

Referat fra møte i Pandemi- og epidemikomiteén

Tidspunkt: 21.april 2016

Sted: Helsedirektoratet, Universitetsgaten 2, Oslo

Tilstede:

Medlemmer:

Bjørn Guldvog	Helsedirektoratet
Morten Randmæl	Helsedirektoratet
Svein Høegh Henrichsen	Helsedirektoratet
Line Vold (for John-Arne Røttingen)	Folkehelseinstituttet
Karoline Bragstad (for Olav Hungnes)	WHO's nasjonale influensasenter i Norge/FHI
Preben Aavitsland	Arendal kommune
Lars Meyer-Myklestad	Ullensaker kommune
Eli Sagvik	Trondheim kommune
Jan Erik Berdal	Helse Sørøst/Ahus
Håkon Sjursen	Helse Vest/Haukeland
Kirsten Gravningen	Helse Nord/UNN
Karen Johanne Baalsrud	Mattilsynet
Merete Hofshagen	Veterinærinstituttet
Rebecca Jane Cox	Influensasenteret i Bergen
Merete Steen	Statens Helsetilsyn
Svein Rune Andersen	Statens legemiddelverk
Egil Bjørlow	Fylkesmannen i Rogaland
Arne Broch Brantsæter	CBRNe senteret ved OUS

Faste observatører

Karl-Olaf Watne	Helse- og omsorgsdepartementet
Erik Thomassen	Direktoratet for Samfunnssikkerhet og Beredskap

Forfall

Jon Arne Røttingen	Folkehelseinstituttet
Siri H. Hauge	Folkehelseinstituttet
Olav Hungnes	WHO's nasjonale influensasenter i Norge/FHI
Astrid Holm	Sortland kommune
Andreas Radtke	Helse Midt/St.Olav
Harald P. Muniz	Folkehelseinstituttet
Jo Heldaas	Helsedirektoratet
Bente Wilhelms	Landbruks- og matdepartementet

1. Åpning og velkommen

Leder av komiteén, Helsedirektør Bjørn Gulvog, ønsket velkommen. Medlemmer og observatører presenterte seg. Referat fra forrige møte var allerede godkjent via epost og er publisert på Folkehelseinstituttets nettsider. Agenda for dagens møte ble godkjent, og det ble ikke meldt saker til eventuelt.

Bjørn Gulvog orienterte om at forslag til ny integrert beredskapsmodell for helsesektoren fortsatt drøftes. Helsedirektøren tilrår at Pandemi- og epidemikomiteén videreføres. Det er også forslag om helsesektorens beredskapsråd med en generisk sekretariatsmodell der Helsedirektoratets beredskapsavdeling er sentral, men utvides med spesialkompetanse ut fra hendelsen ved behov. Annen aktuell modell er den såkalte Kriseutvalgsmodellen som er kjent fra Strålevernet, hvor ledere fra ulike sektorer samles i et utvalg med løpende ansvar og et sekretariat som sikrer planlegging og gjennomføring av tiltak ved A-hendelser.

Ved B-hendelser tenker man seg tilsvarende modell, men med møter i rolige tider der man planlegger for hvordan man ønsker seg organisering under en hendelse. Denne modellen er også drøftet i forhold til C-hendelser. Hovedansvaret ved kjemiske hendelser skal imidlertid ligge under Justisdepartementet som foreløpig ikke ønsker en kriseutvalgsmodell for dette. Hovedspørsmålet er således i hvor stor grad man skal ha en helhetlig generisk modell for alle områdene (ABC).

Komiteen spurte om det trengs en Pandemi- og epidemikomiteé hvis man har et kriseutvalg?

Svar: Kriseutvalg er i hovedsak et lederutvalg mens Pandemi- og epidemikomiteén er et rådgivende utvalg som kan gi helhetlige faglige innspill til kriseutvalget. Det er viktig at arbeidet er forankret i fagmiljøene slik at strategien ved en krise er forankret i fagmiljøene ute.

Spørsmål kom opp om saken om integrert beredskapsmodell er under behandling; og bør andre bidra? Er tilrådingen åpen eller unntatt offentlighet? Svar: Utredningen er ikke unntatt offentlighet og sendes til komiteens medlemmer.

2. Veileder for pandemiplanlegging i kommunen

Svein Høegh Henrichsen fra Helsedirektoratet presenterte et utkast til Veileder for pandemiplanlegging i kommunen, for å få innspill fra komiteen både på innretting og innhold.

Diskusjon: Komiteen var fornøyd med utkastets størrelse og innretting. Viktig med fleksible planer. Følgende ble spilt inn:

- Hva er ikke dekket i planen? Man bør fremheve øvelser som et eget punkt i veilederen.
- Kommunelegens rolle/samvirkeprinsippet: Er skoen for stor? Lovverket legger betydelige oppgaver på kommunelegen, dette speiles ikke i virkeligheten der kommunelegen ofte har små stillinger.
- Fastlegens rolle burde vært bedre forankret. I dag er beredskap avtalt gjennom intensjonsavtale mellom KS og Legeforeningen; veilederen påpeker at beredskapsplikt ved en smittesituasjon/pandemi bør inn i alle individuelle avtaler mellom kommunen og den enkelte fastlege. Det vil ta lang tid før slike lokale avtaler er oppdatert i alle kommuner. I en

situasjon med behov for det kan man ut fra helseberedskapsloven beordre personell inn i arbeidet.

- Smitteverntiltak og beskyttelsesutstyr bør deles i flere deler:
 1. Basale smittevernrutiner er utarbeidet for helseinstitusjoner, men har også gyldighet i resten av helsetjenesten, og omfatter blant annet: håndhygiene, hostehygiene, pasientplassering, personlig beskyttelsesutstyr (bruk av hansker og beskyttelsesfrakk, beskyttelse av munn, nese og øyne), renhold og desinfeksjon, avfallshåndtering og håndtering sengetøy og tekstiler - alle med relevans for influensaepidemi/pandemi i KHT.
 2. Sosial distansering /stenging av skoler o.l.
 3. Lager/vedlikehold av beskyttelsesutstyr. Kan fastleger pålegges å ha dette på sine kontor? skal kommunen ha eget lager? Her bør man også vurdere nasjonale beredskapslagre.
 4. Opplæring og bruk av beskyttelsesutstyr. Beskyttelsesutstyr (ansiktsmasker, frakker, visir) krever kontinuerlig vedlikehold – viktig også med øvelse/ kunnskap om hvordan man bruker det (riktig av og påkledning), samt varsling, kommunikasjon, og liknende.
- Samhandling. Hvis kommunen skal overta pasienter/oppgaver fra spesialisthelsetjenesten kan det bli krevende og planen må vedlikeholdes kontinuerlig: alternative lokaler? Utstyr? Røntgen? Laboratoriekapasitet? Viktig å avtale på forhånd.
- Samvirkeprinsippet /samhandling mellom nivåene og mellom sektorer – vise til plikt til samhandling utenfor og innenfor kommunen, eventuelt foreslå interkommunale avtalerplaner/ regionale planer.
- Informasjonsarbeid. I fremtiden vil mye av kontakten med befolkningen skje gjennom mobiltelefon/sosiale medier/apper. Bør nevne noe om digitaliseringen.

Videre prosess: Veilederen vil bli ferdigstilt av arbeidsgruppen. Innholdet vil også samordnes med veileder for spesialisthelsetjenesten. Pandemi- og epidemikomiteén foreslo også at man tar inn beslutningstagere i kommunen i prosessen. Planen vil deretter bli sendt til høring internt i Helsedirektoratet/Folkehelseinstituttet og til Pandemi- og epidemikomiteén før endelig forslag legges frem for ledelsen i Helsedirektoratet.

3. Beredskapslager antiviralia

Oversikt over det eksisterende lageret

Eirik Rødseth Bakka (Helsedirektoratet) ga en oversikt over hva som finnes i det nåværende lageret. Norge har et lager på nivå med andre land som Sverige og Finland. Alle har gått ut på dato, men følges med holdbarhetsanalyser. Analysene så langt bekrefter at kvaliteten ikke er forringet. Antall beredskapsdoser av Tamiflu (oseltamivir) er nok til å dekke 20-25 % av befolkningen (1,2 million doser) og er ikke dimensjonert for profylaktisk bruk. Relenza (zanamivir): 200 000 doser til inhalasjon. Rimantadin: 300 000 doser som er tenkt til forebygging, men virus vil sannsynlig være resistent.

Andre antivirale medikamenter

Svein Rune Andersen ga oss en oversikt over eksisterende og kommende antiviralia på markedet.

Resistensovervåking

Karoline Bragstad fra WHO's Nasjonale influensasenter i Norge (ved FHI) presenterte overvåkingsdata om resistensutvikling og hva vi gjør av overvåking i Norge.

ECDC Expert opinion on the efficacy, effectiveness and safety of influenza neuraminidase inhibitors

Pasi Penttinen fra ECDC presenterte ECDCs rapport fra februar 2016 «ECDC PRELIMINARY SCIENTIFIC ADVICE. Expert Opinion on neuraminidase inhibitors for prevention and treatment of influenza. Review of recent systematic reviews and meta-analyses».

Diskusjonstema

- a. Skal vi opprettholde dagens lager? Det var enighet om at man bør beholde det nåværende lageret så lenge det går ut fra betraktningen om at investeringen er allerede gjort. Diskusjonen var mer om effekt: det mangler kunnskap om effekt på alvorlig syke og om nytte av å sette det inn senere i forløpet. Det ble spurt om man kan teste holdbarhet sjeldnere: Fordi holdbarhetsdato er utgått er produktansvaret Statens, og man trenger derfor jevnlig testing.
- b. Er størrelsen på lageret akseptabelt? Vi ligger på nivå med andre land, vi dekker 20-25 % av befolkningen. Nytteten er størst ved katastrofal pandemi. Spørsmålet er om vi vil ha for lite ved katastrofer. Vi må også vurdere om vi bør ha flere ben å stå på, enn som nå at vi baserer oss hovedsakelig på oseltamivir.
- c. Skal vi endre sammensetting/gå til reanskaffelser av andre produkter? Rimantadin: virus er allerede resistent, burde produktet derfor erstattes av zanamivir? Det ble påpekt at det var tenkt som ren profylakse. Koster lite å beholde lageret. Enighet om at man bør ha en løpende vurdering av effekt og behov når holdbarheten går ut.
- d. Spørsmål er også om omfang og mulighet for rullering av lageret: I motsetning til andre medikamenter er det til vanlig ikke behov for store volum, men mindre volum kan være en del av den vanlige legemiddelberedskapen. Vi må også se på hvilke distribusjonskanaler man vil benytte i beredskapssammenheng. Det ble påpekt at det er vanskelig å få nye antiviralia inn på markedet.

Oppsummering: Det var enighet om at antivirallageret bør opprettholdes.

5. Forslag til tema neste møte

- Veileder for pandemiplanlegging i spesialisthelsetjenesten.
- Epidemi- og pandemikomiteén har utvidet fokus, og bør diskutere også andre epidemier som for eksempel zika og gul feber. Det ble stilt spørsmål om hvorvidt utbrudd som ikke påvirker beredskapen i Norge bør behandles som sak i pandemi og epidemikomiteen. Saker som tas opp skal falle inn under komiteens mandat.
- Oppdatering av status på influensasituasjonen bør diskuteres jevnlig slik som tidligere
- Beskyttelsesutstyr og lager av dette
- Modell for integrert beredskap

Referent: Svein Høegh Henrichsen