

Referat fra møte i Pandemi- og epidemikomiteén

Tidspunkt: 13. desember 2018, kl. 10:00 – 16:00.

Sted: Helsedirektoratet, Vitaminveien 4, Oslo.

Tilstede:

Medlemmer:

Bjørn Guldvog	Helsedirektoratet
Geir Stene-Larsen	Helsedirektoratet
Svein H. Henrichsen	Helsedirektoratet
Geir Bukholm	Folkehelseinstituttet
Olav Hungnes	Folkehelseinstituttet
Siri H. Hauge	Folkehelseinstituttet
Terese Folgerø	Lindås kommune
Brita Øygard	Bergen kommune
Janne Dahle-Melhus	Fylkesmannen Rogaland
Eli Sagvik	Trondheim kommune
Håkon Sjursen	Helse Vest/Haukeland
Kirsten Gravingen	Helse Nord/UNN
Merete Steen	Helsetilsynet
Karen Johanne Baalsrud	Mattilsynet
Arne B. Brantsæter	CBRNE-senteret, OUS
Lars Meyer-Myklestad	Ullensaker kommune
Andreas Radtke	Helse Midt/St. Olav
Jorun Jarp	Veterinærinstituttet
Rebecca Cox	Influensasenteret, UiB

Faste observatører:

Eirik Bakka (for Karl-Olaf Wathne)	Helse- og omsorgsdepartementet
Erik Thomassen	DSB
Harald Muniz	Folkehelseinstituttet
Birgitte E. Boen	Helsedirektoratet

Forfall:

Bente Wilhelms	Landbruks- og matdepartementet
Jan Erik Berdal	Helse Sør-Øst/Ahus
Svein Rune Andersen	Statens Legemiddelverk

I tillegg var tilskuere fra Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet samt andre bidragsyttere tilstede.

Saker:

1. Godkjenning av innkalling og dagsorden.

Bjørn Guldvog ønsket velkommen til møtet. Innkalling og dagsorden ble godkjent. Ingen saker ble meldt til eventuelt.

2. Antibiotikaresistens; forekomst og risikovurdering.

Seniorrådgiver ved FHI, Petter Elstrøm presenterte nasjonal og internasjonal status og utfordringer innenfor antibiotikaresistens. Momenter som ble presentert:

- Man forventer økt forbruk av antibiotika i utviklingsland. Fortsatt er byrden av sykdommer som burde vært behandlet med antibiotika er større enn byrden av sykdom forårsaket av resistente mikrober.
- Sykdomsbyrde av resistente mikrober er størst blant eldre og nyfødte. Gram-negative bakterier forårsaker mye sykdom og her er det få nye antibiotikum under utvikling. ESBL i blodkultur økt dramatisk siste år. VRE; bare 6% smittet utenfor Norge ergo er dette innenlandsproblem med mye sykehusmitte.
- Spredning globalt er knyttet til reisevirksomhet og mathandel.
- One health-perspektivet sentralt i videre forebygging. Landbruksnæringen i noen land bruker antibiotika som vekstfremmende middel.
- I Norge øker påvisningen av antall MRSA bærerskap; sannsynligvis et resultat av økt testing. Antall nye infeksjoner stabilt.
- Spredning til svinebesetninger et problem – i Norge er policy nulltoleranse hos svin, en tilnærming som har gitt gode resultater.

Nasjonalt mål er å redusere antibiotikabruk med 30% - dog har dette usikker effekt på utbredelsen av resistens i Norge på grunn av importproblematikken.

3. Handlingsplan mot antibiotikaresistens

Seniorrådgiver ved Helsedirektoratet, Svein Høegh Henrichsen, informerte om Handlingsplan mot antibiotikaresistens i helsetjenesten.

- Gjennomgang av foreslåtte tiltak og hvor langt man har kommet i å nå målene.
- Forbruk i sykehus på vei ned av bredspektrede antibiotika
- Diagnosekoder på resept er vedtatt av Stortinget men vanskelig teknisk og personsvernmessig
- Smågruppeundervisning for fastleger er et svært effektivt virkemiddel
- Bedret overvåking på sykehjem av ab-bruk.

Diskusjon om resistensproblematikken. Momenter som ble diskutert:

- Måling av tiltak vesentlig for videre anbefalinger.
- Stor variasjon i hvordan resistente mikrober håndteres i helsetjenesten, noen går også for langt i å implementere restriksjoner. Et mål å harmonisere tiltakene.
- Fokus på One Health i Norge veldig høyt. Miljøreservoir er underkommunisert.
- Internasjonalt har fiskeoppdrettssektoren stort forbruk av antibiotika. I Norge er fiskenæringen en suksesshistorie.
- Dissonans mellom tiltak og hvordan det faktisk spres (antibiotikabruk vs. resistevirksomhet og mat).

- Hurtigdiagnostikk på influensa på –Haukeland studie satt i gang. Interessant å se om dette kan redusere bruken av antibiotika.
- Fylkesmannen reflekterte rundt egen rolle i ab-arbeidet; skal både støtte opp under mål om redusert antibiotikabruk samtidig som man skal påse at pasienter får nødvendig behandling.
- Voksenvaksinasjonsprogram vil være et virkemiddel for å få ned antall infeksjoner og dermed antibiotikabruken. Bør også nevnes i Handlingsplanen.

Pandemi- og epidemikomiteén uttrykte ønske å følge det videre oppfølgingsarbeidet med handlingsplanen.

4. Beredskap for vaksiner og immunglobuliner. Ny pandemivaksineavtale.

Britt Wolden gjennomgikk vaksineinnkjøp til Norge. Alle vaksiner vi kjøper er produsert i Europa, men med kompleks produksjonslinje. Internasjonal planlegging av produksjon er dårlig og ett lands vaksinasjonsprogram kan påvirke leveransen til andre land. Nye fabrikker tar 10-15 år å bygge og få godkjent.

Vaksineberedskap i Norge: Vi har seks måneders lager av programvaksiner og fire måneders lager av salgsvaksiner, noe som har vist seg å være svært hensiktsmessig og vi har dermed unngått alvorlige beredskapssituasjoner. Utenom arbeidstid har FHI en ø-hjelpsavtale med Jernbanetorget apotek, som leverer ut produkter en til to ganger i måneden. Det oppstår likevel innimellom midlertidige mangelsituasjoner på vaksiner og da blir barn prioritert. For øvrig er samarbeidet om nordisk vaksineberedskap et viktig nettverk for å avhjelpe hverandre.

Pandemiberedskap: Det er inngått avtale med GSK og Seqirus om leveranse av pandemivaksine. Avtalen dekker fullimmunisering av befolkningen men vi har mulighet til å bare bestille 50% av full kapasitet.

5. Legemiddelberedskap i Norge

Kirsten Hjelle fra Helsedirektoratet gjennomgikk status for rapporterte hendelser om legemiddelmangel i Norge.

- Dramatisk økning siste år på registrerte mangler. Tidligere mangel i spesialisthelsetjenesten, nå mer i allmennpraksis. WHO-prosjekt om legemiddel mangel arrangerte møte i Norge om dette og konklusjonen er at alle land har samme type utfordringer. Det foregår lite koordinering over landegrensene.
- Nasjonal legemiddelberedskapsstrategi fra 2012. Medisinlagre overført til RHF-ene og legemiddelgrossistene. Usikkerhet om oppfølgingen av målene fra 2012.
- Vi har et beredskapslager med antiviralia for pandemisk influensa. NOK 900 000 årlig kostnader for å ha lagrene. Det er ønskelig av vi vurderer fortsatt lagring av antiviralia.
- Legemiddelberedskap skal inn samarbeidsavtaler mellom kommunen og spesialisthelsetjenestene.
- Mangelsenteret på OUS er rådgivende til RHFene.
- Primærhelsetjenesten fra 1.1.2016: To måneders lager av gitte legemidler men er få preparater.
- Nasjonal legemiddelberedskapskomite ledes av Helsedirektoratet

- Ny rapport om legemiddelberedskap som skal leveres i 2019. Pandemi- og epidemikomiteén kan konsulteres i arbeidet med rapporten.

Pandemi- og epidemikomiteén ønsker å diskutere beredskapslagrene av antiviralia på kommende møte.

6. Årets influensasesong i Norge

Seniorrådgiver ved FHI, Olav Hungnes gjennomgikk årets sesong så langt.

- Rundt halvparten av befolkningen har beskyttende nivå av antistoffer mot H1N1-virus. Tilsvarende tall for H3N2 er 40%, for B-Yamagata 30% og B-Victoria 20%.
- FHI spår en sesong med topp rundt vinterferieuken (uke 8), og dominans av influensa A med lite B-virus.
- Foreløpig lite virus i sirkulasjon men det sees noe økning i tilfeller også i fyrårprøver.

7. Status influensavaksinasjon sesongen 2018-19

Tallene viser en klar økning i antall utsendte vaksiner og antall registrerte i SYSVAK.

Folkehelseinstituttet hadde per uke 48 sendt ut over 712 000 doser influensavaksine til målgruppene for vaksinasjon til kommuner og helseforetak. Dette inkluderte vaksine til både risikogrupper og helsepersonell. I tillegg har Folkehelseinstituttet og de andre legemiddelgrossistene sammenlagt sendt ut i underkant av 158 000 doser til personer utenfor målgruppene. Over 125 000 av disse vaksinene er levert ut til apotekene. Det er denne sesongen distribuert nesten 215 000 flere influensavaksinedoser enn i 2017/18-sesongen. Dette tilsvarer en økning i distribusjonen på 33 % på ett år.

Det er gjort en enorm innsats for å øke vaksineringsen, særlig i helseforetak hvor man har sett svært gode resultater av langvarig arbeid. Det er viktig å fortsette arbeidet for å opprettholde og fortsatt øke vaksinedekningen.

8. Forskningsnytt

Ida Laake fra FHI presenterte sin artikkel "Risk of pregnancy complications and adverse birth outcomes after maternal A(H1N1)pdm09 influenza: a Norwegian population-based cohort study".

9. Status ebolaubruddet i Kongo

Frode Forland fra FHI gjennomgikk status for utbruddet av ebola i Kongo. 500 personer er foreløpig affisert, med rundt 50% dødelighet. Totalt 40 000 vaksinerte og 26 000 kontakter fulgt opp. Hele 95% tar imot tilbud om vaksine. WHO har foreløpig ikke erklært utbruddet for å være en Public Health Emergency of International Concern (PHEIC).

I tillegg informerte Forland kort om utbruddet av Vestnilfeber i Europa, med 2000 tilfeller og 200 dødsfall. Så langt ingen tilfeller i Norge.

10. Emergency Medical Teams (EMT)

Merethe Ellefsen fra Helsedirektoratet informerte om implementering av det norske EMT. EMT tilhører EUs responssystem og er nært knyttet opp mot WHO som også klassifiserer og godkjenner de

enkelte EMT. NOR-EMT er opprettet på oppdrag av HOD, og skal kunne bistå med medisinsk assistanse i nødhjelpssituasjoner på kort varsel. Eneste EMT som kan mobilisere til arktisk klima.

11. Nordisk plan for transport av høyrisikopasienter

Merethe Ellefsen beskrev Nordisk plan for transport av høyrisikopasienter. Erfaringene med ebolautbrudd viste at vi trengte en ordning for medisinsk evakuering av pasienter som må transporteres til Norge. Planen krever samarbeid mellom DSB, Forsvaret, CBRNE-senteret og Luftambulansen. Svalbardgruppen besluttet av nordisk plan og medevac av pasienter skulle ligge inn under rammen av nordisk helseberedskapsavtale.

12. Informasjonsaker fra HOD

Eirik Bakka fra HOD informerte om Kriseutvalg for B-hendelser. Status revisjon smittevernloven, planverk, m.m

- Handlingsplan for smittevern jobbes med, resistensproblematikk. Utkast i slutten av mars.
- Revisjon av smittevernloven. Tre hovedgrep er foreslått: Tydeliggjøring av rollene mellom FHI og Helsedir, presisering av fylkesmannens rolle og tydeliggjøring av de Regionale kompetansesentrene om smittevern. Man har blant annet foreslått å muligheten for sentrene til å ta betalt for rådgivning til kommunehelsetjenesten.
- Kriseutvalget for B-hendelser (KU-B): man bearbeider høringsinnspillene. Antas at utvalget er oppe og går i løpet av 2019. Man må tenke på samordning av Pandemi- og epidemikomiteén og rådgiverporteføljen til KU-B, slik at man ikke dupliserer samme kapasitet.
- Plan for Alvorlige smittsomme sykdommer: Prosessen videre uavklart.

13. Informasjon om aktuelle saker fra komitéens medlemmer

- Terese Folgerø informerte kort om planverk mellom kommuner og helseforetak om pandemi. Bør være sak på neste komitémøte.
- Fagmøte bioterror arrangeres av FHI i 2019. (avtalt forrige møte). Dato: usikker.
- Planverk for delplaner for pandemiplanlegging. Publisering er kraftig forsinket. Helsedir håper på publisering innen 1-2 måneder.
- Ingen store endringer internasjonalt på aviær influensa
- Skrantesyken: Utfordrende oppfølging av tiltak rundt saltstener. Varianten hos reinsdyr skiller seg fra hjort og elg.

Møtet ble avsluttet kl. 16:00.