

Pandemier – hva gjør myndighetene i dag?

Michael 2009;6:305–12

Pandemier har vært en av menneskehetens svøper opp gjennom historien. Svartedauen som herjet midt på 1300-tallet var en nasjonal katastrofe og la store deler av landet øde. I moderne tid har vi hatt tre store influensabaserte pandemier; Spanskesyken i 1918, Asiasyken i 1957 og Hong Kong-syken i 1968. Hver av dem med mange likhetstrekk, men også med klare forskjeller både i forhold til alvorlighetsgrad, hvilke aldersgrupper som ble rammet og epidemiologisk forløp.

Det spesielle med årets pandemi er at den blir fulgt og overvåket av alle fra første dag. Informasjonsbildet preges av åpenhet og tilgjengelighet – ingen ting er hemmelig og kun forbeholdt faglige miljøer og myndigheter. Medier og publikum er til de grader på banen og må holdes i sjakk samtidig som det er viktig for myndighetene å bringe frem kunnskapsbasert informasjon.

Starten på det hele

Fredag 24. april 2009 meldte WHO om utbrudd av influensalignende sykdom i USA og Mexico hvor det ble rapportert om 854 tilfeller med alvorlig pneumoni. Av disse var 59 døde; dvs. en letalitet i underkant av 7 %.

Søndag 26. april meldte WHO om funn av «ny subtype Influenza A H1N1» 20 steder i USA, mange laboratoriebekreftede prøver, og WHO's direktør dr Margaret Chan erklærte «this event a public health emergency and international concern».

Mandag 27. april ble det påvist bekreftede tilfeller av influensa i både Canada og Spania. Pressedekningen i Norge eksploderte og det ble avholdt pressekonferanse i Helse- og omsorgsdepartementet med både statsråd og helsedirektør til stede.

Onsdag 29. april ble den andre presseorienteringen holdt med representanter for Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet, sendt direkte på web-TV. WHO erklærte pandemifase 5 av 6.

I løpet av noen hektiske aprildager ble det klart for helsemyndighetene at dagsorden for de nærmeste måneder var satt med overskriften *pandemi*. Dette har selvfølgelig medført forskyvning av arbeidsoppgaver, endrede arbeidsformer og nye rutiner. Prioriteringsspørsmålene ble umiddelbart viktige!

Pandemiplanverk

I første omgang måtte vi forsikre oss om at pandemiplaner og tilhørende dokumenter var på plass. Situasjonen i april 2009 var slik:

- Revidert nasjonal pandemiplan var nesten slutført, noe av det som manglet for å få den endelig ferdig var avhengig av WHO
- Pandemiveiledere for primær- og spesialisthelsetjenesten var nesten slutført. Midlertidige versjoner ble publisert.
- Ferdig produsert informasjonsmateriell med brosjyrer på flere språk og informasjonsvideo som forelå, viste seg å være uegnet for situasjonen og nytt materiale ble forberedt.

Formålet med en pandemiplan er bl. a å hindre alvorlig sykdom og død ved å forsinke og begrense smittespredningen med rimelige tiltak som ikke påvirker samfunnet for mye inntil en vaksine er klar til å tas i bruk. De enkle, men viktige rådene dreide seg initialt om håndhygiene, hostehygiene og å bli hjemme ved sykdom – og disse rådene er viktige fortsatt!

Planverket skal også ta høyde for å behandle og pleie syke og døende hjemme og i helseinstitusjon samt å opprettholde nødvendige samfunns-tjenester innenfor alle sektorer. I tillegg er det viktig å gi fortløpende kunnskapsbasert og samordnet informasjon til helsetjenesten, andre samfunns-sektorer, publikum, norske borgere i utlandet og massemediene.

Innledningsvis i pandemien fantes ikke informasjon om hva det var realistisk å planlegge for. De første planforutsetningene som ble utarbeidet av Folkehelseinstituttet 29.juli 2009 var et krevende scenario for helsetjenesten. Planforutsetningene bygget på historiske erfaringer fra tidligere pandemier, og nyvunne erfaringer fra land som til nå var rammet av denne pandemien og i større utstrekning enn det vi til nå har sett i Norge. Etter hvert som det kom rapporter spesielt fra New Zealand, England og USA om at pandemien hadde et noe mildere forløp, ble FHI utfordret til å komme med nye planforutsetninger og disse forelå i skriftlig form 3. september 2009. Hovedpoengene er at man da skrev ned andel av befolkningen som blir syk fra 30 % til 20 %, andelen av syke som kontakter lege ble nedskrevet fra 30 % til 20 %, andelen syke som får antiviralia ble nedskrevet fra 20 % til 15 % og andel syke som legges inn i sykehus nedskrevet fra 1 % til 0,6 %.

Det har vært diskutert om man skulle ta med direkte eller indirekte effekter av vaksinasjon og andre smitteverntiltak inn i de nåværende planforutsetningene, men man har foreløpig ikke gjort dette. Det har vært vanskelig å fastlegge tidspunkt for oppstart av vaksinerings og hvor lang tid man vil bruke på gjennomføringen av selve vaksinerings. Når ny kunnskap etter hvert kommer til, vil planforutsetningene endre seg. Et av de viktigste elementene for nye planforutsetninger vil være å ta med effekten av vaksinasjon. Da må vi først vite noe mer om hvordan vaksinasjonen forløper, og da er det spesielt viktig å holde rede på hvor mange som har latt seg vaksinere både blant risikogrupper spesielt og i befolkningen generelt. Slike planforutsetninger hvor man har tatt høyde for vaksinerings vil tidligst være på plass i løpet november 2009.

Som et lite apropos fra vår foreløpige relativt fredelige situasjon i Norge, tas med «Lessons from Australia»; ved dr Dominic Dwyer, professor i virologi ved Weastmead Hospital i Sydney; for å illustrere at det andre steder i verden faktisk har vært mange tilfeller med kritisk syke pasienter:.

- *«It's been absolutely massive for us here, we've been working essentially twenty hours a day trying to churn through all the samples to work out what's swine flu. I see the patients as well, and I must say I've never seen so much influenza activity.»*
- *«Normal influenza tends to affect the elderly, but this is a disease that affects younger people mostly – so it's been really very dramatic.»*
- *«It's been absolutely striking how severe the infection has been in a small proportion of people. So in our intensive care unit here in western Sydney, we had about a third of the unit filled with people with swine flu, and they were often young, younger than you might expect.»*

Organisering og ansvarsforhold

Kriseshåndtering på strategisk nivå ble etablert tidlig med Helse- og omsorgsdepartementet som lederdepartement. Helsedirektoratet har et helhetlig ansvar, koordinerer og er nasjonal smittevernmyndighet. Folkehelseinstituttet er nasjonal faginstans for smittevern og støtter Helsedirektoratet. Helsedirektoratet opprettet tidlig et kriseutvalg som i begynnelsen hadde daglige møter, men hvor en nå har sett at det ikke er nødvendig å møtes hyppigere enn 2 – 3 ganger ukentlig. Hver fredag har det møtt et utvidet kriseutvalg hvor det er representanter også fra Folkehelseinstituttet, Statens legemiddelverk og Helse- og omsorgsdepartementet og eventuelt andre som kan kalles inn ved behov. Den nasjonale pandemikomiteen er blitt innkalt til flere møter og konsulteres jevnlig. Det er utarbeidet rapporteringsrutiner både i forhold til Helse- og omsorgsdepartementet, fylkesmenn og regionale

helseforetak og situasjonsrapporter distribueres bredt. Det er videre gjennomført koordineringsmøter med mange aktører, deriblant viktige pasientorganisasjoner og fagforeninger. Det ble også opprettet et eget planstøtteutvalg i mai og juni 2009 som arbeidet inn mot øvrige departementer og arbeidslivets hovedorganisasjoner og de leverte en egen rapport om sitt arbeid til kriseutvalget 15. juni 2009.

Vaksineavtalen og vaksinerings

Bakgrunnen for den nåværende vaksineavtale er trusselbildet knyttet til fugleinfluensaen i 2007 der WHO's direktør Chan i juni 2007 sa at:

«Even the most conservative estimates predict that around 20% of the world population will fall ill within a short period of time».

I juli 2008 ble det inngått en avtale med GlaxoSmithKline i forhold til innkjøp av en pandemivaksine. Gjennom en årlig avgift ble Norge sikret kjøp av 9,4 millioner doser dersom WHO erklærte en pandemi, definert som fase 6 i pandemiberedskapen. Beløpet dreier seg om 650 mill kroner eller 140 kr pr person i Norge.

I mai 2009 ble det gjort en avtale med GlaxoSmithKline om en prepan-demivaksine hvor det ble lagt til grunn innkjøp av 4,7 mill doser basert på det nye influensaviruset A H1N1. Avtalen ble senere satt til side fordi GlaxoSmithKline startet produksjon av pandemivaksine etter at WHO hadde erklært fase 6.

Arbeidet med å få vaksiner og tilhørende sprøyter og spisser på plass, har vært krevende. I løpet av september 2009 var det klart at vaksinen ville bli godkjent av det europeiske legemiddelorganer European Medicines Agency (EMA) i begynnelsen av oktober og at distribusjonen av vaksinen blir satt i gang umiddelbart etter leveranse og godkjenning. Både Folkehelseinstituttet, EMA, WHO og European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) mener ut fra den kunnskap som foreligger, at vaksinen er god og regnes som trygg. I utgangspunktet regnet en med at det ville være behov for to doser siden det er et nytt virus som det foreligger liten eller ingen immunitet overfor i befolkningen, men det kan tenkes ut fra forsøk som nå er i ferd med å avsluttes, at det kan være tilstrekkelig å gi en enkelt dose.

Det er gjort et grundig arbeid knyttet til å definere risikogrupper i befolkningen og helsepersonell i førstelinjen som bør få tilbud om vaksinen først. Denne informasjonen ble videreformidlet medio september i god tid før selve vaksineringsen skulle starte. Gravide, unge mennesker med øket risiko for komplikasjoner og frontlinje helsepersonell har høyest prioritet i forhold til tidlig vaksinerings.

Nasjonale beredskapslagre

Vårt nasjonale beredskapslager har fra tidligere inneholdt oseltamivir (Tamiflu) (1,4 mill pakker med styrke 75 mg (voksen dose)) og rimantadin (300 000 pakker på lager), men de sistnevnte er dessverre resistente overfor det aktuelle virus.

I tillegg er det i løpet av høsten kjøpt inn 100 000 pakker oseltamivir (Tamiflu) 45 mg (barnedose).

Når det gjelder antibiotika for å behandle sekundære infeksjoner, er beredskapslageret økt i løpet av høsten 2009. Det er også kjøpt inn munnbind – totalt 15 millioner og sprøyter og spisser i nødvendig antall for å sette pandemivaksine.

I august 2009 ble det også foretatt nye innkjøp til helseforetakene av både respiratorer og ECMO-maskiner (extracorporeal membrane oxygenation-maskiner). Disse investeringene var en konsekvens av planforutsetningene som ble presentert 29.juli 2009, og reflekterte behandlingsbehovet dersom planforutsetningene slo til.

Bruk av helsepersonell

Helsepersonell er å anse som en kritisk ressurs i en pandemisituasjon – dette er det tatt høyde for i forbindelse med vaksineringsen hvor man anbefaler at helsepersonell i frontlinjen er høyt prioritert. Det er ikke til å unngå at omfattende beredskapsplanlegging kan hindre løpende drift. De nyinnkjøpte respiratorene har ført til at det også er lagt vekt på opplæring i bruk av intensivutstyr i sykehus, men det er ikke til å komme fra at det foreligger mangel på kvalifisert personell til å fullbemanne intensivavdelinger.

I samarbeid med departementet er det gjort utredning med tanke på å benytte seg av ekstramannskaper; enten det nå dreier seg om studenter, pensjonister eller helsepersonell som for tiden ikke arbeider i helsetjenesten. I første omgang ønsker man å benytte seg av frivillige ordninger, men hvis det skulle bli en tilspisset situasjon, vil det også kunne være på tale med beordring.

Det har også vært drøftet at det i en pandemisituasjon vil være nødvendig å prioritere annerledes i forhold til hvilke pasienter som skal tilses av lege – flere bør få tilbud om øyeblikkelig hjelp timer på bekostning av kontroller som kan utsettes. Mulighetene av å få til en utvidet egenmelding for alle arbeidstagere på lik linje med den som allerede foreligger innenfor IA-avtalen har Helsedirektoratet spilt inn overfor Helse- og omsorgsdepartementet og Arbeids- og inkluderingsdepartementet. Men foreløpig er det ikke gjort noen forskriftsendringer i så måte, men kun oppfordret til frivillighet fra arbeidsgivernes side.

Fra Legeforeningen er det også ytret ønske om muligheten av i større grad å kunne ha anledning til å sykmelde pr telefon, men dette er ennå ikke realitetsbehandlet. Legeforeningen stilte seg positiv til å gjennomføre vaksinerings av risikogrupper tilhørende de enkelte fastlegers lister. I den forbindelse var det ønskelig å gjøre et uttrekk av fastlegers elektronisk pasientjournal ut fra diagnosegrupper, men dette var det dessverre ikke mulighet til å få til på så kort varsel etter at det ble tatt kontakt med journalprogramleverandører og andre aktører.

Laboratorietesting og obduksjon

Innledningsvis var det naturlig å teste flest mulig med tanke på å få kartlagt utbredelsen av sykdommen. Dette ble etter hvert en umulig oppgave med tanke på antall innsendte prøver. Det ble derfor etter hvert behov for å innskjerpe prøvetagningen til å gjelde utvalgte grupper og kritisk syke. Den epidemiologiske overvåkning gjøres nå på samme måte som under en ordinær influensasessong ved at utvalgte legekontor som til sammen representerer 10-15 % av fastlegers konsultasjoner, hver uke sender inn rapporter til Folkehelseinstituttet om andel av pasienter med influensalignende sykdom.

Per 20. september 2009 er det meldt om 1370 bekreftede influensatilfeller, men vi vet at det sannsynligvis er minst 10 ganger så mange som har hatt ny influensa. De siste ukene er det kun 4-5 % av alle prøver som er positive, og det innebærer at hovedmengden av såkalt influensalignende sykdom iallfall ikke er svineinfluensa, men sannsynligvis ordinær forkjølelse.

I startfasen var man nok for omtrentlig i beskrivelsen av denne influensasymptomer med fare for at det ble for mange som ble gitt denne diagnosen. Det var derfor grunn til å stramme inn kriteriene for diagnosesettingen i løpet av september 2009. Vi har nå hatt de første dødsfallene i Norge pga svineinfluensa – også utenom institusjoner – og vi har oppfordret både fastleger, legevaktsleger og patologiske avdelinger om å ha en forholdsvis lav terskel for anbefaling av obduksjon fordi vi mener at obduksjoner i denne fasen er viktig for å få mest mulig sikker kunnskap om hvordan pandemien utvikler seg.

Antiviralia – behandling og profylakse

Det foreligger foreløpig forholdsvis begrenset kunnskap om effekten av antiviralia ved denne pandemien. En har opplevd en del motforestillinger av ulik karakter mot bruk av antiviralia både blant helsepersonell og befolkningen forøvrig, spesielt sett i forhold til at sykdommen er forholdsvis mild

for de fleste. Men noen blir altså likevel alvorlig syk med fare for å dø. Hvem bør til syvende og sist få tilbud om oseltamivir (Tamiflu) eller zanamivir (Relenza)? Våre anbefalinger har fokusert på pasienter med økt risiko for alvorlig sykdom og død, inklusive gravide; både med tanke på behandling og eventuell profylakse av pårørende til pasienter i en risikogruppe. Situasjonen pr i dag er at apotekene rapporterer om en nedgang i utlevering av antall pakker oseltamivir (Tamiflu) fra 4800 i uke 34 til 1500 i uke 38.

Informasjon – vår strategi

Vi har ønsket å påvirke folks adferd og tror at balansert informasjon skaper tillit. Helsemyndighetene har søkt å være åpne og ærlige om scenarier, planer og aktiviteter. Vi har bevisst forsøkt å unngå å undervurdere mulig risiko i kommunikasjonen, men det har også vært viktig å kommunisere usikkerhet.

Budskapene som skulle kombineres, er fylt av ulike dilemmaer:

- Viruset gir en mild influensa, men er farlig for noen.
- Det er viktig å mobilisere samfunn, helsetjeneste og befolkningen til å ta sine forholdsregler.
- Det var mulig å bremse smittespredningen, men ikke å stoppe den.
- Det var viktig å kontakte lege for noen i gitte situasjoner, men samtidig unngå at legekontorene skulle bli nedrent.
- Symptomer er felles for flere uskyldige sykdommer.
- Hvorfor er det nødvendig med utgifter i milliardstørrelsen for å håndtere en influensa til dels mildere enn en vanlig sesonginfluensa?
- Planforutsetninger ble nedjustert samtidig som det legges grunnlag for en effektiv vaksinekampanje.

Vi tror fortsatt dette er riktig:

- «Kunnskapsbasert og samordnet informasjon som gis fortløpende er avgjørende for å oppnå best mulig tilslutning til og resultat av myndighetenes tiltak. Dette vil ha stor betydning for å redusere de negative helse – og samfunnsmessige samt økonomiske konsekvenser av en pandemi»

Dette er hentet fra innledningen til pandemiplanens kommunikasjonsavsnitt. Vi tror at det som står der er verdt å holde fast på. Vi tror det er riktig å unngå at det skapes et informasjonsvakuum ved aktivt å holde pressen og befolkningen orientert, så lenge interessen er der. Vi må nyttiggjøre oss de «teachable moments» vi får, så lenge vi får det. Vi må gjenta de riktige og viktige budskapene uke etter uke.

Erfaringer så langt

- Å tilpasse seg til en mildere sykdom enn vi hadde planlagt for, er utfordrende. Det har inntil i dag ikke vært nødvendig å ta i bruk ekstreme virkemidler som å erklære denne pandemien for en «Allmennfarlig smittsom sykdom etter smittevernloven».
- Pandemiplanverket ser ut til å ha fungert godt. Uansett har arbeidet med dette synliggjort verdien av et godt beredskapsarbeid. Det er å håpe at en slik massiv beredskapsøvelse som vi har vært gjennom, vil ha en viss overføringsverdi som vi kan ta med oss videre i slikt arbeid enten man jobber i sentrale helsemyndigheter, fylker, kommuner, helseforetak eller i primærhelsetjenesten.
- Kommunikasjon med publikum har ikke bare vært enkelt – det er krevende å holde fokus på sykdommen når den utvikler seg langsomt og er relativt mild.
- Mediene har stort sett vært gode – ulike typer kritikk mot myndigheter og medier har selvfølgelig vært der; noen synes vi har gjort for lite, mens kanskje enda flere har ment vi har gjort for mye.
- Det har generelt vært et godt samarbeid med impliserte parter; innad i helsesektoren, mellom ulike aktører i helsetjenesten, med øvrige offentlige sektorer, med frivillige organisasjoner, innvandrersamfunn og brukergrupper.
- Vi kan høste store gevinster for fremtiden med bedre pandemiplanlegging og generell beredskapsplanlegging.

Men noe kunne vi gjort bedre og noe kan vi fremdeles gjøre bedre. Vi er opptatt av å få en god, konstruktiv og bred dialog om dette, dels ved å lytte fortløpende til samarbeidspartnere og kritikere, og gjerne som ledd i en evaluering som bør komme i etterkant av den aktuelle pandemien.

Takk til seniorrådgiver Jan Magne Linnsund i Helsedirektoratet, som har hjulpet meg å skrive ut dette foredraget som opprinnelig ble holdt i Det norske medisinske Selskab 16. september 2009.

*Bjørn Guldvog
bjorn.guldvog@helsedir.no
Helsedirektoratet
Postboks 7000 St. Olavs plass
0130 Oslo*