige hendelser av betydning for internasjonal folkehelse omhandler iverksetting av WHO's International Health Regulations (IHR). Folkehelseinstituttet er nasjonalt kontaktpunkt for oppfølging av IHR.

Ebolautbruddet i Vest-Afrika satte fokus på helseberedskap over hele verden, og de fleste land gikk igjennom sin beredskap og gjorde forberedelser i tilfelle de skulle få smittede i landet. Utbruddet genererte etter hvert enorm medieinteresse, og et påfølgende behov for informasjon til både publikum, helsesektoren og andre aktører.

I Norge har ebolaberedskapsarbeidet basert seg på å styrke allerede eksisterende strukturer og prosedyrer. Den generelle beredskapen i Norge ble bedret gjennom blant annet forbedring av varslingsrutiner, samt gjennomførte øvelser på ulike nivåer både nasjonalt og lokalt (scenariegjennomganger, table-top-øvelser, fullskalaøvelser). Nasjonale og lokale myndigheter, sykehus og kommuner foretok en gjennomgang av sine rutiner knyttet til håndtering av utbrudd av alvorlig smittsom sykdom. Mye av beredskapsarbeidet som ble nedlagt av sentrale aktører dreide seg om kommunikasjonsarbeid, rådgivning og informasjon.

2.2 Informasjon og rådgivning til befolkningen

Både ved faktiske utbrudd av alvorlige smittsomme sykdommer og når det er stor interesse fra media og befolkningen, har Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet til oppgave å sørge for informasjon til befolkningen. Ansvarer ligger i utgangspunktet hos HOD, men i praksis delegeres som regel informasjonsarbeidet til direktoratet og FHI.

Leger Uten Grenser (MSF) informerte tidlig Helsedirektoratet om sitt inntrykk av en økende redsel for ebola og mangel på kunnskap om sykdommen i den norske befolkningen. Etter kort tid befant Leger Uten Grenser seg i en situasjon hvor de så seg nødt til å spille rollen som offentlig helsekommunikator

angående Ebola. Organisasjonen opplevde at den de facto ble ebola-ekspertisen i norsk offentlighet. En viktig oppgave ble å dempe frykten i norsk offentlighet. Denne rollen var uvant og uønsket for organisasjonen, og Leger Uten Grenser ba tidlig om at norske myndigheter sørget for at bekymrede mennesker og befolkningen generelt fikk informasjonen de trengte. Leger Uten Grenser oppfatter at den offentlige informasjonsinnsatsen ikke ble sterk nok selv etter anmodningen.

Det var svært stor interesse fra media i forbindelse med at en utstasjonert lege som var på jobb for Leger Uten Grenser i Sierra Leone ble smittet av ebola, fraktet hjem og behandlet ved Oslo Universitetssykehus. Spørreundersøkelser gjennomført av direktoratet og FHI viste også at det var meget stor interesse i befolkningen, spesielt i forbindelse med denne saken, men også generelt om ebola og risiko for at vi skulle få flere smittede til Norge.

Det var viktig å utarbeide råd til befolkningen som var til nytte i en potensiell smittesituasjon, samtidig som det var liten sannsynlighet for smittespredning i Norge. Det å gi nøktern og tydelig informasjon uten å skape unødige frykt er en krevende balansegang. Dette ble særlig aktuelt i forbindelse med at norsk helsepersonell reiste til Sierra Leone. For å unngå at de og deres familier skulle bli stigmatisert eller oppleve ubehagelige situasjoner når de kom hjem, ble det lagt stor vekt på å gi meget nøktern og presis informasjon om smitterisiko. Dette lyktes i stor grad.

Folkehelseinstituttet publiserte sin første nettsak om ebolautbruddet 24. mars 2014. Denne første nettsaken lenket til faktainformasjon i Smittevernbooka fra Folkehelseinstituttet og til oppdaterte nettsider hos WHO. Ettersom informasjonsbehovet økte utover våren ble det iverksatt et mer systematisk kommunikasjonsarbeid sommeren 2014. Målgruppen var befolkningen generelt og helsepersonell spesielt, men instituttet utarbeidet også råd og informasjon tilpasset ulike andre yrkesgrupper.

Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet utarbeidet etter hvert en felles kommunikasjonsstrategi og utviklet faktainformasjon, talepunkter mm. De viktigste kommunikasjonstiltakene rettet mot hele befolkningen var å gi informasjon gjennom media, via nettsidene Helsenorge.no og fhi.no og gjennom spredning i sosiale medier. Det ble lagt inn utvalgte søkeord for å styre trafikken til våre nettsider.

Ett delmål var at befolkningen skulle ha tilstrekkelig kunnskap om korrekt handlemåte ved eventuell smitte for derigjennom å begrense smitte. Et annet delmål var å begrense unødig frykt i den norske befolkningen. Et tredje delmål var å dele informasjon og skape forståelse for situasjonen i Vest-Afrika, og behovet for hjelp i de landene med mange smittede og syke. Internett var hovedkanalen for faktainformasjon, men også sosiale medier (Twitter og Facebook) samt media med intervjuer, innlegg og nettmøter ble brukt for å spre informasjon. Twitter-meldingene fikk god respons. Samlet sett var Folkehelseinstituttet tilstede i media om ebola i overkant av 1000 ganger i perioden 1. august 2014 til 30. mai 2015. Det ble utpekt en liten gruppe talspersoner som brukte mye tid på mediehåndtering og nettmøter, særlig i perioden august-november.

På fhi.no ble det lagt ut faktainformasjon, samt spørsmål-og-svar-side, og en løpende oppdatert status for utbruddet i Vest-Afrika. For å gjøre informasjonen lett tilgjengelig ble det lagt ut en fast lenke til ebolainformasjonen på forsiden av fhi.no. En egen temaside for ebola ble opprettet i oktober og ebolaveilederen ble publisert i november. En del nøkkelinformasjon ble også laget på engelsk. I tillegg til

egne nettsider, hadde Folkehelseinstituttet to sider på helsenorge.no: En spørsmål-og-svar-side og en side med tittelen «Ebola i Vest-Afrika». Disse var på norsk, engelsk og fransk, og hadde en enkel introduksjonstekst med den mest etterspurte informasjonen, og lenket videre til fhi.no for mer informasjon.

Den vestafrikanske befolkningen i Norge hadde et særskilt informasjonsbehov fordi de var bekymret for slektninger i det berørte området og fordi de selv kunne være i en situasjon der de vurderte å reise til de berørte områdene. Det ble satt i verk egne tiltak overfor vestafrikansk befolkning i Norge på flere språk, og overfor personer som reiste inn i Norge via fly, tog eller båt. Direktoratet og FHI hadde møter med representanter for vestafrikanere i Norge, og brukte også en fokusgruppe for å teste informasjonsmaterieill før ferdigstillelse. Det ble laget plakater og informasjon til skjermer på flyplasser, havner og tog fra utlandet.

Informasjonsplakat fra Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet



Folkehelseinstituttet utviklet råd spesifikt for ebola, både med hensyn til smittevern og laboratoriediagnostikk. Informasjon og råd ble utarbeidet, samlet i en nettbasert ebola-veileder og gitt fortløpende både til helsetjenesten, grupper av befolkningen, organisasjoner og spesielt utsatte yrkesgrupper, samt publikum.

Helsedirektoratet vurderer at informasjon gitt av talspersoner gjennom media fungerte meget godt. Budskapene var godt forankret i fagmiljøer og koordinert mellom aktørene på forhånd. Talspersonene fra Helsedirektoratet, Folkehelseinstituttet og Oslo universitetssykehus var godt forberedt. Resultatet var at helsesektoren framsto samlet og ga tydelige budskap til befolkningen.

Vurdering av informasjon og rådgivning til befolkningen ble gjort fortløpende under utbruddet i form av måling av aktivitet på nettsidene, aktivitet på sosiale medier, oppslag i tradisjonelle medier og brukerundersøkelser blant publikum. Undersøkelsene viste at kunnskapsnivået i befolkningen var svært høyt. Mer enn 80 prosent av de spurte kjente til symptomene på ebola og visste hva de skulle gjøre ved mistanke om smitte. Svært få var bekymret for at vi skulle få utbredt smitte i Norge. De svært gode resultatene i spørreundersøkelsene som ble gjennomført, peker i retning av at helseforvaltningen fikk god uttelling for ressursbruken.

2.3 Informasjon og rådgivning til helsetjenesten

2.3.1 Arbeidet med ebola-planen og ebolaveilederen

Helsedirektoratet igangsatte arbeid med en egen nasjonal beredskapsplan mot ebola.

Folkehelseinstituttet ble trukket inn i arbeidet. Etter hvert ble det besluttet at det skulle lages et felles overbygg for slike sykdomsspesifikke særplaner, og direktoratet og instituttet utarbeidet Plan mot alvorlig smittsomme sykdommer. Her ble de tiltak som bør gjennomføres ved alle utbrudd av slike sykdommer samlet, slik at særplanene kan fokusere kun på det som er spesifikt for den enkelte sykdom. Arbeidet med ebola-planen kunne blitt enklere om en slik generisk plan allerede hadde vært på plass. Begge planer er ferdigstilt og oversendt HOD.

Begge etater ble enige om behovet for å lage et faglig veiledningsdokument for helsetjenesten og andre sektorer, mye basert på råd som allerede var lagt ut på nett på fhi.no. Folkehelseinstituttet hadde hovedansvaret for denne prosessen.

I tillegg laget CBRNe-senteret en veiledning som gikk spesifikt på pasientbehandling og smittevernustyr ved transport av pasienter med mistenkt ebola.

Læringspunkt:

- Det er en utfordring å koordinere budskapene når det blir mange ulike produkter. Det er også krevende å sikre at budskapene er tydelige nok på hva helsepersonell skal gjøre. Det må etterstrebes å lage få og lett tilgjengelige produkter som raskt kan oppdateres. Digitale utgaver må utvikles.

2.3.2 Nasjonale tiltak

Blant beredskapstiltak som ble etablert på nasjonalt nivå kan nevnes: utvikling av algoritme for sykehusvalg, utvikling av prosedyrer for medisinsk evakuering og transport, etablering av felt-epidemiologisk beredskapsteam, planlegging og gjennomføring av fullskalaøvelse ved flyplassen på Gardermoen i samarbeid med Ullensaker kommune. Det ble etablert et nasjonalt tilbud for eboladiagnostikk med metoder for påvisning og kvantitering av ebolavirus. Laboratorieanalyser ble gjort døgntilgjengelig gjennom FHIs mikrobiologiske beredskapsvakt.

Det ble besluttet at AMK-sentralene skulle være kontaktpunkt for personer i Norge ved ebola-symptomer. Dette ble gjort fordi helsemyndighetene mente det slik ville være lettere å sikre at pasienter fikk riktig informasjon og oppfølging enn hvis legevakt eller fastlege skulle være første kontaktpunkt. Man ønsket

heller ikke at mulig smittede skulle oppsøke noe venterom. Kontaktinformasjonen ble markedsført bredt og tilbakemeldinger viser at publikum var kjent med hvordan de skulle kontakte helsetjenesten ved symptomer for ebola. Det var en risiko at det ved flere smittetilfeller av norske borgere, eller spredning av virus til Europa kunne blitt en stor belastning for AMK-sentralene om publikum også hadde henvendt seg dit med spørsmål og uro.

2.3.3 Lokal beredskap

Tidlig i prosessen med å etablere en nasjonal ebolaberedskap sendte Helsedirektoratet ut et brev til alle landets kommuner og fylkesmannsembeter, med kopi til RHF-ene, Luftfartstilsynet, Avinor m.fl. Det ble fremhevet i brevet at det særlig var aktuelt for kommuner med flyplasser, og det var stilet til kommunelegene. Hensikten med brevet var å anmode kommunene generelt om å gjennomgå sine smittevernplaner og ha økt fokus på kommunens smittevernberedskap generelt, at kommuner med internasjonale flyplasser skulle være oppmerksom på situasjoner som ville kunne kreve kommunelegens råd, forholdsregler og eventuelt særskilt myndighetsutøvelse etter smittevernloven i aktuelle situasjoner, nødlanding eller omdirigering, samt de særskilte oppgaver som tillå kommuner med utpekte flyplasser (Points of Entry).

Brevet ble generelt godt mottatt i kommunene, men skapte noe støy når det gjaldt formuleringen omkring krav til kommunelegens tilgjengelighet generelt. Brevet ble av mange oppfattet som et krav om døgntilgjengelig samfunnsmedisin- og smittevernberedskap i kommunene, og blant andre Legeforeningen vurderte dette som urealistisk. Helsedirektoratet vil presisere at kravene kan innfris også gjennom interkommunalt samarbeid og ved bruk av legevakt.

Noen kommuner og kommuneleger har deretter vært i kontakt med Helsedirektoratet i forbindelse med spørsmål omkring kommunelege, smittevernberedskap og tilgjengelighet. Det har mest vært fokus på forpliktelser/forventninger og praksis i kommunen, med vekt på manglende muligheter til full tilgjengelighet for kommunelegen i kommunen til enhver tid.

Fylkesmannen i Sør-Trøndelag mener større tydelighet rundt beredskapskravet lettere kunne gjort det til et tema også for tilsyn. Fylkesmannen kunne med et klart mandat benyttet tilsynsrollen for å kartlegge beredskapen i kommunene

Legeforeningen mener det er behov for en direkte kommunikasjonskanal mellom myndighetene og fastlegene. Legeforeningen mener at beredskapen i kommunene med hensyn til å håndtere mulige ebolatilfeller og hindre videre smittespredning var svært mangelfull. Legeforeningen mener videre direktoratets utkast til ebolaplan er uklar om ansvarsforhold i kommunene.

De fleste som har avgitt høringsuttalelse mener ebola-planen er god, men har noen innspill. Disse dreier seg i hovedsak om at planen må skrives noe om på de områdene som omhandler informasjon og kommunikasjon og ikke minst være eksakt i plasseringen av ansvar. Dette virker uklart for mange. Samarbeid mellom regioner og dekontaminasjon er også temaer som går igjen. Det er begrenset hvor mye beredskap en liten kommune kan klare på egenhånd fremkommer det.

Fylkesmannen i Sør-Trøndelag hevder at en del legevakter med utgangspunkt i ebolatrusselen gikk til innkjøp av smittevernutstyr, og dermed har fått en bedre beredskap for også andre smittsomme sykdommer.

Læringspunkt:

- Spørsmålet om hvordan kommunene ivaretar sitt ansvar for å sikre tilgjengelighet til smittevernlege i alvorlige smittesituasjoner bør gjennomgås.

2.4 Informasjon og rådgivning til helsetjenesten

Fylkesmannen i Sør-Trøndelag oppsummerer helsemyndighetenes informasjon og rådgivning til helsetjenesten slik:

«Det ble fra sentrale helsemyndigheter anlagt en bred innsats med informasjon for å sikre beredskapen i helsetjenesten. Særlig oppmerksomhet ble viet beredskap i den akuttmedisinske kjeden inkludert legevakt/akuttmottak og transport av eventuelle ebolasyke til behandlende sykehusavdeling. Konkrete smitteverntiltak ble vektlagt. Kommuner med flyplass fikk særlig oppmerksomhet. Informasjonen som ble formidlet vurderes å ha vært godt tilpasset og konkret utformet, og satte samtidig et fokus på smittevernfeltet generelt.»

Folkehelseinstituttet opprettet laboratorieberedskapsvakt for helsetjenesten, økte kapasiteten på smittevernvakta og arrangerte to heldagsseminarer med strømming på nett for helsepersonell i primærhelsetjenesten (oktober) og spesialisthelsetjenesten (desember). Seminarene hadde stor oppslutning og ble vurdert som svært nyttige av både primær- og spesialisthelsetjenesten.

Videre arrangerte både FHI og Helsedirektoratet møter med de frivillige organisasjonene for informasjonsutveksling og om gode arbeidsrutiner for sikkerhet for helsepersonell i Norge og i Vest-Afrika. Informasjon til primærhelsetjenesten ble gitt på Folkehelseinstituttets nettsider og i brev fra Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet. I tillegg var spredning i sosiale medier rettet mot denne målgruppa.

Til dels skulle informasjonen til primærhelsetjenesten distribueres av Fylkesmannen, i samsvar med den formelle kommunikasjonslinjen mellom helsemyndighetene og kommunene under kriser. Fylkesmannen i Sør-Trøndelag mener dette er fornuftig der hvor det fordres kunnskap om lokale forhold, f.eks. hvilke kommuner som har flyplass, samt at det å være formidler av informasjon øker bevisstheten på temaet hos Fylkesmannen. Dette igjen gjør det lettere å benytte andre kontaktpunkter Fylkesmannen har ut mot kommunene for å informere om temaet.

De viktigste kanalene for informasjon til spesialisthelsetjenesten var:

1. Informasjon i linja via møter
2. Folkehelseinstituttets nettsider, og spesielt ebolaveilederen <http://www.fhi.no/publikasjoner-og-haandboker/ebolaveilederen> som ble utarbeidet av CBRNe-senteret, FHI og helsedirektoratet i samarbeid og publisert på FHIs nettsider.
3. Dagsseminar for spesialisthelsetjenesten i regi av FHI.

Spesialisthelsetjenestens behov for konkrete råd vedrørende høyrisikosmitte (pasienthåndtering, transport, diagnostiske prosedyrer, behandling etc.) ble i hovedsak møtt av ebolaveilederen publisert av Folkehelseinstituttet og CBRNe-senterets råd vedrørende transport, som utarbeidet detaljerte prosedyrer for dette. Legeforeningen mener en del av rådene kom for sent.

I beredskaps- og krisesituasjoner vil det ofte være avgjørende for håndteringen at sentrale myndigheter er raskt ute med informasjon og råd til befolkningen og helsetjenesten. For å få til det må det tas raske beslutninger. Raske beslutninger forutsetter at roller og ansvar er avklart på forhånd. På dette grunnlaget kan man lage felles informasjonsstrategi og koordinere aktivitetene.

Koordinering av anbefalinger og råd fra Folkehelseinstituttet og CBRNe-senteret kunne i startfasen vært bedre. CBRNe-senterets råd ble publisert før ebolaveilederen og ble av mange i spesialisthelsetjenesten oppfattet som råd for all håndtering av ebola i sykehus og ikke spesifikt for smitteverntiltak ved transport av pasienter. Dette ble justert når ebolaveilederen ble publisert, men det krevde en ekstra innsats fra både Folkehelseinstituttet, Helsedirektoratet, CBRNe-senteret og lokalt smittevernpersonell å få korrekt budskap frem til helsepersonell i spesialisthelsetjenesten.

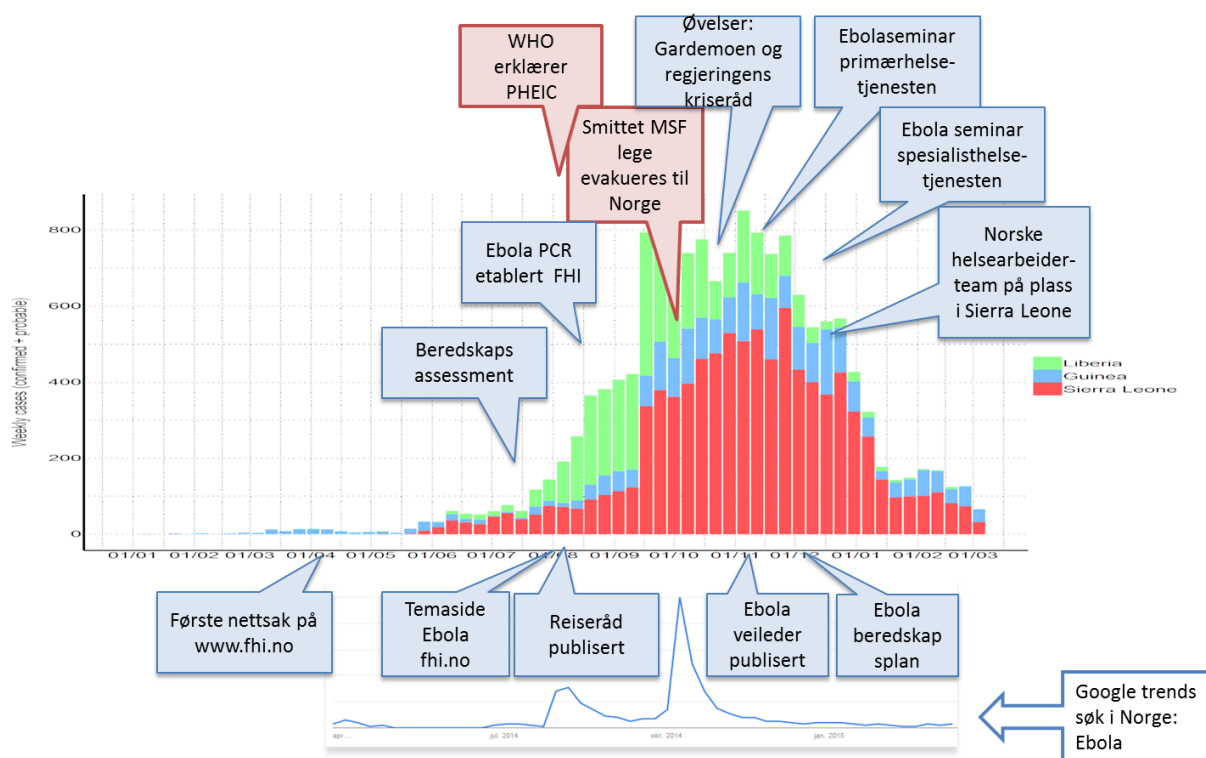
CBRNe-senteret nevner at koordinering mellom direktoratet, instituttet og senteret i forhold til media også kunne vært noe bedre i tidlig fase. I forbindelse med pasientmottaket i Norge fungerte det imidlertid godt mener senteret, og alle aktører var godt samkjørte ved at FHI i hovedsak uttalte seg om smittevern- og epidemiologiske spørsmål, Helsedirektoratet om beredskapstiltak og OUS om pasientbehandling og medisinske tiltak.

Helsedirektoratets samlede vurdering er at FHI, Helsedirektoratet og CBRNe-senteret utførte et godt og effektivt informasjons og rådgivningsarbeid under utbruddet. Undersøkelsene som er gjennomført viser at både publikum og helsetjenesten er svært fornøyd med informasjon og rådgivning under ebolautbruddet. Hovedbudskapene kom godt gjennom; det er liten smitterisiko i Norge, og vi har god beredskap for å begrense smitte.

Det ble 17. juni 2015 sendt ut en elektronisk spørreundersøkelse til aktører innen helsetjenesten for å få deres vurdering av informasjonsarbeidet som ble gjort. Spørreundersøkelsen ble besvart av 420 personer og viser at både FHI, Helsedirektoratet og CBRNe-senteret har svært stor tillit i helsetjenesten. Den viser også at ansatte i primær- og spesialisthelsetjenesten synes det ble gitt gode råd på riktig tidspunkt i utbruddet. På enkelte områder var det imidlertid behov for tydeligere råd. Dette gjelder avløpshåndtering, håndtering av smittefarlig avfall, rengjøring og desinfeksjon av utstyr og miljø, samt noen laboratorierelaterte spørsmål. Dette er områder der kunnskapsgrunnlaget er mangelfullt, og det er også lite tilgjengelig informasjon og råd internasjonalt. For områder som avløpshåndtering og avfallshåndtering, hvor over 50 % var misfornøyd med informasjonen og råd som ble gitt, er det også svært omfattende formelle krav til håndtering som genererte usikkerhet og mange spørsmål. Det kan diskuteres om FHI her burde laget foreløpige råd som kunne endres når ny kunnskap blir tilgjengelig. Spørreundersøkelsen viste også at FHIs nettsider var kanalen som i størst grad ble benyttet av helsetjenesten for å finne informasjon om ebola (ca. 80 %): Litt under halvparten oppga at de benyttet helsedirektoratet.no. I underkant av halvparten oppga at de fikk informasjon fra kolleger. Fagseminar og

massemedier var benyttet som kilde til informasjon av ca. en tredjedel av de som svarte. Vedrørende kanaler for råd og informasjon ønsker over 80 % av respondentene dette per e-post.

Figur 2. Skjematisk oversikt over sentrale milepæler i beredskapsarbeid i Norge i forbindelse med ebola utbruddet i Vest-Afrika 2014 – 2015



Læringspunkter

- Helsedirektoratet, Folkehelseinstituttet, CBRNe-senteret og andre som utarbeider og formidler råd til helsetjenesten må være koordinerte fra startfasen, og smittevernråd bør ikke publiseres før de er samordnet av Folkehelseinstituttet.
- Brukerundersøkelser i befolkningen og spørreundersøkelse til primær- og spesialisthelsetjenesten viser at myndighetene har svært stor tillit både generelt i befolkningen og i helsetjenesten, og ga gode råd som majoriteten oppfatter som gitt tidsnok.
- Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet bør lage en felles kommunikasjonsstrategi som forankres i etatenes kriseledelse, og en felles tiltaksplan som følges opp gjennom løpende samarbeid. Fagekspertiser i helsetjenesten bør konsulteres tidlig.
- I tillegg til å ha gode og oppdaterte nettsider, må sentrale helsemyndigheter aktivt sende ut informasjon til tjenesten.

- Det er viktig å jobbe med tydelige budskap og teste disse budskapene på målgruppene.
- Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet bør få tilgang til oppdaterte e-postadresselister til landets kommuneleger, og primærhelsetjenesten for øvrig.
- Noen av spesialisthelsetjenestens behov kunne blitt bedre dekket og er fortsatt bare delvis dekket, f.eks.:
 - 1) rutiner for laboratorieanalyser ved ebolainfisert blod (klinisk/kjemiske prøver)
 - 2) regelverk og råd for håndtering av organisk smitteavfall
 - 3) regelverk og praktiske råd for utslipp til offentlig kloakk fra sykehusisolater uten autoklavesystem (kun OUS Ullevål har slikt system).

2.5 Informasjon og rådgivning til andre sektorer

Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet identifiserte og kontaktet følgende interessenter: de involverte frivillige organisasjonene, de store arbeidstaker- og arbeidsgiverorganisasjonene, undervisningsmyndighetene, havnemyndigheter, tollvesenet, Politidirektoratet, utlendingsmyndighetene, kriminalomsorgen, Avinor, Luftfartstilsynet, Jernbaneverket og NSB.

Helsedirektoratet gjennomførte et stort antall møter og telefonsamtaler med representanter for alle disse aktørene for å be om råd, gi informasjon, innhente informasjon og diskutere informasjonsbehov- og tiltak. Det ble også holdt en rekke innlegg og foredrag. Folkehelseinstituttet arrangerte dessuten møter med flere berørte næringer for å gi informasjon og råd (olje, los, toll, skipsfart) og med medarbeidere i berørte områder i Vest-Afrika.

Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet utarbeidet og distribuerte skriftlig informasjon tilpasset, flyplasser, havner, tog, skoler og barnehager, ansatte i tollvesenet, losvesenet, politiet, kriminalomsorgen, flyktningmottak med flere.

Læringspunkter

- Å identifisere alle aktuelle interessenter og raskt etablere dialog er avgjørende for å kartlegge behovet for informasjon og avklare hvordan best nå ut med informasjon i den aktuelle situasjonen.
- Helsemyndighetene bør så raskt som mulig utarbeide og distribuere enkel skriftlig informasjon til andre berørte sektorer.

2.6 Håndheving av Det internasjonale helsereglementet (IHR), spesielt med hensyn til Points of Entry (PoE)

Det internasjonale helsereglementet (IHR), som i Norge er implementert gjennom smittevernloven, IHR-forskriften og MSIS-forskriften, kommer til anvendelse ved hendelser av betydning for internasjonal folkehelse. WHO erklærte den 8. august at ebolautbruddet var en såkalt PHEIC, dvs. en Public Health Emergency of International Concern i henhold til IHR.

Det ble tidlig holdt fellesmøte med berørte aktører hos Helsedirektoratet. Store øvelser ble gjennomført på bl.a. Flesland og OSL Gardermoen med god evaluering i etterkant. I ettertid er det bl.a. utarbeidet utkast til prosedyre for evakuering av flykabin ved passasjer med høyrisikosmitte (inngår også i utkastet til nye nasjonale CBRNe- retningslinjer).

Avinor orienterte Helsedirektoratet om at de etablerte ebolaberedskap 8. august 2014 ved at konsernsjefen beordret utstedelse og utsendelse av ebolainformasjon. Det ble gitt generell orientering om ebola på Avinors intranett til alle ansatte. Videre ble det utsendt informasjon til samtlige lufthavnsjefer per e-post med pålegg om gjennomgang av planverk sammen med respektive kommuneleger, hvor det ble anmodet om spesifikk fokus på om planverket var dekkende for et eventuelt ebola-tilfelle. Det ble videre anmodet om særskilt fokus ved forhåndsutpekte IHR-lufthavner (såkalte Points of Entry (PoE))¹; Gardermoen i Ullensaker, Flesland (Bergen) og Langnes (Tromsø).

Uken etter ble det avholdt møte i Helsedirektoratet hvor lover og forskrifter ble gjennomgått med sikte på å avdekke om det var manglende korrelasjon mellom respektive aktørers regelverk og eventuelt uklare grensesnitt. Direktoratet fulgte deretter opp flyplassenes vertskommuner med innskjerping av kommunenes ansvar, herunder at det var kommunenes ansvar å sørge for at det var utarbeidet risikoanalyser, utarbeidet koordinert planverk og at dette planverket var øvet, samt å initiere operasjonelle tiltak som beskrevet i planene. Det ble senere sendt ut rutiner og råd i flere omganger, og Avinors lufthavnsjefer ble fulgt opp fra konsernet sentralt.

Avinors lufthavner er svært forskjellige både med hensyn til størrelse og kapasitet. Det var derfor svært viktig med tett dialog med kommunale smittevernmyndigheter for å få etablert en tilfredsstillende ebolaberedskap. Konsernsjefen stilte krav om tilbakemelding om at gitte pålegg var blitt fulgt opp. Alle lufthavner med unntak av fire (små) bekreftet at alle gitte pålegg ble fulgt opp på lufthavnene og i forhold til respektive kommuneleger. 11 av 46 lufthavner gjennomførte i løpet av høsten enten desktopøvelse eller fullskalaøvelse med ebola som scenario

Flere kommuneleger hevdet at kommunen ikke har helkontinuerlig smittevernberedskap og ønsker derfor at varsel skal skje direkte til Folkehelseinstituttet med anmodning om smittevernfaglige vurderinger derfra.

Helsedirektoratet forutsetter at Politiet bistår kommunelegen i krisehåndteringen med vakt og sikring. Dette ansvaret er i følge Avinor ikke like åpenbart for Politiet i enkelte lufthavnkommuner, ei heller hvem

¹ Ved PoE skal man forsøke å holde trafikken åpen, men gjennomføre særskilte tiltak for smittevernkontroll.

som skal forestå slik varsling av Politiet. Avinors mange små lufthavner har lav bemanning under normaldrift. Enkelte av disse er også lokalisert langt unna helse- og politiressurser.

Avinor har anmodet Helsedirektoratet om å vurdere om Sivilforsvaret skal oppmuntres til å etablere beredskapslager på lufthavner med «lav kapasitet» med eksempelvis telt - med formål å fasilitere vaske-/rensestasjon for personell som har vært i kontakt med indekspasienten, mens passasjerer og andre som har vært nær indekspasienten hånddesinfiseres, registreres og mottar informasjon om hendelsen i avgrenset område i selve terminalen eller i eksempelvis vaskehall før de forlater flyplassen. For at slikt beredskapsutstyr skal bli tatt i bruk raskt og effektivt, er det mulig at Avinor må ta en rolle i rigging av slikt utstyr.

Avinor har forutsatt at all håndtering av passasjerer, bagasje, gods, farlig avfall, rengjøring av fly, rensing/dekontaminering av passasjerer mv. skal håndteres av opplært/sertifisert personell med nødvendig utstyr og hensiktsmessig personlig verneutstyr under ledelse av medisinskfaglig personell. Avinor besitter per i dag ikke slike kapasiteter, og sier at det heller ikke er ønskelig at slike kapasiteter etableres.

Enkelte kommuneleger ba lufthavnen om å etablere lager av personlig verneutstyr og utstyr for vask/rens/dekontaminering. Avinor er av den oppfatning at det er bedre at kommunene anskaffer slikt utstyr ut fra en medisinskfaglig vurdering, og at lufthavner besørger forsvarlig stedlig lagring. Helsedirektoratet viser til at IHR-forskriften § 19 fastslår at kommunen har ansvar for anskaffelse av verne- og rensutstyr for bruk på flyplasser, samt å stille personell til rådighet for arbeid med dekontaminering av fly, bagasje og passasjerer.

Luftfartstilsynet (LT) har ingen operativ rolle i håndteringen av helseutfordringer som ebola-utbruddet, i motsetning til lufthavnoperatøren Avinor AS og flyselskapene. Luftfartstilsynet kan imidlertid formidle informasjon om mulige tiltak innen luftfarten, som utarbeides av FNs luftfartsorganisasjon ICAO, flyselskapenes organisasjon IATA samt lufthavnoperatørenes organisasjon ACI. Tidligere etablert kontakt mellom Helsedirektoratet og LT gjennom Nasjonalt råd for facilitation (NAFAL) ble benyttet av LT til å formidle informasjon fra luftfartssektoren til direktoratet. Denne informasjonen handlet blant annet om anbefalte tiltak. Luftfartstilsynets mener at informasjonsutvekslingen og krisehåndteringen har fungert bra, men savner involvering av flyselskapene. De vil kunne komme til å transportere passasjerer som kan være smittet. Det oppstår ofte usikkerhet blant eksempelvis kabinansatte knyttet til mulige symptomer hos passasjerer. Denne usikkerheten kan kanskje reduseres dersom flyselskap har egne kontaktpunkt hos sentrale helsemyndigheter.

Bergen kommune mener det ble en unødig utfordring med stadige endringer i råd og retningslinjer utover i hendelsesforløpet. Det gjorde det vanskelig og utfordrende å få på plass endelige og fastlagte prosedyrer for håndteringen av mulig ebolasmitte i fly. Noen forhold ble detaljert og nøye beskrevet, andre mer uklare og åpne. Et eksempel på det siste er ansvarsforholdet mellom Avinor og kommunen vedrørende ansvaret for lokaliteter og ressurser.

Kommunen mener det tidvis tok uforholdsmessig lang tid å få avklaring på viktige spørsmål både med hensyn til klarheter rundt retningslinjer og klarheter rundt ansvarsfordeling (eksempel: roller og ansvar

mellom Avinor, politiet og kommunen). Kommunen mener det er for stor avstand mellom de som utformer retningslinjer og råd og kommunene som skal etterleve disse. Bergen kommune mener dette medfører mer standardisert og i mindre grad lokalt tilpasset tilnærming, noe som skaper en del uklarhet omkring valg av løsninger.

Særlig for Points of Entry (PoE)-kommuner vil det være viktig å komme tidlig i inngrep ved en hendelse, og bli trukket med i prosessen slik at råd og retningslinjer tilpasses ressurser og organisering i den/de aktuelle PoE-kommunen(e). God krisehåndteringsevne er avhengig av god kommunikasjon, felles situasjonsforståelse, klare roller og klare ansvars- og myndighetsforhold. Dette oppnås best gjennom direkte dialog.

Retningslinjer må gjenspeile den ordinære organisasjon av redningstjenestene slikt at etablert samarbeid og struktur beholdes. Eksempel på dette er uklarheten vedrørende hvilken etat som har/tar ansvar som innsatsleder (IL) på flyplassen. Bergen kommune mener Helsedirektoratet bør følge opp overfor politiet deres rolle med vakt og sikring av flyplasser ved mistanke om alvorlig smitte.

Bergen kommune mener bedre samordning mellom Helsedirektoratet, Luftfartsverket, Avinor, Sjøfartsdirektoratet og Politidirektoratet vil bidra til å avklare ansvar og myndighet i slike komplekse situasjoner med mange aktører.

Læringspunkter

- Fullskalaøvelser ved blant annet Bergen og Oslo lufthavner har synliggjort at det er behov for fullskalaøvelser også på enkelte andre lufthavner; øvelser er egnet til å avdekke svakheter og grensesnittutfordringer.
- Points of Entry-kommunene bør være fast representert inn i møter med Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet på et tidlig stadium i krisesituasjoner.
- Flyselskapene bør inkluderes mer i forbindelse med informasjonsmøter og annen kontakt.

2.7 Etablering av behandlingsskapitet ved sykehus

På oppdrag fra HOD ble det i oktober 2014 gitt et oppdrag til RHF-ene der hensikten var å kartlegge den samlede kapasiteten for å kunne behandle ebolapasierter ved norske sykehus. Initial kapasitet fra RHF-ene ble opplyst å være 2 pasienter, begge ved Oslo universitetssykehus HF (OUS). Departementet ga nytt presisert oppdrag i november der det ble bedt om ny kartlegging. Denne ble gjennomført etter en prosess der det først ble utarbeidet et normerende budskap sammen med FHI om hva som er tilstrekkelig faglig nivå til enheter som skal kunne behandle ebolapasierter. Det ble også opprettet et fagråd for ebolahåndtering med representanter fra RHF-ene, to kommuner og FHI. I fagrådsmøte 27.11 ble det gitt tilslutning til det normerende budskapet. Den nye kartleggingsrunden til RHF-ene der det ble bedt om estimert kapasitet på to tidspunkter (henholdsvis 15.12.14 og 1.3.15) medførte oppgitt total nasjonal kapasitet på henholdsvis 5-8 og 13-15 pasienter som kunne behandles gjennom hele pasientforløpet. Helsedirektoratet mener alle helseregioner bør ha kapasitet for å håndtere isolatpasienter med alvorlig smittsomme sykdommer, samtidig som øvrig drift ivaretas på et akseptabelt nivå.

CBRNe-senteret mener det på strategisk nivå har vært en del misforståelser rundt spørsmålet om behandlingsskapasitet. Begrensningen for mange sykehus er ikke antall luftsmitteisolater eller bemanningen som sådan, men kapasiteten til å isolere høyrisikosmittepasient og SAMTIDIG opprettholde normal sykehusdrift. Erfaringene ved Oslo universitetssykehus viste også at innleggelse og behandling av én ebolapasient var langt mer ressurskrevende enn antatt. Dette fordi strenge smittevernprosedyrer krevde dobling av mange personellgrupper og intervensjon og behandling måtte planlegges grundigere enn man normalt gjør ved isolatbehandling. I en presset situasjon med mange pasienter ville man kunne oppnå mer effektiv drift ved å samlokalisere pasienter og senke behandlingsnivået noe i forhold til det som er mulig når man kun behandler en pasient. Dersom situasjonen virkelig krevde det, ville man trolig benyttet alle tilgjengelige isolatrom ved sykehusene selv om det åpenbart ville fått store konsekvenser for den øvrige driften.

Legeforeningen mener at isolatkapasiteten for behandling av ebola er tilstrekkelig i Norge og at OUS skal ha sentralisert behandlingsansvar for denne gruppen pasienter. Alle helseregioner må imidlertid være i stand til å stabilisere pasienter før overflytting til OUS og må legge planer for hvilke helseforetak som kan være aktuelle for dette. Foreningen mener at norske myndigheter i noen grad bidro til å skape unødvendig usikkerhet rundt Oslo universitetssykehus' kvantitative kapasitet til å håndtere ebolapasienter i Norge.

Leger Uten Grenser mener prosessen med å avklare hvilke sykehus som hadde kapasitet til å teste, isolere og transportere ebolapasienter var altfor uklar. Organisasjonen opplevde problemer med å etablere kontakt med sykehusene med sikte på mulig oppfølging av hjemvendte helsearbeidere.

Oslo universitetssykehus HF uttrykker at de lenge har sett behov for god personalsikkerhet ved farlige smittsomme sykdommer, både for å ivareta antatt norske kvalitetskrav og rekruttering av personale til slik virksomhet. Oslo universitetssykehus HF har hatt prosedyrer, utstyr og lokaliteter og trent personale for slike smittesituasjoner som ebola. Oslo universitetssykehus HF mener helseforetakenes samlede håndtering av slike spørsmål ville være tjent med et formalisert oppdrag fra HOD om etablering av beredskap for farlige smittsomme sykdommer.

Læringspunkt

- De regionale helseforetakene og helseforetakene bør gå gjennom sin evne til å legge om ordinær drift i ekstraordinære situasjoner; herunder utnyttelse av de samlede personal- og utstysressurser, tilpasninger av lokale forhold til tilstrekkelig beskyttelsesnivå for deltakende helsepersonell og endre prioritering av andre pasientgrupper.

2.8 Forsyning med beskyttelsesutstyr og eksperimentelle legemidler

Beskyttelsesutstyr

Det viste seg at mye av det heldekkende beskyttelsesutstyret som tidligere var i bruk bl.a. i ambulansetjenesten verden over ikke var godkjent for beskyttelse mot smittestoffer i risikogruppe 4. Nytt utstyr måtte bestilles og lange leveringstider (opp mot 9 måneder) skapte utfordringer for mange helseforetak. CBRNe-senteret og OUS var imidlertid svært tidlig ute med å bestille godkjent

smittevernustyr og forsynte både ambulansetjenesten, andre helseforetak og aktører som skulle reise til Sierra Leone (f.eks. livvaktjeneste etc.) med utstyr og gjennomførte neste daglige kurs/opplæring i bruk av utstyr. De eksisterende "CBRNe-draktene" som er utplassert i alle akuttmottak, ambulansebaser og redningsbaser i Norge fungerte som "backup" ved behov for høyrisikosmittetransport i regioner uten tilstrekkelig prehospitalt smittevernustyr. I tillegg har OUS bestilt (og mottatt) spesialutstyr for å kunne gjennomføre mer 10-20 komplette pasientbehandlinger på intensivnivå. Øvrige helseforetak har også fått erstattet ikke-godkjent utstyr.

Det var aldri noen reell mangel på smittevernustyr som ville gått ut over evnen til å håndtere enkelttilfeller av ebola i Norge. Omfanget av forbruk av beskyttelsesutstyr var undervurdert for pasientnær drift.

Læringspunkt

- Erfaringer fra ebolautbruddet i Vest-Afrika har vist at det kan være vanskelig å skaffe nok smittevernustyr i en situasjon hvor man konkurrerer med andre innkjøpere over hele verden. Det er derfor ønskelig at helseforetakene har tilstrekkelig med lagret smittevernustyr for et realistisk scenario med utbrudd av ebola.

Forsyning med eksperimentelle legemidler

Erfaringen fra ebolasituasjonen i 2014 tilsier at Legemiddelverket har en rolle knyttet til sitt normale forvaltningsoppdrag på legemiddelområdet. Det er spesielt tre forhold som berører Legemiddelverkets forvaltningsområde:

1. Innvilge nødvendige godkjenninger eller godkjenningsfritak for legemidler som ikke er på markedet eller ikke har markedsføringstillatelse i Norge og utstede importtillatelser (eventuelt eksporttillatelser) for eksperimentelle medisiner som klinikerne ønsker tilgang til, her hjemme eller i utlandet.
2. Nye eller eksperimentelle legemidler som kan være aktuelle å ta i bruk i en krisesituasjon, som et utbrudd av ebola, vil på europeisk nivå bli diskutert i og utredet av de vitenskapelige komiteene, først og fremst CHMP (Committee for Medicinal Products for Human Use), under det europeiske legemiddelbyrået i London, European Medicines Agency (EMA). Norge ved Legemiddelverket er representert i alle vitenskapelige komiteer under EMA.
3. Utprøving, nasjonalt eller i andre land, av eksperimentelle legemidler eller vaksiner.

Legemiddelverkets inntrykk er at de nødvendige godkjenninger og tillatelser til eksperimentelle medisiner ble håndtert korrekt og gitt hensiktsmessig prioritet under ebola-situasjonen i 2014. CBRNe-senteret viser til at det var et tett samarbeid mellom nøkkelpersonell fra infeksjonsmedisinsk avdeling ved OUS, MSF, Legemiddelverket og CBRNe-senteret. Det er i tillegg etablert internasjonale nettverk som følger dette videre og det er etablert en serumbank som bl.a. følges opp av CBRNe-senterets infeksjonslege.

Læringspunkter

- Det er viktig for koordinering av fremtidige utbruddssituasjoner at de nasjonale ressurspersonene som arbeider ved det europeiske legemiddelbyrået involveres tidlig for å skaffe informasjon fra eller gi input til den felles-europeiske håndteringen av legemiddelspørsmålene.

- I fremtidige utbruddssituasjoner kan det bli aktuelt for nasjonale aktører å igangsette utprøving, nasjonalt eller i andre land, av eksperimentelle legemidler eller vaksiner. Legemiddelverket bør involveres i planlegging og evaluering av slike tiltak.
- Dersom det kommer vaksiner og medikamenter med dokumentert effekt mot ebola, må det utarbeides en strategi for forsyning og bruk.

3 NORSK INNSATS I SIERRA LEONE

3.1 Bakgrunn

I august 2014 satte WHO i «Ebola Response Roadmap» som mål at ebola epidemien skulle stoppes innen seks måneder. I Sierra Leone var utbruddets omfang større enn egen helsetjeneste hadde kapasitet til å håndtere. WHO og Sierra Leones myndigheter henvendte seg til Storbritannia for bistand til å bygge opp behandlingsfasiliteter. Den norske regjeringen besluttet høsten 2014 at Norge skulle bidra i den internasjonale innsatsen for bekjempelse av ebolaepidemien, og at det skulle skje ved å bidra i den britiske operasjonen i Sierra Leone.

Fire departementer fikk i oppgave å iverksette oppdraget; Utenriksdepartementet (UD), Forsvarsdepartementet (FD), Justisdepartementet (JD) og Helse- og omsorgsdepartementet (HOD). HOD fikk koordineringsoppdraget, og ga Helsedirektoratet i oppdrag å iverksette arbeidet knyttet til helsetjenesteinnsatsen, herunder rekruttere og sende ut norsk helsepersonell. Direktoratet var kontaktpunkt i samarbeidet med Department for International Development (Dfid).

Sykdomsutviklingen og situasjonsbildet i Vest-Afrika var komplisert. Det var et stort antall ukjente faktorer som måtte systematiseres og settes inn i en relevant kontekst i starten av oppdragsperioden. Helsedirektoratet benyttet en rekke kanaler for å innhente informasjon. Gjennom formelle kanaler og opp mot relevante samarbeidspartnere nasjonalt og FN, WHO og EU internasjonalt. Direktoratet brukte også uformelle kontakter som åpnet for samtaler mellom helsedirektøren og direktøren for Centers for Disease Control (CDC).

3.2 Gjennomføring

Norge inngikk et Memorandum of Understanding (MoU) med Storbritannia for å tydeliggjøre roller og ansvar i utførelsen av oppdraget. Det fremgår av MoU at Norges ansvar skulle ivaretas av henholdsvis Helsedirektoratet og Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (DSB). MoU ble inngått mellom HOD på vegne av den norske regjeringen og Department for International Development (DFID) på vegne av den britiske regjeringen. MoU ble forankret i og godkjent av HOD, JD og UD, før den ble slutført og underskrevet 31. oktober 2014 av Norges ambassadør i Storbritannia på vegne av HOD og Director Ebola Crisis Dfid. Det var ikke aktuelt å inngå avtalen annet enn på statlig myndighetsnivå.

MoU regulerte bl.a.:

- helsepersonellinnsats (Helsedirektoratet); organisering, størrelse, rapportering
- innsats annet personell (DSB); antall, organisering
- oppbygging basecamp, herunder å sørge for rettigheter til grunnen, og materiell (DSB)
- transport personell; ansvarlige Helsedirektoratet og Dfid
- transport materiell basecamp; DSB assistert av Dfid i Sierra Leone
- opplæring; Dfid
- rutiner og prosedyrer for klinisk virksomhet (viser til at det blir regulert i anneks)
- avslutning og overlevering
- varighet (november 2014 – 31. mai 2015 med mindre partene enes om en senere dato)
- kommunikasjon – felles team Storbritannia og Norge for å koordinere informasjon til presse m.v.

Dfid opprettet et Ebola Treatment Center (ETC) i Sierra Leone, og inngikk avtale med spansk frivillig organisasjon, Medicos del Mundo (MdM), om drift av dette. ETC ble ledet av en managing director som hadde en medisinsk direktør (medical director) i linjen under seg. Helsepersonellet ble organisert i team med en teamleder organisert i linjen under den medisinske direktøren. Omforente prosedyrer og retningslinjer la grunnlaget for behandlingen og sikkerhetstiltakene rundt pasienter, behandlende helsepersonell og annet tilknyttet personell (jfr MoU pkt 12). Totalansvaret for virksomhetens administrative og faglige drift lå som normalt hos øverste leder/administrerende direktør, samtidig som hver leder på hvert nivå hadde administrativt og helsefaglig ansvar for sin enhet. Norsk helsepersonell inngikk i et av flere behandlingsteam i senteret og var et behandlingsledd underlagt ETC sin styringslinje. I tillegg hadde det enkelte helsepersonell som alltid et individuelt ansvar for å drive forsvarlig, samt plikt til å følge instruksjoner og prosedyrer fra ETC operatøren (jfr MoU pkt 2.1).

Driften i senteret involverte helsepersonell fra mange land. De enkelte landene som bistod med helsepersonell hadde ingen rolle i beslutninger om den konkrete helsehjelpen som ble gjennomført. De hadde kun en administrativ rolle overfor sitt helsepersonell og ingen beslutningsmyndighet i driften av senteret. Hvordan senteret skulle driftes, rutiner, prosedyrer og sikkerhetstiltak m.v. var fastslått i inngåtte avtaler.

Helsedirektoratet var iverksettende etat på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet. Dette var et omfattende tverrsektorielt samarbeid.

Parallelt med at Helsedirektoratet inngikk samarbeid med britiske myndigheter og utviklet MoU, ble ulike løsninger for den praktiske gjennomføringen av rekruttering av helsepersonell m.v. vurdert. Etter dialog med HOD og prosess med de fire regionale helseforetakene ble Helse Vest RHF i brev av 31. oktober bedt om å bidra til den samlede humanitære innsatsen i Sierra Leone knyttet til utsendelse av helsepersonell innenfor de i oppdraget beskrevne rammer og i samarbeid med Helsedirektoratet. Oppdraget ble spesifisert i eget oppdragsbrev.

De norske helseteamene hadde en norsk leder. Teamleder skulle etter MoU daglig rapportere til direktøren for ETC, og til Helse Vest og Helsedirektoratet dersom det oppstod situasjoner med uakseptabel risiko.

Helsedirektoratet er fornøyd med måten prosjektet ble gjennomført på, de kapasiteter som ble tilført og sluttresultatet av innsatsen. Samarbeid med internasjonale aktører som Dfid og Mdm har vært gjennomført på en tilfredsstillende måte.

Oppdraget ble planlagt og gjennomført under et sterkt tidspress. Oppdrag ble gitt Helse Vest RHF 31. oktober. Allerede 3. november var den første gruppen av norsk helsepersonell på plass i England for opplæring. Boligleir ble etablert av DSB, og første gruppe av norsk helsepersonell ankom Moyamba 8. desember. Klinikken ble satt i drift 18. desember.

Norsk helsepersonell var sentrale i driften av klinikken helt til disse ble trukket ut i april 2015. Da var epidemien på retur, og myndighetene i Sierra Leone ønsket å avvike klinikken. I klinikken ble det totalt behandlet 92 pasienter. Av disse var 33 bekreftet smittet med ebola, hvorav 18 døde. Overlevelseshraten for innlagte ebolapasienter i Moyamba var høyere enn gjennomsnittet for slike klinikker i Sierra Leone. Det gir en pekepinn på kvaliteten på det medisinske tilbudet. Ingen helsearbeidere eller annet støttepersonell som opphold seg i boligleiren ble smittet med ebola eller ble alvorlig syke på annen måte. Det tverrsektorielle samarbeidet med Folkehelseinstituttet (FHI), Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (DSB) og koordinering og informasjonsutveksling med departementene gikk etter planen. Underveis var det behov for en rekke avklarings- og oppfølgingsmøter mellom Helsedirektoratet og Helse Vest med drøftinger av roller, ansvar og oppgaver. Fortsatt er det delvis ulik forståelse av oppdrag og roller. Helse Vest rapporterer at de opplevde Helsedirektoratets styring som både utfordrende og mangelfull. I enkelte tilfeller mener Helse Vest at styringen økte risikoen på deler av operasjonen.

Overordnede læringspunkter:

- Helsedirektoratet vurderer at norsk helsetjeneste og helsemyndighetene i samarbeid med DSB, Forsvaret og Utenriksdepartementet er i stand til å levere gode og samordnede bidrag til bekjempelse av internasjonale helsekriser. Evnen til å bidra bygger særlig på godt skolert og dedikert personell.
- Ved fremtidige hendelser hvor det er behov for at det gis oppdrag til eksterne aktører må rammevilkår gjennomgås og avklares tydelig slik at det ikke oppstår ulike oppfatninger om oppdrag, rolle, ansvar og funksjon.
- Det er behov for å utvikle prosedyrer for hvordan internasjonale helsekriser som krever tverrsektoriell håndtering skal løses, og hvordan eventuell oppdragsløsning skal forankres og gjennomføres ved en fremtidig hendelse. Dette fordi konseptfasen i denne typen oppdrag blir kort og kompleks på grunn av tidspress for oppdragsutvikling og oppsetting. I de fleste krisesituasjoner kan det også legges til grunn en krevende informasjonssituasjon som utgangspunkt.
- Erfaringen viser at det er behov for en gjennomgang av rutiner og prosedyrer som regulerer norsk innsats under internasjonale helsekriser og avklaringer om kompetanse og ansvarlighet for

innsats i nasjonal- og internasjonal sammenheng. Denne er allerede fulgt opp med et oppdrag til Helsedirektoratet om etablering av tverrsektoriell beredskapsordning².

Oversiktsbilde av ETC Moyamba



3.3 Oppfølging og etterlevelse av Memorandum of Understanding

Helsedirektoratet utviklet Memorandum of Understanding og tilhørende annekser i tett dialog med departementer og etater, og med britiske myndigheter. Den sikret rolle- og ansvarsavklaringer i en omfattende internasjonal innsats. I tillegg til at den sørget for at alt norsk personell som deltok i innsatsen i Sierra Leone var sikret helsetjenester og støttefunksjoner på lik linje med britisk personell. Direktoratet opplever at MoU og anneksene ble etterlevd på en god måte. Tett kontakt og oppfølging inn mot britiske myndigheter, gjennom hele oppdragsperioden, var nødvendig for å ivareta og sikre at avtaleverket ble fulgt. Dette gjaldt særlig fordi MoU-en og anneksene kunne endres etter endringer i situasjonsbildet på bakken, men da først etter avtale mellom partene.

² Brev fra HOD 1. september 2015, Tillegg til tildelingsbrev nr. 35 - oppdrag om etablering av tverrsektoriell beredskapsordning.

Læringspunkter:

- Utvikling av MoU var komplisert og tidkrevende. Avtalen var helt nødvendig for å ivareta Norges rolle og ansvarsposisjon overfor en internasjonal partner i ebolainnsatsen. For fremtidige hendelser vil det være viktig å ha en skisse, eller plan for et slikt rammeverk, klart i forkant av en eventuell hendelse.
- For fremtidige hendelser er det behov for å tydeliggjøre hva en MoU, eller annet avtaleverk, mellom stater regulerer og hvordan den fungerer overfor kontraktører og oppdragsmottakere.
- Når norsk personell inngår i en internasjonal helse- og kriserespons er det behov for at det tilføres personell som kan bistå inn mot innsatsledelse på bakken og ivareta at avtaler og rammeverk følges.

3.4 Rekruttering, opplæring og utsending av helsepersonell, inklusive erfaringer fra det kliniske arbeidet i Moyamba

Etter at Helsedirektøren oppfordret helsepersonell til å melde seg til innsats, organiserte direktoratet et system for registrering av henvendelser fra frivillige som ønsket å bistå i arbeidet mot ebola i Sierra Leone. Direktoratet opprettet en kontaktttelefon og egen e-postadresse, og besørget føring av lister med kontaktinformasjon og kompetanseprofil over frivillige og utsending av relevant informasjon til de som meldte seg inntil hele rekrutteringsordningen ble overført til Helse-Bergen.

Helse Bergen hadde god pågang av erfarent helsepersonell, men det var et fåtall av dette personellet som hadde erfaring fra tidligere utenlandsoppdrag. Geografisk fordeling av de rekrutterte var ujevn og de helseforetakene som informerte godt og oppfordret helsepersonell til deltagelse hadde langt flere ansatte som søkte og ble tatt ut til deltagelse i prosjektet.

I opplæringsperioden i Storbritannia var det ikke fast deltagelse av representanter fra prosjektorganisasjonen i Helse Bergen. Sluttvurdering av kandidatene ble foretatt av personer som ikke hadde vært med i rekrutteringen.

Det ble gitt informasjon til helsepersonellet under opplæring, før utreise og under oppdrag fra prosjektorganisasjonen i Helse Vest, men Helsedirektoratet vurderer at dette kunne vært gjennomført bedre.

Prosjektorganisasjonen har lagt vekt på psykososial oppfølging ved hjemkomst og informasjon om medisinsk behandling.

Direktoratet oppfatter at informasjon knyttet til forberedthet og forståelse om oppdragets mål, samarbeidspartneres roller og forhåndsregler for personellet ble gjennomført, men at dette med fordel kunne vært lagt større vekt på. I tillegg kunne oppsett med personlig utrustning for helsepersonellet med fordel vært bedre.

Helsepersonellet fikk ingen helsesjekk før utreise. De ble kun avkrevd en egenerklæring på helsestatus. Det ble heller ikke gjort helsesjekk av personellet ved hjemkomst. Det var også varierende oppfølging knyttet til vaksinasjoner, og MRSA-testing.

Helse Bergens rekrutterte personell fremstod som faglig kompetent, og godt opplært for oppdraget gjennom kursing i Storbritannia. Helsepersonellet tjenestegjorde ved Dfids ebolaklinikk (ETC) i Moyamba, Sierra Leone.

Oppstartsfasen ved ETC-en var, som ved de andre ETC-ene i Sierra Leone, preget av utfordringer knyttet til åpning av en ny helseenhet. Helsedirektoratet opplevde at norsk helsepersonell bidro på en god måte for å sikre en trygg åpning av enheten, og at avvik som ble rapportert ble fulgt godt opp av Dfid overfor MdM som kontraktør.

I løpet av oppdragsperioden oppstod det uklarheter knyttet til varsling til direktoratet av hendelser som angikk norsk personell. Det var avklart og avtalt rutiner for dette i forkant av utsendelse, men det oppstod likevel situasjoner hvor varslingsrutinene ikke ble fulgt.

Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap hadde et godt samarbeid med Helse Bergen om bemanningen av campen i Moyamba, og mesteparten av personellet fungerte meget godt sammen med DSBs personell. Noen av dem er i ettertid rekruttert som faste medlemmer av DSBs internasjonale støtteteam.

At det forelå en god plan for eventuell evakuering av DSBs personell, var avgjørende for at beslutningen om utsendelse kunne tas i begynnelsen av november 2014. Likeledes var opplæringen på Ullevål sykehus nyttig, og kanskje særlig viktig for de første av DSBs i alt fire team.

Ved fremtidige utsendelser ønsker DSB generelt mer samkjøring når det gjelder forberedelser og deployering. DSB mener det bør vurderes om det bør etableres en fast ordning for utsendelse av helsearbeidere i statlig regi basert på DSBs Norwegian Support Team-modell. En slik ordning må organiseres og øves før en eventuell ny hendelse slik at tiden fra anmodning til innsats blir kortest mulig.

Det var felles mottak og debrief når personellet kom hjem etter endt periode, noe DSB var meget godt fornøyd med at kunne gjennomføres. Dette gjelder også helsesjekk ved Forsvarets sanitet.

Læringspunkter:

- Gjennomføring av denne type komplekse og sammensatte operasjoner er avhengig av en systematisk informasjonsstrategi i alle deler av oppdraget. Informasjonen bør være koordinert og dekke alle deler av oppdraget som rekruttering, utsending, og hjemkomst. I tillegg bør informasjonen dekke sentrale områder som rammene og begrensingene for oppdraget.
- Representanter for prosjektorganisasjonen bør følge opplæringen som en del av rekrutteringen. Ved å bli bedre kjent med kandidatene vil det bli lettere å vurdere egnethet og god

gruppesammensetning. God informasjon under opplæringen vil også gi kandidatene et bredere beslutningsgrunnlag for om de vil håndtere et slikt oppdrag.

- Det er nødvendig å gjennomføre helsesjekk før og etter eventuelle fremtidige oppdrag. Dette vil kunne avdekke risikofaktorer personellet ikke kjenner, eller som ikke fremkommer i et selvopplysnings skjema. Dette er også viktig dersom helsepersonellet skulle utsettes for skade, eller utvikler sykdom i etterkant av oppholdet.
- Bredere kulturforståelse knyttet til oppdragsløsning i en krevende internasjonal sammenheng er et viktig læringspunkt. Det er viktig at norsk personell som skal arbeide med innsattpersonell fra andre land har god rolleforståelse særlig knyttet til hvilket oppdrag som skal gjennomføres.
- Det kreves tett oppfølging av utenlandsoppdrag av denne karakter for å sørge for at varslingsrutiner- og prosedyrer blir fulgt.

Opplæring i England



3.5 Oppfølging av utsendt helsepersonell og driftspersonell: rammebetingelser, herunder lønn og forsikring. Opplegg for psykososial oppfølging mv.

Direktoratet var i dialog med Helse Bergen HF om dette temaet i oppsetningsfasen av prosjektet og har lagt til grunn at Helse Bergen har ivaretatt dette i tråd med oppdragsbrevet. Helsedirektoratet oppfatter at dette gjort på en tilfredsstillende måte.

Når det gjelder avlønning av personell så oppstod det en situasjon hvor renholds- og kjøkkenpersonell ansatt av Helse Bergen hadde høyere grunnlønn enn samme type personell ansatt i DSB. Dette medførte en merkostnad for prosjektet, og ikke minst en uklar situasjon for de ansatte. Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap fulgte sine rutiner for avlønning og tillegg, på et nivå som Utenriksdepartementet tidligere har akseptert. Dette ble i etterkant samordnet, slik at alt personell fikk de samme tilleggene. Utfordringene omkring smitteproblematikken var årsaken til den høye avlønningen, men ved fremtidige lignende oppdrag bør alle berørte aktører konsulteres og alt lønnsmessig være klart før utsendelse. Denne saken ble også et samtaletema i campen, og tok en del oppmerksomhet. Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap mener at nevnte nivå ligger for høyt til å kunne være en mal for senere utsendelser under mer vanlige oppdrag, som ved jordskjelv og orkaner.

Læringspunkter:

- Ved senere oppdrag kan man fastsette rammer for psykososial oppfølging gjennom oppdragsbeskrivelsen.
- Arbeidsgiveransvar, avlønning, permisjonsregler, risikotillegg og forsikringer må klargjøres i forkant av en hendelse slik at dette ikke må utvikles og avklares underveis.

3.6 Generelt om transport, drift og base camp

Det ble tidlig bestemt at et rekognoseringsteam skulle sendes til Moyamba for å undersøke om det var mulig å sende et støtteteam og en komplett teltleir for å huse norske og internasjonale helsearbeidere. Teamet fikk tre medlemmer, to fra DSB og en lege fra Folkehelseinstituttet. Anbefalingen fra teamet var positiv og medvirket til at den videre prosessen kunne igangsettes. Det er DSBs policy at et slikt rekognoseringsteam alltid bør sendes ut før slike oppdrag, og det viste seg også i dette tilfellet å være både fornuftig og avgjørende for videre framdrift. Samarbeidet gikk meget bra, og ble en positiv erfaring.

Det var et godt samarbeid mellom DSB og helsemyndighetene gjennom hele innsatsperioden, og DSB ble trukket inn der det var nødvendig, også når det gjaldt samarbeidet med eksterne partnere, som Verdens Leger (Mdm) og Dfid. Budsjettmessig forholdt DSB seg også til Helsedirektoratet. Helsedirektoratet erfarte at det praktiske med oppsett av leir, transport, drift og forsyning ble løst på en god måte, selv om dette var et krevende oppdrag.

Læringspunkt:

- Det er viktig å ivareta erfaring og bygge opp kompetanse som nødvendig for å sikre dette for fremtidige hendelser. Det bør etableres som en fast ordning med forberedte rutiner og prosedyrer for utsending, drift, forsyning av støttefunksjoner for fremtidige oppdrag.

Boligleiren i Moyamba



3.7 Transport av materiell

Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap ivaretok transport for den norske base campen og Forsvaret støttet den britiske ebolaresponsen med transportkapasitet. DSB-materiell, i alt ca. 90 tonn, ble fløyet ned med to store transportfly, og deretter kjørt med lastebiler fra Freetown til Moyamba. Transporten foregikk uten nevneverdige problemer. Forsvarets transportoppdrag for britene omfattet 22 enkeltoppdrag, og utførelsen har fått god tilbakemelding fra Storbritannia. Forsvarsdepartementet påpeker imidlertid at Forsvaret erfarte at det var krevende å få landingstillatelser for militære fly, samtidig som dette var svært kapasitets- og kostnadskrevende. Dette kan gå ut over ivaretagelsen av Forsvarets primæroppgaver. Helse- og omsorgsdepartementet bes derfor å vurdere om man ved framtidige operasjoner kan basere transport på sivile fly.

3.8 Etablering og drift av boligleir

Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskaps teltleir i Moyamba var i utgangspunktet av samme type som de leverer gjennom Norwegian Support Team, men med flere viktige forskjeller knyttet til smittevern. Utstyret kom fra Sivilforsvarets sentrallager, og personellet fra poolen for DSBs Norwegian Support Team. Personellet var øvet for bruk av materiellet, men ikke for denne typen spesielle smitteverntiltak.

Team 1 av 4 med i underkant av 20 personer fra DSB og enkelte fra Helse Bergen, samt noen få fra noen av DSBs internasjonale søsterorganisasjoner i International Humanitarian Partnership (IHP), ankom Sierra Leone i midten av november 2014. Etableringen av leiren ble igangsatt relativt raskt, og i begynnelsen av desember ble den offisielt åpnet for norske og internasjonale helsearbeidere. Den var i sammenhengende drift fram til begynnelsen av mai 2015. Da hadde DSBs fire team hatt 42 personer i innsats, 12 hadde kommet fra Helse Bergen og 10 stykker fra våre samarbeidende organisasjoner i IHP.

Helsedirektoratet erfarte at etablering og drift av leiren ble gjennomført på en god måte. Samarbeid mellom DSB og direktoratet har vært god, og deling av informasjon som relevant har vært sømløs. Norsk og utenlandsk personell ble ivaretatt på en god måte. Forlegning og generell kapasitet blir oppfattet som god for denne typen oppdrag. Direktoratet erfarer at det var noen kulturforskjeller mellom ledelse hos IHP og hos helsepersonellet som bodde i base camp, men at dette ble løst gjennom den daglige dialogen.

Læringspunkt:

- I eventuelle fremtidige hendelser som involverer samarbeid kan det være nyttig at leder for boligleir og leder for helsepersonellet mottar en overordnet situasjonsbeskrivelse, og målplan. Dette med mål om at det utvikles en felles forståelse av hovedmål for totaloppdraget som skal løses av alt tjenestegjørende norsk personell.

3.9 Avhending av leir:

I oppsetningsperioden samarbeidet Helsedirektoratet tett med personell fra DSB. I denne fasen ble avhending et punkt som ble diskutert, og det fremkom at DSB hadde et opplegg og rutine for dette. Etter at leiren var tømt for vanlige gjester, ble det igangsatt et overdragelsesopplegg, der relevant personell ble gitt nødvendig opplæring i senere bruk av leiren. Noe materiell, som IKT-utstyret, ble tatt hjem igjen. Leiren ble donert til Dfid, som skulle donere den videre.

4 LØSNINGER FOR MEDISINSK EVAKUERING

Den 18. august 2014 fikk Helsedirektoratet i oppdrag av HOD å vurdere muligheter for medisinsk evakuering av ebolasmittede og mistenkt smittede norske borgere fra Vest-Afrika. Oppdraget ble gitt muntlig i et møte, og forutsatte at direktoratet samordnet innspill fra Forsvarsdepartementet, Utenriksdepartementet, Samferdselsdepartementet og DSB.

På dette tidspunktet forelå det ingen tilgjengelig løsning for medisinsk evakuering, men Helsedirektoratet foreslo at man kunne benytte et av Forsvarets Hercules-fly eller Forsvarets avtale om bruk av sivilt fly fra SAS. I begge tilfeller ville det være nødvendig å installere en teltløsning i flyet som gir nødvendig smittevern. Alternativt kunne et samarbeid med Sverige gjennom Nordisk helseberedskapsavtale være aktuelt. Konkret ville dette ha betydd bruk av et av det svenske forsvarets Hercules-fly, med transport av pasient i smittevernambulansse som kjøres inn i flyet. Helsedirektoratet nevnte også mulighetene for at det ville bli utviklet løsninger gjennom EU og NATO. Helsedirektoratet foreslo også etablering av et helseteam med relevant kompetanse for å kunne sendes til aktuelt område for å forberede en medisinsk evakuering, og eventuelt samarbeid med andre europeiske land om helsetjenester til syke nordmenn i Vest-Afrika. Det ble raskt enighet om at norske medisinske evakueringsløsninger også skulle omfatte utenlandske statsborgere som arbeidet på norsk oppdrag, eller som var bosatt i Norge.

Helse- og omsorgsdepartementet ba Helsedirektoratet i samarbeid med CBRNe-senteret ved Oslo universitetssykehus iverksette forslaget om å utvikle og anskaffe en teltløsning i et fly. Departementet nevnte at EUs helsesikkerhetskomite så behov for en felleseuropeisk evakueringsløsning, og at departementet hadde hatt kontakt med Sverige om en nordisk løsning. Departementet ba direktoratet i samarbeid med Utenriksdepartementet vurdere nærmere om utsending av helseteam ville være hensiktsmessig dersom det skulle oppstå et evakueringsbehov.

På grunnlag av informasjon fra Utenriksdepartementet og anmodning fra HOD vurderte Helsedirektoratet om Norge burde inngå avtale med det amerikanske utenriksdepartementet om å kunne tre inn i deres avtale med flyselskapet Phoenix Air om evakuering av ebola-pasienter. 15. september uttalte direktoratet at dette var den eneste medisinske forsvarlige løsningen det ville være mulig å få på plass raskt. Helse- og omsorgsdepartementet svarte at de var i dialog med Utenriksdepartementet om å inngå slik avtale, og delegerte til Helsedirektoratet å gjøre bruk av avtalen, samt avtale prosedyrer knyttet til håndtering av evakueringssaker med helsetjenesten, Folkehelseinstituttet og Utenriksdepartementet. Avtalen ble inngått som beskrevet. Det ble 31. oktober også inngått en tilsvarende avtale med det franske selskapet Medic'Air.

En løsning for transport med Forsvarets Hercules ved hjelp av en ombygget smittevernambulansse ble operativ 24. oktober, med 24 timers varslingstid. Denne løsningen er best egnet innenlands. Forsvaret framholder at etablering av løsningen har gitt dem god trening, som også kan komme til nytte dersom militært personell skulle få behov for smittetransport.

Transport med Medic'Air gir ikke mulighet for medisinsk behandling underveis, mens dette i noen grad er mulig ved bruk av Phoenix Air. Hercules-løsningen gir mulighet for adekvat medisinsk behandling i alle stadier av et sykdomforløp så sant pasienten er transportdyktig. Løsningen er ressurskrevende både hva gjelder utstyr og personell.

Norge hadde dermed to avtaler med kommersielle aktører om medisinsk evakuering av ebolasmittede på plass før utreise til Moyamba, samt en løsning i statlig regi. De to tilbyderne Norge hadde avtale med hadde også avtaler med en rekke andre nasjoner og organisasjoner. Norske borgere hadde ingen prioritet. Ved samtidighetskonflikt vil tilbyderen selv prioritere hvem de skal bistå. Løsningen som ble utviklet i samarbeid med Forsvaret viste seg å være kostnadskrevende.

Den 5. oktober varslet Leger Uten Grenser om behov for bistand til medisinsk evakuering av en av sine norske medarbeidere i Sierra Leone, som var bekreftet ebola-smittet. Evakueringen ble gjennomført på grunnlag av organisasjonens egen avtale med Medic'Air, slik at norske myndigheters avtale ikke kom til anvendelse. Tilbyder oppga at overflygninger og mellomlandinger var avklart. Det viste seg at tilbyder ikke hadde informert om ebolasmitte i transporten og det ble problemer med tillatelser. Utenriksdepartementet bistod med å sikre nødvendige overflygnings- og mellomlandingstillatelser underveis fra Freetown til Oslo gjennom kontakter på høyt nivå. Helsedirektoratet bistod med å forberede mottak og behandling ved Oslo universitetssykehus.

Det var krevende å få de nødvendige tillatelser på plass, men dette lyktes etter intenst arbeid i timene etter evakueringsforespørselen. Det knyttet seg også uklarheter til hvem som eide hendelsen, MSF eller staten. Det medisinske tilbudet i transporten var svært begrenset og hadde ikke vært tilstrekkelig om pasientens tilstand hadde forverret seg under transport.

Pasienten ankom Oslo 7. oktober, og ble etter intensiv behandling erklært frisk. Mottak på flyplass, transport til HF og mottak på OUS var godt planlagt og fungerte godt.

I det videre forløp av epidemien oppstod det ingen ytterligere behov for medisinske evakueringer av nordmenn, men det ble ved enkelte anledninger vurdert om vi skulle tilby hjelp med evakuering av andre lands borgere etter forespørsler meddelt gjennom EUs varslingssystem EWRS. EU arbeidet for koordinert anvendelse av de ulike landenes transportavtaler, og enkelte land meldte inn transportkapasiteter til felles benyttelse for EU-landene.

Da epidemien var på sitt kraftigste var det bekymring knyttet til mulige samtidighetskonflikter mellom aktører med avtaler om bruk av de foreliggende medisinske transportressursene. Det var også noe bekymring for at transport med ressurser stasjonert langt unna regionene ville kunne kreve mer tid enn optimalt for behandlingsresultatet, og særlig ved bruk av Forsvarets Hercules, som også stod i beredskap for bruk til Forsvarets primæroppgaver. Videre var det bekymring for at det ikke forelå noen løsning for

innenriks medisinsk transport av smittsomme pasienter som kun kan nås av helikopter, eksempelvis øyboere og personer på skip eller petroleumsinstallasjoner. I møter mellom HOD og øvrige departementer med underliggende etater involvert i ebola-oppfølgingen ble derfor behovet for etablering av varige løsninger for transport av alvorlig syke og svært smittsomme pasienter diskutert. Helse- og omsorgsdepartementet ga 23. april 2015 Helsedirektoratet i oppdrag å vurdere behovet for slike løsninger, og å utrede administrative forhold knyttet til løsningene. Direktoratet konkluderte i brev av 3. juni med at det burde etableres en containerløsning som gjør det mulig å transportere flere smittepasienter samtidig med et Hercules-fly. En slik løsning gjør det også mulig å utføre medisinsk behandling under transport. Likeledes konkluderte Helsedirektoratet med at det er behov for å etablere en evakueringsløsning i Sea King redningshelikoptre. I helikoptre er det en teltløsning som er aktuelt, men tilstrekkelig beskyttelse for personellet er en utfordring. Man må utvikle beskyttelsesløsninger som ikke er til hinder for bruk av helikopterets kommunikasjonsutstyr. Utredning av administrative forhold knyttet til forslagene gjenstår.

Læringspunkter

- Overflyvnings- og landingstillatelser er et problemområde under epidemier, og må følges opp som en del av arbeidet med å skape økt lojalitet til IHR.
- Ulike transportløsninger kan innebære stor variasjon i responstid og muligheter for medisinsk behandling. Dessuten vil ikke Norge ha sikkerhet for at våre behov blir prioritert av kommersielle leverandører med avtaler med mange land. Det sikreste for Norges ivaretagelse av borgere på oppdrag vil være å etablere egne, permanente kapasiteter, både fly og helikopter.
- Systemer for evakuering og hjemtransport bør være forberedt og inngått før utsendelse. Løsningene bør være nivådelte slik at valg av løsning og ressursinnsats kan gjøres i ut fra operative krav og behov for behandlingsnivå. Det medisinske tilbudet i transporten må vurderes av operativt personell med nødvendig kompetanse på transport av alvorlige syke pasienter.
- Evakuering av norske borgere der norske myndigheter skal være involvert må styres og ledes helhetlig. Riktig informasjon må oppgis når det gjelder avtaler om mellomlandinger og overflygninger.
- Evakuering er avhengig av at rutiner for varsling følges slik at vurderinger av behov kan gjennomføres av ansvarlig myndighet. Dette er et viktig punkt i planlegging og oppfølging i hendelser hvor eksterne kontraktører benyttes.
- Norge har etablert evne til å ta i mot og behandle evakuerte smittepasienter på en god måte ved Oslo universitetssykehus. Dersom kapasitet bygges opp ved andre sykehus bør man ta utgangspunkt i prosedyrene fra mottak på Gardermoen til behandling på OUS.

5 ORGANISERING AV EBOLAARBEIDET, KOORDINERING OG SAMHANDLING

5.1 Hovedpunkter om tverrsektorielt samarbeid på departements- og etatsnivå

Helsedirektoratet erfarte at samarbeid på departements- og etatsnivå fungerte godt. Helse- og omsorgsdepartementets koordinering av oppdraget har vært gjennomført på en god måte, og informasjonsflyt som var relevant for Helsedirektoratets rolle har vært god. Det har vært lagt til rette for stor grad av samarbeid mellom berørte etater, og særlig mellom Helsedirektoratet, Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap og Folkehelseinstituttet.

Helsedirektoratet erfarte at de faste koordineringsmøtene som HOD ledet var viktige for utveksling av informasjon mellom partene i ebolahåndteringen. Direktoratet fikk også gjennom dette forumet informert om utvikling og fremgang i nasjonal- og internasjonal sammenheng. I tillegg bidro koordineringen til å få gjennomført avklaringer og beslutninger av saker.

I tillegg har direktoratet, gjennom sitt arbeid ved den norske ambassaden i London og feltoppdrag i Sierra Leone, dratt nytte av Utenriksdepartementets kapasitet og kompetanse. Dette samarbeidet har fungert godt, og vært til støtte for ebolahåndteringen.

Samarbeidet mellom DSB og helsemyndighetene om innsatsen til Sierra Leone innebar noe nytt, det var første gang denne typen prosjekt ble gjennomført. Vanligvis får DSB sine teltleir-oppdrag fra FN og/eller gjennom det internasjonale partnerskapet International Humanitarian Partnership (IHP), med finansiering fra HUM-seksjonen i Utenriksdepartementet.

Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap etablerte tidlig i prosessen kontakt med Helsedirektoratet på direktørnivå og tilbød sin kompetanse og samarbeid både for den internasjonale og nasjonale håndteringen. Dette var starten på et meget godt og fruktbart samarbeid gjennom hele innsatsperioden. Det ble tidlig bestemt at en liaison fra Sivilforsvarsavdelingen i DSB skulle sendes til Helsedirektoratet. Begge direktorater anser dette som både fornuftig og vellykket. Helsedirektoratet opplever at samlokalisering av relevante ressurser i oppsettingsperioden var viktig, særlig i kontakten med DSB.

Læringspunkter:

- Koordineringsmøtene mellom HOD og Helsedirektoratet var viktige for å foreta avklaringer og beslutninger i et omfattende nasjonalt- og internasjonalt prosjekt.
- Tett dialog, rolle- og ansvarsavklaringer og informasjonsflyt mellom relevante etater og departementer var en viktig suksessfaktor.
- Samlokalisering av relevante ressurser i oppsetningsfasen fra DSB og Helsedirektoratet fungerte godt og bør vurderes for fremtidige hendelser.
- Erfaringen knyttet til dette punktet vil være viktig for gjennomføring, og utvikling av anbefalinger, i tilknytning til eventuelt nytt oppdrag til Helsedirektoratet om tverrsektorielt beredskapssystem.

5.2 Helse- og omsorgsdepartementets koordinerende rolle

Det første møtet om ebolaepidemien mellom HOD, FHI og Helsedirektoratet fant sted 1. august 2014. Statsministerens kontor hadde allerede før sommeren etterspurt en oversikt over norsk ebolaberedskap, og FHI og Helsedirektoratets felles forslag til svar ble lagt fram for HOD. Dette ble starten på en omfattende møtevirksomhet mellom aktører i den sentrale helseforvaltningen og med Oslo universitetssykehus ved CBRNe-senteret, og fra 15. august også med berørte aktører i andre sektorer. Det ble innført faste koordineringsmøter med Justis- og beredskapsdepartementet, Samferdselsdepartementet, Forsvarsdepartementet og Utenriksdepartementet, samt aktuelle underliggende virksomheter som Forsvaret, DSB, FHI, Helsedirektoratet og fra selve helsetjenesten CBRNe-senteret. Det var særlig behovet for å etablere løsninger for medisinsk evakuering og for håndtering av mulige ankomster av ebolasmittede personer med ordinære rute- eller charterfly som utløste behovet for koordinering internt i sektoren og med andre sektorer.

Helse- og omsorgsdepartementet signaliserte tidlig en forventning til Helsedirektoratet og FHI om at etatene sammen skulle forberede beredskapstiltak for eventuelle enkelttilfeller eller utbrudd av ebola i Norge. Det var også et raskt økende trykk av forespørsler om bistand og informasjon fra internasjonale organisasjoner og institusjoner som WHO og EU, sistnevnte ikke minst gjennom sivilbeskyttelsesdirektoratet European Commission's Humanitarian aid and Civil Protection department (ECHO).

Den 5. september ba HOD Helsedirektoratet vurdere hva slags helseinnsats Norge eventuelt kunne bidra med i Vest-Afrika. Oppdraget ble besvart med et brev som skisserte muligheter for å sende legemidler, medisinsk materiell og telt, samt helseteam. Den 9. oktober fikk direktoratet i oppdrag å forberede en bistandsinnsats innenfor rammen av britiske myndigheters initiativ i Sierra Leone, og koordinert med FNs ad hoc-organ UNMEER. Oppdraget forutsatte omfattende koordinering med andre departementer og virksomheter med hensyn til å utføre politiske beslutninger. Helsedirektoratets svar på spørsmålene i brevet resulterte i et brev fra HOD 24. oktober med oppdrag om å utføre tiltakene direktoratet hadde beskrevet nærmere i sitt svarbrev, med noen presiseringer. HOD fulgte opp med å bestille ukentlig rapportering fra FHI og Helsedirektoratet på den epidemiologiske situasjonen, tiltak i forbindelse med den

norske hjelpeinnsatsen i Vest-Afrika, og den nasjonale beredskapen. Rapporteringene fra FHI og Helsedirektoratet ble aggregert og redigert sammen med informasjon HOD selv satt på, særlig fra helse- og mattrygghetsråden i Brussel, til ukentlige samlerapporter fra HOD til de øvrige departementene. Dette vedvarte til den norske innsatsen i Sierra Leone ble avsluttet.

Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet har gjennomført en spørreundersøkelse i berørte forvaltningsorganer om koordineringen mellom sentrale aktører. Et overveldende flertall av respondentene mener koordineringsmøtene ivaretok et behov for utveksling av informasjon som ikke kunne vært løst like godt uten møter, og at møtene bidro til at beslutninger ble fatte raskere og på et bedre informert grunnlag enn hva som ellers ville ha vært tilfelle. Respondentene vurderer også at HOD ledet og gjennomførte møtene godt. Helsedirektoratet fikk som nevnt delegert oppgaver som også innebar koordinering. Vi antar at den positive responsen i undersøkelsen betyr at departementer og etater i andre sektorer ikke var i tvil om at HOD likevel hadde kontroll og oversikt.

Et unntak fra dette synes å være budsjettprognoser og forklaringer knyttet til anvendelse av Utenriksdepartementets bistandsmidler til personellinnsatsen i Moyamba og prosjektorganisasjonen til Helse Vest RHF. Helsedirektoratet oppfatter at hovedproblemet var mangler ved informasjonen direktoratet ved hjelp av Helse Vest RHF greide å forsyne HOD med. Disse manglene har sin årsak i prosjektets kompleksitet, og Helsedirektoratet ser ikke grunn til å kritisere Helse Vest. Utenriksdepartementets ønske om nærmere forklaringer må ses i sammenheng med at beslutningen om personellinnsats ble tatt under betydelig usikkerhet om kostnadene. Det var ikke enkelt på svært kort tid å foreta en realistisk kostnadsvurdering av prosjektet, spesielt konsekvensene av å ta helsepersonell ut av daglig drift i norsk helsetjeneste.

Læringspunkter

- Helsedirektoratet vurderer at HOD har gjennomført arbeidet som koordinerende departement av ebolahåndteringen på en god måte. HOD har gjennom samarbeidsmøter sørget for at direktoratet til enhver tid har vært informert om rammer og ansvar for totaloppdraget.
- I komplekse og langvarige beredskapssituasjoner har faste møter og informasjonsutvekslingsrutiner mellom de mest sentrale aktører stor betydning for å etablere felles situasjonsforståelse, sikre at problemstillinger blir godt nok belyst fra alle sider, og at myndighetene på dette grunnlaget fatter hensiktsmessige beslutninger som aksepteres og følges opp av alle berørte aktører i forvaltningen.

5.3 Folkehelseinstituttets rådgivende rolle

Folkehelseinstituttets mandat innebærer at de er norsk kontaktpunkt for internasjonale organer og andre lands myndigheter med hensyn til utveksling av informasjon om utbrudd av smittsomme sykdommer. Instituttet har også ansvar for å gi råd om smitteverntiltak, koordinere utbruddsetterforskning av nasjonale utbrudd og bistand til kommunelegene ved lokale utbrudd, samt råd om laboratorieanalyser og verifiserende analyser av innsendte prøver til beredskapslaboratoriet. Rådene retter seg både mot myndigheter, helsetjenesten, andre sektorer og befolkningen som sådan. Instituttet hadde hovedansvar

for utvikling av faglig veileder for helsetjenestens håndtering av ebola, og medvirket til utvikling av nasjonal ebolaplan. Formålet med veilederen er å gi helsepersonell i Norge tilstrekkelig bakgrunnsinformasjon og råd til at de kan finne løsninger for å håndtere smittevernaspektene rundt tilfeller av ebola lokalt.

Spørreundersøkelse FHI og Helsedirektoratet gjennomførte om råd og informasjon til helsetjenesten gir særdeles god score til instituttet for deres arbeid. Kvaliteten på rådene oppfattes som gjennomgående gode, og FHIs nettside viste seg å være den klart viktigste informasjonskilden. Respondentene uttrykker også ønske om å få informasjon gjennom andre kanaler, litt avhengig av tema. Dette dreier seg særlig om e-poster og nyhetsbrev, fagseminarer, bruk av sosiale medier (særlig til informasjon om utbruddets utvikling) og ordinær post (særlig om plan- og regelverk). Også i undersøkelsen som ble sendt til ansatte i sentralforvaltningen får instituttet svært gode vurderinger for råd og informasjon til forvaltningsaktørene. Det er imidlertid noen temaer respondentene i helsetjenesten ikke er så fornøyd med, spesielt råd om avløps- og avfallsbehandling, samt noen laboratorierelaterte spørsmål. Instituttet vurderer selv at årsaken til at dette ikke ble tydelig avklart er at sykehusene (med unntak av ett) ikke har isolater som tilfredsstillende forskriftskrav ved inneslutningsnivå 4 og det er et mangelfullt kunnskapsgrunnlag internasjonalt om hvordan disse manglene kan kompenseres med andre tiltak.

Leger Uten Grenser mener Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet kom for seint på banen med informasjon til befolkningen om ebola, og opplevde at de en tid ble stående alene om å drive folkeopplysning. De mener særlig FHI, men også Helsedirektoratet skulle kommet ut med nøktern, beroligende informasjon tidligere.

5.4 CBRNe-senterets rådgivende rolle

Oslo universitetssykehus HF Nasjonal behandlingstjeneste for CBRNe-medisin ble hyppig benyttet som rådgiver for helsemyndighetene og DSB, og de deltok i alle prosesser der det var behov for medisinsk-faglige råd. Særlig hadde de en viktig rolle i arbeidet med å definere krav til utstyr/bekledning for smittevernbeskyttelse i forbindelse med diagnostikk, behandling og transport, samt i arbeidet med behandlings- og transportprosedyrer. Helsedirektoratet er svært tilfreds med rådgivningen fra senteret. Undersøkelsen FHI, CBRNe-senteret og Helsedirektoratet fikk utført viser at senteret er noe mindre kjent for ansatte i helsetjenesten enn det instituttet og direktoratet er selv, men nyter svært høy tillit blant dem som kjenner til senteret. CBRNe-senteret ble benyttet i utstrakt grad uten at arbeidsmengden ble vurdert eller prioritert fra oppdragsgiverne. Man forsøkte et stykke ut i prosjektperioden å etablere et kontaktpunkt mellom Helsedirektoratet og CBRNe-senteret, noe som ble etterlevet i varierende grad.

Læringspunkt:

- Det må tidlig i et prosjekt etableres et kontaktpunkt fra prosjektet og til en kompetanse/behandlingstjeneste for å sikre oversikt over total arbeidsbelastning og pågående utredninger. Det må være kjent både av alle i prosjektorganisasjonen og mottakende kompetanse/behandlingstjeneste slik at dette blir etterlevd.

5.5 Helsedirektoratets koordinerende, besluttende og iverksettende rolle

Helsedirektoratets iverksettende rolle for nasjonal beredskap

Når det gjelder Helsedirektoratets rolle ved planlegging og iverksetting av den nasjonale beredskapen viser vi til beskrivelsene under det aktuelle kapittel. En hovedkonklusjon er at klargjøring av roller og planverk så langt det er mulig i en normalsituasjon er den beste plattform for å kunne være effektiv fra start av når helsekriser oppstår. Dette berører både forholdet til departementet og Folkehelseinstituttet. Videre er tidlig involvering av aktuelle samarbeidspartnere vesentlig, både andre etater og utøvende helsetjeneste. Det er ikke realistisk å vente at ingen planer endres underveis, og at noe arbeid kan framstå som forgjeves. Med gode forberedelser kan slike energitap bli så små som mulige. Helsedirektoratet har også et forbedringspotensial på intern samordning og prioritering, og dermed også med hensyn til å være entydig overfor samarbeidspartnere.

Læringspunkter:

- Ansvarsposisjonene for ulike aspekter av krisehåndtering mellom HOD, FHI og Helsedirektoratet bør gås nøye gjennom, slik at man ved framtidige kriser tidlig kan være maksimalt effektive. Dette gjelder både informasjons- og planarbeid.
- Tilstrekkelig involvering av alle sektorer på direktorats- og tilsynsnivå og involvering av fylkesmenn, regionale helseforetak og kommuner kan i komplekse og langvarige beredskapssituasjoner være kapasitetsutfordrende for Helsedirektoratet. For å få til god nok samhandling og veiledning må det settes av store ressurser i organisasjonen, og øvrige oppgaver prioriteres strengt.

Helsedirektoratets iverksettende rolle for internasjonalt beredskapsoppdrag

Helsedirektoratet har i etterkant av ebolahåndteringen vært i dialog med Dfid og MdM. Når det gjelder oppdragsløsning og norsk innsats i ebolaresponsen er partnerne enige om at oppdraget ble løst på en god måte. Norsk innsats og helsepersonell bidro på en god måte for å løse utfordringer i ETC og sørge for at ETC-en i sin helhet hadde mulighet til å yte forsvarlig helsehjelp.

Under gjennomføringen av oppdraget oppstod det likevel situasjoner hvor helsepersonell opptrådte i strid med gjeldende rutiner i leiren. Handlingene medførte risiko for øvrig norsk helsepersonell. For fremtiden bør det trolig fremgå av oppdragsdokumentet at hendelser som medfører mulig eller sikker risiko for oppdraget umiddelbart skal fremlegges for Helsedirektoratet som har endelig beslutningsmyndighet i slike saker.

Det har vært ulike vurderinger i Helsedirektoratet og Helse Vest/Helse Bergen om hva arbeidsgiveransvaret i denne typen operasjoner innebærer. Gjennom oppdragsdokumentet og etterfølgende dialog forsøkte man å finne en felles forståelse. Dette lyktes ikke helt. Helse Vest/Helse Bergen ønsket gjennom egne mekanismer å forsikre seg om at alt nødvendig ble gjort for personellens sikkerhet og faglighet i felt. Direktoratets oppfatning var at disse forholdene ble godt ivaretatt innenfor de

prinsippene som ble trukket opp i den overordnede avtalen med britene, og at tilleggsmekanismer fra norsk arbeidsgivers side kunne skape utydelighet i ansvar og ledelse. På nåværende tidspunkt kan vi slå fast at begge perspektiver er fremført med gode hensikter, men det er for fremtidige operasjoner nødvendig å skape felles forståelse. Det er direktoratets vurdering at personellens sikkerhet og kvaliteten i behandlingen samlet ble godt ivaretatt. Samtidig skaper denne type manglende felles forståelse øket risiko for feil.

Den humanitære innsatsen i Sierra Leone har satt flere av oss på prøve. I en humanitær innsats der organiseringen og arbeidsdeling var ny for alle parter, har Helse Bergen utarbeidet en prosjektrapport for innsatsen med rekruttering og utsending av helsepersonell til Sierra Leone.

Rapporten tar opp flere læringspunkter der det pekes på behov for tydeligere avklaringer fra Helsedirektoratet. Hensikten med rapporten fra Helse Bergen har vært å løfte fram viktige læringspunkter for fremtidige oppdrag. I et møte mellom helsedirektøren og administrerende direktør i Helse Vest 20. oktober 2015 ble rapporten drøftet. Helse Vest og Helsedirektoratet er enige om at det også ved eventuelle framtidige offentlige norske personellbidrag til håndtering av internasjonale helsekriser må være slik at innsatsen bygger på avtaler mellom stater, og der vertsnasjonen kan legge føringer for innsatsen.

Videre er Helse Vest og direktoratet enige om at det er behov for å bruke erfaringene fra innsatsen i Sierra Leone til å utvikle et fleksibelt konsept for hvordan Norge kan bidra under slike kriser. Dette konseptet bør også omfatte DSB og sivilforsvarets rolle i støttefunksjoner. Videre må det vurderes hvordan en kan benytte Forsvaret eller private aktører til transportløsninger for personell, materiell, og løsninger for medisinsk evakuering. Konseptet må ses i sammenheng med pågående prosesser igangsatt av både WHO og EU.

Det kan også i framtida bli aktuelt at regionale helseforetak får i oppdrag å bidra med helsepersonell i fremtidige norske internasjonale innsatser innenfor politisk avklarte rammer. Helsedirektoratet vil gå i dialog med de regionale helseforetakene, DSB og Forsvaret om utvikling av konsept som beskrevet. Helsedirektoratet ser på grunnlag av rapporten og drøftingene at vi burde ha sendt et oppfølgende oppdragsbrev med presiseringer av vårt oppdragsbrev av 31. oktober 2014, fordi direktoratet etter hvert fikk grunn til å tro at det forelå ulike oppfatninger mellom Helse Bergen og Helsedirektoratet hva gjelder forståelse av oppdragets innhold og rammer.

Når læringspunktene er løftet fram har det vært et ønske å bidra til enda bedre samarbeid dersom det blir aktuelt i fremtiden. Det er også viktig å påpeke at prosjektet etterlater seg svært gode resultater og blir lagt merke til internasjonalt.

Læringspunkter:

- Avklaring av roller og ansvar, samt tett oppfølging av utfører er viktig. Dette må struktureres og tilrettelegges på en annen måte ved en eventuell neste hendelse.
- Det må legges til rette for en bedre forståelse for rammen av oppdraget, og samarbeid med andre aktører i et internasjonalt samarbeid.

6 STOD NYTTEN I FORHOLD TIL KOSTNADENE?

Da det besluttet at Norge skulle bidra til det britiske initiativet i Sierra Leone, var situasjonen at landets egen svakt utbygde helsetjeneste hadde brutt sammen. De frivillige organisasjonene som drev helsearbeid i utbruddsområdet hadde uttømt sine muligheter til å rekruttere flere helsearbeidere, samtidig som mer helsepersonell klart var den faktoren som ble ansett som viktigst for å bekjempe utbruddet. Samtidig pekte kurvene for smittespredning bratt oppover på beslutningstidspunktet. Norge hadde allerede bidratt med betydelige donasjoner til organisasjoner og multilaterale institusjoner, men mangel på penger og utstyr var ikke den viktigste begrensende faktoren for innsatsen.

Beslutningen om å bidra måtte tas uten kjennskap til hvor mange pasienter man ville få, fordi man ikke hadde kontroll med utviklingen av utbruddet. Dersom utbruddet hadde spredd seg, og for eksempel fått fotfeste i Nigeria med sin store befolkning og mer omfattende forbindelser til Europa, kunne konsekvensene blitt enorme regionalt, og faren for utbrudd i Europa ville ha steget betraktelig. Motivasjonen for det norske bidraget var således både humanitær og egennyttig. Ebolaresponsen koordinert av UNMEER bør ses som et hele, der de berørte landene selv og frivillige organisasjoner bidro, og der flere land sendte helsepersonellkontingenter i statlig regi. Dette gjorde eksempelvis også Sverige og Danmark. Til sammen klarte man å få epidemien under kontroll.

Den statlige norske innsatsen i Sierra Leone kostet til sammen nær 109 millioner kr. fordelt på 2014 og 2015, eksklusive donasjonene til frivillige organisasjoner og multilaterale institusjoner. Innsatsen ble svært dyr dersom den måles per behandlet pasient. Siden antallet pasienter var uforutsigbart, gir det mer mening å vurdere om den norske innsatsen bidro til en kostnadseffektiv etablering og drift av behandlingsskapitet.

Modellen som ble valgt for å sikre omfattende nok rekruttering av norsk helsepersonell var isolert sett svært dyr, og i tillegg kom betydelige kostnader til opplæring, transport, etablering og drift av boligleir osv. For det offentlige som arbeidsgiver ville det være betenkelig å gi helsepersonell dårligere vilkår enn i ordinære stillinger samt risikotillegg, når forutsetningen er at personellet skal jobbe under svært vanskelige og ubekvemme forhold, som også innebærer at de risikerer å sette eget liv og helse i fare. Helsedirektoratet ser ikke at det var noe stort spillerom for å få ned disse kostnadene og samtidig ivareta personellens sikkerhet og andre arbeidsgiverhensyn.

I andre internasjonale beredskapssituasjoner kan det hende at det vil foreligge valgmuligheter der norske midler kan gi mer effekt forvaltet på en annen måte, eksempelvis ved å finansiere berørte land eller

internasjonale hjelpeinitiativers personellinnsats. Høsten 2014 forelå ikke slike alternative opsjoner når det gjelder personellinnsats.

Det er bred enighet internasjonalt om at verdenssamfunnet og WHO reagerte for sent på krisen. Videre kan også norske myndigheter delvis kritiseres for å ha vært noe sene med å ta initiativ, men det står klart at det ikke ville ha vært forsvarlig for Norge å levere et helsepersonellbidrag uten at dette inngikk i et større initiativ en annen stat organiserte. Dette var blant annet viktig for å ivareta sikkerheten til personellet. Derfor var Norge i praksis avhengig av framdriften i Storbritannias planlegging og innsats.

Gjennom utbygging av helsesystemene i de affiserte landene, og implementering av det internasjonale helsereglementet, ville Sierra Leone og nabolandene vært bedre rustet for utbrudd av smittsomme sykdommer og andre trusler mot folkehelsen. Det kunne ha vært mulig for Sierra Leone selv og for bistandsgivere å gjennomføre effektive forebyggende tiltak som kunne ha redusert omfanget av utbruddet, til en langt lavere pris enn utsending av helsepersonell fra rike land. Alle kjernekapasitetene i det internasjonale helsereglementet bør styrkes, slik at de affiserte landene står bedre rustet til neste helsekrise. Det ser dessverre ut at til at det internasjonalt er lettere å utløse midler til ad hoc krisehåndtering enn til langsiktig helsesystembygging. Når et utbrudd først skjer gjenstår kun krisehåndtering som opsjon.

Den nasjonale beredskapsinnsatsen mot ebola drev fram arbeidsprosesser som er vesentlige for den generelle beredskapen mot alvorlige smittsomme sykdommer. Det er blant annet gjennomført et omfattende planarbeid, gjennomført øvelser på Points of Entry-flyplasser, anskaffet smittvernustyr, foretatt vurderinger av behandlingskapasitet for isolatpasienter og rutiner for ulike sektors ansvar ved håndtering av flyankomst av mulige smittede pasienter er gått gjennom og klargjort. Vi har også fått verdifull øving av informasjonsberedskapen, både overfor helsetjenesten, befolkningen generelt og spesielle risikogrupper. Det finnes ingen oversikt over kostnadene ved den nasjonale beredskapen. Imidlertid vurderer Helsedirektoratet at læringseffektene har vært betydelige. Helsemyndighetenes utfordring vil bli å klare å bygge videre på disse erfaringene i en ny smittesituasjon. I den grad det var mangel på kostnadseffektivitet mener vi det ikke handler om overflødige tiltak, men at ikke alle arbeidsprosesser og koordinering fungerte optimalt fra starten av.

7 VEDLEGG: OVERSIKT OVER INNKOMNE INNSPILL

Helsedirektoratet har mottatt skriftlige innspill fra følgende instanser:

Folkehelseinstituttet

Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap

Helse Vest RHF³

Helse Sør-Øst RHF⁴

Statens legemiddelverk

Forsvarsdepartementet⁵

Avinor

Luftfartstilsynet

Fylkesmannen i Sør-Trøndelag

Bergen kommune

Leger Uten Grenser

Den norske legeforening

Personlig innspill fra Åse Berg, leder for helseteam 3

³ Omfatter innspill fra Helse Bergen HF

⁴ Omfatter innspill fra Oslo universitetssykehus HF ved infeksjonsmedisinsk avdeling og CBRNe-senteret, Sykehusapotekene HF og RHF-ets HR-avdeling, avdeling for innkjøp og logistikk, samt kommunikasjonsavdelingen

⁵ Omfatter innspill fra Forsvaret



Helsedirektoratet

Postadresse: Pb. 7000,
St. Olavs plass, 0130 Oslo
Telefon: +47 810 20 050
Faks: +47 24 16 30 01
E-post: postmottak@helsedir.no

www.helsedirektoratet.no