



Dato 08-03-2020

Sagsnr. 04-0101-35

Suspension af udrednings- og behandlingsretten

Sundheds og Ældreministeriet har anmodet Sundhedsstyrelsen om et fagligt bidrag, der gennemgår konsekvenser og prioriteringsovervejelser i forbindelse med suspension af udrednings- og behandlingsretten.

Baggrund

Verdenssundhedsorganisationen, WHO, erklærede d. 30. januar 2020, at udbruddet af COVID-19 er en Public Health Emergency of International Concern (PHEIC) på linje med enkelte tidligere udbrud som influenza-pandemien i 2009, udbruddet af ebolavirussygdom i 2014 og 2018 samt zika-udbruddet i 2016.

Det første bekræftede tilfælde af COVID-19 i Danmark blev rapporteret i Danmark d. 27. februar 2020. I dag, d. 8. marts 2020, er der konstateret i alt 35 tilfælde, som alle formodes at være smittede i udlandet før indrejse i Danmark fraset enkelte, der er smittet i Danmark i direkte relation til personer, der er smittet i udlandet. I en lang række andre europæiske lande ses et stigende antal tilfælde, men fraset de berørte områder i Norditalien er der hovedsagligt tale om importerede tilfælde og afgrænsede og afdækkede smittekæder.

Den hurtige udvikling i Norditalien viser, at COVID-19 efter indførelse i Europa har potentiale for hurtig smittespredning, formentlig også fordi smitte sker fra individer med meget lette symptomer, der derfor ikke søger hjælp i sundhedsvæsenet. Samtidig giver det øgede antal lande med pågående smittespredning uden for Kina en øget risiko for at importerede tilfælde af COVID-19 kan komme til Danmark af mange forskellige indrejseruter.

Generelt er angrebsraten ved influenzaepidemier på 5-10% og ved pandemier 10-30% i første bølge. Angrebsraten er meget afhængig af de forebyggende tiltag tidlige i den epidemiske udvikling. Ved det fejlhåndterede udbrud på krydstogtskibet 'Diamond Star' blev ca. 20 % af alle ombord smittede, dette kan være et muligt 'worst case' scenarie for Danmark i en situation, hvor en epidemisk udvikling ikke håndteres med rettidig omhu. Et mere realistisk estimat vil være, at ca. 10% af den danske befolkning vil blive smittede ifm. en COVID-19 epidemi, hvoraf ca. 10 % vil være bekræftede tilfælde, der kommer i kontakt med det danske sundhedsvæsen.

Baseret på opgørelser af epidemien i Kina er der skønsmæssigt ca. 80 % af patienter med COVID-19 som har milde symptomer, og som derfor kan håndteres uden for sygehus, herunder

ved isolation i eget hjem, kontakt til almen praksis m.v., mens ca. 15 % kan forventes at kræve sygehusbehandling, f.eks. under kortere eller længere indlæggelse på medicinsk afdeling, mens ca. 5 % kan forventes at være kritisk syge og en stor andel heraf vil have behov for respirator og intensiv sygehusbehandling.

Epidemien kan forventes at udvikle sig over ca. 3 måneder, med de fleste smittede i den midterste måned. Ved estimering af potentiel sygdomsbyrde ifm. en COVID-19 epidemi i Danmark, skal der tages højde for effekt af evt. tiltag, der har afbødet epidemiens effekt samt for bl.a. befolkningssammensætning, som tager højde for at yngre er mindre syge end ældre osv.

Ved en COVID-19 epidemi i Danmark kan således forventes, at i alt ca. 60.000 personer med COVID-19 vil være i kontakt med sundhedsvæsenet fordelt over en ca. 3 måneders periode, hvoraf ca. 11.000 vil have behov for sygehusbehandling og en del af disse intensiv behandling. En sådan situation vil give en ekstraordinær belastning af landets sygehuse og vil kræve, at der prioriteres således at svært syge patienter sikres behandling.

Lovgivning vedrørende patientrettigheder

I henhold til Bekendtgørelse nr. 657 om ret til sygehusbehandling mv. af 28. juni 2019 skal regionerne tilbyde henviste patienter udredning eller behandling på sygehuset eller på samarbejdssygehus inden for 30 kalenderdage fra henvisningen er modtaget.

Såfremt regionen ikke kan tilbyde udredningen inden for 30 kalenderdage, skal der udarbejdes en plan for det videre udredningsforløb. Hvis sygehuset eller samarbejdssygehuse ikke har mulighed for at tilbyde udredning inden for 30 kalenderdage, har patienten ret til at få foretaget hele eller dele af sin udredning på et aftalesygehus (det udvidede frie sygehusvalg). En patient, der er henvist til behandling på et sygehus eller er tilbudt behandling efter endt udredning på sygehus, skal tilbydes behandling inden for 30 dage på sygehuset eller på et samarbejdssygehus. Hvis patienten ikke kan tilbydes dette, har patienten ret til at vælge at blive behandlet på et aftalesygehus.

I henhold til Bekendtgørelse nr. 584 om maksimale ventetider ved behandling af kræft og visse tilstande ved iskæmiske hjertesygdomme af 28. april 2015 skal patienter tilbydes udredning og behandling inden for en bestemt tidsperiode, som kaldes den maksimal ventetid. Disse er beskrevet i bekendtgørelsen og uddybet i Sundhedsstyrelsens vejledning på området. Det er den enkelte region, som er ansvarlig for at tilbyde patienter med bopæl i regionen et behandlingstilbud inden for de fastsatte maksimale ventetid enten i regionen selv, en anden region, på et privat sygehus eller et sygehus i udlandet.

Overvejelser i forhold til suspension af patientrettigheder i forbindelse med epidemi af COVID-19

Ved en COVID-19 epidemi i Danmark vil der være behov for at frigøre kapacitet på landets sygehuse som følge af et stort patientvolumen med COVID-19 med behov for sygehusbehandling, heraf en stor del med behov for intensiv terapi. Samtidig vil kapaciteten blive udfordret af behov for udredning af et stort antal patienter med mistanke om COVID-19 og der vil i perioden også være øget omfang af sygemeldt personale.

Samlet set vil det derfor være fornuftigt at prioritere således, at patienter med sygdomme, hvor der ikke er behov for akut behandling, og hvor det er fagligt forsvarligt at udskyde behandlingen, ikke behandles i perioden. Således kan man prioritere behandlingen af kritisk syge patienter herunder kritisk syge patienter med COVID-19.

Sundhedsstyrelsen vil derfor anbefale, at man i første omgang iværksætter en suspension af udrednings- og behandlingsretten på 30 dage. En sådan suspension vil ikke i første omgang have indflydelse på reglerne om maksimale ventetider ved kræft og visse tilstande ved iskæmiske hjertesygdomme, men man bør overveje, om de tidsmæssige rettigheder for udvalgte kræftsygdomme skal suspenderes i perioden. Eksempelvis vil en øget ventetid for en sygdom som prostatakræft, generelt ikke have indflydelse på sygdomsudvikling og patientens prognose.

Det kan derfor overvejes, om der samtidig med en suspension af udrednings- og behandlingsretten bør laves en suspension eller alternativt en udvidelse af de maksimale ventetider for en række sygdomstilstande.

Det er Sundhedsstyrelsens anbefaling, at udrednings- og behandlingsretten bør suspenderes indtil, at epidemien er overstået, hvilket vil sige efter ca. 3 måneder. Sundhedsstyrelsen vil kunne meddele Sundheds- og ældreministeriet, når det ikke længere er nødvendigt med en suspension.

Det bemærkes, at en suspension af udrednings- og behandlingsretten ikke vil have indflydelse på regionernes oplysningspligt ift. at oplyse patienten om dato og sted for undersøgelse og behandling mv. inden for 8 hverdage. Der bør etableres en venteliste, således at patienter kan meddeles, at de er placeret på venteliste og vil få nærmere besked om behandlingstidspunkt, når epidemien er overstået.

Det skal yderligere bemærkes, at hvorvidt en konkret patient bør tilbydes udredning eller behandling på trods af suspendering af udrednings- og behandlingsretten, vil bero på en konkret og individuel lægefaglig vurdering og stillingtagen. Sundhedsstyrelsen forudsætter, at denne lægefaglige vurdering og stillingtagen foretages af en læge med relevante kompetencer.

Konkrete overvejelser vedr. prioritering med formål at sikre øget kapacitet under COVID-19 epidemi

Ved en COVID-19 epidemi der omfatter 10% af befolkningen vil ca. 11.000 mennesker over en ca. 3-4 måneders periode have behov for sygehusbehandling og ca. 2300 vil have behov for intensiv behandling.

Dette vil i særlig grad øge presset på de offentlige sygehuses evne til at tilbyde patienter sygehusbehandling, herunder særligt understøttende respiratorbehandling og anden intensiv behandling.

Sundhedsstyrelsen skal understrege, at der i det følgende er tale om vejledende kriterier, og der vil være behov for en lægefaglig vurdering på det enkelte sygehus, i forhold til hvad der er

hensigtsmæssigt og muligt. Hvilke patienter, der behandles, bør således baseres på en konkret lægefaglig vurdering på daglig basis på alle sygehuse.

Nedenfor opstilles en række kriterier, der kan anvendes i den konkrete prioritering af hvilke patienter, der skal behandles først. Disse kriterier er særligt anvendelige i forhold til at frigøre almindelig sengekapacitet. Disse kriterier er generelle og overordnede med henblik på at dække relevante sygdomstilfælde på tværs og så bredt som muligt. Det er ikke muligt at opstille endelige kriterier, som kan dække over alle sygdomstilfælde og situationer.

Vurdering af hvorvidt en mistænkt eller erkendt sygdom bør udredes/behandles trods suspensionen af udrednings- og behandlingsretten bør bero på følgende overordnede kriterier:

1. Hvorvidt udsigten til væsentlig bedring eller helbredelse forringes betydeligt ved udsættelse af behandlingen.
2. Hvorvidt tilstanden er ledsaget af daglige stærke smerter med behov for stærk smertestillende medicin, og der er udsigt til, at behandling kan lindre eller fjerne smerterne i væsentlig grad, eller tilstanden er ledsaget af daglig, svær psykisk forpinthed, og der er udsigt til, at behandling kan lindre eller fjerne smerterne i væsentlig grad.
3. Hvorvidt der er daglige svære funktionsnedsættelser, hvor der er udsigt til, at behandling kan bedre eller normalisere funktionen i væsentlig grad. I vurdering af funktionsnedsættelsen kan følgende bl.a. indgå: Manglende mulighed for at bevare beskæftigelse, udføre almindelige og nødvendige personlige gøremål i dagligdagen, personlig hygiejne, fødeindtagelse, forflytning m.v.
4. Hvorvidt mistænkte sygdomstilstand, som patienten er henvist til udredning for eller som visiterende læge mistænker, er livs- eller førlighedstruende inden for en kort tids horisont; eller hvor mistænkte sygdomstilstands prognose må forventes at forværres betydeligt.

Ud over de generelle kriterier er der behov for et særligt fokus på at foretage prioriteringer, der nedbringer brugen af respiratorbehandling og anden intensiv behandling.

Det betyder, at indgreb herunder operationer, hvor der bruges respirator, eller hvor der er respiratorberedskab, i relevant omfang bør nedprioriteres. Tilsvarende gælder behandling, der med betydelig risiko afstedkommer behov for intensiv- og/eller respiratorbehandling. Nedprioritering af ovenstående vurderes at kunne tilvejebringe materiel og personale med rette kompetencer til at varetage respirator- og intensivbehandling.

Generelt kan planlagte operationer i bughulen, brysthulen, hoved- og halsregion, større led samt ryggen i relevant omfang udskydes. Eksempelvis kan indgreb såsom bariatriske operationer, operation for lyske-, bugvægs- og navlebrok, ikke-akutte operationer for galdestenssygdomme samt operationer for slidgigt i hofte og knæ på den måde udsættes. Prioriteringerne skal ske inden for rammerne af de generelle faglige kriterier både i forhold til viden om konkrete sygdomstilstandes udvikling og med viden om forskellige indgrebs typiske post-opera-

tive forløb. Såfremt en suspension af udrednings- og behandlingsretten besluttes, kan Sundhedsstyrelsen ved behov udarbejde faglige lister, der mere detaljeret beskriver hvilke sygdomme, der kan udskydes.

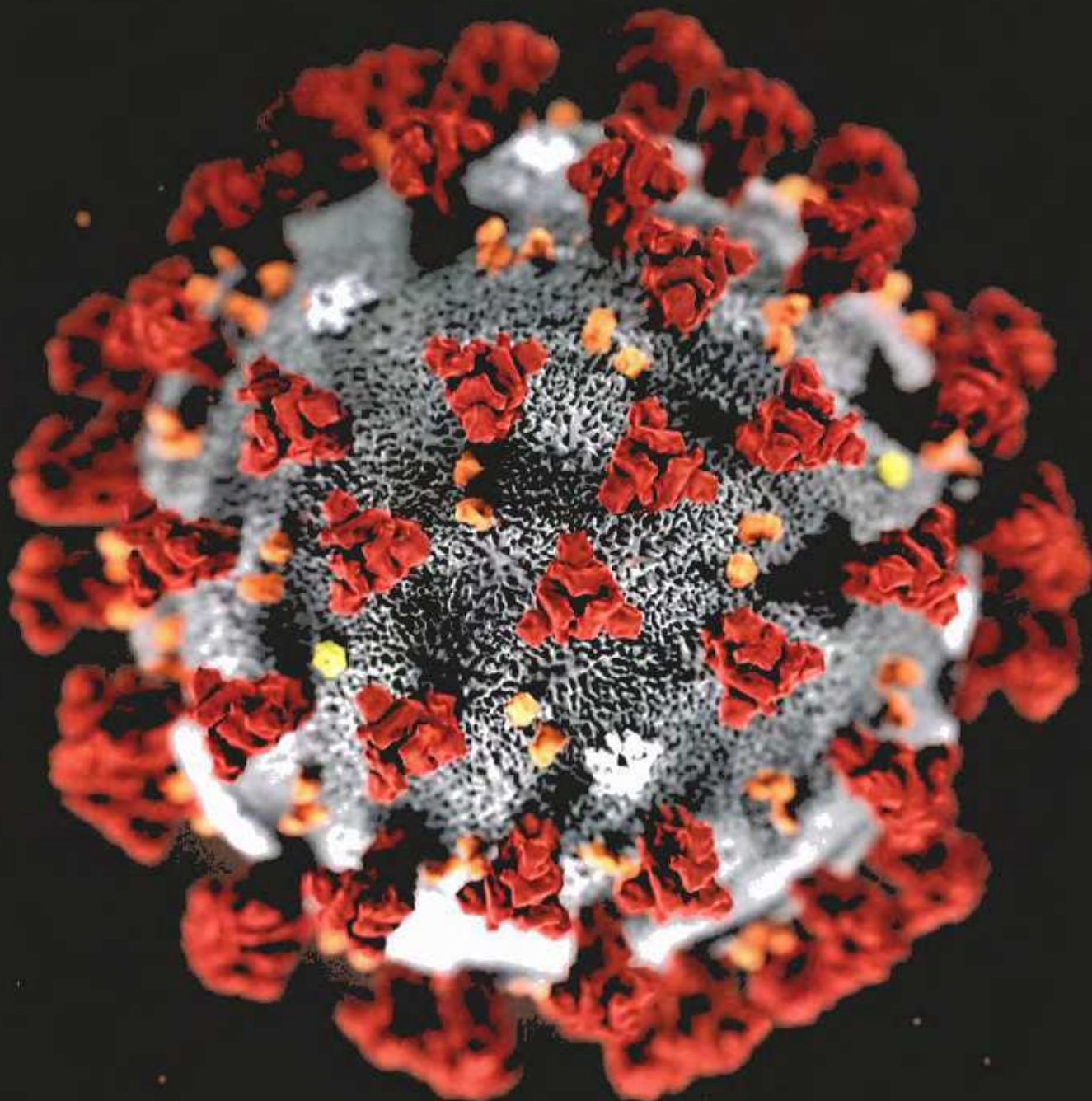
Ud over de generelle overvejelser på baggrund af sygdomsgrupper, bør der være konkrete overvejelser i forhold til den enkelte patient, særligt i forhold til risikoen for post-operative komplikationer og/eller behov for intensiv behandling. Det betyder, at man bør være særlig tilbageholdende med ovenstående operationer hos patienter med høj grad af sygelighed (høj ASA), da der hos netop denne gruppe vil være særlig risiko for efterfølgende respiratorbehandling.

Det vil særligt være patienter med gener fra ikke-dødelige tilstande, der vil vente længere tid på udredning og behandling; fx patienter med degenerative tilstande i bevægeapparatet, brok og galdestenssygdomme som nævnt ovenfor. Der er tale om meget hyppige tilstande, som giver ophav til en betydelig del af den operative produktion på de offentlige sygehuse generelt og i særdeleshed inden for ortopædkirurgien og organkirurgien.

Det er Sundhedsstyrelsen vurdering, at selv om suspensionen af udrednings- og behandlingsretten og den deraf følgende omprioritering af sundhedsydelser vil betyde forlænget lidelse for en større gruppe patienter (fx gener fra nedslidt hofteled, smerter fra lyskebrok eller galdestenssygdom) og en forlænget tid i forhold til udredning af en lang række patienter, vil suspensionen ikke have betydning i form af øget dødelighed eller øget sygdomsbyrde i samfundet, såfremt ovennævnte generelle faglige kriterier og overvejelser følges.

Opfølgning efter COVID-19 epidemi

Under en suspension af udredning- og behandlingsretten, hvor behandlingsforløb udskydes til efter epidemien med COVID-19, vil der være en ophobning af patienter med behandlingsbehov. Der vil således være behov for afvikling af en sådan ophobning og der bør derfor planlægges med, at der, når epidemien er overstået, iværksættes pukkelafvikling med øget kapacitet til operation mv, herunder f.eks. særlig aflønning af sundhedsfagligt personale i eksempelvis weekender mv.



COVID-19



Risikovurdering, strategi og tiltag ved epidemi i Danmark

COVID-19 Risikovurdering, strategi og tiltag ved epidemi i Danmark
Sundhedsstyrelsen 10. marts 2020

© Sundhedsstyrelsen, 2020.
Publikationen kan frit refereres
med tydelig kildeangivelse.

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

www.sst.dk

Elektronisk ISBN: 978-87-7014-162-8

Sprog: Dansk
Version: 1.0
Versionsdato: 5. Marts 2020
Format: pdf

Udgivet af Sundhedsstyrelsen,
Marts 2020

Indholdsfortegnelse

1. Baggrund	4
2. Formål.....	5
3. Scenarier og strategier.....	6
4. Risikovurdering for Danmark.....	8
5. Aktuelle situation og mulige tiltag.....	11
Bilag 1.....	13
Bilag 2. Om sundhedsberedskabet i Danmark.....	14
Bilag 3 Faser i epidemiudvikling samt strategier og mulige tiltag.....	17

1. Baggrund

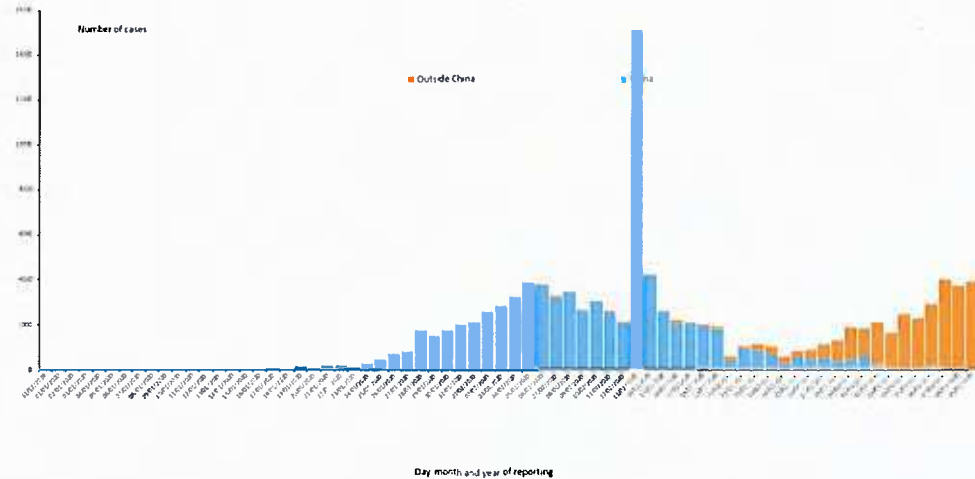
COVID-19 er en ny sygdom hos mennesker, der første gang blev påvist i den kinesiske millionby Wuhan i december 2019 på baggrund af en ophobning af tilfælde af svær lungebetændelse. Den 7. januar 2020 blev den virus påvist, som var årsag til sygdomstilfældene, og det blev klart at der var tale om en virus af coronafamilien, som ikke tidligere var set hos mennesker. Da det er et nyt virus, findes der ingen basal immunitet, hvilket betyder at verdensbefolkningen er modtagelig for smitte. Den manglende immunitet har medført hurtig smittespredning, også over landegrænser og kontinenter (pandemisk potentielle).

COVID-19 epidemien har siden januar 2020 udviklet sig hurtigt. Alt tyder på at udbruddet i Hubei provinsen toppede i slutningen af januar, og der er set et fald i registrerede tilfælde i Kina siden d. 5. februar. I februar er der set en stødt stigning i antallet af tilfælde uden for Kina, særligt i lande som Syd Korea, Iran og Norditalien, hvor der nu er udbredt smittespredning. I marts 2020 ses tiltagende smittespredning i flere lande både i Europa og globalt.

Verdenssundhedsorganisationen, WHO, erklærede d. 30. januar, at udbruddet af COVID-19 er en Public Health Emergency of International Concern (PHEIC) på linje med enkelte tidligere udbrud som influenza-pandemien i 2009, udbruddet af ebolavirussygdom i 2014 og 2018 samt zika-udbruddet i 2016. WHO meldte d. 28. februar ud at risiko for global spredning nu er meget høj. Det forventes, at WHO snart vil erklære pandemisk udbredelse af COVID-19.

Det første bekræftede tilfælde af COVID-19 i Danmark blev rapporteret d. 27. februar og frem til 10. marts er der konstateret i alt 156 tilfælde. I en lang række andre europæiske lande ses en kraftig stigning i antallet af tilfælde, der initialt var drevet af importerede tilfælde fra Norditalien. Disse har genereret lokale smittekæder, og der ses nu et stigende antal tilfælde særligt i lande som Frankrig, Tyskland og Spanien. I takt med at der ses et stigende antal tilfælde i Europa uden for Norditalien, er det tiltagende svært at vurdere omfanget af lokal smitte versus importerede tilfælde, og det må antages, at der fra marts 2020 er samfundssmitte i flere EU lande.

Figur 1. Tilfælde af COVID-19, efter dato for indrapportering og efter anvendt case-definition i de enkelte lande, idet det bemærkes at denne blev ændret for Hubei-provinsen 13. hhv. 20 februar 2020. Opgørelse pr. 9. marts 2020.



Den hurtige udvikling i særligt Norditalien viser, at COVID-19 efter indførelse i Europa har potentiale for hurtig smittespredning. Dette skyldes blandt andet, at smitte sker fra individer med meget lette symptomer, der derfor ikke søger hjælp i sundhedsvæsenet. De Italienske myndigheder har vurderet, at der havde været smittespredning i flere uger før udbruddet blev erkendt. I lyset af udviklingen i antallet af smittede i lande omkring Danmark stiger risikoen for, at vi ser en lignende udvikling i Danmark.

Der er derfor behov for at beskrive mulige risici og scenarier for smittespredning i Danmark, herunder epidemisk udvikling samt mulige tiltag og strategier for opskalering af sundhedsberedskabet.

2. Formål

Formålet er at vurdere risici i forbindelse med epidemisk udvikling af COVID-19 i Danmark, herunder at skitsere scenarier og strategier der sikre løbende opskalering af indsatsen med det formål at mindske smittespredning, mindske sygdomsbyrden samt begrænse afledte effekter i samfundet.

Strategien beskrives i en model med fire faser, og beskriver hvordan overvågning og beredskab løbende kan tilpasses, og hvordan sundhedsvæsenet kan omstille og udvide sin kapacitet for at imødegå udfordringerne i de enkelte faser.

Det danske grundlag for at beskrive håndtering, beredskab, ansvar og mulige tiltag er anført i bilag 1. Strategien følger de generelle rammer for sundhedsberedskab ved pandemi

samt faglige anbefalinger fra det europæiske smitteagentur (European Centre for Disease Prevention and Control, ECDC) i Stockholm samt Verdenssundhedsorganisationen, WHO.

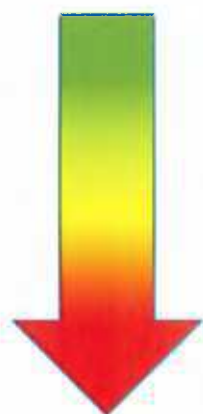
Nærværende strategi vil løbende blive opdateret, og vil blive suppleret med løbende konkret faglig rådgivning fra Sundhedsstyrelsen målrettet regioner, kommuner, sundhedspersoner både i sygehusvæsenet og i det primære sundhedsvæsen samt til øvrige myndigheder, organisationer og virksomheder mv.

Strategien fokuserer på sundhedsberedskabets og sundhedsvæsenets håndtering, og skal danne grundlag for den sundhedsfaglige rådgivning til de politiske beslutningsniveau. De bredere samfundsmæssige aspekter af COVID-19 epidemi – både globalt og i Danmark – som f.eks. påvirket samhandel med Kina og andre markeder, effekter på dansk erhvervsliv m.v., beskrives imidlertid ikke.

3. Scenarier og strategier

WHO erklærer, på baggrund af en konkret risikovurdering, når der er tale om en pandemi. Denne erklæring udmeldes af Sundhedsstyrelsen til sundhedsvæsenet i Danmark. Både WHO og ECDC's strategier for pandemiscenarier baserer sig på forskellige faser, hvor indsatsen ift. håndtering ændres afhængigt af, hvilken fase der aktuelt er gældende.

Den aktuelle truende epidemi med COVID-19 kan beskrives i følgende fire faser, hvor vi p.t. er i fase 1. Faser i epidemiudvikling samt strategier og mulige tiltag er angivet bilag 3.



Fase 1: Fortsat inddæmning

Fase 2: Vedvarende men sporadisk smittespredning

Fase 3: Udbredt og vedvarende smittespredning med stigende pres på sundhedsvæsenet

Fase 4: Udbredt og vedvarende smittespredning med utilstrækkelig behandlingskapacitet

Grundlæggende vil beredskabshåndtering i epidemiscenarier have til formål at nedbringe sygdomsbyrden ved at reducere smittespredning og mortaliteten samt at mindske belastning for sundhedssystemet og samfundet som helhed. Reduktion af smittespredning har den raske del af befolkningen som målgruppe, hvor smittespredning nedbringes ved tiltag såsom isolation, karantæne samt generelle indsatser (hygiejneråd, kommunikation om opmærksomhed på symptomer og hvornår der skal søges læge, retningsanvisende råd om at blive hjemme ved sygdom etc.). Disse tiltag mindsker potentialet for smitte på samfundsniveau. Reduktion af dødelighed har smittede som målgruppe, og skal sikre at patienter bliver diagnosticeret og behandlet for at reducere komplikationer og sværhedsgraden af sygdommen.

I en dansk kontekst vil håndteringen i de tidlige faser af epidemien have det primære formål at forsinke epidemiens introduktion til Danmark, såkaldt inddæmningsstrategi. I starten af epidemien forventes få importerede tilfælde med klare smittekæder og et begrænset antal kontakter. Derfor er det hensigtsmæssigt, at bruge mange ressourcer på hurtigt at diagnosticere og isolere de smittede samt karantænesætte deres nære kontakter. I takt med at antallet af smittede stiger globalt stiger risikoen for flere importerede tilfælde i Danmark samt risikoen for begyndende lokal smittespredning. Det vil fortsat være hensigtsmæssigt, at diagnosticere og isolere smittede samt forebygge yderligere smittespredning ved karantænesætning. I denne fase må forventes, at institutioner og arbejdspladser kan blive påvirket, f.eks. ved behov for nedlukning og hjemsendelse af mulige kontakter mv.

I takt med yderligere smittespredning i Danmark vil forebyggelse af smittespredning til de mest sårbare grupper samt at sikre behandlingskapaciteten på sygehusene være centrale prioriteter, en såkaldt afbødningsstrategi. Dette medfører, at forebyggelse af smittespredning til sundhedspersonale på sygehusene og til indlagte patienter skal prioriteres. Der bør løbende i alle faser være ekstra stor opmærksomhed på at identificere mulige afledte konsekvenser, som på sigt kan påvirke kapaciteten i sygehusvæsenet. Her kan nævnes manglende forsyning af lægemidler og andre beredskabsprodukter, herunder værnemidler, eller uhensigtsmæssig fordeling og anvendelse af disse, samt opbygning af lagre og ekstra kapacitet inden smittespredning i samfundet.

Ved tiltagende smittespredning i samfundet, og flere tilfælde uden klare smittekæder må sygehusene forvente et betydeligt større patientvolumen, hvor indlæggelseskrævende patienter skal isoleres enten på enestue eller sammen med andre patienter (kohorteisolation). Der vil skulle iværksættes en betydelig mobilisering og prioritering af ressourcer for at begrænse komplikationsraten for behandlingskrævende patienter. For at undgå yderligere overbelastning af kapaciteten på sygehusene samt uhensigtsmæssig brug af knappe ressourcer, vil diagnosticering og udredningen af mulige tilfælde primært rettes mod de patienter der har behandlingskrævende sygdom.

Tiltag som kontaktopsporing og karantænesætning vil i en situation med generel smittespredning i samfundet være meget ressourcekrævende og uden den store effekt. I stedet skal der fokuseres på tiltag af mere generel karakter, der mindsker smittespredning i

samfundet fx opfordre til at isolerer sig ved symptomer, anbefalinger om at nedbringe antallet af sociale kontakter, hygiejneråd, mv.

I en situation med udbredt smittespredning i samfundet er det primære fokus at sikre, at sygehusene kan håndtere antallet af smittede med behandlingskrævende sygdom. Dette vil betyde prioritering af aktiviteten på sygehusene, således at behandling af ikke-akutte tilstande udskydes. Det vil reelt betyde, at udrednings- og behandlingsretten bliver ophævet i en periode. Samtidig vil der ske en flytning af andre akutte patienter, fx fødende kvinder, til sygehuse, der ikke modtager smittede patienter, samt kommunerne kan komme i spil i forhold til at skulle håndtere ekstraordinært udskrevne patienter. Alle tiltag der kan frigive ekstra behandlingskapacitet på sygehusene.

4. Risikovurdering for Danmark

Med den hurtige epidemiske udvikling af sygdommen COVID-19 i blandt andet Norditalien samt udviklingen i smittespredningen i flere andre europæiske lande anses det ikke længere sandsynligt, at sygdommen vil kunne inddæmnes på globalt plan.

Samlet set må det derfor forventes, at vi vil se flere importerede tilfælde af COVID-19 fra områder og lande, hvor der aktuelt ikke er kendskab til smittespredning. Derudover må man forvente at der vil ske udbredt smittespredning i det danske samfund. Risikoen for at vi i EU, og herunder Danmark, vil se smittekæder ligesom i Norditalien er af ECDC d. 8. marts 2020 vurderet til at være høj.

På baggrund af kendskabet til epidemiologien for COVID-19 som beskrevet ovenfor, herunder estimer for sygdomsbyrde og angrebsrate, og med udgangspunkt i de foreløbige erfaringer fra epidemiens udvikling i udlandet, kan der opstilles mulige scenarier for en epidemi med COVID-19 i Danmark. Estimerne er dog usikre, bl.a. fordi at vi ikke kender til det præcise omfang af milde tilfælde, der ikke er registreret. Særligt er det stadigvæk ikke klart, hvilken betydning børn og unge mennesker har i smittespredningen. Dette betyder, at epidemimodeller baseret på influenza ikke nødvendigvis er gyldige for COVID-19.

Tiltag i en række områder og lande, herunder i flere kinesiske provinser og i Singapore, har vist en vis succes med inddæmningsstrategier som svarer til den aktuelle strategi i Danmark og andre europæiske lande. På den baggrund kan der være et vindue for at forsinke og dermed forlænge den epidemisk udbredelse af COVID-19 i Danmark i løbet af foråret, med en afledt forventet afdæmpet effekt senere på året. Dette scenarie forudsætter dog, at COVID-19 har årstidsvariation, hvilket der ikke er viden om på nuværende tidspunkt.

Scenarie	Foråret 2020	Efteråret 2020
<i>Initial god effekt af inddæmningsstrategi</i>	<p>Dele af Nordeuropa formår at forsinke spredning af COVID-19 gennem inddæmningsstrategi.</p> <p>Udbruddet er overstået efter Påske. Der vil dog fortsat kunne ses tilfælde (endemisk situation) over sommeren, både som sporadiske tilfælde uden rejseanamnese og som importerede tilfælde.</p>	<p>Virus vil stadig være til stede.</p> <p>Til efteråret stiger forekomsten, og udviklingen vil enten forløbe som et klassisk epidemiscenarie, eller som et stigende endemisk niveau som vi kender det fra andre humane coronavirus.</p> <p>Ved det klassiske epidemiscenarie vil 10-25% af den danske befolkning blive ramt over en 12-16 ugers periode. Epidemien vil starte i oktober eller november, og kan efterfølges af influenzasæson. Ca. halvdelen af tilfældene kan blive ramt i den midterste måned (epidemiuge 5-8).</p>
Skift til afbødningsstrategi, med sigte på at reducere effekter af epidemi og opretholde et fungerende sundhedsvæsen.	<p>Enten kommer der en afbrudt forårsbølge, der rammer få procent af den danske befolkning, eller også udvikler det sig til en reel første bølge som minder om epidemien i Wuhan og den i gang værende epidemi i Norditalien.</p> <p>Bølgen afvikles gennem marts til maj 2020, og efterlader en del af den danske befolkning immun.</p>	<p>Som følge af immunitet fra første bølge vil anden bølge sandsynligvis blive mindre end i det første scenarie, men der forventes øget forekomst i perioden december 2020 til marts 2021.</p> <p>Der kan komme en klassisk epidemi, men denne vil komme senere end i det første scenarie.</p> <p>Derefter vil dette COVID-19 være endemisk forekommende som andre humane coronavirus.</p>

Generelt er angrebsraten ved influenzaepidemier på 5 – 10 % og ved pandemier 10-30% i første bølge. Angrebsraten er meget afhængig af de forebyggende tiltag, der er i værksat tidligt i den epidemiske udvikling, og vil således være afhængig af hvordan epidemien håndteres. Det vil således være muligt at påvirke epidemiens udvikling.

Det er således Sundhedsstyrelsen og Statens Serum Instituts samlede vurdering, i lyset af de tiltag der har været iværksat i Danmark, at man bør tage udgangspunkt i en angrebsrate på 10%, når man skal opstille et realistisk planlægnings-scenarie for håndteringen af en epidemi med COVID-19 i Danmark.

Ved udbruddet på krydstogtskibet 'Diamond Princess' i Yokohama i Japan blev ca. 20 % af alle ombord smittet med COVID-19. Håndteringen af dette udbrud var behæftet med

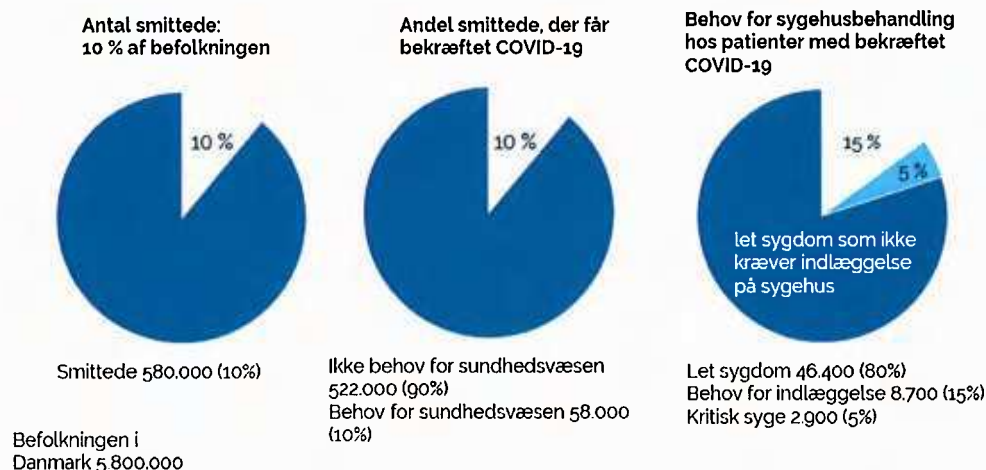
en række fejlhåndteringer, herunder manglende isolation af muligt syge passagerer, mange mennesker samlet på begrænset plads og manglende hygiejniske tiltag. Sundhedsstyrelsen betragter således dette udbrud, som et såkaldt 'worst-case' scenarie og det vurderes ikke at være et relevant scenarie at tage i betragtning for den epidemisk udvikling af COVID-19 i Danmark. Vores forventning er, at de allerede iværksatte tiltag med inddæmning vil forhindre et sådant scenarie.

De norske myndigheders har udarbejdet risikovurdering for en epidemisk udvikling af COVID fra 25. februar 2020 er baseret på et scenarie med en angrebsrate på 25%. Dette scenarie bygger på nogle teoretiske betragtninger, der danner grundlaget for den norske pandemiplan fra 2006. Det er Statens Serum Institut og Sundhedsstyrelsen sundhedsfaglige vurdering at de teoretiske betragtninger der ligger til grund for den norske risikovurdering ikke er gældende for COVID-19.

Forventet sygdomsbyrde

Fra influenza epidemier ved man at ca. 10 % af de smittede vil have kontakt med sundhedsvæsenet. Ved en angrebsrate på 10 % ved en COVID-19 epidemi i Danmark kan man således forvente at 1% af den samlede befolkning, vil udvikle sygdom, der medfører at de kommer i kontakt med sundhedsvæsenet. Dette vil svare til at omkring 60.000 patienter vil skulle håndteres i sundhedsvæsenet. En epidemi med COVID-10 forventes at udvikle sig over ca. 3 måneder med flest smittede i den midterste måned.

Figur 2 Forventet sygdomsbyrde ved en første bølge af COVID-19 i Danmark



Ud fra den viden der aktuelt findes om de kliniske forløb af COVID-19 vurderes at 80 % har mild til moderat sygdom og 15% vil have sygdom, der medføre behov for sygehusbehandling og 5 % vil have behov for intensiv sygehusbehandling. Dette betyder, at 11.200 patienter forventes at have behov for indlæggelse over hele epidemiperioden, hvoraf

2.800 forventes at få behov for intensiv behandling. Den estimerede dødelighed for COVID-19 er 0,3 -1% varierende over aldersgrupper. Det betyder, at COVID-19 estimeres at kunne medføre en overdødelighed i størrelsesordenen 1.680-5.600 patienter. Det er dog forventningen, at det danske sundhedsvæsen vil kunne iværksætte særdeles effektive tiltag, der gør at dødeligheden forventes at være i den lave ende af spektret.

5. Aktuelle situation og mulige tiltag

Det danske sundhedsvæsen er i øjeblikket engageret i en inddæmningsstrategi, hvor ressourcer anvendes på at identificere og kontaktopspore hjemvendte fra højrisikoområder. Denne strategi vil ikke kunne fastholdes i en situation, hvor eksempelvis hele Centraleuropa udgør et højrisikoområde, og det danske sundhedsvæsen samtidig skal forberede sig på at behandle et stigende antal patienter med COVID-19. Den hidtidige inddæmningsindsats har haft effekt i forhold til at forhale introduktionen af COVID-19 i Danmark, men det vurderes, at det nu er et spørgsmål om tid, formentlig dage til uger før de nordiske lande, herunder Danmark står i en tilsvarende situation som de øvrige lande i Europa.

Vi ved at dem der bliver hårdest ramt af COVID-19 er ældre over 80 år, og at det er behandling og pleje af disse sårbare ældre, samt andre med underliggende sygdom, der vil kræve en særlig indsats i sundhedsvæsenet.

Sundhedsstyrelsen og Statens Serum Institut vurderer derfor at Danmark er på vej ind i en ny fase, hvor der overordnet er 4 hovedprioriteringer af tiltag i forbindelse med en afbødningsstrategi

Forebygge smittespredning i samfundet

- Fortsætte borgerrettet kommunikation om god håndhygiejne, hoste etikette mv
- Obligatorisk håndsprit i offentlige rum fx arbejdspladser både i det privat og offentlige, togstationer, metro og S-tog
- Obligatorisk hygiejneplakater alle steder i det offentlige rum

Nedbringe antallet af sociale kontakter

- Opfordring til at benytte alternative transportformer i stedet for tætpakket metro, busser og S-tog fx cykel
- Undgå offentlig transport i myldretid
- Henstillinger til at der i den offentlige færdsel sikres afstand eksempelvis i tog, bus mv

- Opfordrer til hjemmearbejde hvis muligt, særligt ved symptomer på luftvejsinfektion i alle brancher. Sårbare medarbejdere med kroniske sygdomme kan tilbyde hjemmearbejde eller orlov under epidemiens toppunkt.
- Forlænge ferie og weekender
- Opfordre til ændret mødekultur på arbejdspladser fx færre og afkortede møder med øget fysisk afstand mellem mødedeltagere, flere telefonmøder m.v.
- Opfordre til undgå mange mennesker i supermarked eksempelvis gennem brug af nethandel

Beskytte ældre sårbare grupper

- Øget opmærksomhed i forhold til at forebygge smitte af ældre og sårbare. Indsatsen skal løfte kompetenceniveauet hos især fagpersoner der har med ældre og sårbare grupper at gøre. Det kan være personer ansat i kommunal hjemmepleje med fokus på, hvordan man undgår at tage smitte med hjemmefra til klienterne. Indsatsen skal også omfatte taxachauffører, der kører flex-trafik og personer, herunder frivillige, der medvirker til at aktivere de ældre i forsamlinger, klubber og så videre.
- Begrænsning af besøg til plejehjem og sygehuse ved eksempelvis besøgstider og fokus på styrket hygiejne ved besøg. Dette gælder særligt, hvis pårørende har været ude at rejse eller hvor nære kontakter til de pårørende har været syge. Der bør udarbejdes en konkret vejledning i forhold til besøgs politik
- Venteværelse med mulighed for afstand og opdeling
- Kommunikation om at være ekstra opmærksom på symptomer ved kontakt til sårbare grupper og opfordring til sårbare grupper om at overveje afbud til sociale arrangementer med mange deltager

Håndtering i sundhedsvæsenet

- Ændre prioritering til fortrinsvist at teste alvorligt syge
- Ophør med geografiske case definition, idet det ikke giver mening at fokusere testaktivitet på bestemte geografiske områder i en situation hvor der allerede er udbredt smitte i det danske samfund
- Liberal testning af medarbejdere i sundheds- og ældresektoren samt deres symptomatiske familiemedlemmer. Testning af sundhedsarbejdere inden raskmelding
- Fortsat telefonvisitation
- Generelt et særligt fokus på at personale i sundheds- og ældresektoren opfordres til en lavere tærskel for at blive hjemme ved symptomer
- Nedbringe antallet af møder mellem personalet i sundhedssektoren
- Opsporing og karantænesætning nedskaleres
- Patienter der ikke indlægges opfordres til hjemmeisolation – uanset om sygdommen er påvist i laboratoriet eller selvdiagnosticeret

Bilag 1

Grundlaget for at beskrive håndtering, beredskab, ansvar og mulige tiltag er bl.a. følgende:

- [Retningslinjer for håndtering af COVID-19. Sundhedsstyrelsen, 5. marts 2020](#)
- [Planlægning af sundhedsberedskab - Vejledning til regioner og kommuner. Sundhedsstyrelsen, 2017.](#)
- [Beredskab for pandemisk influenza, del I: National strategi og fagligt grundlag. Sundhedsstyrelsen, 2013](#)
- [Beredskab for pandemisk influenza, del II: Vejledning til regioner og kommuner. Sundhedsstyrelsen, 2013](#)
- [Operationel plan ved trussel om eller forekomst af koppeudbrud i eller uden for Danmark. Sundhedsstyrelsen, 2004.](#)
- [Det Internationale Sundhedsregulativ – gennemført i struktur og praktik i dansk beredskab. Sundhedsstyrelsen, 2012](#)
- [Hygiejne ved langvarig, midlertidig indkvartering af mange personer. Vejledning til regioner, kommuner, øvrige statslige myndigheder, humanitære organisationer med flere. Sundhedsstyrelsen, 2017](#)
- [Bekendtgørelse om foranstaltninger mod smitsomme og andre overførbare sygdomme. Bekendtgørelse nr 642 af 19/05/2017](#)
- [Bekendtgørelse om forholdsregler mod smitsomme sygdomme i skoler og daginstitutioner for børn og unge. Bekendtgørelse nr 77 af 12. januar 2018](#)
- [Bekendtgørelse om håndtering af infektioner. Bekendtgørelse nr 266 af 15. marts 2017](#)
- [Lov om foranstaltninger mod smitsomme og andre overførbare sygdomme \(epidemiloven\). Lovbekendtgørelse nr 1026 af 1. oktober 2019](#)

Bilag 2. Om sundhedsberedskabet i Danmark

Den overordnede koordination af sundhedsberedskabet i Danmark varetages af Sundhedsstyrelsen, der er national sektoransvarlig myndighed på sundheds- og ældreområdet. Sundhedsstyrelsen har bl.a. til opgave at vejlede og rådgive sundhedsvæsenet om planlægning af beredskabet og informerer og giver handlingsanvisninger til befolkningen både løbende og i akutte situationer.

I en situation med udbrud af en ny højvirulent sygdom, som det ses med COVID-19, arbejder Sundhedsstyrelsen tæt sammen med Statens Serum Institut, Styrelsen for Patientsikkerhed samt Lægemiddelstyrelsen om varetagelsen af sundhedsberedskabet på nationalt niveau.

Statens Serum Institut overvåger forekomsten af smitsomme sygdomme, og er kontaktpunkt i relation til det internationale meldesystem. Institutet er landet nationale klinisk-mikrobiologiske laboratorium og referencelaboratorium. Statens Serum Institut foretager løbende risikovurderinger og har ansvar for vaccineforsyningen i beredskabet.

Styrelsen for Patientsikkerhed varetager bl.a. kontakt- og smitteopsporing, og sørger for information til muligt eksponerede raske personer herunder i lufthavne mv.

Lægemiddelstyrelsen overvåger tilgængeligheden af lægemidler og medicinsk udstyr og understøtter at tilgængelig medicin distribueres til de steder, hvor der er størst behov.

Regioner og kommuner varetager i det daglige behandlings- og plejeopgaver, og er ifølge sundhedslovens § 210 forpligtigede til at have sundhedsberedskabsplaner som sikrer, at behandlings- og plejekapaciteten kan udvides og omstilles ved større hændelser. Kravene er nærmere beskrevet i bekendtgørelse om planlægning af sundhedsberedskabet. Planerne for håndtering af alvorlig smitsom og andre overførbare sygdomme omfatter bl.a. foranstaltninger ift. isolationskapacitet, karantænefaciliteter, værnemidler, psykosocial støtte, bemanning mv. Planerne skal kunne aktiveres 24/7/365, og beredskabet skal kunne opretholdes så længe, det er nødvendigt. Planerne skal være koordineret med tilgrænsende regioner/kommuner og skal sendes til rådgivning i Sundhedsstyrelsen inden politisk vedtagelse.

Sundheds- og Ældreministeren kan i større beredskabssituationer pålægge regioner og kommuner at løse en opgave, på en bestemt måde jf. sundhedslovens § 211.

Sundhedsloven, bekendtgørelse om planlægning af sundhedsberedskabet og bekendtgørelse af lov om foranstaltninger mod smitsomme og andre overførbare sygdomme

('epidemi-loven') udgør tilsammen den lovgivningsmæssige ramme for sundhedsberedskabet ift. håndteringen.

Epidemi-loven beskriver bl.a. rammerne og forudsætningerne for de tvangsforanstaltninger, som helt ekstraordinært kan tages i brug.

Samarbejde og koordination på tværs af sektorer

Sundhedsberedskabet indgår i det samlede nationale beredskab. Danmark har et velorganiseret og velkoordineret beredskab, hvor sundhedsyndighederne er repræsenteret på alle niveauer.

Sundhedsstyrelsen er fast repræsenteret i den nationale krisestyringsorganisation med Den Nationale Operative Stab (NOST), som Rigspolitiet koordinerer, og som varetager den tværgående myndighedsordination ved større hændelser.

Sundhedsstyrelsen er desuden fast medlem af Den Internationale Operative Stab (IOS), som Udenrigsministeriet koordinerer, og som varetager den tværsektorielle koordination ved hændelser på påvirker personer med bopæl i Danmark.

Sundhedssektoren er tilsvarende repræsenteret i de lokale beredskabsstabe (LBS) til skadestedsniveau v. indsatsleder sundhed mv. Endvidere er der nedsat en tværsektoriel epidemikommission i hver politikreds med henblik på effektivering af de i epidemi-loven nævnte foranstaltninger.

Internationalt samarbejde

Danmark har tilsluttet sig og implementeret Det Internationale Sundhedsregulativ (IHR) under WHO, som har til formål at hindre spredning af alvorlige sygdomme mellem lande. IHR stiller krav til robustheden og kapaciteten i landene for så vidt angår evnen til at opdage, vurdere og rapportere sundhedsmæssige trusler over landegrænser.

Danmark indgår i det europæiske varslingsystem Early Warning and Response System (EWRS), hvor der sker varsling ved tilfælde af smitsom sygdom hos flypassagerer og andre, hvor det har relevans over landegrænser.

Danmark deltager i øvrigt i det internationale samarbejde, der finder sted i regi af WHO og EU fx under European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) i Stockholm, som er et agentur under EU, hvis kerneopgaver blandt andet er overvågning og risikovurdering, ligesom vi indgår i samarbejdet i EU Health Security Committee (HSC), som rådgiver om sundhedsberedskab, og hvor landene udveksler erfaringer mv.

Kommunikation

De nationale sundhedsmyndigheder følger situationen tæt bl.a. via samarbejde med ECDC og WHO og sender løbende information og handlingsanvisninger til sundhedsvesnet og andre relevante samarbejdspartnere og aktører samt kommunikation målrettet befolkningen og særlige risikogrupper. Ift. kommunikation til befolkningen anvendes nyhedstekster, information på hjemmeside i form af løbende nyhedstekster og FAQ som løbende justeres og et stort antal henvendelser fra borgere mv. håndteres af en hotline oprettet til lejligheden, ligesom der indkaldes til pressekonferencer ved behov. Der kommunikeres åbent og handlingsvisende til befolkningen og med det formålet er at skabe tryk-
hed i befolkningen.

Bilag 3

Faser i epidemiudvikling samt strategier og mulige tiltag

Faser i epidemiudvikling	Karakteristika	Risikohåndtering	Referencer	Kritisk udvikling (som leder til næste fase)	Faktorer der har indflydelse på udvikling	Indsamling af data
1 Inddæmning	<p>Importerede tilfælde med kendt epidemiologisk link.</p> <p>Kun smittespredning til kontakter (2. generation), og ingen vedvarende smittespredning</p>	<p>Høj grad af opsporing af mulige tilfælde (bred case-definition)</p> <p>Isolation af smittede</p> <p>Opsporing og håndtering af kontakter</p> <p>sikre relevante værnemidler til sundhedspersonale</p> <p>Generelle smittereducerende indsatser herunder hygiejneråd</p> <p>Borgerrettet kommunikation i forhold til rejseaktivitet til lande og områder med smitte</p>	<p>Retningslinje for håndtering af COVID-19</p> <p>Lov om foranstaltninger mod smitsomme og andre overførbare sygdomme (Epidemiloven)</p>	<p>Stigende antal tilfælde internationalt uden epidemiologiske links i områder uden for epicenter</p> <p>Stigende antal tilfælde i fx storbyer uden tilstrækkelig sundhedsberedskab og epidemiologisk overvågning</p>	<p>Øget rejseaktivitet i forbindelse med ferier</p> <p>Begivenheder med mange mennesker samlet</p> <p>Vintersæson</p>	<p>Case-baseret data</p> <p>Identifikation og epidemiologisk beskrivelse af smittekæder</p> <p>Information om kontaktopsporing</p> <p>Opsamling af kliniske data om sværheds-</p>

		Krisekommunikation i forhold til den epidemiologiske udvikling		Smittespredning gennem "Super-spredere"	Global smittespredning	grad og komplikationer af sygdom for at vurdere kapacitetsbehov i senere scenarier
				Smittespredning i forbindelse med begivenheder med mange mennesker samlet	Kapaciteten af diagnosticering og inddæmning i andre lande	Data for kontakter i karantæne
						Influenzaovervågning udbygges til at overvåge COVID symptomer
2. Vedvarende smittespredning med sporadisk lokalsmitte	Flere importerede tilfælde, stigende antal lokalt smittede tilfælde Smittespredning uden for kontakter med kendt epidemiologisk link (> 2. generation)	Høj grad af opsporing af mulige tilfælde Isolation af smittede Opsporing og håndtering af kontakter Udvide kapaciteten til at udrede og behandle Generelle smittereducerende indsatser herunder hygiejneråd, offentlige dispensere med håndsprit, aflyse arrangementer m. > 1.000 deltagere Undgå hamstring af værnemidler	<u>Retningslinje for håndtering af COVID-19</u> Lov om foranstaltninger mod smitsomme og andre overførbare sygdomme (<u>Epidemiloven</u>)	Stigende antal tilfælde i områder uden epidemiologiske links i 2 eller flere lande Signifikant antal smittede i Europa der tyder på vedvarende menneske-til-menneske smitte	Øget rejseaktivitet i forbindelse med ferier Begivenheder med mange mennesker samlet Vintersæson	Case-baseret data Summeret tal for tilfælde globalt Ugentlige opdateringer af simple kliniske data (mild/behandlingskrævende, kritisk/død/helbredt)

Sikre forsyning af lægemidler
Krisekommunikation i forhold til den epidemiologiske udvikling

Påvist vedvarende menneske-til-menneske smitte i Europa

Smittespredning i megabyer med suboptimalt beredskab

Antal kontakter i hjemmekarantæne

Data for smitteveje

Smittespredning gennem "Super-spredere"

Kapaciteten af diagnosticering og inddæmning i andre europæiske lande

Smittespredning i forbindelse med begivenheder med mange mennesker samlet

Samtidige smitteudbrud i flere europæiske lande

3 Udbredt og vedvarende smittespredning med stigende pres på sundhedsvæsenet

Flere lokaliserede udbrud uden epidemiologiske kæder

Aktivere pandemiplan
Prioritering af behandlingskapacitet
Influenzaovervågning til at identificere tilfælde

Beredskab for pandemisk influenza (Pandemiplanen). Del 1: National Strategi og fagligt grundlag.

Andre epidemier der forekommer samtidigt (fx sæsoninfluenza)

Samtidig cirkulerende influenza

Summerede tal for tilfælde

Sygdommen rammer sårbare grupper med

Andre samtidige epidemier

Summerede tal for dødsfald, hospitals-

Fund af sygdomstilfælde uden kendt sammenhæng med andre tilfælde	generelle indsatser for mindske smittespredning i samfundet herunder hygiejneråd, nedbringelse af sociale kontakter, aflyse arrangementer med > 1.000 deltagere	<u>Sundhedsstyrelsen 2013.</u>	behov for sygehusbehandling	Ubekendte i forhold til smitteforhold og sværhedsgrad ved COVID	indlæggelser, indlæggelser på intensiv, udskrevne patienter
Vedvarende menneske-til menneske smitte	Krisekommunikation baseret på den epidemiologiske udvikling		Ændring i sygdommens sværhedsgrad, der medfører højere behandlingsbehov	Kapaciteten i sundhedsvæsenet	Summerede data via influenza overvågningssystemer
Stigende pres på sundhedsvæsenet			Stigende sygdomsrelateret dødelighed		Summerede data for antal indlagte patienter med alvorlig, akutte respiratoriske infektioner
			Stigende nosokomial smittespredning, der øger behovet for yderligere smittereducerende foranstaltninger i sundhedsvæsenet		
			Antallet af smittede blandt sundhedspersonale, mindsker ressourcer i sundhedsvæsenet		

4 Udbredt og vedvarende smittespredning med utilstrækkelig behandlingskapacitet

Presset behandlingskapacitet i sundhedsvæsenet

Fylde akutmodtagelse overbelastet intensivkapacitet

overbelastet sundhedspersonale

mangel på væremidler

mangel på diagnostisk udstyr

prioritering af behandlingskapacitet til smittede med behandlingskrævende sygdom

Indsatser for at mindske smittespredning i samfundet herunder hygiejneråd, nedbringe sociale kontakter

Krisekommunikation baseret på den epidemiologiske udvikling

Krisekommunikation baseret på den epidemiologiske udvikling

Samtidige epidemier aftager

Sæsonnedgang i antallet af smittede

Tiltagende immunitet i samfundet

Re-distribution af kapacitet mellem lande, hvis epidemien rammer på forskudte tidspunkter

Eksisterende kapacitet i sundhedsvæsenet

Summerede tal for tilfælde

Summerede tal for dødsfald, hospitalsindlæggelser, indlæggelser på intensiv, udskrevne patienter

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

www.sst.dk

Sundhed for alle ♥+●

From: Frederik Rechenback Enelund
Sent: Thu, 12 Mar 2020 18:38:03 +0100
To: Frederik Rechenback Enelund
Subject: VS: Vedr. HASTER: Udkast til lovttekst om ændring af epidemiloven - J.nr. 04-0101-15
Importance: High

Fra: Steen Hartvig Hansen <SHH@SST.DK>
Sendt: 11. marts 2020 14:08
Til: Mette Touborg Heydenreich <mhe@sum.dk>
Cc: Søren Brostrøm <sbro@sst.dk>; Dorthe Eberhardt Søndergaard <des@sum.dk>; Per Okkels <po@sum.dk>; Marlene Øhrberg Krag <mahk@SST.DK>; Claus Malta Nielsen <CLMN@SST.DK>
Emne: Vedr. HASTER: Udkast til lovttekst om ændring af epidemiloven - J.nr. 04-0101-15
Prioritet: Høj

Kære Mette

Søren Brostrøm har bedt mig om at svare følgende vedr. lovforslaget om ændring af epidemiloven:

- Sundhedsstyrelsen har ikke haft mulighed for at foretage en grundig sundhedsfaglig vurdering af det foreslåede, indenfor den angivne tidsfrist. Men vi finder umiddelbart, at det aktuelle COVID-19 udbrud ikke kan begrunde sådanne væsentlige ændringer i epidemiloven, idet de forebyggelsesmæssige hensigter ift. smittespredning mere hensigtsmæssigt kan fremmes indenfor anden gældende lovgivning eller øvrig lovgivning. Vi kan støtte en revision og modernisering af epidemiloven, f.eks. med udgangspunkt og inspiration i den svenske Smittskyddslag, men dette kræver mere tid til udarbejdelse af fagligt bidrag. Med en lovændring som skitseret må vi genoverveje rimelighed og indhold i vores tidligere fremsendte indstilling af 27. februar 2020, se vedhæftede mail.

Med venlig hilsen

Steen Hartvig Hansen

Steen Hartvig Hansen
Specialkonsulent, cand.jur.
T (dir.) +45 7222 7517
shh@sst.dk
Sundhedsstyrelsen
Evidens, Uddannelse og Beredskab
T +45 7222 7400
sst@sst.dk



Fra: Mette Touborg Heydenreich <mhe@sum.dk>
Sendt: 11. marts 2020 10:25



SUNDHEDSSTYRELSEN

Sundheds- og Ældreministeriet
Holbergsgade 6
1057 København K

Vedr. optagelse af COVID-19 på epidemilovens liste B

28. februar 2020

I forlængelse af Sundhedsstyrelsen indstilling af 14. februar 2020 vedr. optagelse af COVID-19 på epidemilovens liste B har vi overvejet, om der kan være særlige forhold som kan begrunde, at de foranstaltninger, der efter epidemilovens §§ 5-9 alene kan iværksættes mod alment farlige sygdomme, også kan iværksættes over for COVID-19.

Sagsnr. 04-0101-15/

Det er i den forbindelse relevant at vurdere, om enten generelle forhold eller konkrete situationer gør at COVID-19 kan anses som at optræde på en ondartet måde eller med stor udbredelse, eller om der er forhold som indebærer en særlig stor risiko for smittespredning.

Sundhedsstyrelsen finder, at den nye COVID-19 bedst kan sammenlignes med sygdomme opstillet på epidemilovens liste B, særligt ”Influenza, præpandemisk alarmperiode”, og at sygdommens alvorlighed m.v. ikke kan berettige at COVID-19 betegnes som alment farlig, og dermed opføres på liste A. Sundhedsstyrelsen finder således ikke, at COVID-19 med den nuværende viden om sygdom og virus kan betegnet som ondartet, ligesom sygdommen heller ikke generelt kan betegnes som meget smittefarlig, da der ikke er tale om luftbåren smitte.

I den nuværende fase af kan COVID-udbruddet bedst sammenlignes med præpandemisk influenza. Analogt med influenza vil imidlertid være relevant at fjerne COVID-19 fra epidemilovens bilag hvis vi får en pandemisk situation, hvor der i Danmark er udbredt og vedvarende smittespredning, og hvis vi efterfølgende har en situation med en vis befolkningsimmunitet, hvor vi stadig kan få mindre alvorlige og sæsonbetingede epidemier af COVID-19.

I den nuværende fase, hvor vi i Danmark fortsat har en meget stærk inddæmningsstrategi, så finder Sundhedsstyrelsen ikke at der er generelle forhold, som taler for at indstille til en generel undtagelse af COVID-19 efter bestemmelserne i §10.

Sundhedsstyrelsen finder imidlertid, at der særligt i den konkrete situation under en inddæmningsstrategi kan være konkrete situationer, rammer og forhold, der giver en særlig stor risiko for smittespredning. Det kan f.eks. være store og tætte forsamlinger af mennesker, herunder musikfestivaler, spejderlejre, gymnastikstævner, og indkvartering under trange og uhygiejniske forhold.

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S
Danmark

T +45 72 22 74 00
E sst@sst.dk
www.sst.dk

Katrine Bisballe

Fra: Helle Borg Larsen
Sendt: 11. marts 2020 15:29
Til: DEP Sundheds- og Ældreministeriet; Mette Touborg Heydenreich
Cc: Dorthe Eberhardt Søndergaard; Katrine Kaldahl; Ida Krems; Charlotte Beierholm Olsen; Katrine Bisballe
Emne: STPS bemærkninger til foreslåede ændringer i epidemiloven

Kære Mette

Vi har følgende bemærkninger til udkastet til ændring af epidemiloven:

- Kriteriet for anvendelse af påbud m.v. foreslås lempet fra "antaget at være smittet" til "formodes at kunne være smittet". Vi lægger til grund, at det vil give mulighed for at anvende foranstaltningerne overfor personer, som vi nu – i overensstemmelse med SSTs anbefalinger – sætter i karantæne, dvs. alle personer som har haft en kontakt af en vis varighed med en person, der er konstateret smittet (men som ikke nødvendigvis efter gældende regler kan antages at være smittet).
- Vi hæfter os ved, at foranstaltningerne i kapitel 3 og 4 så vidt ses stadig gælder for liste A sygdomme og – efter særlig beslutning – liste B sygdomme. Jeg har fra sundhedsfaglig side her forstået, at der pt. er overvejelser om at træffe beslutning om, at Covid-19 ikke længere skal være en liste B sygdom (men nedskaleres). I givet fald vil de foranstaltningerne ikke kunne anvendes i forhold til Covid-19 – bortset fra den foreslåede bestemmelse i § 22, stk. 1, 2. pkt., som indebærer at påbud om lukning som noget nyt også vil kunne udstrækkes til andre sygdomme end liste A og B sygdomme. Det fremgår ikke af den nævnte bestemmelse i § 22, under hvilke betingelser den kan bringes i anvendelse.
- Til § 2 a bør det overvejes, at indsætte en bestemmelse, der forpligter de pågældende myndigheder til også at bistå den myndighed, som ministeren bemyndiger efter udkastets § 1, stk. 2
- Bør det ikke af forslaget til § 8, stk. 2 (hvis det medtages) fremgå, at beslutning tages efter indstilling fra Sundhedsstyrelsen?
- Vi går ud fra, at ophævelsen af epidemilovens § 28 indebærer, at samtlige udgifter herefter vil blive afholdt af staten.
- Det foreslås at ophæve straffebestemmelsen vedr. overtrædelse af påbud – vi går ud fra, at det skyldes, at reglerne fremover vil fremgå af bekendtgørelsen. Der mangler imidlertid en hjemmel til at fastsætte regler om straf ved bekendtgørelse.

Med hensyn til påbud efter §§ 5-7 etc. er vi ikke umiddelbart bekendt med, om partshøring i almindelighed kan undtages efter forvaltningslovens almindelige undtagelsesbestemmelser. Hvis ikke bør det evt. overvejes, om forvaltningslovens § 19, stk. 3, skal bringes i anvendelse.

Vi går umiddelbart ud fra, at en række af ministerens beføjelser kan blive henlagt til STPS. Vi tager forbehold for en senere vurdering af de økonomiske konsekvenser for styrelsen.

Det kan i øvrigt overvejes, om der også burde foreslås en ændring af epidemikommissionernes sammensætning. Epidemikommissionerne er sammensat af fagpersoner – men også 3 politisk udpegede medlemmer. Sidstnævnte finder vi ikke hensigtsmæssigt, da vi oplever at det i praksis kan give udfordringer med at sikre fortrolighed om de spørgsmål, som epidemikommissionerne behandler.

Det forekommer i øvrigt umiddelbart underligt, at ministeren efter den nuværende lovs § 2, stk. 2, kan ”opstille nye lister”, da foranstaltningerne i loven så vidt ses ikke vil kunne anvendes overfor andre sygdomme, end dem der er optaget på liste A og B.

Vi kan i øvrigt forstå, at der har været dialog med Færøerne, som – så vidt Landslægen er orienteret – også ønsker kommende ændringer sat i kraft for Færøerne.

Venligst
Helle

Helle Borg Larsen
Enhedschef for Sundhedsjura
T (dir & m.) + 25 26 52 67
hbr@stps.dk

Styrelsen for Patientsikkerhed / Danish Patient Safety Authority
T+45 72 28 66 00
stps@stps.dk



STYRELSEN FOR
PATIENTSIKKERHED