



Direktoratet for  
samfunnssikkerhet  
og beredskap

# 10

# RAPPORT

---

## Ny influensa A (H1N1) 2009

---

Gjennomgang av erfaringene i Norge

Utgitt av: Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (DSB) 2010

ISBN: 978-82-7768-239-6

Opplag: 2. opplag

Grafisk produksjon: Capella Media AS

Trykk: **GRØSET™**



# ***Ny influensa A (H1N1) 2009***

---

## ***Gjennomgang av erfaringene i Norge***

2. utgave, november 2010

I 2. utgave av rapporten er det gjort mindre endringer vedrørende språk og layout.



# Innholdsfortegnelse

<b>Forord</b> .....	9
<b>Sammendrag og anbefalinger</b> .....	11
<b>Rammer og forutsetninger</b> .....	11
<b>Håndtering på sentralt nivå</b> .....	13
Styring, planlegging og koordinering .....	13
Valg av overordnet strategi .....	14
Overvåking og vurdering .....	14
Forebygging og begrensning .....	14
Bruk av antiviralia .....	14
Vaksinering .....	15
Behandling .....	16
Andre samfunnsviktige funksjoner .....	16
Kommunikasjon .....	16
<b>Håndtering på regionalt og lokalt nivå</b> .....	17
Styring, planlegging og koordinering .....	17
Vaksinering .....	18
Behandling .....	19
<b>Anbefalinger</b> .....	20
<b>Del I Rammer og forutsetninger</b> .....	23
<b>1. Innledning</b> .....	23
<b>2. Mandat og avgrensing</b> .....	25
<b>3. Metode og prosess</b> .....	26
<b>4. Rammer</b> .....	27
4.1. Lov- og forskriftsverk .....	27
4.2. Prinsipper for sentral krisehåndtering og nasjonalt sikkerhets- og beredskapsarbeid.....	30
4.3. Overordnet nasjonal helse- og sosialberedskapsplan.....	31
4.4. Roller og ansvar .....	31
4.5. Nasjonal beredskapsplan for pandemisk influensa.....	34
4.6. Vaksineavtalen .....	37
4.7. Massevaksinasjonsplaner.....	37
4.8. Internasjonale organisasjoner og nettverk .....	38
4.9. Øvelser.....	40
4.10. Rapporter vedrørende pandemiberedskapen .....	40
<b>5. Ny influensa A (H1N1) i Norge</b> .....	42
5.1. Bakgrunn – influensapandemier .....	42
5.2. Hendelsesforløp – pandemien i 2009 .....	42
5.3. Sykdomsbildet og konsekvenser av sykdommen i 2009 .....	47
5.4. Økonomiske konsekvenser.....	50

<b>6.</b>	<b>Problemstillinger .....</b>	<b>51</b>
6.1.	Generelt – vurderingsgrunnlag .....	51
6.2.	Styring, planlegging og koordinering.....	52
6.3.	Overvåking og vurdering .....	52
6.4.	Forebygging og begrensning .....	53
6.5.	Respons .....	53
6.6.	Kommunikasjon.....	53
<b>Del II</b>	<b>Nasjonalt nivå .....</b>	<b>57</b>
<b>7.</b>	<b>Styring, planlegging og koordinering .....</b>	<b>57</b>
7.1.	Sentral krisehåndtering, forholdet mellom departementene .....	57
7.2.	Forholdet mellom HOD og Helsedirektoratet .....	58
7.3.	Organisering av den overordnede krisehåndteringen i helsesektoren.....	58
7.4.	Iverksettelse av fullmaktsbestemmelser iht. smittevernloven .....	59
7.5.	Samarbeidet mellom aktører på etatsnivå.....	60
7.6.	Pandemikomiteén .....	62
7.7.	Forholdet mellom nasjonalt og regionalt nivå .....	63
7.8.	Nærmere om kommunikasjonslinjer .....	64
7.9.	Overordnede tiltak for å redusere belastningen på helsesektoren .....	65
7.10.	DSBs vurderinger .....	65
<b>8.</b>	<b>Valg av overordnet strategi .....</b>	<b>71</b>
8.1.	Beskrivelse.....	71
8.2.	DSBs vurdering .....	72
<b>9.</b>	<b>Overvåking og vurdering .....</b>	<b>74</b>
9.1.	Innsamling og vurdering av informasjon.....	74
9.2.	Risiko- og usikkerhetsvurderinger .....	75
9.3.	Planscenarioer.....	77
9.4.	Nasjonalt situasjonsbilde .....	79
9.5.	Overvåking av endringer i viruset .....	80
9.6.	DSBs vurderinger .....	80
<b>10.</b>	<b>Forebygging og begrensning – smittevernstrategi .....</b>	<b>83</b>
10.1.	Pandemiplanens strategi.....	83
10.2.	Hygieneråd .....	84
10.3.	Bruk av isolering og karantene.....	85
10.4.	Stenging av skoler og barnehager .....	85
10.5.	Fraværsråd .....	86
10.6.	DSBs vurderinger .....	87
<b>11.</b>	<b>Bruk av antiviralia .....</b>	<b>88</b>
11.1.	Pandemiplanens strategi.....	88
11.2.	Beredskapslager .....	88
11.3.	Anbefalinger om bruk.....	89
11.4.	Forskrivning .....	90
11.5.	DSBs vurderinger .....	90
<b>12.</b>	<b>Vaksinering .....</b>	<b>91</b>
12.1.	Nærmere om Pandemrix og vaksineavtalen .....	91
12.2.	Prepandemivaksine .....	91

12.3.	Planveiledere for massevaksinasjon .....	92
12.4.	Vaksineprioritering og vaksineråd.....	93
12.5.	En eller to doser? .....	95
12.6.	Vaksineforskrift .....	95
12.7.	Vaksinedistribusjon .....	96
12.8.	Vaksinasjonsregistrering .....	96
12.9.	Vaksine til eggallergikere .....	97
12.10.	Bivirkninger - bivirkningsregistrering .....	97
12.11.	DSBs vurderinger .....	99
<b>13.</b>	<b>Behandling .....</b>	<b>102</b>
13.1.	Sykehuskapasitet og fokus på intensivbehandling.....	102
13.2.	Opprettelsen av et pandemiregister - NOPIR .....	105
13.3.	Faglige råd og retningslinjer for behandling ved alvorlig lungesvikt.....	106
13.4.	Laboratoriekapasitet og overvåkning.....	106
13.5.	DSBs vurderinger .....	108
<b>14.</b>	<b>Smitte til gris .....</b>	<b>110</b>
14.1.	Bakgrunn – smitte fra menneske til gris.....	110
14.2.	Mattilsynets håndtering .....	110
14.3.	Kommunikasjon – informasjon til svinebønder .....	112
14.4.	DSBs vurderinger .....	113
<b>15.</b>	<b>Nordmenn i utlandet .....</b>	<b>114</b>
15.1.	Reiseråd.....	114
15.2.	De norske ambassadene i utlandet.....	115
15.3.	Antiviralia til utenriktjenesten, skip og fastboende .....	115
15.4.	Vaksinering i utenriktjenesten.....	116
15.5.	DSBs vurderinger .....	116
<b>16.</b>	<b>Andre samfunnsviktige funksjoner .....</b>	<b>117</b>
16.1.	Planlegging i andre sektorer.....	117
16.2.	DSBs vurdering .....	119
<b>17.</b>	<b>Kommunikasjon – sentrale myndigheter .....</b>	<b>120</b>
17.1.	Bakgrunn .....	120
17.2.	Kommunikasjonsutfordringer .....	120
17.3.	Organisering og samordning .....	121
17.4.	Strategi, målgrupper og faser.....	122
17.5.	Evaluering av egen innsats .....	124
17.6.	Tiltak og bruk av kanaler .....	125
17.7.	Befolkningsundersøkelser .....	127
17.8.	Mediedekningen av pandemien.....	127
17.9.	Nærmere om den første pressekonferansen og verstefallsscenarioet .....	129
17.10.	DSBs vurderinger .....	130
<b>Del III</b>	<b>Regionalt og lokalt nivå .....</b>	<b>137</b>
<b>18.</b>	<b>Styring og koordinering.....</b>	<b>137</b>
18.1.	Fylkesmennene .....	137
18.2.	Kommunene .....	140
18.3.	Helseforetakene .....	144

18.4.	DSBs vurderinger .....	145
<b>19.</b>	<b>Kommunikasjon og informasjonsflyt .....</b>	<b>146</b>
19.1.	Fylkesmannens dialog med nasjonalt og lokalt nivå .....	146
19.2.	Rapportering fra kommunene.....	147
19.3.	Informasjon til kommunene.....	148
19.4.	Informasjon til og fra helseforetakene.....	150
19.5.	Vurdering av sentrale myndigheters nettsider .....	150
19.6.	DSBs vurderinger .....	152
<b>20.</b>	<b>Vaksinering .....</b>	<b>154</b>
20.1.	Innledning.....	154
20.2.	Rammer og planer.....	155
20.3.	Prioritering av vaksine for risikogrupper.....	156
20.4.	Pasientforeningenes vurdering av vaksineringen av risikogruppene .....	158
20.5.	Distribusjon av vaksine.....	159
20.6.	Organisering av vaksineringen .....	161
20.7.	Kommunikasjon og informasjon .....	164
20.8.	DSBs vurderinger .....	165
<b>21.</b>	<b>Forebygging og behandling .....</b>	<b>168</b>
21.1.	Kommunehelsetjenesten .....	168
21.2.	Spesialisthelsetjenesten.....	171
21.3.	DSBs vurderinger .....	172
<b>Del IV</b>	<b>DSBs sammenfattende vurderinger .....</b>	<b>175</b>
<b>22.</b>	<b>Styring, planlegging og koordinering .....</b>	<b>175</b>
<b>23.</b>	<b>Overvåking og vurdering .....</b>	<b>177</b>
<b>24.</b>	<b>Forebygging og begrensning.....</b>	<b>178</b>
<b>25.</b>	<b>Vaksinering .....</b>	<b>179</b>
25.1.	Prosessen rundt rådet om massevaksinering .....	180
25.2.	Var rådet om massevaksinering en riktig beslutning? .....	184
<b>26.</b>	<b>Behandling .....</b>	<b>187</b>
<b>27.</b>	<b>Kommunikasjon .....</b>	<b>188</b>
27.1.	Overdrev myndighetene farene ved pandemien? .....	188
<b>28.</b>	<b>Konklusjon – læringspunkter .....</b>	<b>191</b>
28.1.	Hvilke utfordringer ville Norge ha stått overfor ved et verstefallscenario? .....	194
<b>29.</b>	<b>DSBs anbefalinger .....</b>	<b>196</b>
<b>Vedlegg A:</b>	<b>Kart over vaksinasjonsandel i kommunene .....</b>	<b>199</b>
<b>Vedlegg B:</b>	<b>Oversikt over aktører i samarbeidsgruppe og utvidet samarbeidsgruppe.....</b>	<b>201</b>
<b>Vedlegg C:</b>	<b>Oversikt over aktører det er gjennomført møter med .....</b>	<b>203</b>
<b>Vedlegg D:</b>	<b>Ordliste .....</b>	<b>205</b>
<b>Vedlegg E:</b>	<b>Forkortelser brukt i rapporten .....</b>	<b>207</b>







## **Forord**

Håndteringen av influensa A (H1N1) var en vanskelig og langvarig krisehåndteringsoppgave for norske myndigheter. Influensaen ble heldigvis mindre alvorlig enn det en hadde fryktet og planlagt for.

Håndteringen av pandemien involverte tusenvis av mennesker i alle deler av helsevesenet og også mange i andre sektorer. Innsatsen og engasjementet som ble vist var på mange måter imponerende. Det har vært diskutert i Norge og andre land i hvilken grad influensaen var en reell krisesituasjon. Selv om antallet menneskeliv som gikk tapt var langt lavere enn ved pandemier på 1900-tallet, var situasjonen likevel krevende. Sykehusene opplevde til dels stor belastning i høstmånedene, og massevaksineringen som ble gjennomført av kommunene krevde mange steder ekstraordinær innsats og organisering.

Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (DSB) har fått i oppdrag å gjennomgå erfaringene fra håndteringen av pandemien i dialog med de involverte aktørene.

Etterpåklokskap er som kjent den mest eksakte formen for vitenskap. I denne rapporten har vi forsøkt å kombinere etterpåklokskap med vurderinger av hvordan aktørene handlet ut fra de forutsetningene de hadde å forholde seg til da beslutningene måtte tas. Den usikkerheten de opplevde om hva fremtidig utvikling ville bli er i denne sammenheng viktig å få frem.

Hensikten med denne rapporten er å bidra til læring. Vi tror at metoden som er valgt, der de viktigste aktørene har bidratt med egne innspill og er gitt anledning til å kommentere våre vurderinger, er gunstig i læringsammenheng. Samtidig gir dette rapporten en faglig forankring som vi tror er fordelaktig.

DSBs vurderinger er i rapporten skilt ut i egne kapitler. Selv om de aktørene som har vært involvert i prosessen er blitt gjort kjent med vurderingene og har hatt anledning til å uttale seg til dem underveis, er det bare DSB som innestår for dem. Forhåpentligvis har vi klart å balansere hensynet til det gode samarbeidsklimaet, mot vår selvstendige rolle som ansvarlig for rapportens vurderinger på en god måte.

Pandemier opptrer gjennomgående med noen tiårs mellomrom. Vi vet selvfølgelig ikke hvor lenge det er til den neste. Den kan godt komme neste år. Flere utredninger har vist at en alvorlig pandemisk influensa er en av de største utfordringene for samfunnssikkerheten. Det er derfor viktig at de vurderingene og anbefalingene som kommer frem i denne rapporten snarest mulig blir tatt opp til vurdering hos de ansvarlige aktørene, og at de justerer sine planer slik at erfaringene fra den relativt lette pandemien i 2009 kan bidra til at vi blir enda bedre rustet til å møte en alvorlig som kan møte oss ved neste korsvei.

Tønsberg 13. oktober 2010

Jon A. Lea  
direktør



## ***Sammendrag og anbefalinger***

### ***Rammer og forutsetninger***

Fredag 24. april 2009 varslet Verdens helseorganisasjon (WHO) om utbrudd av influensa med bakgrunn i et nytt virus i Mexico og USA. Det nye viruset ble utgangspunktet for en ny epidemi som det neste året kom til å spre seg over hele verden og medføre at en stor del av befolkningen ble influensasyke. 11. juni 2009 erklærte WHO pandemi. I Norge ble de første tilfellene av sykdommen rapportert allerede i begynnelsen av mai, mens hovedbølgen slo inn over landet i andre halvdel av oktober og første halvdel av november 2009. Beregninger tilsier at ca. 900 000 personer kan ha blitt syk med ny influensa A (H1N1) i Norge. For de fleste artet influensaen seg som en mild sykdom, men noen ble rammet hardt. Ved utgangen av 2009 var det registrert 29 dødsfall med bakgrunn i ny influensa A (H1N1) i Norge.

Håndteringen av pandemien basert på det nye influensaviruset involverte hele helse-Norge og store deler av samfunnet for øvrig. Sentrale aktiviteter i håndteringen var planlegging og organisering, rapportering, informasjon til befolkningen, behandling og vaksinerings, både av risikogrupper og befolkningen generelt.

Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (DSB) har fått i oppdrag å samordne en gjennomgang av den nasjonale håndteringen av pandemien. Formålet er å dra lærdom av erfaringene som er gjort nasjonalt, og dermed forbedre pandemiberedskapen. Sentrale tema er knyttet til valg av nasjonale strategier og virkemidler, samt gjennomføringen av disse. Dette innebærer blant annet planlegging og forberedelser, organisering, situasjonsanalyse, samt kommunikasjon med myndigheter, helsesektoren og befolkningen, herunder hvordan samordningen fungerte på ulike nivåer. Gjennomgangen er utført i nær dialog med involverte aktører.

Det metodiske grunnlaget for gjennomgangen omfatter i første rekke:

- Løpende dialog med sentrale aktører innenfor rammene av en samarbeidsgruppe bestående av representanter fra Helsedirektoratet, Folkehelseinstituttet og Statens legemiddelverk. I annet hvert møte ble gruppen utvidet med representanter for regionale og lokale aktører
- Møter med sentrale aktører på sentralt, regionalt og lokalt nivå, inkludert helseforetak, fylkesmenn og kommuner
- Gjennomgang av dokumentasjon fra sentrale aktører og andre kilder
- Gjennomføring av tre spørreundersøkelser: til regionale helseforetak, fylkesmenn og kommuner.

Ulike lover og regelverk, planer og rutiner mv. ga rammer og premisser for håndteringen ved utbruddet av pandemien. *Lov om helsemessig og sosial beredskap* pålegger kommuner, fylkeskommuner, regionale helseforetak og staten å utarbeide beredskapsplan for de helse- og sosialtjenestene de er ansvarlig for. *Lov om helsetjenesten i kommunene* fastslår at kommunene skal sørge for nødvendige helsetjenester for alle som bor eller midlertidig oppholder seg i kommunen. I følge *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.* skal de regionale helseforetakene sørge for at personer med fast bopel eller oppholdssted innen helseregionen skal tilbys forsvarlige spesialisthelsetjenester, og i tillegg utarbeide beredskapsplaner.

*Lov om vern mot smittsomme sykdommer (smittevernloven)* gir Helsedirektoratet en viktig rolle i bekjempelsen av smittsomme sykdommer. Når det er nødvendig, kan direktoratet bestemme at kommuner, fylkeskommuner eller statlige institusjoner skal organisere eller utføre nærmere

bestemte tjenester eller tiltak. Loven pålegger Folkehelseinstituttet (FHI) å overvåke den epidemiologiske situasjonen og sikre nødvendig vaksineforsyning og vaksineberedskap. Instituttet skal i tillegg gi bistand, råd, veiledning og informasjon til kommunale, fylkeskommunale og statlige institusjoner, samt helsepersonell og befolkningen. Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) fastsetter et nasjonalt program for vaksiner mot smittsomme sykdommer, og kommunehelsetjenesten skal tilby befolkningen dette programmet. De regionale helseforetakene skal sørge for at befolkningen i helseregionen er sikret nødvendig undersøkelse, behandling og forsvarlig isolering i sykehus.

Prinsipper for sentral krisehåndtering er nedfelt i St.meld. nr. 37 (2004-2005)

*Flodbølgekatastrofen i Sør-Asia og sentral krisehåndtering.* Av denne stortingsmeldingen fremgår det at HOD vil være lederdepartement i kriser som gjelder epidemier/pandemier. I en krisesituasjon skal lederdepartementet blant annet utarbeide overordnede situasjonsrapporter, identifisere og vurdere behov for tiltak på strategisk nivå, påse at nødvendige tiltak innen eget ansvarsområde blir iverksatt og ivareta nødvendig koordinering med andre departementer og etater, samt sørge for at det blir gitt koordinert informasjon til media og befolkningen.

*Overordnet nasjonal helse- og sosialberedskapsplan* beskriver aktørene i helse- og sosialsektorens roller ved krise- og katastrofesituasjoner og i beredskapsplanlegging. I planen fastslås det at Helsedirektoratet etter delegasjon fra departementet skal forestå overordnet koordinering av helse- og sosialsektorens innsats og om nødvendig iverksette tiltak når en krisesituasjon truer eller har inntruffet.

*Nasjonalt beredskapsplan for pandemisk influensa (Pandemiplanen)* understreker at ansvaret for å håndtere en pandemi følger de prinsippene for krisehåndteringen som gjelder for helsesektoren og samfunnet for øvrig. Planen tar utgangspunkt i WHO's faseinndeling knyttet til smittespredning slik den var i 2006, og skisserer mål og tiltak for hver av de seks fasene. I planen fremheves vaksine som det beste tiltaket for å hindre at folk blir syke.

Avtale om leveranse av pandemivaksine ble inngått i juni 2008 etter forutgående anbudsrunde. Avtalen ga Norge rett og plikt til å kjøpe vaksine ved pandemi, og den omfattet totalt 9,4 millioner doser til en kostnad av 730 millioner kr. Vaksineleveransene skulle i henhold til avtalen starte så snart produsenten hadde ferdigstilt vaksine og fortsette med ukentlige leveranser til hele mengden var levert. Norge ville motta en fast andel av produsentens produksjon. Avtalen ble utløst ved WHO's erklæring av fase 6 (pandemi) og ga ikke rom for reforhandlinger på bakgrunn av sykdommens alvorlighet og situasjonen for øvrig.

FHI publiserte våren 2009 planveiledere for massevaksinering i kommunene og i helseforetak. Veilederne konkretiserte ansvar, roller og arbeidsoppgaver og også hvilke strategier som kunne være aktuelle, fra ingen vaksinering til vaksinering av alle.

Sentrale problemstillinger i gjennomgangen av den nasjonale håndteringen av pandemien tar i hovedsak utgangspunkt i prinsipper og målformuleringer i Pandemiplanen:

- styring, planlegging og koordinering
- overvåking og vurdering
- forebygging og begrensnig
- respons
- kommunikasjon.

Resultatene av gjennomgangen vurderes opp mot i hvilken grad de kan bidra til å sette samfunnet i stand til å håndtere en ny pandemi på en best mulig måte.

## ***Håndtering på sentralt nivå***

### ***Styring, planlegging og koordinering***

I regjeringens kriseråd mandag 27. april ble HOD tildelt rollen som lederdepartement. Slik situasjonen utviklet seg, ble behovet for koordinering på departementsnivå relativt lite. HOD delegerte muntlig ansvaret for overordnet koordinering av helsesektorens innsats under pandemien til Helsedirektoratet i møte 27. april. Direktoratet leverte jevnlig situasjonsrapporter til departementet, og det var i tillegg løpende uformell kontakt underveis i håndteringen.

Etter DSBs vurdering ble den overordnede styringen og koordineringen av pandemien i hovedsak ivaretatt på en god måte. Likevel er det forhold som det kan være grunn til å stille spørsmål ved, særlig fordi de kan representere mulige sårbarheter i en annen og mer krevende håndteringssituasjon. Samlet sett er inntrykket at HOD fremsto som delvis utydelig i ivaretagelsen av lederdepartementsrollen, dels fordi departementet var forsiktig med å uttrykke forventninger til andre departementer, og dels fordi ansvaret for den overordnede koordineringen av helsesektorens innsats var delegert til Helsedirektoratet.

Det var uheldig at HODs delegasjon av håndteringsansvaret til Helsedirektoratet ikke ble formalisert, og at det eksisterer ulike oppfatninger av om vedtaket kun omfattet helsesektoren eller om det også omfattet deler av HODs tverrsektorielle rolle som lederdepartement. Tross dette er DSBs oppfatning at Helsedirektoratets kriseledelse ble utøvd med stort engasjement og faglig dyktighet. Likevel er det behov for en større grad av formalisering av samarbeidsforhold og prosesser for å motvirke rolleblanding og sikre kvalitet i beslutningene.

Gjennom hele håndteringen av pandemien var det et nært samarbeid og betydelig kontakt mellom Helsedirektoratet og FHI om de fleste viktige spørsmål. FHI har etter smittevernloven ansvar for å sikre nødvendig vaksineforsyning og vaksineberedskap. FHI fremsto som direktoratets viktigste faglige rådgiver gjennom sin overvåking av situasjonen nasjonalt og internasjonalt. Etter DSBs oppfatning var FHIs håndtering av pandemien preget av profesjonalitet og faglig dyktighet. På kommunikasjonsområdet var samarbeidet mellom FHI og Helsedirektoratet så tett at de fremsto som en enhet.

Samarbeidet mellom Helsedirektoratet og FHI var i de fleste sammenhenger tett og godt ved håndteringen av pandemien. En viktig uavklart problemstilling synes likevel å være hvor langt FHIs rolle som forvaltningsorgan på vaksineområdet strekker seg, og motsatt hvor langt Helsedirektoratets generelle fullmakter når til å drive overordnet koordinering og iverksette tiltak. Problemstillingen har blant annet relevans for opplegget for vaksinedistribusjon og prioritering av hvilke grupper som skal tilbys vaksine. Dersom situasjonen hadde blitt mer alvorlig, kunne det ha blitt en utfordring at de to etatene har separate kommunikasjonslinjer ut til grunnplanet i helse-Norge.

Sammen med FHI deltok Statens legemiddelverk (SLV) regelmessig på møter i Helsedirektoratets kriseutvalg fra august. SLV hadde en viktig funksjon i forbindelse med godkjenning av vaksinen Pandemrix.

## ***Valg av overordnet strategi***

Av Pandemiplanen fra 2006 fremgår det at vaksinerings av befolkningen er hovedstrategien ved håndtering av en pandemi. Situasjonen ved utarbeidelsen av Pandemiplanen var at en anså at den største risikoen var en ny pandemi med utgangspunkt i fugleinfluensavirus, fordi dette viruset ble antatt å kunne gi et alvorlig sykdomsbilde hos mange. Dermed ble det også inngått avtale om innkjøp av vaksiner. Den norske tilnærmingen er i stor grad på linje med den som ble valgt i andre land i Europa. Etter hva DSB kan se, ble myndighetenes håndtering av pandemien i overveiende grad gjennomført i tråd med den strategien som var lagt tre år tidligere.

## ***Overvåking og vurdering***

FHI etablerte et eget apparat for overvåkingen av influensa A nasjonalt. Viktige elementer i dette apparatet var rapporteringsplikt for helsepersonell, mottak og analyse av laboratorieprøver fra hele landet og influensaovervåking ved 201 legekontor ("vaktårnlegene"). FHI presenterte løpende oppdaterte situasjonsbilder i sine statusrapporter. Allerede tidlig meldte FHI at de trodde pandemien ville bli mild med lav letalitet.

For å dimensjonere innsatsen i helsesektoren og samfunnet for øvrig, var det nødvendig å ha et planscenario å ta utgangspunkt i. Etter hvert ble det klart at sannsynligheten for verstefallsscenarioet fra Pandemiplanen var så liten at det ble nødvendig å utarbeide et nytt planscenario. FHI presenterte derfor i slutten av juli 2009 et nytt planscenario basert på det en da antok kunne være en rimelig verstefallstilnærming. Planscenarioet ble modifisert i begynnelsen av september.

FHIs vurderinger av hva som var den mest sannsynlige utviklingen, viste seg å stemme godt overens med det som ble det faktiske forløpet i Norge. Vurdert i ettertid kan det likevel stilles spørsmål ved om andelen syke som ville trenge sykehusbehandling og intensivbehandling i sykehus, ble vurdert som for høyt i planleggingsscenarioet. Erfaringer fra Australia og New Zealand, hvor hovedbølgen av pandemien kom tidligere enn i Norge, tilsa at sykdommen for det meste var mild, men at noen få fikk et alvorlig sykdomsforløp.

## ***Forebygging og begrensning***

Pandemiplanen beskriver ulike smitteverntiltak med hensikt å forsinke smittespredningen, flate ut epidemikurven og redusere antall smittede og døde. Flere tiltak ble iverksatt, som hygieneråd og fraværsmål. Mer drastiske tiltak, som stengning av skoler og barnehager, ble ikke iverksatt.

Hygienerådene antas å ha vært effektive, selv om det er vanskelig å måle effekten. Rådene ble oppfattet som relevante og ble i stor grad fulgt. Anbefalingen om å holde seg hjemme i syv dager etter symptomer på influensa, er mer omstridt. I en tidlig fase, da bare en liten andel av de influensasyke hadde influensa A, medføre anbefalingen større fravær enn nødvendig. I en senere fase, da nær alle influensasyke hadde influensa A, var anbefalingen mer relevant.

## ***Bruk av antiviralia***

Ved pandemiens utbrudd hadde Norge beredskapslagre av de virksomme legemidlene Tamiflu og Relenza. Fra begynnelsen av mai ble det iverksatt løpende rapportering på mengden Tamiflu som ble rekvirert fra apotekene. Frem til november 2009 foregikk salg til publikum etter ordinasjon fra lege. Fra 5. november fikk farmasøytene rekvireringsrett på Tamiflu. Dette ble gjennomført først og fremst for å avlaste fastlegene.



## ***Vaksinering***

På grunn av at vaksineleveransen til Norge ble fordelt over en periode som strakk seg over flere måneder, var det i henhold til Pandemiplanen nødvendig å fordele vaksinen til prioriterte grupper. I første omgang ble det besluttet å vaksinere smitteutsatt helsepersonell og risikogrupper. Den beslutningen ble tatt i midten av september 2009, mens selve vaksineringen startet en måned senere. I siste halvdel av oktober ble det anbefalt at hele befolkningen skulle vaksinere seg.

DSB mener det kan stilles spørsmål ved prosessen knyttet til rådet om massevaksinering i oktober 2009. Kun medlemmene av Pandemikomiteén fikk anledning til å uttale seg, og høringsfristen var i praksis bare én arbeidsdag. Rapporten som lå til grunn for rådet, inneholder ingen eksplisitt analyse av forholdet mellom nytten og kostnadene, inkludert risikoen for bivirkninger, ved konsekvensene av anbefalingen om vaksinering for hele befolkningen. Det hersker i tillegg ulike oppfatninger av hvem som formelt sett innestår for beslutningen om å oppfordre befolkningen om å la seg vaksinere, noe som illustrerer en uklarhet om grensene for Helsedirektoratets og FHIs myndighetsområder under pandemien. Det er likevel ingen tvil om at de sentrale aktørene, inkludert departementet, var enig om rådet som ble gitt.

DSB har ikke grunnlag for å ta stilling til om rådet om massevaksinering var riktig eller galt, men mener at beslutningen fremstår som fullt forståelig ut fra den situasjonen en var i høsten 2009.

Etter forskrift som trådte i kraft 5. oktober, ble kommunene forpliktet til å tilby vaksinering til kr. 50 pr. dose. Dette førte til protester fra kommunene og fastleger som argumenterte med at en slik pris ikke ville gi kostnadsdekning. Forskriften ble endret 15. oktober, og det ble opp til kommunene selv å fastsette prisen på vaksinering.

Etter DSBs vurdering kom prisfastsettelsen på vaksinering for sent og var heller ikke godt nok forankret. Det var også uheldig at prisen varierte mellom kommunene og også i mange tilfeller mellom fastlegene og kommunen. I praksis måtte personer i risikogruppene ofte betale mer for vaksinering enn andre, fordi de i større grad ble vaksinert hos fastlegene. Vaksinedekningen ville sannsynligvis vært større om vaksinen hadde vært gratis, slik den var i Sverige.

Etter at første leveranse av vaksine kom til landet i midten av oktober, startet FHI utsendelse til kommuner og helseforetak. Vaksinedistribusjonen varte frem til slutten av februar 2010, da det var levert over 3 millioner doser. Selve transporten ble tatt hånd om av et innleid firma. Vaksinedistribusjonen har blitt kritisert av mottakerne på bakgrunn av mangelfull informasjon og uforutsigbare leveranser.

Det er etter DSBs vurdering flere årsaker til problemene med distribusjonen, også årsaker utenfor helsemyndighetenes kontroll. Det er likevel klart at det valgte opplegget med den valgte distributøren ikke fungerte godt nok. Det bør planlegges for et mer robust opplegg for distribusjon av vaksine slik at en står bedre rustet på dette området når neste pandemi inntreffer.

SLV godkjente vaksinen etter at EU-kommisjonen etter anbefaling fra det europeiske legemiddelverket hadde gjort det samme. Pr. 1. april 2010 var det kommet inn 1 049 meldinger om mistenkte bivirkninger av Pandemrix. Antallet var ikke større enn det som var forventet. Meldinger om smaksforstyrrelser var uventet og ikke tidligere kjent. Om det er noen sammenheng mellom rapporterte tilfeller av narkolepsi og vaksinering, er foreløpig usikkert.

## ***Behandling***

Basert på planscenarioet som ble presentert i slutten av juli 2009 (rimelig verstefallsscenario), ble de regionale helseforetakene (RHF-ene) bedt om å planlegge for å øke behandlingsskapasiteten, både med hensyn til utstyr og personell. Særlig ble kapasiteten for intensiv behandling av akutt lungesviktsyndrom ansett som kritisk. Helsedirektoratet estimerte et behov på i overkant av 1 000 intensivplasser i perioden med størst belastning, mens det i en normalsituasjon er i underkant av 300 slike plasser i Norge.

Det ble kjøpt inn respiratorer for å øke behandlingsskapasiteten, men RHF-ene påpekte at kompetent personell uansett ville være den begrensende kapasiteten. Siden pandemien ble betydelig mildere enn det som var lagt til grunn i planscenarioene, ble behovet for intensivplasser på et nivå som ikke utfordret kapasiteten til sykehusene. I perioden fra september 2009 til januar 2010 ble det totalt innlagt i overkant av 1 300 personer med influensa A, derav 172 personer på intensivavdeling.

Flere fagmiljøer stilte spørsmål ved om planscenarioene var realistiske. DSB anser at dimensjonering av beredskap ved sykehusene er en kompleks problemstilling, og klare retningslinjer for hva sykehusene skal ta høyde for, er etterspurt fra flere miljøer. Viktige oppfølgingsoppgaver er å ferdigstille Helsedirektoratets veileder for pandemiplanlegging i spesialisthelsetjenesten, samt revidere Pandemiplanen slik at føringer om beredskapskapasitet ved sykehusene blir tydeliggjort.

## ***Andre samfunnsviktige funksjoner***

Pandemisk influensa kan medføre at en stor del av befolkningen blir syk samtidig og at en enda større del blir borte fra arbeidsplassen. Fravær kan skyldes egen sykdom, omsorgsansvar eller frykt for smitte, og kan føre til store problemer innenfor en rekke sektorer. Viktige samfunnsfunksjoner, som også helsevesenet er avhengig av, kan svekkes eller bryte sammen. For å ivareta denne utfordringen etablerte Helsedirektoratet i samarbeid med DSB et planstøttesekretariat med hensikt å støtte aktører på sentralt, regionalt og lokalt nivå i deres arbeid med planverk og beredskap.

DSB har ikke forutsetninger for å vurdere hvor godt Norge reelt sett var forberedt på et eventuelt høyt fravær fra arbeidsplasser da hovedbølgen av pandemien slo inn over landet i oktober 2009. En alvorligere pandemi vil fortsatt kunne utgjøre en stor utfordring for virksomheter i alle sektorer. Det er derfor viktig å fortsette arbeidet med å planlegge for kontinuitet i produksjonen ved stort fravær av arbeidskraft.

## ***Kommunikasjon***

Helsedirektoratet og FHI samarbeidet tett om kommunikasjon knyttet til pandemien. Kommunikasjonsstrategien var basert på Pandemiplanen, med klare mål og målgrupper. Den første fasen i kommunikasjonsarbeidet var preget av hygieneråd, mens vaksineringssto mer sentralt i senere faser. Ulike virkemidler ble tatt i bruk, som pressekonferanser og -briefer, TV-reklame og annonsering i andre medier, plakater, brosjyrer og informasjon på nettstedet.

Pandemien var den største mediasaken i 2009, og medietrykket underveis var stort. Spørreundersøkelser viser at befolkningen i stor grad var fornøyd med myndighetenes informasjon, men et flertall mente etter hvert at faren ved pandemien ble overdrevet. Skepsisen mot vaksinen i Norge var relativt lav sammenlignet med andre land. Brukernes vurdering av de sentrale nettstedene pandemi.no og fhi.no var i stor grad positiv.

Det er DSBs inntrykk at helsemyndighetene i sin kommunikasjon langt på vei nådde målene de hadde satt seg i Pandemiplanen. Helsedirektoratet og FHI gjorde en svært god kommunikasjonsinnsats, og utfordringene underveis ble møtt på en proaktiv måte, som gjorde at en fikk godt gjennomslag for budskapene både hos helsepersonell og i befolkningen generelt. Inntrykket er at befolkningen i stor grad ble sikret informasjon som var konsistent og troverdig.

Den første pressekonferansen 27. april medførte at myndighetene bidro til å forsterke det bildet som allerede var i ferd med å bli skapt i media, av at landet sto overfor en potensiell alvorlig krisesituasjon. Etter DSBs oppfatning var dette ikke en omforent strategi fra myndighetenes side, men snarere en konsekvens av mangelfull koordinering i dette tilfellet. DSB mener at verstefallsscenarioet fikk for stor plass i presentasjonen på pressekonferansen, og i tillegg ble presentert på en noe uheldig måte. I senere pressekonferanser, pressebriefere og i mediearbeidet for øvrig kom budskapet om at influensaen mest sannsynlig ville bli mild, tydeligere frem.

## ***Håndtering på regionalt og lokalt nivå***

### ***Styring, planlegging og koordinering***

Fylkesmennene har en samordningsfunksjon på regionalt nivå under kriser og katastrofer i fredstid. I tillegg pålegger smittevernloven fylkesmennene å utarbeide en smittevernplan for fylket. Fylkesmennene hadde en viktig rolle i å kontrollere at kommunene hadde et oppdatert planverk for håndtering av pandemien. Det var en nær dialog mellom fylkesmennene og Helsedirektoratet under håndteringen, mens dialogen mellom fylkesmennene og FHI var svært begrenset. I forbindelse med vaksineringsen gikk dialogen i stor grad direkte mellom FHI og kommunene.

Som en del av samordningen innhentet fylkesmennene fra slutten av juli ukentlig rapporter fra kommunene om den løpende utviklingen av pandemihåndteringen, sammenstilte disse og sendte rapport videre til Helsedirektoratet. Direktoratet rapporterte videre til departementet. Selv om både fylkesmennene og kommunene forsto at det var nødvendig å rapportere, ga begge nivåene uttrykk for at de oppfattet rapporteringsregimet som for omfattende.

DSBs inntrykk er at kommunene var relativt godt fornøyd med informasjonen fra sentrale myndigheter i forbindelse med håndteringen av pandemien, men det var også sider ved informasjonen som ikke fungerte like bra. Det totale informasjonsvolumet ble stort, og samme informasjon kunne komme både gjennom ulike kanaler og fra flere avsendere. Informasjonen fra ulike myndigheter var ikke alltid godt samordnet. Som omtalt over, var det en del misnøye med informasjonen om distribusjon av vaksine.

Spørreundersøkelser viser at fylkesmennene opplevde at pandemien jevnt over ble håndtert godt i egne fylker, og tilsvarende at kommunene opplevde håndteringen i egen kommune som god. Fylkesmennene og kommunene vurderte også den nasjonale håndteringen som relativt god, men ikke like god som håndteringen i eget fylke og egen kommune. Et stort flertall av kommunene mente det var en god balanse mellom sentrale føringer og lokal frihet i pandemihåndteringen.

De regionale helseforetakene og helseforetakene har plikt til å utarbeide beredskapsplaner for de helsetjenestene de har ansvar for. RHF-ene og helseforetakene hadde en sentral rolle under håndteringen av pandemien i diagnostisering og behandling av syke, mobilisering og organisering av helsepersonell samt vaksineringsen av både pasienter og helsepersonell. Rapportering ble gjennomført fra helseforetak til RHF, som igjen rapporterte videre til Helsedirektoratet.

## ***Vaksinering***

For kommunene var vaksinering den aktiviteten som fikk størst oppmerksomhet og krevde mest ressurser under håndteringen av pandemien. Det startet med vaksinering av risikogrupper og helsepersonell for deretter å gå over til massevaksinering. Både fylkesmennene og kommunene har gitt uttrykk for at kommunene jevnt over håndterte vaksineringen på en god måte, og at vaksinasjonsarbeidet i stor grad var preget av dugnadsånd.

Kommunene møtte likevel ulike utfordringer i dette arbeidet, dels som en følge av samspillet med helsemyndighetene og dels som en følge av lokale forhold. Utfordringene var blant annet knyttet til identifisering av risikogrupper, distribusjon av vaksine, fastlegenes rolle og prissetting på vaksine, se også omtale over.

Risikogruppene ble i praksis identifisert på ulike måter. I noen kommuner ble risikogruppene identifisert, innkalt og vaksinert av fastlegene. I andre kommuner var opplegget at risikogrupper skulle møte opp til vaksinering på eget initiativ etter annonsering i aviser. Med en slik praksis var det ikke til å unngå at noen urettmessig påberopte seg å tilhøre en risikogruppe, særlig i den første fasen av vaksineringen. I enkelte kommuner skapte dette noe uro i forbindelse med den praktiske gjennomføringen.

På denne bakgrunnen bør det etableres et opplegg hvor de prioriterte gruppene identifiseres på en mer enhetlig måte i kommunene. Sannsynligvis vil dette innebære en sterkere involvering av fastlegene i alle kommunene.

Bruken av fastlegene ved vaksineringen varierte i stor grad mellom kommunene. I noen kommuner deltok de både i vaksineringen av risikogruppene og massevaksineringen, i andre kommuner bare i vaksinering av risikogrupper og i noen kommuner hadde de ingen rolle i vaksineringen. Enkelte kommuner har pekt på at kommunikasjonen med fastlegene var en utfordring ved vaksineringen. Det er et klart behov for å tydeliggjøre fastlegenes rolle som en del av kommunehelsetjenesten, og avklare deres rolle ved vaksinering i fremtidige pandemier.

Mange av kommunene, særlig de små kommunene, har bare kommunelege eller smittevernlege på deltid, eller ikke i det hele tatt. Dette representerer en utfordring siden det ofte i praksis er disse funksjonene som har ansvar for planverk og iverksetting av vaksinering. Det bør vurderes hvordan denne sårbarheten i kommunehelsetjenesten ved en pandemi kan reduseres. Interkommunalt samarbeid og en mer aktiv rolle for fylkesmennene er mulige løsninger.

FHI anslår at ca. 45 prosent av befolkningen ble vaksinert mot ny influensa A.

Vaksinasjonsdekningen var størst på Vestlandet og i fylkene fra Nord-Trøndelag og nordover. Lavest vaksinasjonsdekning hadde Oslo og Sørlandet inkludert Telemark. Det var gjennomgående høyere andeler som vaksinerte seg i små kommuner enn i store kommuner, noe som blant annet henger sammen med at små kommuner i distriktene hadde relativt god tilgang på vaksine på et tidlig tidspunkt, da motivasjonen for å vaksinere seg var høy.

Unge voksne vaksinerte seg i mindre grad enn resten av befolkningen. Et annet karakteristisk trekk var at menn vaksinerte seg i mindre grad enn kvinner.

## ***Behandling***

Kommunehelsetjenesten fikk mange konsultasjoner som følge av pandemien. Tjenesten er førstelinje for mottak av syke og fikk dermed utfordringer knyttet til prøvetaking og diagnostikk, utskriving av legemidler, rådgivning og videreformidling til spesialisthelsetjenesten. Kommunehelsetjenesten møtte ytterligere utfordringer da sykdomstoppen inntraff samtidig med starten på vaksineringsen.

Fastlegene hadde en viktig rolle, både i forbindelse med behandling og diagnostisering av pasienter og mange steder også i forbindelse med vaksineringsen. Fastlegenes kommunikasjonslinjer til kommunelegen og regionale og nasjonale helsemyndigheter utgjør imidlertid en utfordring. Etter DSBs oppfatning er det nødvendig å vurdere tiltak for å styrke disse kommunikasjonslinjene.

Kommunehelsetjenesten, særlig i små kommuner, er sammen med lokalsykehusene trolig den mest sårbare delen av helsesektoren. Ved en alvorlig pandemi kan en ikke se bort fra at helsetjenesten i enkelte områder i praksis kunne ha blitt satt ut av funksjon i kortere eller lengre tid.

I forbindelse med forberedelsene for å ta imot hovedbølgen av influensasyke ble det etter nasjonalt vedtak anskaffet blant annet 393 nye respiratorer og mye annet utstyr. Flere av helseforetakene stilte spørsmål ved hvorfor det ikke ble utarbeidet egne nasjonale retningslinjer for intensivbehandling, og det var ikke etablert formelle kommunikasjonslinjer for utveksling av kunnskap om behandling av pasienter med alvorlige komplikasjoner. I tillegg var det flere helseforetak som savnet en bedre funksjonsdeling av intensivpasienter mellom sykehusene. Mangel på isolat kunne medført en stor utfordring enkelte steder ved større tilstrømming av pasienter.

Etter DSBs vurdering er det behov for en nærmere presisering av forventet beredskapskapasitet ved sykehusene. Ved en mer alvorlig pandemi kunne mangel på kvalifisert helsepersonell blitt et problem.

Fordeling av ekstraressurser i form av for eksempel studenter, sivilforsvar og personell fra frivillige organisasjoner, kunne i en krisesituasjon ha blitt en utfordring siden det ikke er klart hvem som i en slik situasjon ville ha myndighet til å disponere ressursene.

Det er etter DSBs vurdering et stort behov for å formalisere, koordinere og samordne behovet for ekstra helsepersonell i spesialisthelsetjenesten. Dette må også koordineres og samordnes i samarbeid med kommunehelsetjenesten, siden de to tjenestene har basert seg på de samme ekstra personellressursene i sine planverk.

## **Anbefalinger**

Del IV av rapporten inneholder DSBs sammenfattende vurderinger av pandemihåndteringen. Her adresseres også problemstillinger knyttet til massevaksinasjonsbeslutningen og spørsmålet om myndighetene overdrev farene ved pandemien. Denne delen munner ut i DSBs konklusjon og anbefalinger. Med bakgrunn i de forholdene som er avdekket i gjennomgangen av håndteringen av pandemien, anbefaler DSB følgende:

- a. Beskrivelsen av Helsedirektoratets fullmakter når HOD delegerer samordningsansvaret for håndteringen av en hendelse, bør gjøres tydeligere. Dette kan gjøres i *Overordnet nasjonal helse- og sosialberedskapsplan* eller i det enkelte tilfellet.
- b. Fremtidige delegeringer med basis i det overordnede planverket bør formaliseres på en slik måte at alle aktører får et klart og entydig bilde av hva delegasjonen innebærer.
- c. Det bør vurderes mekanismer som kan forenkle den tverrsektorielle koordineringen av håndteringen på etatsnivå (i dette tilfellet mellom Helsedirektoratet og etater i andre sektorer).
- d. Helsedirektoratets og FHIs roller som henholdsvis forvaltningsorgan og fagorgan bør i større grad rendyrkes.
- e. Det bør gjennomføres en grenseoppgang mellom Helsedirektoratets og FHIs ansvarsområder på vaksineområdet.
- f. Ved krisehåndtering innen helsesektoren bør Helsedirektoratet vurdere å opprette et formelt overordnet møteforum hvor de øvrige viktige aktørene deltar.
- g. Helsedirektoratet bør også vurdere et tydeligere skille mellom operative, analytiske og strategiske roller internt, for eksempel ved en egen kriseorganisering.
- h. Helsedirektoratet og FHIs kommunikasjonslinjer til regionalt og lokalt nivå bør ved krisehåndtering samordnes bedre. FHI bør delta i møter/telefonkonferanser med fylkesmennene og regionhelseforetakene.
- i. Det bør vurderes om situasjonsrapporteringen mellom aktørene horisontalt og vertikalt kan forenkles og gjøres mer oversiktlig, for eksempel ved å ta i bruk nettbaserte løsninger.
- j. Sentrale myndigheter bør samarbeide for å forhindre at rapporteringsbelastningen på fylkesmennene og kommune ikke blir større enn nødvendig.
- k. Fastlegenes rolle som en del av kommunehelsetjenesten må tydeliggjøres og fastsettes ved lov. Kommunikasjonslinje mellom Helsedirektorat – fylkesmann – kommunelege – fastleger må etableres og gjennomgås.
- l. Pandemikomiteéns rolle som rådgivende organ for HOD i forbindelse med krisehåndtering bør vurderes nærmere.
- m. Smittevernloven bør gjennomgås på bakgrunn av de erfaringene pandemien gav. Fylkesmennenes rolle på smittevernområdet må gjennomgås og tydeliggjøres. Fullmaktsbestemmelsene må gjennomgås med tanke på tydelighet og fleksibilitet.

- n. Helsemyndighetene bør legge erfaringene fra pandemihåndteringen i 2009 til grunn for fremtidige pandemivaksineavtaler. Anskaffelse av prepandemivaksine basert på fugleinfluenzavirus A (H5N1) bør fortsatt vurderes.
- o. Ved fremtidige pandemier bør planscenarioer utvikles tidligere og revideres med jevne mellomrom.
- p. Rapporteringssystemene for infeksjonssykdommer bør utvikles slik at de kan gi raskere og mer geografisk differensiert informasjon.
- q. Det bør gjøres en nærmere analyse av kost-/nytteforholdet ved massevaksinasjon.
- r. Distribusjonsløsninger for pandemivaksine bør utredes nærmere. Det bør særlig vurderes om det kan oppnås større robusthet, fleksibilitet og forutsigbarhet ved å basere seg på eksisterende logistikksystemer med regionale distribusjonsnett, og ved å gi fylkesmennene en koordinerende rolle.
- s. Nasjonal pandemiplan må revideres. Intensiv- og laboratoriekapasitet bør gis en grundigere omtale i Pandemiplanen. Sentrale helsemyndigheter må være tydelige i sine forventninger til Helseforetakene når det gjelder behandlingsskapasitet under en pandemi.
- t. Et pandemiintensivregister må være klart før utbruddet av neste pandemi.
- u. Det bør lages nasjonale retningslinjer som beskriver hvilke samfunnsfunksjoner som er mest kritiske og hvilke oppgaver det må sikres kontinuitet i driften av under en pandemi eller i andre krisesituasjoner.
- v. Det bør vurderes hvordan personer i risikogrupper skal identifiseres ved en pandemi. Systemer for uttrekk av pasientjournaler kan være en av flere mulige løsninger.
- w. Helsedirektoratet og FHI bør vurdere hvordan en ved fremtidig krisehåndtering i større grad kan bruke kanaler og metoder som åpner for dialog med berørte grupper.
- x. Det bør vurderes hvordan sårbarheten i kommunehelsetjenesten kan reduseres ved en pandemi. Interkommunalt samarbeid er en av flere mulige løsninger. Fylkesmannen bør gis muligheter til å styre ressurser mellom kommunene og vis-à-vis spesialisthelsetjenesten i en krisesituasjon.
- y. Ved fremtidige pandemier bør det fastsettes en fast og felles pris for vaksiner som gjelder for hele landet og er uavhengig av hvordan vaksineringsorganisasjonen organiseres i den enkelte kommune. Denne prisfastsettelsen må komme *tidlig* i planleggingsprosessen, og det er viktig å vurdere prisnivået opp mot ønsket dekningsgrad.





# **Del I      Rammer og forutsetninger**

## **1. Innledning**

Fredag 24. april 2009 varslet Verdens helseorganisasjon (WHO) om utbrudd av influensa med bakgrunn i et nytt virus i Mexico og USA. Første møte om saken i organisasjonens Emergency Committee ble holdt dagen etter, og komitéen konkluderte med at situasjonen medførte "*a public health emergency of international concern*".

Det nye viruset ble utgangspunktet for en ny verdensomfattende epidemi som det neste året kom til å spre seg over hele kloden og medføre at en stor del av befolkningen ble influensasyke. I Norge ble de første tilfellene rapportert allerede i begynnelsen av mai, mens hovedbølgen slo inn over landet i andre halvdel av oktober og første halvdel av november 2009. Pandemien var den første siden den såkalte "Hong Kong-syken" i 1968-1970, med unntak av den lette "Russerinfluensaen" i 1977<sup>1</sup>. Ved utgangen av 2009 var det registrert 29 dødsfall med bakgrunn i ny influensa A (H1N1) i Norge.

Utgangspunktet for pandemien var svineinfluensaviruset A (H1N1). I Norge som i andre deler av verden hadde det i lang tid foregått planlegging for en eventuell pandemi basert på at fugleinfluensaviruset A (H5N1) ble ansett å utgjøre den største risikoen. Nasjonal beredskapsplan for pandemisk influensa er det viktigste dokumentet i denne sammenheng. Den første pandemiberedskapsplanen ble fastsatt i 2001, og den versjonen (3.0) som var gjeldende ved utbruddet i 2009 var fastsatt i februar 2006.

De første tilfellene av smitte av influensavirus A (H5N1) fra fugl til mennesker ble registrert i 1997, og fra 2004 ble det rapportert om en god del tilfeller av slik smitte i Asia og Afrika. En urovekkende stor del av de smittede hadde mistet livet. Frykten som gjorde seg gjeldende var at dette viruset skulle endre egenskaper slik at det også ville begynne å smitte mellom mennesker, og helsemyndighetene er for øvrig fortsatt urolig for en slik utvikling.

Håndteringen av pandemien basert på nytt influensavirus A (H1N1) involverte hele helse-Norge og store deler av samfunnet for øvrig. Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (DSB) har fått i oppdrag å samordne en gjennomgang av denne håndteringen. Denne rapporten er resultatet av prosessen. Mandatet for arbeidet er for øvrig nærmere omtalt og diskutert i kapittel 2 under.

Denne rapporten tar for seg de nasjonale erfaringene med håndteringen av pandemien. Hensikten er å bidra til læring. Oppmerksomheten rettes i hovedsak mot samspillet mellom aktørene vertikalt og horisontalt, og ikke på hvordan den enkelte virksomhet organiserte seg og hvilke interne vurderinger som ble gjort hos de enkelte.

Rapporten er delt i fire hoveddeler: Del I omfatter foruten en drøfting av mandatet for arbeidet og en presentasjon av metoden, rammer og forutsetninger for håndteringen, en gjennomgang av hendelsesforløpet og dessuten en presentasjon av hvilke problemstillinger som har vært sentrale i gjennomgangen.

I del II omtales overordnede strategier og virkemidler. I denne delen er oppmerksomheten i hovedsak rettet mot de mest sentrale aktørene i håndteringen: Helse- og omsorgsdepartementet (HOD), Helsedirektoratet og Nasjonalt folkehelseinstitutt (FHI). Det regionale og lokale nivåets perspektiv presenteres i rapportens del III.

---

<sup>1</sup> Nasjonal beredskapsplan mot pandemisk influensa, versjon 3.0, HOD, 2006, vedlegg O

I del II og III er det forsøkt å gjøre et tydelig skille mellom deskriptive og normative elementer ved at DSBs vurdering er skilt ut som et eget punkt i hvert kapittel. Del IV er en sammenfattende vurdering av håndteringen fra DSBs side, og denne delen omfatter også DSBs anbefalinger.

DSBs vurderinger er gjort på grunnlag av et sett av vurderingskriterier som er nærmere beskrevet i kapittel 6.1. I et arbeid som dette er det viktig å skille mellom det som kan være å betrakte som etterpåklokskap, og de vurderinger som gjøres på grunnlag av de kunnskaper og muligheter aktørene hadde på det tidspunktet beslutningene måtte tas.

I noen tilfeller kan utviklingen og senere hendelser gi grunnlag for å si at en beslutning var uheldig, og at en bør dra lærdom av dette og opptre annerledes i lignende situasjoner om de skulle oppstå på nytt. Dersom en ønsker å vurdere beslutningstakernes innsats i forbindelse med håndteringen, vil det mest rimelige imidlertid være å stille spørsmål ved om beste tilgjengelig kunnskap ble lagt til grunn, og om det ble gjennomført avveininger og prosesser som kunne bidra til å sikre at beslutningene ble så gode som mulig.

Det er viktig å understreke at selv om det kan påvises at en beslutning kunne vært basert på bedre utredninger og prosesser, trenger ikke dette å bety at selve beslutningen var uheldig og resultatene dårlige. Omvendt trenger ikke et vellykket resultat nødvendigvis bety at valgene av strategier og tiltak og prosessene bak dem var gode. Det kan også være andre årsaker til at utfallet ble som det ble.

Bak vurderingene i denne rapporten ligger likevel en grunnleggende oppfatning om at beslutninger basert på best tilgjengelig kunnskap og gode avveininger og prosesser, har større sannsynlighet for å gi gode resultater enn beslutninger som ikke har en slik basis.

DSB var selv en aktør i håndteringen av pandemien, særlig i den innledende fasen frem til ca. 15. juni. DSB innhentet tidvis rapporter fra fylkesmennene og deltok i det såkalte Planstøttesekretariatet i Helsedirektoratet. Lederen for gjennomgangen av håndteringen ledet også Planstøttesekretariatet. DSB er klar over at det derfor kan stilles spørsmål ved etatens og lederens arbeidets habilitet. Problemstillingen er vurdert og diskutert med andre sentrale aktører, og en har kommet til at oppdragets karakter ikke tilsier at deltakelse i noen av prosessene som vurderes vil være diskvalifiserende.

Planstøttesekretariatets oppdrag hadde oppdrag med å bistå med eventuell kontinuitetsplanlegging ved en pandemi. Det påpekes at i dette oppdragets sammenheng med gjennomgang av håndteringen er ikke å gjennomføre en granskning, men å samordne en gjennomgang av erfaringer i nær dialog med de involverte aktørene. Planstøttesekretariatets arbeid er for øvrig omtalt i kapittel 7.5.5 og i kapittel 16.

En gjennomgang basert på aktiv deltakelse og dialog mellom involverte aktører har fordeler og ulemper. Fordelene er blant annet at de som utfører arbeidet kan antas å ha en mer dyptgående forståelse for hvordan den norske forvaltningen er bygd opp og fungerer enn utenforstående miljøer. Ulempen kan blant annet være at konflikter og uenighet nedtones for å unngå å skade det fremtidige samarbeidsklimaet mellom aktørene. DSB har vært bevisst på at en slik mekanisme kan gjøre seg gjeldende og har etter beste evne søkt å balansere mellom å føre en dialog med andre sentrale aktører og innta en selvstendig rolle i vurderingene.

De involverte aktørene har stilt til disposisjon materiale DSB har bedt om i forbindelse med gjennomgangen, og samtlige har bidratt til å klarlegge fakta og premisser på en åpen og konstruktiv måte.

## 2. Mandat og avgrensning

Mandatet for utredningen er gitt i brev fra Justis- og politidepartementet (JD) av 25. mars 2010. DSBs oppdrag er å samordne en gjennomgang av den nasjonale håndteringen av influensa A (H1N1). Formålet med gjennomgangen er beskrevet slik i JDs brev:

*”Formålet med en slik gjennomgang er å dra lærdom av de nasjonale erfaringene som er gjort nasjonalt. Gjennomgangen skal omhandle valg av nasjonale strategier og virkemidler, samt gjennomføringen av disse. Dette innebærer blant annet planlegging og forberedelser, organisering, situasjonsanalyse, samt kommunikasjon med myndigheter, helsesektoren og befolkningen, herunder hvordan samordningen fungerte på ulike nivåer. Gjennomgangen skal utføres i nær dialog med involverte aktører.*

*Med hensyn til fremtidig pandemiberedskap er [det] viktig å dra lærdom av de erfaringer som er gjort, og dermed forbedre pandemiberedskapen”.*<sup>2</sup>

Arbeidet skal i henhold til oppdraget fra JD kunne ut i en offentlig sluttrapport fra DSB.

Oppdraget er omfattende, og for DSB har det blant annet av denne grunn vært nødvendig å gjøre en del presiseringer og avgrensninger. DSB skal i henhold til mandatet ” samordne en gjennomgang” av pandemihåndteringen. Dette har direktoratet oppfattet slik at aktørene forutsettes å være aktive og gi bidrag til arbeidet. Mandatet understreker også at gjennomgangen skal utføres i nær dialog med involverte aktører. Hvordan dette i praksis er håndtert er beskrevet under kapittel 3, Metode.

Mandatet definerer ikke DSBs rolle i gjennomgangen fullt ut. Slik DSB har oppfattet oppdraget, er det imidlertid nødvendig å gjennomføre en analyse av håndteringen for å legge grunnlag for å dra lærdom av erfaringene. Denne analysen er gjennomført av DSB, men er diskutert med de mest sentrale aktørene. Fremstillingsmessig er det gjort et klart skille mellom de delene av teksten som er relativt deskriptive eller gir uttrykk for omforente vurderinger, og de som står for DSBs regning.

Oppdraget er å gjøre en gjennomgang av den nasjonale *håndteringen* av pandemien. DSB har tolket dette slik at hovedoppmerksomheten skal rettes mot den perioden da håndteringen foregikk, dvs. at startpunktet er fredag 24. april 2009. Sluttidspunktet er vanskeligere å definere, men DSB har i hovedsak valgt å sette sluttstrek ved årsskiftet 2009/2010. Dette betyr at prosessen rundt *Nasjonal beredskapsplan for pandemisk influensa* (Pandemiplanen) fra 2006 og vaksineavtalen fra 2008 faller utenfor mandatet. For de som skulle håndtere situasjonen i 2009 var disse, sammen med diverse lov- og regelverk med mer, premisser som de måtte forholde seg til og som de måtte forutsette lå fast.

Mandatet understreker at det er den *nasjonale* håndteringen som er tema. Dette medfører at spørsmål knyttet til for eksempel WHO's rolle og vurderinger faller utenom det som er rammen for vurderingene og fremstillingen for øvrig.

DSB har ikke medisinskfaglig kompetanse, og dette gjør at det ikke har vært mulig å gå inn i, og gjøre analyser av, hvilke faglige vurderinger som ble gjort på dette området med hensyn til råd og anbefalinger og valg av behandlingsmetoder. DSB må derfor i slike sammenhenger begrense seg til å vurdere om nødvendige utredninger var gjort og om prosessen var tilfredsstillende.

Elementer i håndteringsstrategien var forankret i politiske beslutninger. DSB ser det som vanskelig å gå inn i de vurderingene som lå til grunn for beslutninger i regjeringen og Stortinget. I politisk sammenheng kan andre argumenter enn de strengt faglige veie tungt. Et faglig organ som DSB kan imidlertid bare vurdere argumentasjon ut fra en faglig virkelighetsoppfatning.

---

<sup>2</sup> Brev fra JD til DSB, gjennomgang av den nasjonale håndteringen av influensa A (H1N1), oppdrag, 25. mars 2009

### **3. Metode og prosess**

Metodikken som er benyttet i arbeidet med denne rapporten tar utgangspunkt i mandatets understreking av at gjennomgangen skal skje i ”nær dialog med involverte aktører”.

Innledningsvis i arbeidet ble alle viktige sentrale og regionale aktører (fylkesmenn og regionhelseforetak) tilskrevet og bedt om å melde inn synspunkter på hvilke problemstillinger det er viktig å få belyst i gjennomgangen. Aktørene ble også bedt om å oppnevne en kontaktperson som DSB kunne forholde seg til i arbeidet.

Arbeidsgruppen har gjennomført møter med følgende aktører:

- Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) og fire andre departementer
- Helsedirektoratet
- Nasjonalt folkehelseinstitutt (FHI)
- Statens legemiddelverk (SLV)
- Statens helsetilsyn
- Mattilsynet
- 3 fylkesmenn
- 3 regionale helseforetak
- 6 helseforetak/sykehus
- 14 kommuner/bydeler
- Kommunesektorens interesse- og arbeidsgiverorganisasjon (KS)
- Den norske legeförening, Apotekforeningen, Norges farmaceutiske forening
- 3 pasientorganisasjoner.<sup>3</sup>

Hensikten med møtene har vært å innhente informasjon om, og synspunkter på, håndteringen av pandemien i Norge. Med noen av aktørene er det også gjennomført mer utdypende samtaler knyttet til sentrale problemstillinger i arbeidet med gjennomgangen.

For å ivareta den løpende dialogen med sentrale aktører i forbindelse med gjennomgangen, ble det opprettet en samarbeidsgruppe. Denne ble i annet hvert møte utvidet med representanter for regionale og lokale aktører. I den ordinære samarbeidsgruppen deltok representanter for Helsedirektoratet, FHI og SLV. I den utvidede gruppen deltok i tillegg representanter for tre fylkesmenn, to regionhelseforetak og to kommuner.<sup>4</sup> Det er til sammen gjennomført syv samarbeidsmøter i løpet av prosessen. I tillegg har det vært egne møter med de kommunikasjonsansvarlige hos de sentrale aktørene.

Fra Helsedirektoratet og FHI har DSB mottatt omfattende dokumentasjon som omhandler håndteringen av pandemien. Fra andre aktører er slik dokumentasjon innhentet i den grad det har vært behov for å underbygge informasjon gitt i møtene.

Det er gjennomført tre spørreundersøkelser i forbindelse med arbeidet: én rettet mot fylkesmennene, én mot regionhelseforetakene og én mot kommunene. De to første undersøkelsene er besvart av alle aktuelle respondenter, mens 191 kommuner svarte på undersøkelsen som var innrettet mot det lokale nivået.

Medlemmene i samarbeidsgruppene har fått rapportutkast til gjennomlesning og har vært gitt anledning til å gi tilbakemelding på disse og på nærmere definerte problemstillinger som DSB har ønsket deres syn på.

---

<sup>3</sup> Detaljert oversikt i vedlegg C

<sup>4</sup> Detaljert oversikt i vedlegg B

## **4. Rammer**

I dette kapittelet beskrives de overordnede premisser og forutsetninger som lå til grunn for håndteringen av ny influensa A (H1N1) i Norge ved utbruddet i april 2009 i form av lov- og regelverk, føringer, planer, roller og rapporteringsrutiner mv.

### **4.1. Lov- og forskriftsverk**

Det understrekes at fremstillingen av lovverket ikke er uttømmende og at den ikke har til hensikt å gi en nøyaktig beskrivelse av hvilke bestemmelser og tolkninger som vil kunne gjøres gjeldende i ulike sammenhenger. Kun noen bestemmelser som ville kunne ha betydning i håndteringen av en pandemi er tatt med i beskrivelsen.

#### **4.1.1. Lov om helsemessig og sosial beredskap**

Lov om helsemessig og sosial beredskap pålegger kommuner, fylkeskommuner, regionale helseforetak og staten å utarbeide beredskapsplan for de helse- og sosialtjenestene de er ansvarlige for. Sykehus og Mattilsynet har en selvstendig planplikt. Beredskapsplanen skal gjøre det mulig å fortsette og om nødvendig legge om og utvide virksomheten under krig og ved kriser og katastrofer i fred. I loven fastslås også plikten til å samordne eget planverk med andre samarbeidende aktørers.

Planplikten i helseberedskapsloven er utdypet i *Forskrift nr. 881 23. juli 2001 om krav til beredskapsplanlegging og beredskapsarbeid*. I forskriften slås det blant annet fast at virksomheten skal ha prosedyrer for operativ ledelse, informasjonsberedskap og samordning av planer. Virksomheten skal også sørge for at personell som er tiltenkt oppgaver i beredskapsplanen er øvet og har nødvendig kompetanse, og for at forsyningssikkerheten med hensyn til materiell, utstyr og legemidler er tilfredsstillende.

#### **4.1.2. Lov om helsetjenesten i kommunene**

Loven fastslår at kommunene skal sørge for nødvendige helsetjenester for alle som bor eller midlertidig oppholder seg i kommunen. Blant oppgavene som er lagt til kommunene er ansvaret for allmennlegetjenesten, herunder fastlegeordningen, legevakt, sykehjem og sykepleie inkludert helsesøstertjeneste og hjemmesykepleie.

Kommunen plikter etter loven å utarbeide beredskapsplan for sine helsetjenester i henhold til *Lov om helsemessig og sosial beredskap* og til å samordne dette planverket med kommunens øvrige beredskapsplaner. Loven pålegger også kommunen å samarbeide med staten og de regionale helseforetakene slik at helsetjenesten i landet best mulig kan virke som en enhet.

HOD kan med bakgrunn i loven påby samarbeid mellom kommuner når det er påkrevet. Dersom forholdene tilsier det, skal kommunen yte bistand til andre kommuner ved ulykker og andre akutte situasjoner.

#### **4.1.3. Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.**

Loven legger det overordnede ansvaret for at befolkningen gis nødvendig spesialisthelsetjeneste til staten. De regionale helseforetakene skal sørge for at personer med fast bopel eller oppholdssted innen helseregionen tilbys forsvarlige spesialisthelsetjenester.

Loven pålegger de regionale helseforetakene å utarbeide beredskapsplan i henhold til *Lov om helsemessig og sosial beredskap*. Planen skal samordnes med kommunenes, fylkeskommunenes og de andre regionale helseforetakenes planer.

Loven pålegger de regionale helseforetakene å yte bistand til andre regionale helseforetak ved ulykker og andre akutte situasjoner. Ved ulykker og andre akutte situasjoner som forårsaker ekstraordinær pågang av pasienter, gir loven det regionale helseforetaket adgang til å pålegge eget helsepersonell å utføre tilvist arbeid.

#### **4.1.4. Lov om vern mot smittsomme sykdommer (smittevernloven)**

Lovens formål er å verne befolkningen mot smittsomme sykdommer gjennom å forebygge dem og motvirke at de overføres i befolkningen.

Smittevernloven gir Helsedirektoratet en viktig rolle i bekjempelsen av smittsomme sykdommer. Direktoratet kan iht. smittevernlovens § 7-10, når det er nødvendig for å sikre et effektivt og forsvarlig smittevern, bestemme at kommuner, fylkeskommuner eller statlige institusjoner skal organisere eller utføre nærmere bestemte tjenester eller tiltak, samarbeide eller følge nærmere bestemte retningslinjer. På samme måte kan helsepersonell pålegges å følge nærmere bestemte faglige retningslinjer.

Lovens § 7-9 pålegger FHI å overvåke den nasjonale, og delta i overvåkingen av den internasjonale epidemiologiske situasjonen, drive forskning på smittevernområdet og sikre nødvendig vaksineforsyning og vaksineberedskap. Instituttet skal i tillegg gi bistand, råd, veiledning og informasjon til kommunale, fylkeskommunale og statlige institusjoner, helsepersonell og befolkningen om smittsomme sykdommer, smittevern og valg av smitteverntiltak.

HOD fastsetter et nasjonalt program for vaksinerings mot smittsomme sykdommer. Kommunehelsetjenesten skal tilby befolkningen dette programmet.

De regionale helseforetakene skal sørge for at befolkningen i helseregionen er sikret nødvendig spesialistundersøkelse, laboratorieundersøkelse, behandling og forsvarlig isolering i sykehus. Helseforetaket pålegges gjennom loven også å utarbeide smittevernplan.

For øvrig understreker loven kommunenes rolle i smittevernarbeidet og i håndteringen av smittsomme sykdommer.

Kommunen skal sørge for at alle som bor eller midlertidig oppholder seg i kommunen er sikret nødvendige forebyggende tiltak, undersøkelsesmuligheter, behandling og pleie. Kommunelegen (eller den av kommunelegene som kommunestyret utpeker som smittevernlege) skal blant annet utarbeide smittevernplan, organisere og lede smittevernarbeidet og ha løpende oversikt over de infeksjonsepidemiologiske forholdene i kommunen.

Det skilles i loven mellom smittsomme sykdommer og det som kalles *allmennfarlig smittsom sykdom*. De sistnevnte er i følge loven sykdommer som er definert som sykdommer som:

- er særlig smittsomme
  - eller som kan opptre hyppig
  - eller har høy dødelighet
  - eller kan gi alvorlige eller varige skader
- og som medfører langvarig behandling eller sykefravær
  - eller kan få så stor utbredelse at sykdommen blir en vesentlig belastning for folkehelsen
  - eller utgjør en særlig belastning fordi det ikke finns effektive forebyggende tiltak eller helbredende behandling for den.<sup>5</sup>

HOD fastsetter i forskrift hvilke sykdommer som skal regnes som allmennfarlige smittsomme sykdommer.

---

<sup>5</sup> Lov om vern mot smittsomme sykdommer, lov av 5. august 1994, nr 55, § 1-3

Smittevernlovens § 4-1 gir kommunestyret fullmakt til å vedta tiltak for å forebygge en allmennfarlig smittsom sykdom eller for å motvirke at den blir overført. Slike tiltak kan være forbud mot møter og sammenkomster, stenging av virksomheter som samler flere mennesker, for eksempel barnehager, skoler, svømmehaller, flyplasser, butikker, hoteller osv, stans eller begrensninger i kommunikasjoner, isolering av personer eller begrense personer bevegelsesfrihet og pålegg til private og offentlige om rengjøring, desinfeksjon og lignende.

Helsedirektoratet kan om det skulle være tvil, avgjøre når det foreligger et *alvorlig utbrudd* av slik sykdom.<sup>6</sup> Et slikt alvorlig utbrudd utløser særlige fullmakter for Helsedirektoratet. Ved et alvorlig utbrudd av allmennfarlig smittsom sykdom, og når det er avgjørende å få satt tiltak raskt i verk, kan Helsedirektoratet treffe vedtak om slike tiltak for hele eller deler av landet. Erklæring av slikt utbrudd medfører blant annet også at helsepersonell kan pålegges å delta i smittevern- og behandlingstiltak.

#### **4.1.5. Lov om statlig tilsyn med helsetjenesten**

Statens helsetilsyn har det overordnede faglige tilsyn med helsetjenesten i landet og skal utøve myndighet i samsvar med det som er bestemt i lover og forskrifter. I hvert fylke skal det være en fylkeslege. Fylkeslegen er tillagt myndighet som "Helsetilsynet i fylket" i lover og forskrifter og er da direkte underlagt Statens helsetilsyn. Forøvrig er fylkeslegen underlagt fylkesmannen. Helsetilsynet i fylket skal holde Statens helsetilsyn orientert om helseforholdene i fylket og om forhold som innvirker på disse.

Hvis virksomhet innen helsetjenesten drives på en måte som kan ha skadelige følger for pasienter eller andre eller på annen måte er uheldig eller uforsvarlig, kan Statens helsetilsyn etter lovens § 5 gi pålegg om å rette på forholdene.

#### **4.1.6. Forskrift om varsling av og tiltak ved alvorlige hendelser av betydning for internasjonal folkehelse (IHR-forskriften)**

IHR-forskriftens formål er å forebygge og motvirke spredning av sykdom over landegrensene samt sikre en internasjonalt koordinert bekjemping. Forskriften gjennomfører det internasjonale helsereglementet (IHR, 2005) i norsk rett når det gjelder varsling og oppfølging av smittsomme sykdommer av betydning for internasjonal folkehelse.

Forskriften baserer seg på eksisterende myndighetsstrukturer i smittevernloven. Helsedirektoratet har en sentral rolle som utøvende organ etter forskriften og utpeker blant annet hvilke lufthavner, havner og grensepasseringssteder som skal ivareta særskilte oppgaver for å håndtere en alvorlig hendelse av betydning for internasjonal folkehelse.<sup>7</sup> FHI er nasjonalt kontaktpunkt for WHO med ansvar for å melde inn hendelser i Norge og motta informasjon om hendelser i utlandet. Dette gjør FHI til en deltaker i det globale overvåkingssystemet under IHR.

Etter IHR-forskriften § 4 skal lege, sykepleier, jordmor eller helsesøster som mistenker eller påviser et tilfelle av smittsom sykdom som kan ha betydning for internasjonal folkehelse umiddelbart varsle kommunelegen. Dersom det ikke er mulig å få varslet kommunelegen, skal Nasjonalt folkehelseinstitutt varsles direkte. Kommunelegen skal varsle fylkesmannen og Nasjonalt folkehelseinstitutt. IHR-forskriftens bestemmelser på dette punkter kan utløses ved at WHO definerer en hendelse for "*public health emergency of international concern*".

Tiltak kan iverksettes overfor personer ved innreise eller utreise fra Norge for å motvirke at smittsomme sykdommer som kan ha betydning for internasjonal folkehelse føres inn i landet eller spres til andre land. Forskriften hjemler også tiltak overfor last, bagasje mv.

<sup>6</sup> Lov om vern mot smittsomme sykdommer, lov av 5. august 1994, nr 55, § 1-3

<sup>7</sup> helsedirektoratet.no om IHR-forskriften

## **4.2. Prinsipper for sentral krisehåndtering og nasjonalt sikkerhets- og beredskapsarbeid**

Prinsipper for sentral krisehåndtering er nedfelt i St.meld. nr. 37 (2004-2005) *Flodbølgekatastrofen i Sør-Asia og sentral krisehåndtering*, kapittel 7.

Regjeringen fatter politiske beslutninger om de overordnede mål og rammer for krisehåndteringen. Det departement som er mest berørt får et hovedansvar for å koordinere håndteringen av krisen, herunder å samordne krisestyringen på departementsnivå. Utpeking av et lederdepartement medfører imidlertid ikke endringer i konstitusjonelle ansvarsforhold, og alle departementer beholder ansvaret for sine respektive saksområder.

Stortingsmeldingen peker på at det i mange tilfeller vil være opplagt hvilket departement som vil ha rollen som lederdepartement i forbindelse med en krise. Som eksempel nevnes at HOD vil være lederdepartement i kriser som gjelder epidemier/pandemier.

I en krisesituasjon skal lederdepartementet:

- utarbeide overordnede situasjonsrapporter, blant annet på bakgrunn av informasjon fra andre departementer, rapporter fra operative virksomheter, mediebildet m.v.
- identifisere og vurdere behov for tiltak på strategisk nivå
- påse at nødvendige tiltak i eget ansvarsområde blir iverksatt, og ivareta nødvendig koordinering med andre departement og etater
- sørge for at det blir gitt koordinert informasjon til media og befolkningen.

Strategisk koordinering i forbindelse med krisehåndtering ivaretas og sikres gjennom regjeringens kriseråd (RKR). Dette ledes av departementsråden i lederdepartementet. Faste medlemmer i RKR er regjeringsråden ved Statsministerens kontor og departementsrådene i Justis- og politidepartementet, Forsvarsdepartementet, HOD og Utenriksdepartementet.

I tillegg utvides RKR med departementsråder fra departementer som er berørt av den aktuelle krisen. Koordineringen omfatter blant annet å sørge for informasjonsrutiner opp mot regjeringens medlemmer, fremskaffe beslutningsgrunnlag for regjeringen og vurdere spørsmålet om eventuell endring av lederdepartement.

Det er også opprettet en krisestøtteenhet som skal bidra med støttefunksjoner til lederdepartementet og RKR.

Prinsipper for nasjonalt sikkerhets- og beredskapsarbeid er sist beskrevet i St.meld. nr. 22 (2007-2008) *Samfunnssikkerhet. Samvirke og samordning*, kapittel 3. Regjeringen understreker her blant annet at de overordnede prinsippene om ansvar, nærhet og likhet ligger til grunn for alt nasjonalt sikkerhets- og beredskapsarbeid.

*Ansvarsprinsippet* innebærer at den etat som har ansvar for et fagområde i en normalsituasjon, også har ansvaret for å håndtere ekstraordinære hendelser på området. *Likhetsprinsippet* betyr at den organisasjon en opererer med under krise skal være mest mulig lik den organisasjon en har til daglig. *Nærhetsprinsippet* innebærer at kriser organisatorisk skal håndteres på lavest mulig nivå.

Justis- og politidepartementet er tillagt en samordningsrolle for å sikre en helhetlig og koordinert beredskap.



### **4.3. Overordnet nasjonal helse- og sosialberedskapsplan**

*Overordnet nasjonal helse- og sosialberedskapsplan*, fastsatt av HOD 31. januar 2007, beskriver aktørene i helse- og sosialsektorens roller ved krise- og katastrofesituasjoner og i beredskapsplanlegging. Beskrivelsen omfatter lovgrunnlag og aktørenes ansvar og plassering i beredskapsorganisasjonen, oppgaver og ressurser, samhandling og varslingsveier.

I planen fastslås det at Helsedirektoratet ”etter delegasjon fra departementet [skal] forestå overordnet koordinering av helse- og sosialsektorens innsats og om nødvendig iverksette tiltak når en krisesituasjon truer eller har inntruffet.”<sup>8</sup>

*Overordnet helse- og sosialberedskapsplan* angir også blant annet hvilke varslings- og rapporteringsrutiner som skal tre i kraft i krisesituasjoner. Planen peker på at når flere virksomheter i helse- og sosialsektoren er berørt, må rapporteringen samordnes inn mot HOD. Når Helsedirektoratet er delegert ansvar for overordnet koordinering skal rapportering skje fra regionhelseforetak eller det helseforetak som er delegert ansvar for den operative krisehåndteringen, til direktoratet. Rapportering fra kommunehelsetjenesten skjer via fylkesmannen til Helsedirektoratet.

Planen peker ellers på at:

*”[d]ersom Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap har iverksatt samordnet rapportering fra lokalt nivå via fylkesmannen til sentralt nivå, må [...] Helsedirektoratet og andre involverte direktorater også stå som mottakere av fylkesmannens rapport.”*<sup>9</sup>

Når HOD er lederdepartement med ansvar for å koordinere myndighetenes samlede krisehåndtering, jf. kapittel 4.2, er departementet ansvarlig for å utarbeide tverrsektorielle situasjonsoversikter. I følge planen er det Helsedirektoratet som skal utarbeide og oppdatere disse oversiktene på grunnlag av en sammenfatning av rapporter fra alle involverte sektorer.<sup>10</sup>

### **4.4. Roller og ansvar**

I dette kapittelet gis det en omtale av de ulike aktørenes roller og ansvar i forbindelse med utbrudd av pandemisk influensa. Beskrivelsen vil delvis bygge på de styrende dokumenter som er omtalt over, delvis vil den bygge på andre kilder.

*Helse- og omsorgsdepartementet (HOD)* har det overordnede ansvaret for helsevesenet i Norge. Dette gjelder både det forebyggende arbeidet, kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, og det gjelder så vel i normale situasjoner som i krisesituasjoner. Regionhelseforetakene er eid av departementet. Departementet har i tillegg en rekke underliggende virksomheter, hvorav noen er omtalt nærmere under.

*Helsedirektoratet* skal sikre at det nasjonale samhandlingsbehovet blir ivaretatt både i beredskapsplanlegging og i en krisesituasjon. Direktoratet skal på delegasjon fra departementet forestå overordnet koordinering og om nødvendig iverksette tiltak når en krisesituasjon truer eller har inntruffet.<sup>11</sup> Smittevernloven gir direktoratet generelle fullmakter i forbindelse med smittevern tiltak samt mer omfattende fullmakter ved alvorlig utbrudd av allmennfarlig smittsom sykdom, jf. pkt. 4.1.4.

<sup>8</sup> Overordnet nasjonal helse- og sosialberedskapsplan, 31. januar 2007, HOD, s. 12

<sup>9</sup> Overordnet nasjonal helse- og sosialberedskapsplan, 31. januar 2007, HOD, s. 19

<sup>10</sup> Overordnet nasjonal helse- og sosialberedskapsplan, 31. januar 2007, HOD, s. 19

<sup>11</sup> Overordnet nasjonal helse- og sosialberedskapsplan, 31. januar 2007, HOD, s. 12

*Nasjonalt folkehelseinstitutt (FHI)* er i henhold til smittevernloven statens smitteverninstitutt. Sentrale oppgaver er overvåking, herunder mottak av meldinger og varsler, smitteoppsporing, vaksineberedskap og -forsyning, rådgivning, informasjon og forskning. Instituttet er nasjonal faginstans for smittevernberedskap og har analysekapasitet innen disse områdene, blant annet et nasjonalt beredskapslaboratorium. Instituttet er ansvarlig for *Meldingssystem for smittsomme sykdommer* (MSIS), deltar i EUs meldingssystem for varsling av utbrudd av smittsomme sykdommer (EWRS) og er nasjonalt kontaktpunkt for smittevernfaglige saker og varsling fra WHO.<sup>12</sup>

I begynnelsen av oktober 2009 ble det fastsatt forskrift om nasjonalt vaksinasjonsprogram.<sup>13</sup> Denne gir FHI's ansvar for faglige retningslinjer for gjennomføring av dette programmet, herunder målgrupper, hyppighet og den tekniske sammensetningen av vaksinene. Det slås også fast at vaksine mot pandemisk influensa (som inngår i programmet) skal tilbys etter retningslinjer fra Nasjonalt folkehelseinstitutt.

*Statens legemiddelverk (SLV)* skal sørge for riktig bruk av effektive og sikre legemidler. SLV vurderer, godkjenner og gir markedsføringstillatelse for legemidler, herunder også vaksiner, overvåker legemidler og analyserer bivirkningsmeldinger i samarbeid med EUs legemiddelmyndigheter. Etaten fører tilsyn med og godkjenner aktørene på legemiddelområdet (produsenter, importører, grossister og apotek).

*Mattilsynets* rolle i forbindelse med en influensapandemi er i hovedsak knyttet til dyrehelsen. Influensapandemier er i utgangspunktet zoonoser, dvs. sykdommer som smitter fra dyr til mennesker og deretter mellom mennesker. Zoonoser kan også smitte tilbake fra menneske til dyr.

*Statens helsetilsyn* har det overordnede faglige tilsynet med landets helse- og sosialtjenester. Ansvar for innbefatter tilsyn med at aktørene har de beredskapsplaner de etter lov- og forskriftsverket er pålagt å ha. *Helsetilsynet i fylket* skal også ha oppmerksomhet rettet mot allmennfarlig smittsomme sykdommer og skal holde Statens helsetilsyn orientert om forholdene i fylket.

Dersom virksomhet drives på en måte som er i strid med smittevernloven, forskriftene knyttet til den eller enkeltvedtak med hjemmel i loven, og dette kan ha skadelige følger for pasienter eller andre, eller på andre måter er uheldige eller uforsvarlige, kan Statens helsetilsyn gi pålegg om å rette på forholdene.

*Fylkesmannen* bidrar til at den fastsatte helsepolitikken blir gjennomført i kommune- og spesialisthelsetjenesten. Fylkesmannen skal ha særlig oppmerksomhet rettet mot allmennfarlig smittsom sykdom og holde Helsedirektoratet og Statens helsetilsyn orientert om forholdene i fylket. Fylkesmannen er Helsedirektoratets regionale ledd i forbindelse med iverksetting av tiltak etter smittevernloven og forvaltning av dette lovverket.<sup>14</sup> Fylkesmannen kan i tillegg ha en generell regional samordningsrolle i henhold til *Instruks for samfunnsikkerhets- og beredskapsarbeidet til Fylkesmannen og Sysselmannen på Svalbard* (Forskrift 2008-04-18 nr. 338).

Fylkesmannen kan derfor ha en dobbeltfunksjon i en krisesituasjon som berører helsesektoren ved at det både skal rapporteres til Helsedirektoratet og til Direktoratet for samfunnsikkerhet og beredskap.

*De regionale helseforetakene (RHF-ene)* skal sørge for at spesialisthelsetjenester tilbys innenfor regionen. Helseforetakene har det operative ansvaret i beredskapsarbeidet. Ansvaret utøves på grunnlag av beredskapsplan utarbeidet etter lov om helsemessig og sosial beredskap og

<sup>12</sup> Overordnet nasjonal helse- og sosialberedskapsplan, 31. januar 2007, HOD, s. 13

<sup>13</sup> Forskrift om nasjonalt vaksinasjonsprogram, nr. 1229, 2. oktober 2009

<sup>14</sup> Overordnet nasjonal helse- og sosialberedskapsplan, 31. januar 2007, HOD, s. 11-12

smittevernplan etter smittevernloven. Under en pandemi vil spesialisthelsetjenestens rolle innen infeksjonsmedisin og medisinsk mikrobiologi spille en særlig viktig rolle, blant annet fordi det kan være behov for å behandle et stort antall pasienter og for å analysere et stort antall mikrobiologiske prøver fra sykehus og fra primærhelsetjenesten.<sup>15</sup>

*Kommunene* skal i henhold til kommunehelsetjenesteloven yte nødvendig kommunal helsetjeneste til alle som bor eller oppholder seg i kommunen. De har derfor en nøkkelrolle ved håndteringen av en pandemi. Kommunen har ansvar for å ha oversikt over de infeksjonsepidemiologiske forholdene, ansvar for informasjon og forebyggende tiltak, vaksinasjon, undersøkelsesmuligheter, behandling og pleie. Kommunestyret får i henhold til smittevernloven vide fullmakter til å legge restriksjoner på virksomhet dersom influensaen defineres som allmennfarlig smittsom sykdom.

*Pandemikomiteén (HODs nasjonale rådgivende komité for beredskap mot pandemisk influensa)* er et rådgivende organ for departementet ved forberedelsene for, under og etter utbrudd av pandemisk influensa. Pandemikomiteén skal være høringsinstans for revisjon av Nasjonal handlingsplan for pandemisk influensa. Ved truende pandemi skal Pandemikomiteén gi anbefalinger til departementet. Under en pandemi skal komiteén møtes når det er behov for oppdaterte anbefalinger. Pandemikomiteén er ikke en operativ enhet som sitter sammen under en pandemi. Formålet med Pandemikomiteén er også å etablere et godt samarbeid mellom aktørene som er departementets rådgivere ved en pandemi.

Pandemikomiteén har følgende sammensetning:

- direktøren i Helsedirektoratet eller stedfortreder (leder komiteén og kaller inn til møte)
- to medlemmer fra Helsedirektoratet
- ett medlem fra Nasjonalt folkehelseinstitutt
- ett medlem fra Statens helsetilsyn
- ett medlem fra Statens legemiddelverk
- ett medlem fra Mattilsynet
- ett medlem fra hvert av de fem regionale helseforetakene
- ett medlem fra Veterinærinstituttet,
- tre medlemmer fra kommunehelsetjenesten
- ett medlem fra Influenzasenteret ved Universitetet i Bergen
- WHO's nasjonale influensasenter i Norge ved Nasjonalt folkehelseinstitutt.

FHI er sekretariat for Pandemikomiteén.

En alvorlig influensapandemi kan medføre utfordringer for andre sektorer enn helsesektoren. Særlig vil arbeidsintensive og sterkt spesialiserte virksomheter være utsatt ved stort fravær fra arbeidsplassene. Dette vil kunne ramme viktige samfunnsfunksjoner, og myndigheter utenfor helsesektoren vil derfor også kunne få en rolle i krisehåndtering på samfunnsnivå.

*Direktoratet for samfunnsikkerhet og beredskap (DSB)* mottar og videreformidler (til Justisdepartementet (JD)) rapporter fra fylkesmennene om det sektorovergripende og overordnede situasjonsbildet i fylkene. I retningslinjene for denne rapporteringen understrekes det at rapportene ikke skal gå i detalj på de ulike fagområdene.<sup>16</sup> DSB kan i tillegg til dette, ha en rolle ved å bistå JD og øvrige departementer ved koordinering av håndtering av større kriser og katastrofer.<sup>17</sup>

<sup>15</sup> Nasjonal beredskapsplan for pandemisk influensa, Versjon 3.0, 16. februar 2006, HOD, s. 16

<sup>16</sup> Retningslinjer for varsling og rapportering på samordningskanal, DSB, 15. januar 2009, s. 8

<sup>17</sup> Kgl.res. av 25. juni 2005, Instruks for Direktoratet for samfunnsikkerhet og beredskaps koordinerende rolle

## **4.5. Nasjonal beredskapsplan for pandemisk influensa**

Gjeldende Nasjonal beredskapsplan for pandemisk influensa ble fastsatt av HOD 16. februar 2006. Dette er versjon 3 av Pandemiplanen. Den første beredskapsplanen ble fastsatt i januar 2001, og denne ble revidert i 2003. Ved utbruddet av ny influensa A (H1N1) i april 2009 forelå det et utkast til en revidert utgave av Pandemiplanen. Denne var imidlertid ikke godkjent av HOD og ble ikke tatt i bruk i forbindelse med håndteringen av pandemien.

Både EU og WHO anbefaler sine medlemsland å utarbeide oppdaterte beredskapsplaner for influensapandemier. En influensapandemi er en verdensomfattende epidemi basert på spredning av et nytt virus som ingen eller relativt få har immunitet mot. En vesentlig del av jordens befolkning kan forventes å bli smittet allerede i løpet av den første sesongen.

### **4.5.1. Scenarier**

Den nasjonale pandemiplanen legger til grunn at en ny pandemi i verste fall kan bli like alvorlig som Spanskekyken og føre til at 1,2 millioner blir syke av influensa i løpet av et halvt års tid, og til 13 000 ekstra dødsfall. Planen peker videre på at en ny pandemi i beste fall ikke vil gi mer alvorlige utslag enn det en opplever i en vanlig influensasessong.

I følge planen er det mest sannsynlige scenarioet at en ny pandemi vil ha en karakter som Asiaskyken i 1957-59 eller Hong Kong-syken i 1968-69.<sup>18</sup>

Av det faglige underlagsmaterialet går det frem at den er basert på to hovedscenarier:

#### ***”Moderat pandemi***

*Dette er det mest sannsynlige scenarioet hvor vi forventer at 30 % av hele befolkningen blir smittet i løpet av et halvt år, og at 15 % av befolkningen blir syke og sengeliggende. Overdødelighet anslås til 0,1-0,4 % av de syke. Dette vil si at omkring 700 000 syke i løpet av perioden og 700-3 000 ekstra dødsfall i forhold til en normal vintersessong.*

#### ***Katastrofal pandemi***

*Dette er et verstefallsscenario som er lite sannsynlig, men som pandemiplanleggingen til en viss grad må ta høyde for. Her forventer vi at 50 % av befolkningen blir smittet i løpet av et halvt år, og at 25 % av befolkningen blir syke og sengeliggende. Overdødelighet anslås til 0,4-1,1 % av de syke. Dette vil gi 1,2 millioner syke i løpet av perioden og 5 000-13 000 ekstra dødsfall i forhold til en normal vintersessong.*

*En overdødelighet på 1,1 % er den samme som ble registrert i Norge under Spanskekyken. Selv med et like virulent virus i dag, mener vi at dødeligheten vil bli lavere fordi det ikke er kompensert for forhold som en bedring av helsetjenesten fra 1918 til i dag og heller ikke mulighetene for vaksiner, antibiotika og antiviralia, samt befolkningens betydelig bedre helse- og ernæringstilstand.”<sup>19</sup>*

Planen peker på at en alvorlig pandemi kan medføre at hele samfunnet blir rammet, og at mange samfunnsfunksjoner i verste fall kan stoppe opp. Det vil derfor kunne bli behov for omfattende tiltak både fra kommuner, spesialisthelsetjenesten, fylkesmannen og sentrale myndigheter dersom det bryter ut en pandemi. I innledningen påpekes det at beredskapsplanen skal kunne brukes både ved et verstefallsscenario og ved en relativt mild pandemi.

<sup>18</sup> Nasjonal beredskapsplan for pandemisk influensa, Versjon 3.0, 16. februar 2006, HOD, s. 3

<sup>19</sup> Nasjonal beredskapsplan for pandemisk influensa, Versjon 3.0, 16. februar 2006, HOD, s. 84

#### **4.5.2. Hovedpunktene i planen**

Nasjonal beredskapsplan for pandemisk influensa understreker at ansvaret for å håndtere en pandemi følger de prinsippene for krisehåndteringen som gjelder for helsesektoren og samfunnet for øvrig. Dette gjelder også for varslingsrutiner mv.

Planen tar utgangspunkt i WHO's faseinndeling slik den var i 2006 og skisserer mål og tiltak innen hver av de seks fasene:

1. Ingen nye virus
2. Nytt virus hos dyr
3. Smitte til menneske(r)
4. Begrenset smitte mellom mennesker
5. Økende, men ikke svært smittsomt
6. Pandemi.

I planen fremheves vaksine som det beste tiltaket for å hindre at folk blir syke. Det heter videre at:

*”[s]elv om myndighetene vil gjøre alt for å ha en vaksine klar når pandemien kommer, kan vi ikke forvente at en slik spesifikk vaksine er tilgjengelig med en gang. Legemidler mot influensa (antiviralia) vil da være eneste tilgjengelige medikamentelle tiltak.”<sup>20</sup>*

Planen peker på at det er gjort avtale med en vaksineprodusent om leveranse av 4 millioner doser av influensavaksine med levering 4-6 måneder etter produksjonsstart. Denne avtalen var gjeldende frem til 2008 da det ble inngått en ny avtale med en annen produsent. Denne avtalen omtales nærmere under.

Det opplyses videre at norske helsemyndigheter har kjøpt inn et beredskapslager av antiviralia. Beredskapslageret er ment å dekke behovet for behandling av alle i Norge som blir syke av pandemisk influensa samt forebygging hos noen viktige grupper. Det understrekes likevel at det kan være nødvendig å gjøre konkrete vurderinger av hvem som skal prioriteres med hensyn til vaksiner og antiviralia. Noen mulige strategier skisseres og det klargjøres at beslutninger knyttet til prioriteringer vil bli fattet av HOD – eventuelt regjeringen på bakgrunn av råd fra blant annet Pandemikomiteén.<sup>21</sup>

Informasjon er et viktig virkemiddel i planen, og den inneholder en oversikt over hvilke prinsipper som skal gjelde for god kommunikasjon med befolkningen og hvilke kanaler som kan være aktuelle å bruke i denne sammenheng.

Målsetningen med planen er å legge til rette for at en under en influensapandemi kan:

- forebygge smittespredning og redusere sykighet og død
- behandle og pleie syke og døende hjemme og i helseinstitusjon
- opprettholde nødvendige samfunnstjenester i alle sektorer
- gi fortløpende kunnskapsbasert og samordnet informasjon til helsetjenesten, andre samfunnssektorer, det offentlige, publikum, norske borgere i utlandet og massemediene.

#### **4.5.3. Revidert Pandemiplan, 2009**

Som nevnt forelå det ved utbruddet av ny influensa A (H1N1) i april 2009 et utkast til en revidert utgave av Nasjonal beredskapsplan for pandemisk influensa. Denne var utarbeidet av Helsedirektoratet og FHI, men ikke formelt godkjent i etatene og ikke behandlet av HOD.

Ved utbruddet av ny influensa A (H1N1) ble det diskutert om den reviderte planen skulle legges til grunn for håndteringen, men det ble besluttet å legge den til side. De tiltakene som var vurdert i

<sup>20</sup> Nasjonal beredskapsplan for pandemisk influensa, Versjon 3.0, 16. februar 2006, HOD, s. 7

<sup>21</sup> Nasjonal beredskapsplan for pandemisk influensa, Versjon 3.0, 16. februar 2006, HOD, s. 7

forbindelse med planrevisjonen utgjorde likevel en del av kunnskapsgrunnlaget for måten pandemien ble håndtert på.

Det reviderte planforslaget er redusert i omfang sammenlignet med gjeldende plan. Det er også gjort tydeligere hvilke aktører som er ansvarlig for de ulike tiltakene.

Målsetningen med planen er endret ved at punktet om å opprettholde nødvendige samfunnstjenester i alle sektorer er tatt ut. Punktet om informasjon er noe omdefinert. Den foreslåtte nye ordlyden er:

*”...opprettholde tillit og trygghet i samfunnet ved å gi kunnskapsbasert og helhetlig informasjon og retningslinjer til befolkningen, til alle samfunnssektorer og til norske borgere i utlandet.”<sup>22</sup>*

Forslaget til revidert beredskapsplan baserer seg på et planscenario hentet fra den britiske pandemiplanen. Det tilsier blant annet at:

- 70 prosent av sykdomstilfellene opptrer i løpet av åtte uker og 99 prosent i løpet av 15 uker
- i toppuken vil 22 prosent av sykdomstilfellene opptre
- 50 prosent av befolkningen blir smittet
- 50 prosent av de smittede blir syke
- sykdomsvarighet i ti dager.

I planforslaget pekes det på at det ikke er mulig å anslå hvilken dødelighet som vil være mest sannsynlig ut i fra det vi vet i dag. Det pekes på at historiske data har vist at en pandemi kan medføre en dødelighet på fra 0,1 prosent (Asiasyken) til 1,1 prosent (Spanskesyken). Dette tilsier 1 100-13 000 dødsfall.<sup>23</sup>

Den reviderte planen skiller seg ikke vesentlig fra gjeldende plan med hensyn til den overordede virkemiddelbruken. Vaksine, bruk av antiviralia, ikke-medikamentelle smitteverntiltak og informasjon er de viktigste tiltakene.

Under punktet om vaksine heter det blant annet i planforslaget:

*”Det er i løpet av de senere år utviklet vaksiner mot H5N1-virus som ved hjelp av ulike typer adjuvans (hjelpstoff) eller bruk av inaktiverede hele virus har demonstrert god immunrespons både i forhold til antistoffproduksjon og cellemediert respons. Disse vaksinene har også vist god kryssreaktivitet mot andre H5N1-stammer enn dem som er brukt i vaksinene.*

*Dette har inspirert produsenter til produksjon av såkalte prepandemivaksiner og myndigheter til å tenke på innkjøp for lagerhold av slike vaksiner som muligens kan gi beskyttelse mot en fremtidig pandemivirusstamme. Norske myndigheter har foreløpig ikke tatt stilling til evt. anskaffelse av prepandemivaksine.*

*Vaksine til bruk i en pandemisk fase vil inneholde én virusstamme. Ifølge de forsøk som er gjort med pandemivaksiner basert på H5N1 virus, vil det være nødvendig med to doser med minst tre ukers intervall for å oppnå den antistoffresponsen man antar må til for gi beskyttelse hos den enkelte. Man antar imidlertid at bruk av én dose pandemivaksine sammen med andre målrettede tiltak kan dempe pandemiens alvorlighetsgrad.”<sup>24</sup>*

<sup>22</sup> Nasjonal beredskapsplan for pandemisk influensa. (Forslag til) revisjon 2009, Helsedir/FHI, s. 6

<sup>23</sup> Nasjonal beredskapsplan for pandemisk influensa. (Forslag til) revisjon 2009, Helsedir/FHI, s. 50

<sup>24</sup> Nasjonal beredskapsplan for pandemisk influensa. (Forslag til) revisjon 2009, Helsedir/FHI, s. 38

Parallelt med arbeidet med revisjon av Pandemiplanen ble det arbeidet med veiledere for pandemiplanlegging i henholdsvis kommune- og spesialisthelsetjenesten. Disse var på det nærmeste slutført ved utbruddet av ny influensa A (H1N1), og Helsedirektoratet besluttet 28. april å sende dem ut i den form de hadde på dette tidspunktet.

#### **4.6. Vaksineavtalen**

Gjeldende Pandemiplan fra 2006 omtaler den vaksineavtalen Norge på det tidspunkt hadde med produsenten Solvay om 4 millioner doser influensavaksine. Avtalen ville bli utløst når WHO hadde erklært nivået på utbruddet til fase 6, altså at det foreligger en pandemisk situasjon.<sup>25</sup> Norge inngikk for øvrig sin første avtale om levering av influensapandemivaksine allerede i 2004.<sup>26</sup>

Ny avtale ble inngått med produsenten GlaxoSmithKline (GSK) 30. juni 2008 etter forutgående anbudsrunder. Avtalen gjelder for tre år med mulighet til forlengelse i ytterligere tre år. Avtalen gir Norge rett og plikt til å kjøpe pandemivaksine, og den omfatter totalt 9,4 millioner doser (to doser per innbygger) til en kostnad av 730 mill. kr.

Vaksineleveransene skal i henhold til avtalen starte så snart produsenten har ferdigstilt vaksine og fortsette med ukentlige leveranser til hele mengden er levert. Norge ville motta en fast andel av produsentens ukeproduksjon.<sup>27</sup>

Også avtalen med GSK ble utløst ved erklæring av fase 6 og gir ikke rom for reforhandlinger på bakgrunn av sykdommens alvorlighet og situasjonen for øvrig.

Regjeringen orienterte Stortinget om avtalen i St.prp. nr. 59 (2007-2008), og det ble etter behandling i Stortinget bevilget 12 mill. kr. Avtalen var også omtalt i St.prp. nr. 1 (2008-2009). De forretningsmessige vilkårene var imidlertid ikke beskrevet i detalj i dokumentene. Dette hadde blant annet sammenheng med at FHI ved avtaleinngåelsen hadde forpliktet seg til å håndtere disse opplysningene konfidensielt. FHI har bedt om å få opphevet denne konfidensialiteten, men GSK har ikke ønsket dette.<sup>28</sup>

Vaksinen omtales nærmere i kapittel 12.1.

#### **4.7. Massevaksinasjonsplaner**

Pandemiplanen fra 2006 beskriver også nasjonal organisering av massevaksinasjon.<sup>29</sup> Planen peker på at FHI har ansvar for innkjøp og distribusjon av influensavaksine til kommunene, men fremholder også at den praktiske gjennomføringen av distribusjonen i en pandemisituasjon vil være avhengig av hvilket scenario en står overfor, og dessuten av om alle vaksiner kan leveres samtidig eller om situasjonen tilsier oppsplitting i delleveranser.

Planen regner distribusjon ved hjelp av kjølebiler som mest hensiktsmessig i Sør-Norge. For Nord-Norges del nevnes det at flytransport også må vurderes.

<sup>25</sup> Nasjonal beredskapsplan for pandemisk influensa, Versjon 3.0, 16. februar 2006, HOD, s. 57

<sup>26</sup> Erfaringer fra myndighetenes håndtering av ny Influensa A (H1N1). Intern gjennomgang i HOD, utkast 21. september 2010

<sup>27</sup> Brev fra FHI til DSB, Gjennomgang av den nasjonale pandemihåndteringen, Behov for info, 4. oktober 2010

<sup>28</sup> Rapport med kommentar til DSBs utkast, FHI, 29. september 2009

<sup>29</sup> Nasjonal beredskapsplan for pandemisk influensa, Versjon 3.0, 16. februar 2006, HOD, s. 60-66

Planen legger til grunn at kommunehelsetjenesten har ansvar for vaksinasjon i egen kommune, og at kommunens smittevernplaner skal beskrive organisering av vaksinasjon i en normalsituasjon og ved økt beredskap, herunder både planer for en situasjon hvor hele befolkningen skal vaksineres i løpet av svært kort tid og en situasjon hvor en har begrenset tilgang på vaksine og må utføre en prioritert vaksinasjon av ulike grupper av befolkningen.

Beredskapsplanene i kommunene må i henhold til Pandemiplanen inneholde:

- lister over ulike prioriterte grupper
- plan for oppbevaring og håndtering
- plan for innkalling og fordeling på vaksinasjonssteder
- plan for bruk av lokaler og transport
- plan for bruk av helsepersonell/vaksinatører og annet hjelpepersonell.

Kommunene forventes i Pandemiplanen å sende oversikt over hvor mange personer som tilhører de forskjellige prioriteringsgruppene til FHI så snart som mulig etter at WHO har erklært at det foreligger en pandemi. Instituttet vil i henhold til planen utarbeide detaljerte leveringsplaner for kommunene med oversikt over hvor mye vaksine de får i hver utsending og estimat på når leveransene kommer.

FHI utga høsten 2008 to publikasjoner som konkretiserte ansvar, roller og arbeidsoppgaver i forbindelse med massevaksinasjon:

- plan for massevaksinasjon mot pandemisk influensa i kommuner
- plan for massevaksinasjon mot pandemisk influensa i helseforetak.

Dokumentene konkretiserte også hvilke strategier som kunne være aktuelle i forbindelse med vaksinerings mot pandemisk influensa:

Strategi A: Ingen vaksinerings (omtales som uaktuelt med mindre tilgangen på vaksine bortfaller)

Strategi B: Vaksinasjon av personer som ivaretar viktige samfunnsfunksjoner

Strategi C: Vaksinasjon av grupper med økt risiko for alvorlig forløp og komplikasjoner

Strategi D: Vaksinasjon av personer som kan overføre influensa til personer med høy risiko for å bli smittet og få et alvorlig sykdomsforløp

Strategi E: Vaksinasjon av personer som kan overføre influensa til mange andre

Strategi F: Vaksinasjon av alle.<sup>30</sup>

#### **4.8. Internasjonale organisasjoner og nettverk**

WHO har tre viktige oppgaver innen pandemiberedskapen:

Rådgivning: Gi medlemslandene råd om beredskap mot pandemisk influensa og råd om håndtering av sykdommen, herunder kasusdefinisjon.

Internasjonal overvåking: Ivareta internasjonal overvåking av influensa basert på en rekke kilder, inkludert landenes offisielle rapporter. Sentralt i dette arbeidet står blant annet de nasjonale influensasentrene, som har avtaler med WHO. Det norske senteret er knyttet til FHI og deltar i Pandemikomiteén samt er fast rådgiver for komitéens arbeidsutvalg. Innsamling av influensastammer tidligst mulig under utbrudd og snarest mulig oversending av stammer til WHO Collaborating Centres, er viktige oppgaver. WHO anbefaler også hvilke virusstammer som skal inngå i en vaksine.

---

<sup>30</sup> Plan for massevaksinasjon mot pandemisk influensa i kommuner, FHI, 1. november 2008, s. 13-14



Den internasjonale overvåkingen til WHO skjer via samarbeid med i alt 110 nasjonale influensasentre som nå er etablert i 83 land. I Norge er det FHI som er nasjonalt influensasenter og som rapporterer direkte til WHO.

Formelle erklæringer og anbefalinger etter Det internasjonale helsereglementet (IHR): WHO vil erklære de ulike fasene og koordinere de internasjonale tiltakene. WHO vil særlig fastsette hvilke tiltak som eventuelt skal iverksettes for å hindre eller forsinke internasjonal spredning. WHO vil i denne sammenheng kommunisere med medlemslandene gjennom de nasjonale IHR fokuspunkter (i Norge: FHI).

WHOs faseinndeling som var gjeldende ved utbruddet i april 2009:

### **Perioden mellom pandemier**

**Fase 1.** Ingen nye subtyper av influensaviruset er oppdaget blant mennesker. En influensavirusstype som har forårsaket infeksjon hos mennesker, kan være til stede i dyr. Risikoen for infeksjon eller sykdom av dette viruset hos mennesker regnes som liten.

**Fase 2.** Ingen nye subtyper av influensaviruset er oppdaget blant mennesker. Men et influensavirus som sirkulerer blant dyr utgjør en stor risiko for sykdom hos menneske.

### **Perioden med økt årvåkenhet for pandemi**

**Fase 3.** Infeksjoner i menneske(r) med en ny subtype av influensaviruset, men ingen smitte mellom mennesker, eventuelt sjeldne tilfeller av smitte til en nærkontakt.

**Fase 4.** En eller flere små klynger med begrenset menneske til menneske-smitte, men spredningen er veldig lokal, fordi viruset ikke er tilpasset mennesker.

**Fase 5.** En eller flere større, men fremdeles lokale, klynger med menneske til menneske-smitte som tegn på at viruset er i ferd med å bli stadig bedre tilpasset mennesker, men fremdeles ikke fullt smittsomt mellom mennesker (betydelig fare for pandemisk influensa).

### **Pandemiperioden**

**Fase 6.** Pandemi: økt og vedvarende smitte i den allmenne befolkningen.

I EU ligger ansvaret for helsetjenester til medlemslandene. Unionens rolle i folkehelse spørsmål er hjemlet i Amsterdamtraktaten. EU-kommisjonen kan be om at landene utveksler overvåkingsdata og opplysninger om tiltak de har tenkt å iverksette.

Norge tar del i de felles meldesystemene EU har etablert og i det øvrige samarbeidet på dyrehelsesiden som EU-kommisjonen setter i verk. EU har lagt stor vekt på at bekjempelsesstrategiene på dyrehelsesiden skal samordnes med folkehelsesiden.

*European Centre for Disease Prevention and Control* (ECDC – det europeiske smittevernbyrået) bidrar til overvåkingen, gir råd om beredskap, bidrar til god kommunikasjon mellom medlemslandene og med Kommisjonen og WHO. ECDC bidrar til samordning av faglige råd om smitteverntiltak. Felles overvåking av situasjonen i EØS-området driver organisasjonen gjennom det etablerte europeiske influensanettverket EISS (European Influenza Surveillance Scheme).<sup>31</sup>

*European Medicines Agency* (EMA – det europeiske legemiddelkontoret) er ansvarlig for å koordinere EUs innsats for å vurdere og overvåke legemidler. EMA gir anbefalinger knyttet til kvalitet, sikkerhet og effekt av legemidler, basert på vurderinger gjort av vitenskapelige komitéer. Anbefalingene forelegges Europakommisjonen som fatter vedtak om markedsføringstillatelse basert på disse. Tillatelsen gjelder for EU-området. Gjennom EØS-avtalen er SLV forpliktet til å fatte tilsvarende vedtak for Norge. Organisasjonen har også ansvar for overvåking av bivirkninger.<sup>32</sup>

<sup>31</sup> pandemi.no om ECDC og EISS

<sup>32</sup> ema.europa.eu/mission.htm om EMA

## 4.9. Øvelser

Oppmerksomheten rundt et mulig utbrudd av ny influensa basert på fugleinfluensavirus A (H5N1) fra 2004 og fremover medførte betydelig øvelsesaktivitet både innen helsesektoren og mer tverrsektorielt. Flere fylkesmenn arrangerte øvelser med bistand fra DSB hvor også kommunene, helseforetak og virksomheter i statlig sektor deltok.

Helsedirektoratet gjennomførte en slik øvelse 22. november 2007 (*Helseøvelsen 2007*). Øvelsen hadde også deltakelse fra andre sentrale aktører innen helsesektoren, kommuner m.v.

I evalueringen ble erfaringene oppsummert slik:

1. *"Helseøvinga 2007 var ei godt planlagd øving med stort utbytte når det gjeld røymsler som kan nyttast til vidare utvikling av planverk og tenester.*
2. *Samordningsrolla som Sosial- og helsedirektoratet har i følgje overordna beredskapsplan (2007) bør konkretiserast noko meir, om ikkje i planverket så i alle fall i konkrete situasjonar, slik at andre aktørar er trygge på kva formell og reell status utsegner/råd frå SHdir har i ulike situasjonar.*
3. *Sentrale styremakter bør sørge for å vere så konkrete som mogeleg i sine utsegner/råd som handlar om (faglege) forventningar/krav til tenesteytarane og deira verksemd og prioriteringar. Dette er vesentleg dersom nasjonale organ skal kunne sikre effektiv ressursbruk og så trygge og likeverdige tenester som mogeleg i kritiske situasjonar.*
4. *Etterretningsfunksjonen i kriseleiinga på alle nivå bør styrkjast. Etterretning handlar om meir enn å sikre god rapportering.*"<sup>33</sup>

DSB arrangerer årlige nasjonale tverrsektorielle øvelser (Sivil nasjonal øvelse – SNØ) hvor tema og scenario skifter fra år til år. Øvelsen i 2009 som skulle ha pandemi som scenario, var under planlegging da ny influensa A (H1N1) brøt ut. Mange virksomheter var i ferd med å forberede seg for denne øvelsen, blant annet ved å utarbeide eller gjennomgå planer som skulle sikre kontinuitet i viktige funksjoner.

FHI avviklet i 2008 syv regionale samlinger som var anlagt som øvelser i massevaksinasjon.

## 4.10. Rapporter vedrørende pandemiberedskapen

### 4.10.1. ECDCs vurdering av pandemiberedskapen i Norge

En arbeidsgruppe med deltagelse fra HOD, Helsedirektoratet, FHI og Mattilsynet vurderte sammen med ECDC høsten 2007 norsk beredskap mot pandemisk influensa (Joint Assessment Report).

Rapporten fra ECDC (*Influenza Pandemic Preparedness in Norway*) ga uttrykk for at planleggingsarbeidet i Norge var kommet godt i gang. Det ble imidlertid pekt på at det fortsatt gjensto viktige utfordringer og oppgaver som gjør at Norge etter ECDCs oppfatning bare er "halvveis til målet".

---

<sup>33</sup> Rapport frå Helseøvinga 2007 (gjennomført 22. november 2007), evaluering ved Geir Sverre Braut, Statens helsetilsyn, 14. desember 2007

I rapporten pekes det særlig på fem områder hvor norske myndigheter bør forsterke innsatsen:

1. Ikke bare helsesektoren bør planlegge. En influensapandemi vil kunne få konsekvenser for en rekke sektorer. Rapporten anbefaler at norske myndigheter beveger seg fra en helsesektorplan i retning av en multisektoriell plan.
2. Planene må gjøres operasjonelle på lokalt nivå. Kommunene og sykehusene må samarbeide om felles planer. I kommunene må det lages planer både i og utenfor helsesektoren. Et særlig problem er hvordan de mange små kommunene i landet kan lage kvalitetsmessige gode planer for pandemisk influensa.
3. Fylkesmannens rolle i å sikre et bedre samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene bør styrkes. Utviklingen av interkommunale helsenettverk for å bedre planleggingskapasiteten bør oppmuntres.
4. Offentlig, så vel som privat sektor, bør planlegge for en situasjon hvor mange ansatte (20-40 prosent) kan bli fraværende pga. egen sykdom eller omsorgsoppgaver.
5. Norge må bli bedre når det gjelder å forebygge den årlige influensaen som kommer hver vinter. Mange av tiltakene mot sesonginfluensaen vil være nyttige også mot pandemisk influensa. Særlig bør flere i risikogruppene (eldre og kronisk syke) vaksineres mot sesonginfluensa hvert år.

HOD signaliserte etter gjennomgangen at ECDCs anbefalinger ville bli tatt hensyn til ved revisjonen av den nasjonale handlingsplanen for pandemisk influensa og at departementet tok sikte på at en ny revidert utgave av planen skulle være fastsatt innen utgangen av 2008.<sup>34</sup>

#### **4.10.2. Nasjonal sårbarhets- og beredskapsrapport (NSBR) 2008**

Pandemiberedskapen var fordypningstema i Nasjonal sårbarhets- og beredskapsrapport for 2008. Rapporten utgis årlig av DSB. I rapporten heter det at *”arbeidet med pandemiberedskap ikke har kommet langt nok, og [...] det er behov for flere tiltak som styrker pandemiberedskapen og øker robustheten i den nasjonale håndteringsevnen.”*<sup>35</sup>

Utredningen peker på følgende viktige tiltak:

- identifisering av samfunnsviktige funksjoner
- sårbarhetsvurderinger knyttet til kritisk kompetanse
- planverk som omfatter høyt og langvarig bortfall av arbeidskraft
- samordning mellom ulike aktører.

Videre pekes det i utredningen på at arbeidskraft gjennomgående er en kritisk innsatsfaktor i de samfunnsfunksjonene det er fokusert på. Flere arbeidsoppgaver krever også spesialkompetanse. I rapporten heter det at det er *”urovekkende at så få sentrale aktører har beredskapsplaner som dekker et høyt og langvarig bortfall av arbeidskraft, samt bortfall av nøkkelpersonell”*<sup>36</sup>

Rapporten pekte på at et utbrudd av alvorlig pandemisk influensa ville kunne skape store problemer for helsevesenet. Spesielt ble det pekt på respirator kapasiteten som *”i utgangspunktet er lav og [...] raskt [vil] kunne bli sprengt ved et utbrudd av pandemisk influensa”*.<sup>37</sup>

<sup>34</sup> regjeringen.no om rapport fra felles gjennomgang av norsk beredskap mot pandemisk influensa

<sup>35</sup> Nasjonal sårbarhets- og beredskapsrapport (NSBR) 2008, DSB, s. 65

<sup>36</sup> Nasjonal sårbarhets- og beredskapsrapport (NSBR) 2008, DSB, s. 65

<sup>37</sup> Nasjonal sårbarhets- og beredskapsrapport (NSBR) 2008, DSB, s. 54

## 5. Ny influensa A (H1N1) i Norge

I dette kapittelet beskrives hendelsesforløpet på nasjonalt plan fra meldingen om utbruddet av ny influensa A (H1N1) i Mexico og USA ble mottatt og til utløpet av 2009. Kapittelet beskriver også sykdommens kjennetegn, omfang og konsekvenser.

### 5.1. Bakgrunn – influensapandemier

Det eksisterer tre typer influensavirus, type A, B og C. Bare type A er kjent som årsak til pandemier. Slike virustyper finnes i stort mangfold hos fugl og hos pattedyr som svin. Pandemier kan oppstå når det oppstår virus hos dyr som også kan smitte til mennesker (zoonoser) og som har gode forutsetninger for å smitte mellom mennesker.

Influensavirus er i stadig forandring, gradvis eller i store sprang. Det er vanlig at det nye viruset fortrenger det eksisterende influensa A-viruset hos mennesker og etablerer seg som vanlig influensavirus i påfølgende sesonger.

Siden 1510 har det vært 18 kjente pandemier. Tidsrommet mellom dem har variert, men vanlige intervall har vært 10-40 år. På 1900-tallet var det fire pandemier (utbruddsår i parentes):

- Spanskesyken (1918)
- Asiasyken (1957)
- Hong-Kong-syken (1968)
- Russerinfluensaen (1977).<sup>38</sup>

### 5.2. Hendelsesforløp – pandemien i 2009

#### 5.2.1. Tidsrommet 24. april – 10. juni 2009

Perioden omfatter tidsrommet fra utbruddet ble rapportert, til WHO erklærte at utbruddet hadde utviklet seg til en pandemi.

*Fredag 24. april 2009* meldte USAs helsemyndigheter om syv tilfeller fra to stater av infeksjon med svineinfluensavirus av typen A (H1N1). Samme dag ble det offentlig kjent at en i flere delstater i Mexico i flere uker har hatt et utbrudd av alvorlig luftveisinfeksjon med flere hundre tilfeller samt flere titalls dødsfall. Prøver fra enkelte pasienter i Mexico ble laboratorieverifisert i Canada, og viruset viste seg å være identisk med viruset som var påvist i USA.

Hendelsen ble også varslet til WHO som varslet medlemsstatene om utbruddet gjennom en Situation Update i Global Outbreak Alert and Response Network (GOARN)-systemet samme dag. Det syntes klart at pasientene, i motsetning til enkelte sporadiske pasienter med svineinfluensa fra tidligere år, ikke hadde hatt kontakt med svin. Mistanken ble derfor vakt om at dette var et svineinfluensavirus som hadde evne til å smitte mellom mennesker. Sykdomsbildet var som ved en ikke alvorlig luftveisinfeksjon.

FHI varslet HOD, Helsedirektoratet og sykehusene samme dag, i henhold til IHR-forskriften § 10. Et første møte mellom FHI og Helsedirektoratet ble gjennomført fredag 24. april kl. 16.30 i FHIs lokaler. Kommunelegene ble varslet av FHI gjennom e-post til kommunene dagen etter. Helsedirektoratet og HOD ble varslet ved e-post om at WHO hadde erklært hendelsen for å være av alvorlig betydning for den internasjonale folkehelsen (*public health emergency of international concern*).<sup>39</sup>

<sup>38</sup> Nasjonal beredskapsplan for pandemisk influensa, Versjon 3.0, 16. februar 2006, HOD, s. 123 -125

<sup>39</sup> Statusrapport, FHI, 26. april 2009

Helsedirektoratet varslet akuttmottakene ved sykehusene gjennom AMK Ullevål sykehus lørdag 25. april. Tre av landets flyplasser ble også kontaktet. Varsling gikk dessuten til regionhelseforetakene og til fylkesmennene og videre fra dem til kommunene.

I løpet av helgen var det kontakt mellom HOD, Helsedirektoratet og FHI. Helsedirektoratets kriseutvalg ble innkalt til møte søndag 26. april kl. 10.30. Her møtte også en representant for FHI. I møtet ble tiltakene i Pandemiplanen for fase 3 gjennomgått, og det ble tatt initiativ for å etablere oversikt over tilgjengelige legemidler, sprøyter og spisser og munnbind.<sup>40</sup>

Ansvar for håndteringen av situasjonen ble på formiddagen mandag 27. april delegert fra HOD til Helsedirektoratet i tråd med Overordnet helse- og sosialberedskapsplan.<sup>41</sup> FHI var i nær kontakt med WHO og ECDC om situasjonen. Samme dag meldte WHO at pandemiberedskapsnivået var hevet fra 3 til 4.

Kl. 14.30 samme dag ble det gjennomført en pressekonferanse i regi av HOD med deltakelse av Statsråd Bjarne Håkon Hanssen, helsedirektør Bjørn-Inge Larsen fra Helsedirektoratet og overlege Bjørn G. Iversen fra FHI. Siden ble det gjennomført hyppige pressebriefinger med deltakelse fra Helsedirektoratet og FHI. Helsedirektoratet hadde ansvaret for disse.

27. april kl. 16.30 ble det gjennomført møte i RKR. HOD ble da tildelt rollen som lederdepartement.

WHOs pandemiberedskapsnivå ble hevet fra 4 til 5 onsdag 29. april.

Helsedirektoratet leverte f.o.m. 28. april t.o.m. 8. mai daglige situasjonsrapporter til HOD. Hyppigheten av rapporteringen ble deretter tilpasset situasjonen til enhver tid, noe som tilsa mindre hyppig rapportering. Rapportene fra Helsedirektoratet ble også sendt direkte til FHI, SLV, Statens helsetilsyn i tillegg til Politidirektoratet (POD) og DSB. HOD distribuerte rapportene videre til samtlige departementer via Krisestøtteenheten (KSE). Kopi av rapportene ble også sendt fylkesmennene, Sysselmannen og RHF-ene. Rapportene var ledsaget av talepunkter og prosatekst. På den måten ble relevante aktører informert om status og hvilke tiltak som ble iverksatt.

FHIs statusrapporter var den viktigste kilden for direktoratets rapporter, i tillegg til enkeltstående rapporter fra fylkesmennene og Sysselmannen på Svalbard og RHF-ene (spesialisthelsetjenesten). FHI utarbeidet i løpet av perioden frem til 11. juni 26 statusrapporter og en rekke temarapporter om aktuelle spørsmål i forbindelse med situasjonen.<sup>42</sup>

Viktige tiltak og vurderinger i denne fasen var ellers (fremstillingen er hovedsakelig basert på Helsedirektoratets situasjonsrapporter til HOD, rapportdato i parentes):

- Første nettsak legges ut på fhi.no 24. april<sup>43</sup>
- Råd til reisende og til dem som befinner seg i området 25. april
- Råd til helsetjenesten 25. april
- Bestilling av antiviralia og antibiotika for å supplere beredskapslagre (28. april)
- Melding til RHF-ene, fylkesmenn og etater underlagt HOD om å gjennomgå sine beredskapsplaner og vurdere behov for tiltak dersom situasjonen skulle eskalere (28. april)
- FHI forlenger sesongens kliniske og virologiske overvåkning av influensa ut over uke 20 for å kunne fange opp evt. utbrudd i Norge (200 utvalgte legekontor melder hver uke om andel konsultasjoner som gjelder influensaliknende sykdom)<sup>44</sup>

<sup>40</sup> Logg, Helsedirektoratet, søndag 20090426

<sup>41</sup> Logg, Helsedirektoratet, mandag 20090427

<sup>42</sup> Pandemien – Gjennomgang, uferdig notat Helsedirektoratet, pr. juni 2010, s. 15

<sup>43</sup> Statusrapport, FHI, 26. april 2009

<sup>44</sup> Statusrapport, FHI, 26. april 2009

- I tillegg ble 80 legekantor bedt om å sende inn virusprøver av alle pasienter med mulig sykdom (28. april)
- Informasjon til alle landets leger om bruk av antiviralia (29. april)
- Vurdering av spørsmålet om ny influensa A (H1N1) bør erklæres som allmennfarlig smittsom sykdom iht. smittevernloven (29. april). Blir første gang nevnt i statusrapport fra FHI 26. april
- Innkjøp av 15 millioner munnbind (29. april)
- Løpende vurderinger rundt reiseråd til befolkningen (hver situasjonsrapport)
- Bestilling av antiviralia til norske ambassader i utlandet (1. mai)
- Bestilling av utstyr til helseforetakene (åndedrettsvern, øyebeskyttelse, smittefrakker, hansker og munnbind) (1. mai)
- Foreløpige veiledere i pandemiplanlegging sendt kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten (1. mai)
- Tamiflu i beredskapslageret ble fordelt mellom de tre grossistene (1. mai)
- Rekvirering av Tamiflu til skip i utsatte områder (1. mai)
- Fylkesmennene meldte at ca. 30 kommuner ikke hadde pandemiplan og at mange planer er generelle og ikke fyller lovens krav (1. mai)
- Etablering av et prosjektsekretariat i samarbeid mellom DSB og Helsedirektoratet. Kompetansesøtte til relevante virksomheter med særlig vekt på å opprettholde ordinær drift ved høyt fravær (2. mai)
- Det iverksettes løpende rapportering på mengde Tamiflu som rekvireres fra apotekene (5.mai)
- pandemi.no er oppdatert og satt i drift (5. mai)
- Helsedirektoratet sendte brev til RHF-ene om beredskapssikring av legemidler til intensivpasienter (11. mai)
- Helsedirektoratet sendte brev til fylkesmennene angående deres planstøttefunksjon overfor kommunene
- HOD besluttet å gå til innkjøp av 4,7 mill prepandemivaksiner (18. mai)<sup>45</sup>
- FHI fordelte analysesett til flere laboratorier slik at flere kan bekrefte eller avkrefte tilfeller (5. juni).

De første sykdomstilfellene i Norge ble rapportert 11. mai. To personer fra henholdsvis Skien og Oslo kom hjem fra Mexico 5. mai og ble syk dagen etter. Sykdomsbildet ble rapportert å være mildt.<sup>46</sup>

De neste tilfellene ble registrert 19. mai: en kvinne fra Oslo smittet i USA og 20. mai og en mann fra Vest-Agder som også var smittet i USA.<sup>47</sup> Pr. 11. juni var det til sammen bekreftet 13 tilfeller av ny influensa A (H1N1) i Norge. To av de syke var smittet i Norge. Ingen av pasientene hadde vært alvorlig syke.

### **5.2.2. Tidsrommet 11. juni – 15. oktober 2009**

Perioden omfatter tidsrommet fra WHO erklærte pandemi til den første forsendelsen av vaksine ankom landet.

WHO erklærte 11. juni nivå 6 som betød at det har intrådt en situasjon med vedvarende smitte i verdensbefolkningen. I erklæringen het det ellers: ”*At this early stage, the pandemic can be characterized globally as being moderate in severity.*”<sup>48</sup>

<sup>45</sup> Dette må sees i lys av at man på dette tidspunktet var i fase 5 og norske myndigheters pandemiavtale først trådte i funksjon når fase 6 var erklært. Da dette skjedde ble denne bestillingen satt til side

<sup>46</sup> Situasjonsrapport nr. 12 til HOD fra Helsedirektoratet, 11. mai 2009

<sup>47</sup> Situasjonsrapport nr. 19 til HOD fra Helsedirektoratet, 25. mai 2009

<sup>48</sup> E-post fra Preben Aavitsland, FHI, til HOD, Helsedirektoratet, Statens helsetilsyn m.fl., 11. juni 2009

I Norge medførte ikke denne endringen til noen umiddelbare konsekvenser bortsett fra at pandemivaksineavtalen gjennom dette ble aktivert.

Fylkesmennene rapporterte 22. juni at mange kommuner var ferdige med sine pandemiplaner, men at mye arbeid fortsatt gjensto til høsten. Helsedirektoratet ba fylkesmennene fortsette oppfølgingen mot kommunene.

26. juni sendte Helsedirektoratet brev til RHF-ene og ba dem planlegge for behandling av 5875 intensivpasienter i forbindelse med pandemien. Antallet var stipulert ut fra det scenarioet som var lagt til grunn i Pandemiplanen. Anslaget ble senere (brev av 29. juli) justert ned til 1044.<sup>49</sup> Dette var på bakgrunn av et nytt planleggingsscenario utarbeidet av FHI blant annet på grunnlag av erfaringer fra Storbritannia.<sup>50</sup> Planscenarioet skulle være et "rimelig verstefallsscenario". Anslaget utløste bestilling av 393 nye respiratorer og annet intensivutstyr.<sup>51</sup>

I første halvdel av august sendte helsemyndighetene ut informasjonsbrosjyre om pandemien til alle landets husstander. Samtidig gikk det ut råd om at en skulle holde seg hjemme i syv dager hvis en hadde eller hadde hatt influensasymptomer.

Av situasjonsrapportene fra Helsedirektoratet til HOD fremgår det ellers at blant annet følgende andre tiltak ble iverksatt i perioden (rapportdato i parentes):

- Ukentlig rapportering fra fylkesmennene og RHF-ene ble iverksatt (4. august)
- Brev ble sendt til RHF-ene og til fylkesmennene for videresending til landets kommuner om forventede beredskapsforberedelser for å håndtere en influensapandemi i fase 6 (4. august)
- Utredning av betalingsordning for vaksine ble oversendt HOD (4. august)
- Helsedirektoratets pandemiinformasjonstelefon ble åpnet 3. august (4. august)
- Helsedirektoratet oversendte utredning for å avklare om ny influensa A (H1N1) bør klassifiseres som allmennfarlig smittsom sykdom (11. august)
- Brev ble sendt til fylkesmenn og kommunene i forbindelse med skole- og barnehagestart (11. august)
- Første vaksineleveranse ankom landet 12. oktober.

Planscenarioet fra 29. juli ble justert 3. september. Scenarioet ble først og fremst endret ved at en la til grunn at en mindre andel av befolkningen ble syk i forbindelse med hovedbølgen (30 prosent ble redusert til 20 prosent) og at færre ville søke lege og trenge behandling. Letaliteten ble i begge scenarioer satt til 0,05 prosent.<sup>52</sup>

I perioden ble det for øvrig arbeidet med å forberede vaksiner. Arbeidet startet midt i august, og rapport fra FHI forelå 16. september. Anbefalingen var at gravide i andre og tredje trimester, personer med risiko for alvorlig sykdomsforløp og helse- og omsorgspersonell skulle prioriteres.<sup>53</sup> Rapporten ble oversendt HOD.

Det ble opprettet et eget internettbasert register for vaksiner mot ny influensa A (H1N1), PANVAK, hvor alle vaksinerte med batchnummer på vaksinen mv. skulle registreres. Dette ble linket opp mot det eksisterende SYSVAK-registeret som bare omfatter personer under 18 år. Gjennom revisjon av SYSVAK-forskriften 5. oktober ble slik registrering påbudt.<sup>54</sup>

<sup>49</sup> Brev fra Helsedirektoratet til RHF-ene, 26. juni 2009

<sup>50</sup> Scenario for planlegging av håndtering av epidemien av influensa A (H1N1) i Norge, FHI, 29. juli 2009

<sup>51</sup> Brev fra statsråd Bjarne Håkon Hanssen til Helsedirektoratet, 5. august 2009

<sup>52</sup> Scenario for planlegging av håndtering av epidemien av influensa A (H1N1) i Norge, første revisjon, FHI, 3. september 2009

<sup>53</sup> Rapport om anbefalt rekkefølge for vaksiner mot ny influensa A (H1N1), FHI, 16. september 2009

<sup>54</sup> fhi.no, presentasjon av Berit Feiring, Influensapandemien – vaksineaspekter, 29. mai 2010

Parallelt med dette ble det arbeidet med en ny forskrift om nasjonalt vaksinasjonsprogram. Forskriften ble fastsatt 2. oktober og tydeliggjorde kommunenes ansvar for å tilby vaksinasjon mot influensa etter retningslinjer gitt av FHI, herunder også vaksine mot pandemisk influensa som med den nye forskriften ble definert inn i det nasjonale vaksinasjonsprogrammet<sup>55</sup>. Forskriften fastsatte en egenbetaling på 50 kr. fra de som lot seg vaksinere. Denne bestemmelsen ble fjernet 16. oktober slik at kommunene etter dette kunne bestemme betalingen selv.<sup>56</sup>

20. juli ble det meldt at det så langt var registrert 133 bekreftede tilfeller av ny influensa A (H1N1) i Norge. 18 av disse var smittet innenlands. Fortsatt var det ikke meldt om alvorlig syke pasienter. FHIs influensaovervåkingsprogram ga ingen indikasjoner på influensaepidemi i landet.<sup>57</sup>

13. august rapporterte Helsedirektoratet til HOD:

*”Viruset har nå etablert seg i Norge. Smittespredningen foregår i hovedsak i klynger. I dagene og ukene som kommer forventer vi at klyngene blir større slik at vi etter hvert får en generell spredning av influensa.”*<sup>58</sup>

Pr. 15. oktober rapporterte FHI at det til da var registrert 1762 tilfeller i Norge. Siden 1. september hadde det vært 101 innleggelser i sykehus, hvorav 18 i intensivavdeling. Det var på dette tidspunktet registrert seks dødsfall.<sup>59</sup>

### **5.2.3. Tidsrommet 16. oktober – 31. desember 2009**

I perioden fra 16. oktober og frem til årsskiftet ble det gjennomført vaksinerings av prioriterte grupper og deretter av befolkningen for øvrig. Dette skjedde samtidig med at hovedbølgen av influensaen slo inn over landet.

Vaksinen Pandemrix var godkjent i EU etter anbefaling fra EMA 30. september og av SLV 1. oktober (se kapittel 4.8 siste avsnitt). Den ankom landet i ukentlige leveranser som utgjorde en bestemt andel av produsenten GSKs ukeproduksjon. Utsendelsen til kommuner og helseforetak startet 19. oktober og pr. 23. oktober var 300.000 doser sendt ut. Regionene utenfor det sentrale Østlandsområdet fikk vaksiner først.<sup>60</sup> Pr. 20. november regnet en med at alle kommuner skulle ha mottatt vaksiner til minst 20 prosent av befolkningen, dvs. at risikogrupperne og øvrige prioriterte grupper skulle være dekket.<sup>61</sup>

FHI hadde allerede 23. oktober anbefalt overfor HOD om at så snart prioriterte grupper var vaksinert skulle gå videre å anbefale vaksinerings av hele befolkningen.<sup>62</sup>

SLV publiserte 26. november oppdaterte doseringsanbefalinger for Pandemrix på bakgrunn av nye kliniske data som viste at én dose mest sannsynlig var tilstrekkelig for å oppnå god immunrespons og beskyttelse mot ny influensa A (H1N1).<sup>63</sup>

Totalt anslår FHI at ca. 2,2 millioner mennesker er vaksinert mot ny influensa A (H1N1) i Norge. Av disse er 1,98 millioner registrert i PANVAK- og SYSVAK-registrene.<sup>64</sup>

<sup>55</sup> HOD er ansvarlig for det nasjonale vaksinasjonsprogrammet iht. Lov om vern mot smittsomme sykdommer, lov av 5. august 1994, nr 55, § 3-8

<sup>56</sup> Forskrift om nasjonalt vaksinasjonsprogram, nr. 1229, 2. oktober 2009

<sup>57</sup> Situasjonsrapport nr. 25 til HOD fra Helsedirektoratet, 21. juli 2009

<sup>58</sup> Situasjonsrapport nr. 28 til HOD fra Helsedirektoratet, 13. august 2009

<sup>59</sup> Statusrapport om ny influensa A (H1N1), FHI, 15. oktober 2009

<sup>60</sup> E-post fra direktør Geir Stene-Larsen til kommuner og helseforetak, FHI, 23. oktober 2009

<sup>61</sup> Statusrapport om ny influensa A (H1N1), FHI, 12. november 2009

<sup>62</sup> Rapport nr. 2 om vaksinasjonsrekkefølge, versjon 2, FHI, 23. oktober 2009

<sup>63</sup> Situasjonsrapport nr. 43 fra Helsedirektoratet til HOD, 30. november 2009

<sup>64</sup> fhi.no om PANVAK og SYSVAK



I denne perioden ble ellers blant annet følgende tiltak rapportert iverksatt av helsemyndighetene (rapporteringsdato til HOD i parentes):

- Helsedirektoratet sendte 28. oktober ut brev til kommunene (via fylkesmennene) om prioriteringer i pandemisituasjonen blant annet knyttet til vaksiner, utvidet egenmeldingsperiode til åtte dager, sykemelding pr. telefon og omprioritering av fastlegenes oppgaver (2. november)
- Opprettelse av Norsk pandemi intensivregister (NOPIR) (2. november)
- Det ble midlertidig åpnet for farmasøytrekvirering av Tamiflu og Relenza<sup>65</sup>
- Endring av anbefalingen om syv dagers fravær ved influensa A-sykdom. Den nye tilrådingen var at personer med mistenkt infeksjon kunne gjenoppta arbeid/skolegang/barnhageopphold tidligst 24 timer etter at de ble feberfri og allmenntilstanden var god nok (9. november).<sup>66</sup>

Fylkesmannen i Nord-Trøndelag rapporterte midt i oktober om utbrudd av svineinfluensa i grisebesetninger. Slike utbrudd fant også sted andre steder i landet.

Influensatilfellene i Norge økte markert fra ca. 15. oktober og nådde toppen i ukene 44 og 45 (26. oktober – 8. november). På det meste var 89 pasienter innlagt på sykehus, hvorav 24 fikk intensivbehandling. Beregninger gjort med en rekke forbehold og anslag tilsier at ca. 900.000 mennesker kan ha blitt syk med ny influensa A (H1N1) i Norge. Det var pr. 7. januar 2010 registrert 29 dødsfall som følge av sykdommen.<sup>67</sup>

### **5.3. Sykdomsbildet og konsekvenser av sykdommen i 2009**

Ny influensa A (H1N1) har så langt i de aller fleste tilfeller artet seg som en mild sykdom. De fleste influensavirus gir samme symptomer, det vil si feber, hoste, sår hals, hodepine, muskelsmerter og nedsatt allmenntilstand. For enkelte grupper kan imidlertid sykdommen medføre større risiko for et alvorligere forløp.

Slike grupper er:

- voksne og barn med kroniske luftveissykdommer (inkludert astma med behov for stadig legemiddelbehandling eller innleggelser), spesielt personer med nedsatt lungekapasitet
- voksne og barn med kroniske hjerte/karsykdommer, spesielt personer med alvorlig hjertesvikt, lavt minuttvolum eller pulmonal hypertensjon (høyt trykk i lungekretsløpet). Ukompisert forhøyet blodtrykk alene regnes ikke som risiko
- voksne og barn med nedsatt forsvar mot infeksjoner
- voksne og barn med diabetes mellitus (både type 1 og type 2)
- gravide
- voksne og barn med kronisk nyresvikt
- voksne og barn med kronisk leversvikt
- kronisk, nevrologisk sykdom eller skade
- svært alvorlig fedme, dvs. kroppsmasseindeks (BMI) over 40 kg/m<sup>2</sup>.<sup>68</sup>

Disse gruppene ble valgt på grunnlag av best tilgjengelige kunnskap i september. Det finnes ikke detaljert kunnskap om risikoøkningen for gruppene. Sykdommen kan ramme alvorlig også utenfor disse gruppene.<sup>69</sup>

<sup>65</sup> Forskrift om rekvirering av Tamiflu og Relenza. Forskrift om provisor-farmasøytters og reseptarfarmasøytters rett til rekvirering av oseltamivir og zanamivir, nr. 1327, 3. november 2009

<sup>66</sup> Rapport om reviderte råd for anbefalinger om sykefravær ved influensaliknende sykdom, FHI, 18. november 2009

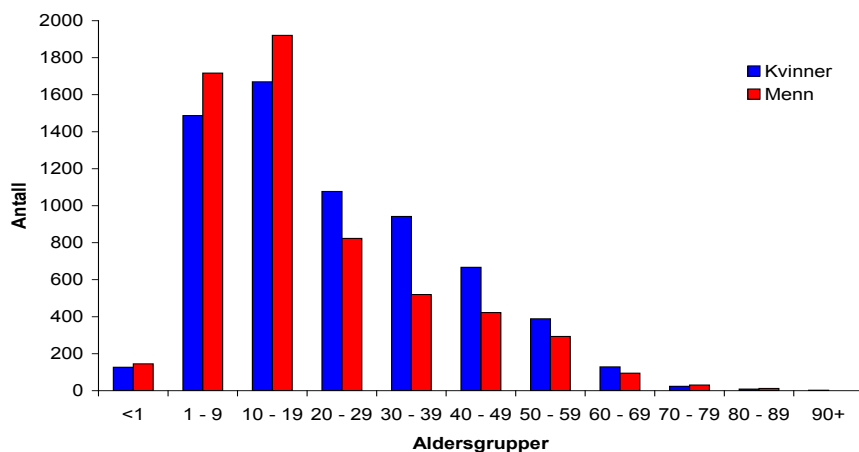
<sup>67</sup> Statusrapport om ny influensa A (H1N1), FHI, 7. januar 2010

<sup>68</sup> fhi.no om risikogrupper for komplikasjoner av ny influensa A (H1N1)

<sup>69</sup> Rapport med kommentarer til DSBs utkast, FHI, 29. september 2009

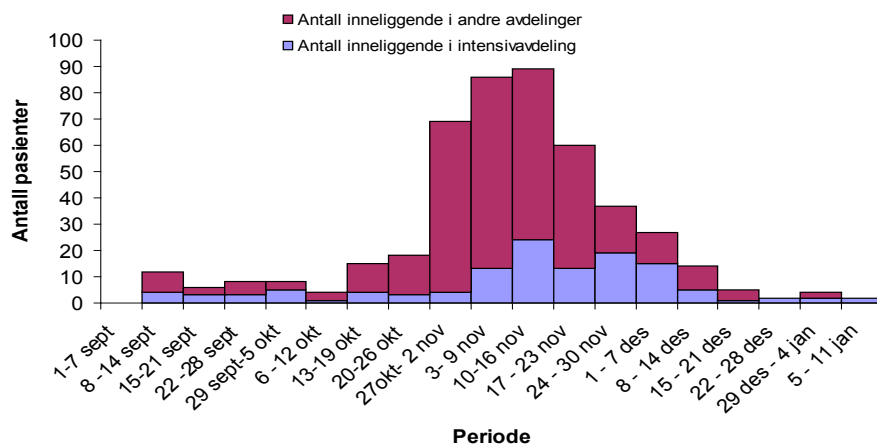
WHO anså, i følge FHI's statusrapport 15. oktober 2009, det nye viruset som mer smittomt enn vanlig sesonginfluensavirus. Det ble anslått at en gjennomsnittspasient ga opphav til 1,4-1,5 nye pasienter. Median inkubasjonstid ble regnet å være to dager. 2/3 av de smittede ble syke. En studie fra USA tyder på at en del eldre har restimmunitet fra infeksjon med influensa A (H1N1) i perioden mellom 1918 og 1957.

Hos noen få pasienter fikk sykdommen et mer alvorlig forløp med lungebetennelse forårsaket av influensaviruset.<sup>70</sup>



Figur 1. Kjønn- og aldersfordeling av bekreftede tilfeller med influensa A (H1N1) i Norge (kilde: FHI<sup>71</sup>)

Belastningen på behandlingsskapasiteten i helsevesenet under pandemien ble ikke så krevende som de ulike planleggingsscenarioene hadde tatt høyde for.



Figur 2. Inneliggende pasienter på sykehus og intensivavdelinger i perioden 1. september 2009 – 11. januar 2010 (kilde: FHI<sup>72</sup>)

Det ble registrert til sammen 29 dødsfall utløst av influensa A (H1N1) i Norge frem til 31. desember 2009. Ut fra et anslag på antall syke på ca. 900 000 gir dette en letalitet<sup>73</sup> på 0,003 prosent. Mortaliteten<sup>74</sup> var i Norge 0,6 pr 100 000 mennesker. Mortaliteten i Norge i forbindelse med influensa A (H1N1) var høyere enn i de fleste land i Vest-Europa (Sverige og Danmark inkludert),

<sup>70</sup> Statusrapport om ny influensa A (H1N1), FHI, 15. oktober 2009

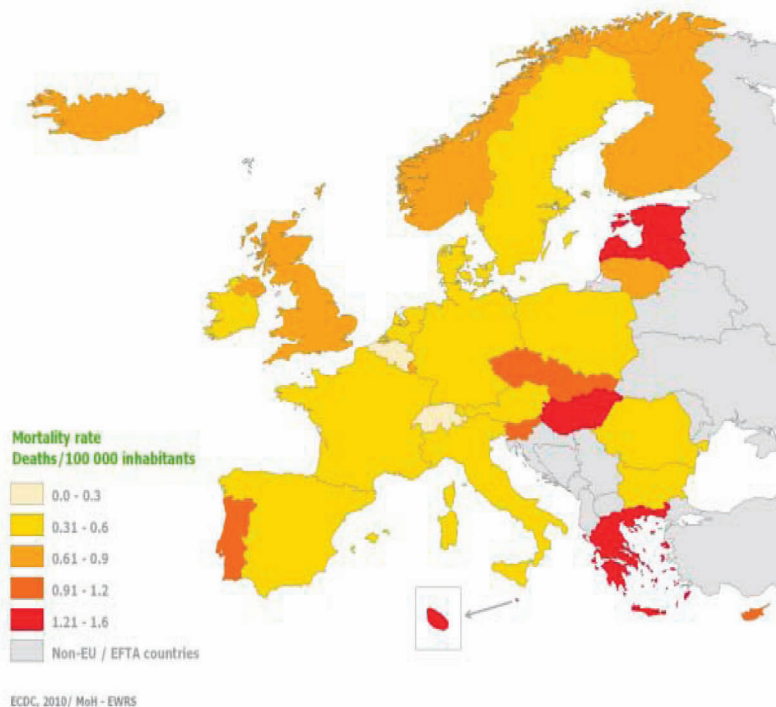
<sup>71</sup> fhi.no, Bjørn G. Iversen, presentasjon Svineinfluensa – status for pandemien, 9. juni 2010

<sup>72</sup> fhi.no, Bjørn G. Iversen, presentasjon Svineinfluensa – status for pandemien, 9. juni 2010

<sup>73</sup> Letalitet = dødelighet av en bestemt sykdom (andel av de syke som dør)

<sup>74</sup> Mortalitet = dødelighet i en befolkningsgruppe (andel av befolkningen som dør)

men lavere enn i de landene som ble sterkest rammet innen EU/EØS-området (Estland, Latvia, Ungarn, Hellas, Malta). Mortalitetstarene i de enkelte landene fremgår av figur 3.<sup>75</sup>

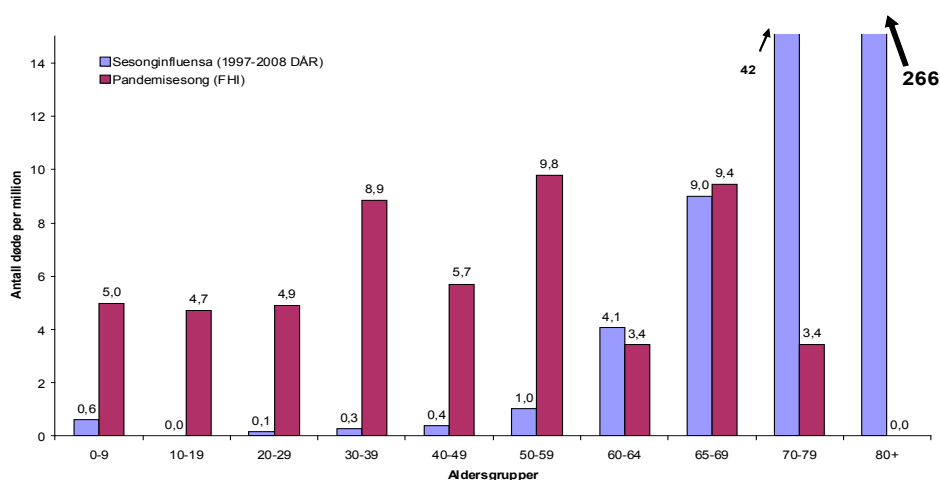


Figur 3. Mortalitet på grunn av influensa A (H1N1) i EU- og EFTA-land (kilde: ECDC)

De 29 døde i Norge fordelte seg slik på aldersgrupper:

- 0-19 år: 6 døde
- 20-39 år: 9 døde
- 40-59 år: 10 døde
- Over 60 år: 4 døde.<sup>76</sup>

Av de døde hadde 80 prosent kjent underliggende sykdom.



Figur 4. Aldersspesifikke mortalitetsraten for sesonginfluensa og pandemiinfluaensaen i 2009 (kilde: FHI)

<sup>75</sup> ecdc.europa.eu, presentasjon Monthly executive update, Issue 35, 4<sup>th</sup> May 2010

<sup>76</sup> fhi.no, Bjørn G. Iversen, presentasjon Svineinfluaensa – status for pandemien, 9. juni 2010

Letaliteten var langt lavere enn ved sesonginfluensa. En viktig årsak til dette var at influensa A (H1N1) bare i svært liten grad rammet eldre mennesker. Dette har sammenheng med at det nye H1N1-viruset hadde egenskaper som lignet på det som var rådende i årene 1918 – 1957 og som altså var blitt introdusert i befolkningen med Spanskekyken.<sup>77</sup> Ved sesonginfluensa er over 90 prosent av overdødeligheten i Norge knyttet til mennesker over 65 år. Blant de få som ble syke med ny influensa A (H1N1) i aldersgruppen over 65 år, var imidlertid letaliteten svært høy.

#### 5.4. Økonomiske konsekvenser

Statens direkte kostnader knyttet til pandemien var i henhold til opplysninger fra HOD 851 mill. kr.<sup>78</sup> I Tabellen under vises hvordan kostnadene fordelte seg mellom de ulike aktørene.

Tabell 1. Direkte kostnader for staten i forbindelse med influensa A (H1N1) (kilde: HOD)

Helsedirektoratet	Regionale helseforetak	Nasjonalt folkehelseinstitutt
Antiviralia 70 mill. kr.	Verneutstyr, overvåkningsutstyr, legemidler til intensivpasienter 80 mill. kr	Kjøp av vaksine 461 mill. kr
Redusert egenbetaling antiviralia 13 mill. kr	Respiratorer 80 mill. kr	Vaksinedistribusjon 15 mill. kr
Informasjonskampanje 10 mill. kr	Div. pumper, dialyseapparater 40 mill. kr	Vaksineregister 12 mill. kr.
Vaksinekampanje 10 mill. kr.	Opplæring 35 mill. kr.	Overvåkning bivirkninger 2 mill. kr.
Andre formål 2 mill. kr		Likebehandling av sesong-influensavaksine 14 mill. kr
		Oppfølgingsprosjekt 7 mill. kr
<b>Totalt 105 mill. kr.</b>	<b>Totalt 235 mill. kr.</b>	<b>Totalt 511 mill. kr.</b>

Det foreligger ingen samlet oversikt over kommunenes kostnader. Det ble ikke gitt ekstrabevilgninger til kommunene i forbindelse med pandemien. Kommunenes kostnader var i stor grad knyttet til gjennomføring av vaksineringsen av befolkningen, og nettokostnaden var i stor grad avhengig av hvor høy egenandel de krevde av de som ble vaksinert.

Vaksineforskriften la, som nevnt over, i utgangspunktet til grunn at egenandelen skulle være 50 kr. Dette ble endret 16. oktober like før vaksineringsen startet, og kommunene fikk anledning til å sette prisen selv. Kommuner DSB har vært i kontakt med har gjennomgående oppgitt kostnader på rundt 100 kroner per vaksine satt, avhengig av hvilken organisering kommunene valgte.

De samfunnsøkonomiske kostnadene ved pandemien i 2009 er ikke vurdert. Trolig vil disse i stor grad være knyttet til fraværet fra arbeidsplassene på grunn av sykdom eller i forbindelse med barns sykdom. Massevaksinasjonen har imidlertid medført at en svært stor del av befolkningen nå har redusert sannsynlighet for å bli influensasyk i årene som kommer. Hvor sterk denne effekten vil være, er det ikke mulig å si noe sikkert om.

<sup>77</sup> fhi.no, Olav Hungnes, presentasjon Pandemisk influensa A (H1N1) - virologiske aspekter, 9.-10. juni 2010

<sup>78</sup> Hva kostet pandemien det norske helsevesenet?, presentasjon, Hans-Olaf Wathne, HOD

## 6. Problemstillinger

I dette kapittelet gjøres det rede for hvilke problemstillinger som er lagt til grunn for gjennomgangen og DSBs vurderinger. Problemstillingene tar i hovedsak utgangspunkt i prinsipper og målformuleringer i *Nasjonal beredskapsplan for pandemisk influensa*.

### 6.1. Generelt – vurderingsgrunnlag

Læringsaspektet er det sentrale i gjennomgangen. Funnene må derfor vurderes opp mot i hvilken grad de vil være egnet til å sette samfunnet i stand til å håndtere en ny pandemi på en best mulig måte. En viktig del av gjennomgangen vil også være å peke på det som fungerte godt og som det bør bygges videre på.

Helsemyndighetenes ansvar er å bidra til å beskytte befolkningens liv og helse. Pandemien angikk imidlertid ikke bare helsesektoren, den påvirket også samfunnet for øvrig. Dersom sykdomsbildet og omfanget hadde blitt mer alvorlig enn det som nå var tilfellet, kunne opprettholdelsen av viktige samfunnsfunksjoner blitt en vesentlig problemstilling.

Nasjonal beredskapsplan for pandemisk influensa baserer seg på WHO's faseinndeling. Under en pandemi har tiltakene i planen som overordnet mål å minimere innvirkningen av sykdommen.<sup>79</sup> Dersom et funn som gjøres i forbindelse med gjennomgangen skal være relevant, må det derfor kunne sannsynliggjøres at det kan ha hatt betydning for effekten av pandemien på samfunnsnivå.

Positive erfaringer vil kunne være slike som medvirket til at:

- antall syke ble redusert
- antall alvorlig syke og døde ble redusert
- viktige samfunnsfunksjoner ble opprettholdt
- håndteringen ikke skapte *unødig* uro i samfunnet og hos den enkelte
- samfunnets ressurser ble benyttet på en effektiv måte.

Negative erfaringer vil tilsvarende kunne være slike som virket i motsatt retning.

Et viktig perspektiv vil også være å vurdere hvilke problemstillinger som ville ha gjort seg gjeldende dersom Pandemiplanens verstefallsscenario hadde inntruffet. Verstefallsscenarioet i planen baserte seg på et sykdomsbilde tilsvarende Spanskekyken.

Selv om det ikke er eksplisitt uttrykt i mandatet, vil forhold som avdekkes ved gjennomgangen av pandemihåndteringen også kunne være interessante dersom de kan kaste lys over generelle problemstillinger knyttet til beredskap og krisehåndtering i helsesektoren eller i samfunnet for øvrig.

Viktige problemstillinger vil i tillegg være knyttet til i hvilken grad myndighetenes mål for håndteringen av en situasjon av denne typen ble innfridd og om rammene en opererte innenfor var hensiktsmessige. Mål og rammer er nedfelt i *Nasjonal beredskapsplan for pandemisk influensa*, mest eksplisitt i kapittel 7 *Oppgavefordeling under pandemiens forskjellige faser*. Det er derfor naturlig at mange av de mer detaljerte problemstillingene som legges til grunn for gjennomgangen, tar utgangspunkt i struktur og formuleringer fra denne delen av planen.

---

<sup>79</sup> Nasjonal beredskapsplan for pandemisk influensa, Versjon 3.0, 16. februar 2006, HOD, s. 45

## 6.2. *Styring, planlegging og koordinering*

De overordnede strategiske problemstillingene er knyttet til:

- regjeringens og departementenes rolle
- organiseringen av håndteringen innen helsesektoren
- overordnede prinsipper for håndtering av en influensapandemi.

Prinsippene for sentral krisehåndtering er beskrevet i St.meld. nr. 37 (2004-2005) *Om flodbølgekatastrofen i Sør-Asia og sentral krisehåndtering*<sup>80</sup>. Lederdepartementet er ansvarlig for den løpende strategiske ledelsen av krisehåndteringen. RKR skal bidra til å sikre den strategiske koordineringen.

En vurdering av hvordan HOD ivaretok rollen som lederdepartement, og hvordan koordineringen mellom sektorene ble håndtert vil på denne bakgrunn, være en viktig del av gjennomgangen. HOD har det overordnede ansvaret for beredskapsplanlegging og krisehåndtering i helsesektoren.

Innenfor helsesektoren er ansvars- og rolledelingen i forbindelse med kriser for øvrig beskrevet i *Overordnet nasjonal helse- og sosialberedskapsplan*. Helsedirektoratet skal i følge planen ”etter delegasjon fra departementet, forestå overordnet koordinering av helse- og sosialsektorens innsats og om nødvendig iverksette tiltak når en krisesituasjon truer eller har inntruffet.”<sup>81</sup> I tillegg skal Helsedirektoratet utarbeide og oppdatere tverrsektorielle situasjonsoversikter når HOD har rollen som lederdepartement.<sup>82</sup>

Viktige problemstillinger på dette området vil være hvordan ansvarsdelingen mellom HOD og Helsedirektoratet fungerte, og hvordan den overordnede koordineringen av innsatsen i sektoren ble ivarettatt. En viktig problemstilling knyttet til styringen og samordningen av innsatsen vil også kunne være hvor effektivt ressursene ble utnyttet i forbindelse med håndteringen av pandemien.

## 6.3. *Overvåking og vurdering*

Innen området overvåking og vurdering peker Pandemiplanen på to overordnede mål:

- Ha oversikt over det epidemiologiske, virologiske og kliniske bildet, utviklingen av pandemien og dens innvirkning på nasjonalt nivå, for å kunne forutsi videre utvikling og optimalisere bruken av begrensede ressurser
- Ha løpende oversikt over effekten av iverksatte tiltak som hjelp til videre arbeid.

Viktige problemstillinger her vil være i hvilken grad de systemene som ble etablert eller tatt i bruk for å monitorere alle viktige sider ved utviklingen var hensiktsmessige, og om de ble brukt på en mest mulig effektiv måte. Dette gjelder innhenting av viktige data både nasjonalt og internasjonalt, og også mer kvalitative vurderinger på områder som sykdomsbilde, mulige utviklingstrekk, behandlingsmetoder og samfunnsmessige konsekvenser. Rapporteringssystemene vil i denne sammenheng kunne være særlig interessante.

---

<sup>80</sup> St.meld. nr. 37 (2004-2005) Om flodbølgekatastrofen i Sør-Asia og sentral krisehåndtering, s. 30

<sup>81</sup> Overordnet nasjonal helse- og sosialberedskapsplan, versjon 1.0, 31. januar 2007, HOD, s. 12

<sup>82</sup> Overordnet nasjonal helse- og sosialberedskapsplan, versjon 1.0, 31. januar 2007, HOD, s. 19

## **6.4. Forebygging og begrensning**

Pandemiplanens mål innen forebygging og begrensning er følgende:

- begrenset eller forsinket spredning ved benyttelse av folkehelseiltak
- begrenset uro
- lavest mulig forekomst av sykdom og død gjennom rasjonell bruk av vaksiner, antiviralia, antibiotika og andre smitteverntiltak.

Som nevnt over er forsinket spredning av sykdommen en vesentlig del av strategien i Pandemiplanen. Tiltakene som kan være aktuelle i en slik sammenheng, spenner over et bredt spekter fra informasjon om hoste- og nysekultur og håndvask, til bruk av isolasjon, stenging av skoler og forbud mot arrangementer. Myndighetene måtte gjøre løpende vurderinger av hvilket nivå situasjonen tilsa at en burde legge seg på med hensyn til tiltak av denne typen. En vesentlig problemstilling vil være om disse virkemidlene var tilpasset den situasjonen en til enhver tid sto overfor.

Pandemiplanens målsetning om å begrense uroen pandemien ville medføre i befolkningen, kan være vanskelig å etterprøve. Likevel kan det være grunn til å vurdere denne problemstillingen spesielt fordi slik uro representerer en kostnad ved håndteringen som andre enn aktørene i hovedsak må bære. De mest sentrale virkemidlene i myndighetenes bekjempelsesstrategi forutsatte aktiv deltakelse fra befolkningen. Motivering for hygienetiltak og vaksinerings ville kunne ha en uroskapende bieffekt. Hvordan myndighetene håndterte dette dilemmaet vil kunne være en interessant problemstilling i denne sammenheng.

## **6.5. Respons**

Pandemiplanens mål innen området respons er:

- best mulig pasientbehandling med begrensede ressurser
- minst mulig konsekvenser av pandemien
- opprettholde vitale samfunnsfunksjoner i alle sektorer.

Pasientbehandling vil i denne sammenheng dreie seg om de tiltak som ble iverksatt for å forkorte sykdomsforløpet og forhindre død eller varige helsemessige svekkelser hos pasientene. Problemstillinger knyttet til bruk av antiviralia og intensivbehandling vil være sentrale. Det samme gjelder måten de syke ble møtt på av primærhelsetjenesten. Apotekenes rolle vil også kunne være interessant. Det overordnede spørsmålet vil være i hvilken grad pasientbehandlingen bidro til å redusere virkningene av pandemien og i hvilken grad dette skjedde med effektiv bruk av ressurser.

Ny influensa A (H1N1) i 2009 fikk ikke et omfang og en alvorlighetsgrad som på noe tidspunkt truet vitale samfunnsfunksjoner. Problemstillingen vil derfor på dette området være om erfaringene gir grunnlag for å vurdere i hvilken grad samfunnet ville ha vært i stand til å yte nødvendige helsetjenester og opprettholde vitale samfunnsfunksjoner dersom influensapandemien hadde fått et vesentlig mer alvorlig forløp.

## **6.6. Kommunikasjon**

Kommunikasjonsutfordringene i forbindelse med en pandemi omtales i kapittel 6 i Pandemiplanen. I tillegg defineres det egne mål i tiltaksplanen under kapittel 7.

Pandemiplanen fastlegger generelle overordnede prinsipper for kommunikasjon under en pandemi.

Disse prinsippene for kommunikasjon gjengis under:

### **Tillit**

*Tillit er en forutsetning for å bli hørt og tatt på alvor.*

Tillit må opparbeides før krisen inntreffer, den må opprettholdes gjennom krisehåndteringen og den må gjenoppbygges hvis den blir brutt. Tillit bygges ved å fremstå som kompetent, ta ansvar, være åpen og vise medmenneskelig forståelse. All informasjon skal så langt det er mulig bygge på faglig dokumentasjon og vurderinger og være i tråd med WHO's anbefalinger.

Mangel på tillit kan føre til at publikums redsel øker, og at publikum ikke følger myndighetenes råd når krisen er et faktum.

### **Samordning**

*Et samordnet budskap øker troverdigheten.*

Det er viktig at publikum får samme informasjon uansett hvilken myndighet som informerer.

Koordinering krever at det er bygget opp gode nasjonale og internasjonale nettverk før krisen inntreffer og tett kontakt gjennom krisen. Effektiv kvalitetssikring av budskap og rapportering forutsetter tett samarbeid mellom fagpersoner/miljøer (innholdsleverandører) og kommunikatorer.

Mangel på koordinering kan føre til sprikende råd, forvirring og tapt tillit.

### **Aktiv informasjon**

*Det første budskapet legger grunnlaget for den videre håndteringen av krisen.*

Myndighetene må være tidlig på banen for å vise at de tar ansvar, og for å etablere seg som en god kilde til informasjon om krisen.

Mangel på rask reaksjon kan føre til at andre setter dagsorden, og at rykter og feilinformasjon råder. Det kan svekke rollen som ansvarlig myndighet.

### **Åpenhet**

*Åpenhet skaper tillit og trygghet.*

Kommunikasjon må være oppriktig, lett å forstå og korrekt. Det er viktig at en ikke går lenger enn det er dekning for, og er ærlig med hva en vet og ikke vet. Åpenhet gir publikum en mulighet til å få innblikk i innhenting av informasjon, vurdering av risiko og avgjørelser rundt krisehåndteringen. Samtidig må hensynet til personvernet følges.

Mangel på åpenhet kan føre til mistenkeliggjøring og sviktende tillit til myndighetene. Dette gjør det vanskelig å nå frem med budskapet og få publikum til å følge myndighetenes råd.



## **Publikumsforståelse**

*Å forstå publikum er avgjørende for effektiv krisekommunikasjon.*

Det er vanskelig å utforme virkningsfulle budskap hvis en ikke vet hvordan publikum tenker. Misoppfatninger og uro må ikke overses, men tas opp og imøtekommes. Det er viktig å formidle hva publikum kan gjøre selv for å beskytte seg. Dette gir folk en følelse av kontroll og demper uro.

Mangel på publikumsforståelse kan føre til at informasjonsbehov ikke blir dekket. Dette vil øke etterspørselen etter informasjon og publikum vil oppsøke andre kilder.”<sup>83</sup>

Det er naturlig å vurdere den kommunikasjonsinnsatsen som ble gjort av sentrale myndigheter opp mot Pandemiplanens generelle overordnede prinsipper:

- I hvilken grad var myndighetenes kommunikasjonsinnsats tillitskapende?
- I hvilken grad var kommunikasjonen samordnet?
- I hvilken grad lyktes en med å sette dagsorden?
- I hvilken grad var myndighetenes kommunikasjonsinnsats preget av åpenhet?
- I hvilken grad forsto myndighetene hvordan befolkningen oppfattet situasjonen og hvilken informasjon det var behov for?

Pandemiplanens målsetninger på kommunikasjonsområdet under en pandemi (fase 6) er følgende:

- Sikre publikum tilgang til regelmessig offisiell, nasjonal informasjon som er konsistent og troverdig
- Opprettholde åpne og tilgjengelige kanaler med publikumsråd
- Oppnå befolkningens aksept og støtte til den nasjonale responsen og tiltakene
- Sikre god informasjonsflyt mellom helsemyndigheter, helsetjenesten, samarbeidspartnere og befolkningen
- Forberede relevante informasjonstiltak.

Målene bygger i stor grad opp under de prinsippene som er nevnt over, men kan i tillegg gi grunnlag for å formulere ytterligere noen problemstillinger:

- I hvilken grad fremsto myndighetenes kommunikasjonsinnsats som konsistent og troverdig?
- I hvilken grad ble det lagt til rette for å gi råd og svare på spørsmål fra publikum?
- I hvilken grad oppnådde man aksept for de tiltakene som ble gjennomført?

---

<sup>83</sup> Nasjonal beredskapsplan for pandemisk influensa, Versjon 3.0, 16. februar 2006, HOD, s. 24



## **Del II      Nasjonalt nivå**

### **7. Styring, planlegging og koordinering**

#### **7.1. Sentral krisehåndtering, forholdet mellom departementene**

Første møte i RKR ble gjennomført mandag 27. april. Det var HOD som innkalte til møtet på bakgrunn av den aktuelle situasjonen. HOD ble i møtet tildelt rollen som lederdepartement. Det ble også gjennomført møter i RKR 29. juli og 4. november.

Departementsråden i HOD informerte ut over dette de øvrige departementsrådene regelmessig i forbindelse med de ukentlige felles lunsjmøtene.

Pandemien ble primært en utfordring for helsesektoren. Andre samfunnssektorer ville ha blitt betydelig involvert dersom situasjonen utviklet seg slik at det ble høyt fravær fra arbeidsplassene. Denne problemstillingen var omtalt i Den nasjonale pandemiplanen, understreket i Nasjonal sårbarhets- og beredskapsrapport (NSBR) 2008 og St.meld. nr. 22 (2007-2008) *Samfunnssikkerhet* (kapittel 4.4) og understreket av ECDC i deres evalueringsrapport om pandemiforberedelsene i Norge.<sup>84</sup>

Den viktigste problemstillingen i forholdet mellom HOD og de øvrige departementene, ble derfor i hvilken grad andre sektorer var forberedt på de utfordringene en pandemi kunne medføre i form av fravær fra arbeidsplassene. 29. april arrangerte HOD et tverrdepartementalt møte der blant annet dette spørsmålet ble diskutert. På møtet ble sektorene bedt om å ferdigstille sine pandemiplaner innen midten av juni.

I forbindelse med håndteringen av sykdomsutbruddet var det i tillegg enkelte problemstillinger som ble håndtert av andre departementer. Dette gjaldt for eksempel spørsmål knyttet til nordmenn i utlandet og besetningen på norske skip, samt faren for smitte fra mennesker til svinebesetninger.

HOD gjennomførte et seminar om kontinuitetsplanlegging 15. mai for de øvrige departementene der representanter fra Helsedirektoratet og DSB spilte en viktig rolle. De øvrige departementene var dessuten invitert til ukentlige møter med gjennomgang av situasjonen på kommunikasjonsområdet.

Slik situasjonen utviklet seg ble behovet for koordinering på departementsnivå relativt lite. I den grad det var behov for å gjøre tverrsektorielle vurderinger, ble disse i stor grad ivaretatt av Helsedirektoratet. HOD bidro imidlertid i arbeidet med å avlaste helsesektoren gjennom tiltak i andre sektorer, jf. kapittel 7.9.

Krisehåndteringen har etter hva DSB forstår, ikke blitt formelt terminert.

---

<sup>84</sup> HOD/ECDC, Influenza Pandemic Preparedness in Norway, Joint Assessment Report, 2008

## **7.2. Forholdet mellom HOD og Helsedirektoratet**

I tråd med *Overordnet nasjonal helse- og sosialberedskapsplan* delegerte HOD ansvaret for overordnet koordinering av helsesektorens innsats under pandemien til Helsedirektoratet. Dette skjedde muntlig i et møte i HOD om formiddagen mandag 27. april.

Delegasjonen skjedde på grunnlag av beskrivelsen i *Overordnet nasjonal helse- og sosialberedskapsplan*, pkt. 3.3.1:

*”I henhold til etablert oppgavefordeling mellom Helse- og omsorgsdepartementet og [...] [H]elsedirektoratet skal direktoratet, etter delegasjon fra departementet, forestå overordnet koordinering av helse- og sosialsektorens innsats og om nødvendig iverksette tiltak når en krisesituasjon truer eller har inntruffet”*

Delegasjonen ble ikke formalisert i form av brev eller referat fra møtet. Helsedirektoratets sentrale rolle i håndteringen av en pandemi er også hjemlet i smittevernlovens § 7-10, jf. pkt. 4.1.4.

Helsedirektoratet leverte daglige situasjonsrapporter til HOD fra 28. april til 8. mai, deretter rapporter på alle hverdager frem til 19. mai. Da ble rapporthyppigheten redusert til ca. en gang i uken, med unntak for juli da det kun ble levert én rapport til departementet. Helsedirektoratet orienterte også HOD gjennom faste møter. Rapportene inneholdt informasjon om situasjonsbildet i helsesektoren. For andre sektors del var rapporteringen i hovedsak begrenset til den informasjonen Helsedirektoratet fikk gjennom fylkesmennene om status i kommunene.

Ut over dette var det omfattende uformell kontakt mellom departementet og direktoratet om spørsmål som var vesentlige for pandemihåndteringen. Denne kontakten er det vanskelig å etterspore, men sannsynligvis har den vært betydelig viktigere enn den formaliserte kontakten gjennom de daglige og senere ukentlige situasjonsrapportene.

Når HOD er lederdepartement, skal Helsedirektoratet i henhold til *Overordnet helse- og sosialberedskapsplan*, på vegne av HOD, ”sammenfatte rapporter fra alle involverte sektorer til et helhetlig situasjonsbilde som oppdateres daglig”.<sup>85</sup> Dette ble imidlertid ikke iverksatt under pandemihåndteringen.

## **7.3. Organisering av den overordnede krisehåndteringen i helsesektoren**

På nasjonalt plan ble håndteringen av pandemien koordinert av helsedirektør Bjørn-Inge Larsen, og det sentrale forumet for dialog, diskusjon og beslutninger var Helsedirektoratets kriseutvalg. I kriseutvalget deltok ledelsen i direktoratets divisjoner og sentrale medarbeidere, blant annet representanter for beredskapsenheten (som hadde sekretariatet for kriseutvalget) og kommunikasjonsavdelingen. I tillegg var FHI invitert til å delta, og fra august også SLV. DSB var representert i den perioden Planstøttesekretariatet var operativt, jf. pkt. 7.5.4.

HOD var representert med en liaison i Helsedirektoratets kriseutvalgsmøter. I innledningsfasen var det hyppige møter i kriseutvalget, opp til to ganger daglig. Med unntak for ferieperioden da hyppigheten var lavere, ble det stort sett gjennomført møter i kriseutvalget alle hverdager frem til 18. august. Deretter ble det trappet ned til tre møter i uken og senere til to og ett ukentlig møte frem til 8. januar 2010. Deretter ble det gjennomført mer sporadiske møter. Siste kriseutvalgsmøte i pandemisaken ble gjennomført 9. april 2010.

---

<sup>85</sup> Overordnet nasjonal helse- og sosialberedskapsplan, versjon 1.0, 31. januar 2007, HOD, s. 19

I kriseutvalgsmøtene var gjennomgang av FHIs situasjonsrapporter et fast punkt. Informasjon om rapporter fra, og telefonkonferanser med, fylkesmenn og regionhelseforetak ble også gitt i møtene. Ellers ble det diskutert strategier og tiltak, og det ble rapportert om gjennomførte aktiviteter. Referat fra møtene ble ført i direktoratets kriselogg.

Helsedirektoratet har ikke et elektronisk loggføringssystem, og logg ble derfor ført manuelt. Den første tiden ble også andre hendelser enn kriseutvalgsmøtene ført i loggen, men etter hvert ble møtereferatene mer eller mindre enerådende.

Helsedirektoratet iverksatte ikke noen særskilt kriseorganisering utover kriseutvalgsmøtene i forbindelse med pandemien. Dette betyr at håndteringen skjedde i linjen uten bruk av strategisk kriseledelse og krisestab.

#### **7.4. Iverksettelse av fullmaktsbestemmelser iht. smittevernloven**

Fra slutten av april og frem til oktober foregikk det en diskusjon om ny influensa A (H1N1) burde klassifiseres som allmennfarlig smittsom sykdom i henhold til smittevernlovens bestemmelser. Dersom dette hadde funnet sted, ville det ha utløst et noe endret regime for håndteringen av pandemien. Kommunene ville ha fått større fullmakter til å iverksette smitteverntiltak, blant annet stenging av virksomheter, forbud mot møter osv. Også Helsedirektoratets fullmakter kunne ha blitt utvidet under forutsetning av at utbruddet ble betegnet som ”alvorlig”. I tvilstilfeller er det opp til Helsedirektoratet selv å definere om en slik situasjon har inntrådt.

Fra FHIs side ble det anført flere argumenter mot en slik klassifisering, blant annet i rapporter av 29. april, 25. juni, 19. august og 6. oktober.<sup>86</sup> Blant argumentene FHI fremførte, var at slike virkemidler ikke var nødvendige ut fra situasjonen, og at det var fare for at kommuner på grunnlag av de fullmakter en slik klassifisering ville gi dem, skulle iverksette tiltak som ikke var forsvarlige ut fra situasjonen. Det ble også pekt på de kommunikasjonsmessige utfordringene ved å bruke en slik bestemmelse på en sykdom som for det store flertallet hadde et mildt eller svært mildt forløp.

I begynnelsen av august oversendte Helsedirektoratet en utredning om spørsmålet til HOD. I rapporten ble det pekt på at det er viktig å ha så mange virkemidler som mulig tilgjengelig når situasjonen skal håndteres.<sup>87</sup> Da temaet ble diskutert i oktober, ble det fra Helsedirektoratets side pekt på at bruk av smittevernlovens bestemmelser for allmennfarlig smittsom sykdom var i samsvar med ansvarsprinsippet og en del av grunnlaget for pandemiplanleggingen. Det ville gi en uheldig signaleffekt overfor kommunene med hensyn til planlegging for fremtidige pandemier dersom en valgte å unnlate å bruke denne muligheten ved dette tilfellet.<sup>88</sup>

Ny influensa A (H1N1) ble aldri tatt inn på listen over allmennfarlige smittsomme sykdommer, jf. pkt. 4.1.4. En slik beslutning måtte fattes i HOD. HOD var klar til å gjøre den aktuelle forskriftsendringen, men slik situasjonen utviklet seg, anså en ikke dette som et nødvendig tiltak. DSB har forstått det slik at Helsedirektoratet ettersom situasjonen utviklet seg, også kom til at tiltaket var unødvendig.

---

<sup>86</sup> Rapport om pandemisk influensa A (H1N1) som allmennfarlig smittsom sykdom, FHI, 6. oktober 2009

<sup>87</sup> Vurdering av å innta Influensa A (H1N1) på listen over allmennfarlig smittsomme sykdommer, notat Helsedirektoratet, udatert

<sup>88</sup> Usignert notat, Helsedirektoratet, 1. oktober 2009

## **7.5. Samarbeidet mellom aktører på etatsnivå**

Ved delegasjonsvedtaket fra HOD 27. april ble de formelle rapporteringsveiene mellom aktørene i helse-Norge i noen grad endret i forhold til normalsituasjonen. I henhold til *Overordnet nasjonal helse- og sosialberedskapsplan* skal: ”Helsedirektoratet i en slik situasjon forestå overordnet koordinering av helse- og sosialsektorens innsats og om nødvendig iverksette tiltak når en krisesituasjon truer eller har inntruffet.”<sup>89</sup>

Særlig siste del av denne bestemmelsen kan oppfattes å gi Helsedirektoratet visse fullmakter som de ikke har til vanlig. I dette tilfellet må dette også sees i sammenheng med smittevernlovens bestemmelser (jf. rapportens pkt. 4.1.4).

Som nevnt over ble ikke delegasjonen til direktoratet nedfelt skriftlig, og den ble heller ikke kommunisert skriftlig fra departementet eller Helsedirektoratet til de øvrige aktørene i sektoren på en systematisk måte. Delegasjonsvedtaket ble imidlertid nevnt i enkelte rapporter og referater.

### **7.5.1. Nasjonalt folkehelseinstitutt (FHI)**

Delegasjonen av myndighet fra HOD kan ikke omfatte ansvar som iht. lov er lagt til andre. FHI har etter smittevernlovens § 7-9 ansvar for å sikre nødvendig vaksineforsyning og vaksineberedskap. Dette gir instituttet en selvstendig forvaltningsrolle i pandemihåndteringen som kan oppfattes å være parallell med Helsedirektoratets rolle på andre beredkapsområder.

Helsedirektoratet skal når et delegasjonsvedtak er fattet, koordinere innsatsen på de ulike beredkapsområdene og iverksette nødvendige tiltak. Et viktig spørsmål er hvor langt denne fullmakten strekker seg på vaksineområdet.

Gjennom hele håndteringen av pandemien var det nært samarbeid og betydelig kontakt mellom Helsedirektoratet og FHI om de fleste viktige spørsmål. FHI fremsto som Helsedirektoratets viktigste faglige rådgiver gjennom sin overvåking av situasjonen nasjonalt og internasjonalt og gjorde en rekke smittevern faglige vurderinger på oppdrag fra direktoratet. FHI utarbeidet rapporter med råd om for eksempel reiser til utsatte områder, håndtering av pasienter i helsetjenesten, fravær ved sykdom, arrangementer for risikogrupper, massesamlinger, skoler og barnehager.

På kommunikasjonsområdet var samarbeidet mellom Helsedirektoratet og FHI så tett at de til tider nærmest kunne fremstå som en enhet. FHI opprettholdt likevel egne nettsider som en separat kommunikasjonskanal ved siden av samarbeidsprosjektet pandemi.no.

Helsedirektoratet ba i juli FHI om å utarbeide et mulig verstefallsscenario til bruk i planleggingen i helsesektoren. FHI utarbeidet en rapport som forelå 29. juli. Et revidert og noe nedskalert verstefallsscenario ble presentert 3. september.

I spørsmål som gjaldt vaksiner og vaksinerings ønsket FHI i større grad å forholde seg til HOD, blant annet ved anbefalinger om prioriteringsrekkefølge og senere ved anbefalingen om å tilby vaksine til hele befolkningen. HOD er i henhold til smittevernloven ansvarlig for å definere et nasjonalt vaksinasjonsprogram som kommunene er forpliktet til å tilby befolkningen.<sup>90</sup>

### **7.5.2. Statens legemiddelverk (SLV)**

SLV godkjenner og gir markedsføringstillatelse for legemidler, herunder vaksiner, og overvåker bivirkninger. I tillegg er SLV fagmyndighet for distribusjon og salg av legemidler og fører tilsyn med blant annet apotekene.

<sup>89</sup> Overordnet nasjonal helse- og sosialberedskapsplan, versjon 1.0, 31. januar 2007, HOD, s. 12

<sup>90</sup> Smittevernlovens § 3-8 første ledd

Det tok noe tid før SLV ble involvert i Helsedirektoratets koordinering og håndtering av situasjonen. Spørsmålet om bruk, distribusjon og lagerføring av antiviralia ble blant annet diskutert med Apotekforeningen, legemiddelgrossistene og apotekkjedene uten SLVs deltakelse.<sup>91</sup>

SLV deltok regelmessig på møtene i Helsedirektoratets kriseutvalg fra august. SLV hadde en viktig funksjon i forbindelse med godkjenning av Pandemrix, var kontaktpunkt opp mot det europeiske legemiddelkontoret EMA og kunne som fagmyndighet svare på spørsmål og gi informasjon om virkninger og bivirkninger av antiviralia og vaksine. SLV hadde også ansvar for nasjonal frigivelse av hvert produksjonsparti av vaksine før utsendelse til det norske markedet.

For å sikre raskest mulig distribusjon av Pandemrix hadde SLV og GSK Norge (produsenten av Pandemrix) på forhånd avklart en hasteprosedyre rundt frigivelse av vaksinen. SLV spilte også en rolle som kontaktpunkt mot Apotekforeningen. Apotekenes rolle ble spesielt viktig da ordningen med farmasøytforordning av antiviralia ble innført i begynnelsen av november.

### **7.5.3. Statens helsetilsyn**

Statens helsetilsyn fører ikke tilsyn med Helsedirektoratet og de andre nasjonale aktørene i sektoren, men med spesialist- og kommunehelsetjenesten. Helsetilsynet skal holde seg orientert om situasjonen i fylkene og gjør normalt dette gjennom kontakt med og rapporter fra fylkeslegene (som inngår i fylkesmannsembetene).

For å unngå dobbelrapportering fra fylkesmennene ble det gjort avtale med Helsedirektoratet om at de rapportene direktoratet mottok fra fylkesmennene også skulle tilflyte Statens helsetilsyn.

Statens helsetilsyn deltar med en representant i Pandemikomiteén.

Det ble ikke opprettet tilsynssak i noe fylke med bakgrunn i håndteringen av ny influensa A (H1N1) eller behandlingen av pasienter med sykdommen.<sup>92</sup>

### **7.5.4. Mattilsynet**

I Pandemiplanens vedlegg I *Veterinærmedisinske problemstillinger* pekes det på at det vil være viktig å etablere et tett samarbeid mellom Mattilsynet, Veterinærinstituttet, FHI og Helsedirektoratet. Fremstillingen i vedlegget baserte seg på et utbrudd av influensa H5N1 med utgangspunkt i smitte fra fugl.

Viktige problemstillinger knyttet til dette fagområdet er tiltak for å hindre smitte fra menneske til dyr, herunder profylaktisk bruk av antiviralia og vaksinerings av bønder og andre som har nærkontakt med grisebesetninger.

Det ble gjennomført et møte mellom FHI, Helsedirektoratet, Mattilsynet og Veterinærinstituttet 6. mai. Hensikten var gjensidig orientering om situasjonen, iverksatte tiltak og kommunikasjonsutfordringer. På dette tidspunktet var det klart at det nye influensaviruset hadde smittet fra menneske til en svinebesetning i Canada.<sup>93</sup>

Mattilsynet er representert i Pandemikomiteén og fikk informasjon om utviklingen gjennom møtene der og gjennom kopi av situasjonsrapportene fra FHI. Representanter fra FHI deltok på Mattilsynets møter med svinebønder.

<sup>91</sup> Situasjonsrapport nr. 2 fra Helsedirektoratet til HOD, 29. april 2009

<sup>92</sup> Møte med Statens helsetilsyn, 3. september 2010

<sup>93</sup> Situasjonsrapport nr. 10 fra Helsedirektoratet til HOD, 7. mai 2009

### **7.5.5.      **Direktoratet for samfunnsikkerhet og beredskap (DSB)****

DSB og Helsedirektoratet samarbeidet om å gi støtte til kontinuitetsplanlegging på tvers av samfunnssektorene gjennom det såkalte Planstøttesekretariatet. Sekretariatet ble besluttet opprettet i møtet mellom etatene 1. mai og var i funksjon fra 6. mai. Planstøttesekretariatet var plassert i Helsedirektoratet og besto av to medarbeidere fra Helsedirektoratet og tre fra DSB.

Bakgrunnen for opprettelsen var blant annet ECDCs og DSBs tidligere påpekning av manglende planlegging utenfor helsesektoren, jf. kapittel 4.9, og rapporter fra fylkesmennene om at så godt som ingen kommuner hadde planer for å ivareta de utfordringene høyt personellfravær i egen og andres virksomhet kunne medføre.<sup>94</sup>

Sekretariatet baserte sitt arbeid på kontakter med fylkesmennene, departementene og næringslivets organisasjoner. Det viktigste tiltaket var utgivelsen av en veileder i kontinuitetsplanlegging. Planstøttesekretariatet var i funksjon til 15. juni. I rapporten fra sekretariatet heter det blant annet at "[s]amarbeidsforholdet mellom Helsedirektoratet og DSB er utviklet og utdypet", og det pekes på at dette vil kunne "være viktig ved håndteringen av en eventuell influensapandemi, men kan også komme til nytte i andre situasjoner".<sup>95</sup>

## **7.6.      **Pandemikomiteén****

Pandemikomiteéns rolle og oppgaver er omtalt under kapittel 4.4. Komiteén er i henhold til Pandemiplanen HODs rådgivende organ som blant annet skal møtes når det er behov for oppdaterte anbefalinger under håndteringen av en pandemi.

Pandemikomiteén gjennomførte fire møter i løpet av perioden 24. april-31. desember 2009. Komiteén ble innkalt til et hastemøte onsdag 29. april hvor utbruddet av ny influensa A (H1N1) var tema. Møtet besto i hovedsak av ulike orienteringer fra Helsedirektoratet og FHI.

Komiteén gjorde følgende anbefaling:

*"Sykehus følger dråpesmitteregimet. Pasienter bruker ikke munnbind, med mindre de skal transporteres. Alt helsepersonell, også i kommunehelsetjenesten, skal følge basale smittevernrutiner. For pårørende er det ikke nødvendig å bruke munnbind ved stell i hjemmet, men kan likevel bruke dette hvis de ønsker det. Det bestilles 15 millioner munnbind til bruk i helsetjenesten".<sup>96</sup>*

Nytt ordinært møte i Pandemikomiteén ble gjennomført 15. mai. På dette møtet ble det blant annet diskuterte tilbud om en prepandemivaksine, og Pandemikomiteén anbefalte at Norge burde gå til innkjøp av denne. Komiteén diskuterte også indikasjoner for antiviral behandling og anbefalte at gjeldende råd ble opprettholdt, dvs. at Tamiflu *kan* (ikke *bør*) utskrives til alle syke.

Bruk av antiviralia var også tema på det neste møtet i Pandemikomiteén. Dette fant sted 6. august. Konklusjonen ble den samme som i møtet i mai. For øvrig var de fleste sakene av orienterende art.

Pandemikomiteén var ikke sammenkalt i perioden fra 6. august til 27. november, det vil si i perioden da hovedutbruddet av influensaen kom og en stor del av vaksineringsen ble gjennomført.

<sup>94</sup> Rapport fra Planstøttesekretariatet, Helsedirektoratet/DSB 11. juni 2009, s. 2

<sup>95</sup> Rapport fra Planstøttesekretariatet, Helsedirektoratet/DSB 11. juni 2009, s. 8

<sup>96</sup> Referat fra møte i Pandemikomiteén 29. april 2009



I denne perioden ble følgende saker i stedet sendt ut på høring fra sekretariatet (FHI) til blant andre komitéens medlemmer:

- vaksinasjonsrekkefølge, høring av FHIs første rapport av 16. september
- vaksinasjonsrekkefølge, høring av FHIs andre rapport av 23. oktober (råd om massevaksinasjon)
- bruk av antiviralia og munnbind (28. oktober).

Ved de to siste av disse høringene var tidsfristen svært kort: I det første tilfellet 19 timer og i det andre tilfellet tre timer.

Statens helsetilsyn sendte i begynnelsen av november en henvendelse til HOD der det ble pekt på at det var uheldig at komitéen ikke hadde vært sammenkalt siden begynnelsen av august.<sup>97</sup>

Også ved møtet 27. november var antiviral behandling et tema. Komitéen diskuterte ellers blant annet status for vaksiner og vaksinedistribusjon.

## **7.7. Forholdet mellom nasjonalt og regionalt nivå**

Fylkesmennene er statens regionale ledd og har en sentral rolle i nasjonal kriseorganisering som bindeledd mellom sentrale og lokale myndigheter og gjennom samordning av krisehåndtering på regionalt nivå. Innen spesialisthelsetjenesten har de fire RHF-ene en styrende og samordnende rolle. Rollene er nærmere beskrevet i kapittel 4.4.

I forbindelse med håndteringen av ny influensa A (H1N1) ble det raskt opprettet forbindelse mellom Helsedirektoratet, fylkesmennene og RHF-ene. Allerede søndag 26. april gikk det ut melding via e-post og SMS der helsetjenesten ble bedt om å gå gjennom beredskapsplanene.<sup>98</sup> Fylkesmennene ble bedt om å avgi statusrapport for pandemiberedskapen i kommunene med frist 30. april kl. 1200, og RHF-ene tilsvarende for egen virksomhet og samhandling mellom RHF og kommunene. Neste rapportering fra fylkesmennene fant sted 22. juni da det igjen ble rapportert på planstatus i kommunene.

Fast ukentlig rapportering fra fylkesmennene og RHF-ene til Helsedirektoratet ble etablert fra 31. juli, og denne rutinen ble opprettholdt frem til 7. januar 2010 for fylkesmennenes del, og frem til 30. november 2009 for RHF-ene. Fylkesmennene ble bedt om å rapportere *”med fokus på hele samfunnet for å ivareta behovet for et tverrsektorielt situasjonsbilde”*.<sup>99</sup>

For å unngå dobbelrapportering avsto Statens helsetilsyn fra å be om rapportering fra fylkeslegene i henhold til Lov om statlig tilsyn med helsetjenesten. I stedet fikk en i stand en ordning hvor rapportene fra fylkesmennene til Helsedirektoratet ble videreformidlet til Helsetilsynet. Dette fungerte etter noen påminnelser bra.

Fylkesmennene og RHF-ene ble informert om situasjonen gjennom kopi av situasjonsrapportene som ble sendt fra Helsedirektoratet til HOD. For øvrig ble det gjennomført møter med fylkesmennene i Oslo 7. mai og 19. mai (sistnevnte i regi av Planstøttesekretariatet, jf. pkt. 7.3.4) samt en rekke telefonkonferanser.

Med RHF-ene ble det gjennomført telefonkonferanser ca. en gang i uken i perioden 15. september-30. november. Her ble det tatt opp forhold som var meldt inn i RHF-enes ukerapport eller forhold som var drøftet i kriseutvalgsmøtene i Helsedirektoratet.<sup>100</sup>

<sup>97</sup> Møte med Statens helsetilsyn, 3. september 2010

<sup>98</sup> Helsedirektoratets logg, 26. april 2009

<sup>99</sup> Pandemien – gjennomgang, Utkast til rapport, Helsedirektoratet juni 2010, s. 15

<sup>100</sup> Pandemien – gjennomgang, Utkast til rapport, Helsedirektoratet juni 2010, s. 15

DSB har som nevnt under kapittel 4.4 en rolle i å sammenstille og videreformidle til Justisdepartementet rapporter fra fylkesmennene om det sektorovergripende og overordnede situasjonsbildet i landet. DSB ba 29. april om referater fra eventuelle møter i fylkesberedskapsrådene, og presiserte dagen etter at denne anmodningen ikke medførte at det ble satt i gang rapportering fra kommunene til DSB.<sup>101</sup> Etaten mottok kopi av fylkesmennenes rapporter til Helsedirektoratet. DSB utarbeidet 14 interne statusrapporter frem til forsterket bemanning i etaten ble avvirket 12. juni.

Kunnskapsdepartementet og Utdanningsdirektoratet ba i brev av 15. juni fylkesmennene om å rapportere på hvor godt kommunenes beredskapsplaner ivaretok en situasjon med stort fravær av arbeidskraft i skoler og barnehager. Fristen var opprinnelig 1. oktober, men ble senere fremskyndet til 14. august.

Med delegasjonsvedtaket som ble fattet i HOD 27. april, ble Helsedirektoratet gitt det administrative ansvaret for å håndtere den situasjonen som var oppstått og som utviklet seg videre gjennom de neste månedene. Faglige spørsmål knyttet til den epidemiologiske situasjonen og vaksinasjon ble imidlertid i hovedsak håndtert av FHI. Disse spørsmålene ble særlig viktige i forkant av og under vaksinasjonsperioden. FHI håndterte også faglige spørsmål om smitteverntiltak, diagnostikk og antiviral behandling.

Det regionale og lokale nivået omtales i kapittel 18.

## **7.8. Nærmere om kommunikasjonslinjer**

På kommunikasjonsområdet var det et nært samarbeid mellom Helsedirektoratet og FHI gjennom hele perioden. Informasjon som gikk i de faglig/administrative kanalene ble imidlertid i mindre grad koordinert. Det vil si at FHI kommuniserte med de samme miljøene som fylkesmennene og RHF-ene skulle samarbeide med, uten at denne informasjonen nødvendigvis tilfløt dem.

Helsedirektoratets primære informasjonskanaler gikk via fylkesmennene til kommunene og via regionhelseforetakene til helseforetakene. Situasjonsrapportene som ble sendt HOD ble også distribuert i disse kanalene. Rapportene inneholdt også deler av eller hele FHIs situasjonsrapport.

FHI sendte og mottok informasjon gjennom sine faglige kanaler. Generelt har FHI betydelig kontakt med fagpersonell både i kommune- og spesialisthelsetjenesten, og dette nettverket spilte en betydelig rolle for informasjonsspredningen under pandemien. De viktigste kontaktpunktene var kommuneleger, helsesøstre og personell ved de mikrobiologiske laboratoriene ved sykehusene.

FHI ble ikke invitert til å delta i Helsedirektoratets telefonkonferanser med fylkesmennene og RHF-ene og heller ikke på møtene mellom Helsedirektoratet og HOD.

Verken Helsedirektoratet eller FHI hadde kommunikasjonslinjer hvor de kunne nå fastlegene som gruppe. Slik informasjon måtte derfor gå gjennom fylkesmennene og kommunene.<sup>102</sup> Fra kommunene til fastlegene måtte det i noen tilfeller brukes telefaks siden kommunene ikke nødvendigvis kjenner e-post-adressene til legene.

Det regionale og lokale nivået omtales i kapittel 19.

---

<sup>101</sup> E-poster fra DSB til fylkesmennene

<sup>102</sup> Pandemien – gjennomgang, utkast til rapport, Helsedirektoratet, juni 2010, s. 41

## **7.9. Overordnede tiltak for å redusere belastningen på helsesektoren**

Helsedirektoratets hovedoppgave under håndteringen av ny influensa A (H1N1) var å koordinere arbeidet i helsesektoren, det vil i hovedsak si mellom de ulike etatene underlagt HOD og vis-à-vis kommune- og spesialisthelsetjenesten. Ut over dette hadde imidlertid også Helsedirektoratet og HOD en rolle ved å arbeide overordnet mot andre sektorer og aktører for å redusere presset på helsetjenestene under håndteringen av influensaen.

Tiltak som ble satt i verk omfattet blant annet:

- oppfordring fra regjeringen og partene i arbeidslivet om bruk av utvidet egenmelding ved sykdomsfravær grunnet ny influensa A (H1N1) fra tre til åtte dager
- midlertidig fritak fra kravet i førerkortforskriften om gyldig legeattest for personer over 70 år (tatt opp med Vegdirektoratet)
- aksept for at leger kunne sykmelde pasienter på grunnlag av telefonsamtale (tatt opp med NAV)
- vedtak i regjeringen om utvidelse av virkeområde for helseberedskapsloven for å legge grunnlag for å ta inn frivillig eller beordret ekstrapersonell med utdanning og/eller erfaring fra helsetjenesten
- beslutning om at en kunne se bort fra fribeløpsgrensen for pensjonert helsepersonell som eventuelt bidrar i pandemiarbeidet (tatt opp med Arbeids- og inkluderingsdepartementet).<sup>103</sup>

## **7.10. DSBs vurderinger**

Etter DSBs vurdering ble den overordnede styringen og koordineringen av pandemien i hovedsak ivaretatt på en god måte. Likevel er det forhold som det kan være grunn til å stille spørsmål ved. Disse er imidlertid ikke av en slik karakter at de kan ha hatt avgjørende betydning for pandemiens innvirkning på det norske samfunnet.

Når vi likevel finner grunn til å nevne dem er det fordi de representerer mulige sårbarheter som i en annen og mer krevende håndteringssituasjon kunne ha fått negative konsekvenser.

### **7.10.1. Helse- og omsorgsdepartementet som lederdepartement**

HOD ble utpekt som lederdepartement i RKR 27. april. Ansvar for overordnet koordinering av helsesektorens innsats ble delegert til Helsedirektoratet samme dag. HOD opplyser at de øvrige delene av lederdepartementsansvaret ble ivaretatt av departementet selv.<sup>104</sup> Dette innbefatter ”nødvendig koordinering med andre departementer og etater”, jf. kapittel 4.2.

Tiltakene som er nevnt i kapittel 7.9 over, ble utformet i samspill med Helsedirektoratet og involverte departementer og etater. I innledningsfasen der oppmerksomheten særlig var rettet mot behovet for kontinuitetsplaner, tok departementet et viktig initiativ gjennom innkalling til det tverrdepartementale møtet 29. april. På dette møtet ble det signalisert at alle relevante aktører innen midten av juni burde gjennomgå og ferdigstille planer for å opprettholde driften i en situasjon hvor mange var borte fra arbeidet. Denne bestillingen ble imidlertid ikke formalisert i form av et eget brev til departementene eller i referat fra møtet. Den ble heller ikke fulgt opp gjennom at en ba om statusrapporter fra departementene ved fristens utløp.

HOD ba heller ikke om generelle rapporter om situasjonen fra de øvrige departementene, og det ble ikke utarbeidet overordnede tverrsektorielle situasjonsrapporter, som er oppgaver for lederdepartementet i henhold til St.meld. nr. 37 (2004-2005), jf. rapportens kapittel 4.2.

<sup>103</sup> Pandemien – gjennomgang, Utkast til rapport, Helsedirektoratet, juni 2010, s. 38

<sup>104</sup> I møte med DSB, 10. juni 2010

I rapporten fra Planstøttesekretariatet heter det blant annet:

*”Både i forhold til statssektoren og næringslivet har det vært vanskelig for sekretariatet å komme i posisjon for å yte planstøtte. Sekretariatet har vært avhengig av HOD som døråpner. [...] Sekretariatets inntrykk er at HOD [...] har vært forsiktig med å stille krav til de øvrige departementene.*

*Sekretariatet opplever også at beslutningen om at alle ”relevante aktører” skulle ha en gjennomgang av eksisterende planer innen 15. juni har vært utydelig kommunisert til departementene. Samtaler med beredskapssjefene i fylkene tyder likevel på at mange av de store statsetatene har gjennomgått sine planer på regionalt nivå i tråd med forventningene. Etater med lite tradisjon for beredskapsarbeid har mange steder vært mindre aktive.”<sup>105</sup>*

Dette reiser prinsipielle problemstillinger knyttet til lederdepartementsrollen. Hvor langt strekker lederdepartementets ansvar for ”nødvendig koordinering” seg? Å stille krav inngår neppe i begrepet koordinering, men samtidig synes det klart at å sikre opprettholdelse av andre viktige samfunnsfunksjoner vil ha vesentlig betydning for helsesektorens evne til å håndtere situasjonen.

Etter DSBs oppfatning burde HOD på denne bakgrunn ha formalisert sine forventninger til de øvrige departementene og bedt om rapport om plansituasjonen ved fristens utløp 15.juni. Det er imidlertid mulig at departementet allerede på dette tidspunktet vurderte situasjonen slik at sykdommens alvorlighetsgrad ikke tilsa at ytterligere oppfølging var nødvendig.

Samlet sett er inntrykket at HOD fremsto som delvis utydelige i ivaretagelsen av lederdepartementsrollen i forbindelse med pandemien. Dette hadde dels sammenheng med at departementet var forsiktig med å uttrykke forventninger til andre departementer, og dels det forhold at ansvaret for den overordnede koordineringen av helsesektorens innsats var delegert til Helsedirektoratet.

DSB mener at delegasjonsordningen som er beskrevet i *Overordnet helse- og sosialberedskapsplan* i de fleste tilfeller vil være hensiktsmessig, men at departementet må være bevisst på at lederdepartementsrollen bare kan ivaretas av departementet selv.

### **7.10.2. Helsedirektoratets fullmakter og oppgaver**

Etter DSBs oppfatning var det uheldig at HODs delegasjon av håndteringsansvaret til Helsedirektoratet ikke ble formalisert i eget brev eller i det minste i et referat fra møtet hvor dette ble gjort. Gjennom møter og samtaler i forbindelse med gjennomgangen har DSB fått inntrykk av at det eksisterer ulike oppfatninger av om vedtaket kun oppfattet helsesektoren eller om det også omfattet deler av HODs tverrsektorielle rolle som lederdepartement.

Delegasjonsvedtaket ble heller ikke kommunisert skriftlig fra departementet eller direktoratet til de øvrige aktørene i helsesektoren. I en mer krevende situasjon kunne uklarheter med hensyn til hvilke fullmakter Helsedirektoratet hadde i den aktuelle saken medført problemer. Aktørene måtte i den rådende situasjon forholde seg til formuleringen i *Overordnet nasjonal helse- og sosialberedskapsplan*, jf. rapportens kapittel 7.2.

De springende punktene her er hva som ligger i begrepet ”overordnet koordinering” i den generelle fullmaktsformuleringen i beredskapsplanen, og hvor langt den fullmakten som gis gjennom denne planen sammen med fullmaktene i smittevernloven kan oppfattes å strekke seg. Dette vil spesielt kunne gjelde med hensyn til å veie faglige synspunkter mot mer helhetlige vurderinger av situasjonen.

---

<sup>105</sup> Rapport fra Planstøttesekretariatet, DSB-Helsedirektoratet, 11. juni 2009, s. 8

Ved håndteringen av ny influensa A (H1N1) fikk Helsedirektoratet ikke i oppdrag å sammenstille situasjonsrapporter fra øvrige sektorer slik *Overordnet helse- og sosialberedskapsplan* legger opp til, jf. rapportens kapittel 7.2. HOD ba som nevnt under pkt. 7.10.1, heller ikke på noe tidspunkt om rapporter fra de andre departementene. Helsedirektoratet ville ha vært avhengig av slike rapporter dersom de på vegne av lederdepartementet eller ut fra egne behov skulle skaffe seg oversikt over situasjonen på tvers av sektorene.

I en situasjon der det generelt ble lagt til grunn at en i planleggingen skulle ta høyde for at Pandemiplanens verstefallsscenario kunne inntreffe, skulle en tro at en slik oversikt over beredskapssituasjonen i ulike deler av samfunnet ville være viktig for den overordnede håndteringen av hendelsen.

Helsevesenet er avhengig av bidrag fra mange andre samfunnssektorer for å opprettholde sine funksjoner under en pandemi. Helsedirektoratet kunne derfor tenkes å ha behov for slik oversikt for å kunne ivareta sin rolle som ansvarlig for helseberedskapen.

Slik rapporteringslinjene er i det norske beredskapsapparatet, ville Helsedirektoratet ha vært avhengig av HOD for å skaffe oversikt over situasjonen på tvers av sektorene. Riktig nok kan rapporter fra fylkesmennene i noen grad legges til grunn siden fylkesmennene skal ha oversikt over situasjonen i eget fylke, men slik samfunnet i dag er organisert vil sammenfattende vurderinger i hver sektor sannsynligvis gi et vesentlig mer dekkende bilde. Fylkesmennenes rapporter vil imidlertid være viktige med hensyn til å skaffe oversikt over situasjonen i kommunene og det lokale næringslivet.

Etter DSBs oppfatning er det behov for å vurdere om det bør opprettes mekanismer som kan åpne for formell kommunikasjon mellom etater i ulike sektorer i forbindelse med krisehåndtering og utpekes en etat som skal forestå informasjonskoordinering. Hvilken etat dette skal være, kan variere fra krise til krise. Dette behovet ble for øvrig også påpekt i rapporten fra det regjeringsoppnevnte evalueringsutvalget for E.coli-saken i 2006.<sup>106</sup> Tilsvarende problemstillinger gjorde seg gjeldende i forbindelse med Vest-Tank-ulykken i 2007.<sup>107</sup>

### **7.10.3. Helsedirektoratets overordnede styring og koordinering av krisehåndteringen**

Helsedirektoratets kriseledelse ble etter DSBs oppfatning utøvd med stort engasjement og faglig dyktighet. Organiseringen av krisehåndteringen der blant annet møter i Helsedirektoratets kriseutvalg var viktig, kan imidlertid ha bidratt til at det ble vanskelig å skille mellom strategiske og mer operative oppgaver, og til at utrednings- og beslutningsprosessene kunne bli vanskelig å skille fra hverandre. Kriseutvalgsmøtene samlet både ledere, saksbehandlere og eksterne representanter, og temaene som ble tatt opp favnet et vidt spekter fra det mest overordnede til relativt konkrete spørsmål.

DSB vil også peke på at de loggføringsrutinene Helsedirektoratet hadde under pandemihåndteringen var mangelfulle. Loggen består i hovedsak av referater fra kriseutvalgsmøtene. I tillegg ble et e-post-arkiv brukt til å registrere aktuelle spørsmål og saker. Referatene fra kriseutvalgsmøtene er etter DSBs oppfatning også mangelfulle og vanskelige å forholde seg til for de som ikke deltok i møtene.

Mange av beslutningsprosessene i Helsedirektoratet og i forhold til HOD er vanskelige å følge fordi mye av kommunikasjonen skjer uformelt og ikke kan spores i arkivsystemet.

<sup>106</sup> E.coli-saken. Evaluering av myndighetenes og næringens håndtering vinter/vår 2006, s. 83

<sup>107</sup> Temarapport, Vest Tank-ulykken, Erfaringer fra myndighetenes samlede håndtering av Vest Tank-ulykken i Gulen kommune, DSB, 2007

FHI var Helsedirektoratets nærmeste samarbeidspartner i forbindelse med pandemihåndteringen. Samarbeidet mellom de to aktørene var i de fleste sammenhenger tett og godt. FHIs og Helsedirektoratets roller er imidlertid ulike. FHI er primært et faglig kompetanseorgan, mens Helsedirektoratet hadde det overordnede koordineringsansvaret i den aktuelle situasjonen. På vaksineområdet har imidlertid FHI en forvaltningsmessig rolle med utgangspunkt i smittevernlovens § 7-9 og vaksineforskriften fra oktober 2009.

En viktig uavklart problemstilling synes å være hvor langt FHIs rolle som forvaltningsorgan på vaksineområdet strekker seg, og motsatt hvor langt Helsedirektoratets generelle fullmakter til å drive overordnet koordinering og iverksette tiltak. Også i evalueringen etter helseøvelsen i 2007 ble det pekt på behovet for å konkretisere Helsedirektoratets samordnende rolle noe mer.<sup>108</sup>

Dersom situasjonen hadde blitt mer alvorlig, kunne det ha blitt en utfordring at de to etatene har separate kommunikasjonslinjer ut til grunnplanet i helse-Norge. For å sikre at alle ledd mottar rimelig ensartet informasjon, bør en vurdere om FHI i fremtidige liknende situasjoner bør delta i Helsedirektoratets møter med fylkesmennene og RHF-ene. Dette krever imidlertid at det i møtene skilles klart mellom det som er faglige råd og svar på spørsmål om faglige problemstillinger på den ene siden, og på den andre siden temaer knyttet til styring og oppfølging av helsesektorens aktiviteter.

DSB mener at Helsedirektoratet i forbindelse med krisehåndtering bør opprette et formelt overordnet møteforum der de viktigste aktørene møtes, strategier og tiltak besluttet, og oppgaver fordeles. Under håndteringen av pandemien møtte FHI og SLV i Helsedirektoratets kriseutvalg på uformell basis. Kriseutvalgsmøtene hadde i stor grad karakter av å være interne møter i Helsedirektoratet der det deltok et relativt stort antall ledere og saksbehandlere fra direktoratets ulike avdelinger.

Kontakten og samspillet med fylkesmennene og regionhelseforetakene fungerte etter DSBs oppfatning godt under håndteringen av pandemien. Særlig var tilretteleggingen for dialog gjennom hyppige telefonomøter et positivt trekk.

Et forhold som bør vurderes nærmere er hvordan situasjonsrapporteringen mellom ulike sentrale aktører og vis-à-vis det regionale nivået kan forenkles og gjøres mer oversiktlig.

Kommunikasjon med fastlegene viste seg under hele håndteringen å være vanskelig. I noen sammenhenger kan det være av avgjørende viktighet at sentrale og lokale myndigheter har muligheter til å nå denne gruppen på en rask og effektiv måte. Etter DSBs oppfatning bør fastlegene gjennom lovverket forpliktes til å være tilgjengelig for informasjon fra myndighetene, for eksempel via e-post.

#### **7.10.4. Pandemikomiteéns rolle**

Som nevnt under kapittel 7.6 tok Statens helsetilsyn i begynnelsen av november opp med HOD måten Pandemikomiteén ble brukt på i forbindelse med håndteringen av influensaepidemien. Komiteén ble ikke sammenkalt i tidsrommet mellom 6. august og 27. november. I denne perioden ble det gjennomført noen høringsrunder via e-post på råd og anbefalinger fra FHI, men medlemmene fikk ikke anledning til å møte og drøfte sakene og utdype sine synspunkter. Dette var i strid med forutsetningene i Pandemiplanen, der det heter at:

*”[u]nder en pandemi skal komitéen møtes når det er behov for oppdaterte anbefalinger. [...] Formålet med Pandemikomiteén er også å etablere et godt samarbeid mellom aktørene som er departementets rådgivere ved en pandemi.”<sup>109</sup>*

<sup>108</sup> Rapport frå Helseøvinga 2007 (2. november 2007), evaluering ved Geir Sverre Braut, Statens helsetilsyn, 14. desember 2007

<sup>109</sup> Nasjonal beredskapsplan for pandemisk influensa, Versjon 3.0, 16. februar 2006, HOD, s. 13

I de høringsrundene som ble gjennomført i september og oktober ble Pandemikomiteéns medlemmer sidestilt med andre aktører som også fikk rapportene til uttalelse. På denne måten ble Pandemikomiteéns relative betydning som rådgiver for Helsedirektoratet og FHI redusert. Det er i denne sammenheng viktig å understreke at Pandemikomiteéns mandat er å være et rådgivende organ for HOD før, under og etter utbrudd av pandemisk influensa.

Dette tilsier at komitéens rolle formelt er sidestilt med andre faglige rådgiveres rolle, hvorav FHI er den viktigste. Når FHI bruker komitéens medlemmer som høringsinstans for egne råd, kan dette medføre at beslutningstakerne i HOD (og Helsedirektoratet på HODs vegne) ikke får det vurderingsgrunnlaget for sine beslutninger som systemet egentlig legger opp til.

Det må på den annen side understrekes at september og oktober var en svært travel tid for alle involverte, og at mange på dette tidspunktet i tillegg hadde tre-fire måneder med intensiv innsats bak seg. At noen aktiviteter måtte nedprioriteres er derfor ikke vanskelig å forstå.

Erfaringene fra håndteringen av influensaepidemien høsten 2009 kan tilsi at rollen til Pandemikomiteéen bør vurderes nærmere. Dette ble for øvrig også påpekt i forbindelse med evalueringen av Helseøvelsen i 2007.<sup>110</sup> I vurderingen bør det også inngå om komitéens rolle under håndteringen av en pandemi bør nedtones.

#### **7.10.5. Nærmere om smittevernloven**

Ny influensa A (H1N1) ble ikke tatt inn på listen over allmennfarlige smittsomme sykdommer. Fra FHIs side ble det hele tiden argumentert mot et slikt vedtak, og et viktig argument var at en kunne risikere at overivrige kommuneleger og ordførere iverksatte tiltak som ikke sto i et rimelig forhold til den faren sykdommen representerte.<sup>111</sup> I Helsedirektoratet ser det ut til å ha vært ulike syn på saken internt, og spørsmålet ble kun drøftet uformelt med saksbehandlere i departementet. Slik pandemien utviklet seg, var det imidlertid alminnelig enighet om at et slikt vedtak ikke var nødvendig. Diskusjonen om saken synliggjør imidlertid problemstillinger som kan være verd å vurdere nærmere.

Smittevernlovens bestemmelser om allmennfarlig smittsom sykdom har aldri vært tatt i bruk i så stor skala som det som kunne ha blitt tilfellet i denne aktuelle situasjonen. Dette gjør at det kan herske usikkerhet om hvordan loven ville fungere i praksis. Mange av lovens bestemmelser er også relativt upresise og kan gjøres til gjenstand for betydelig tolkning. For eksempel ble det diskutert om lovens bestemmelser kunne benyttes for å avbryte arrangementer som medførte fare for smittespredning.

Som vanlig er, ble det også sommeren 2009 gjennomført en lang rekke store idrettsarrangementer, festivaler og leire. I Helsedirektoratet og HOD ble det diskutert om kommunene kunne gripe inn mot slike arrangementer med hjemmel i smittevernlovens § 4-1, selv om ikke sykdommen var definert som allmennfarlig smittsom sykdom, med bakgrunn i lovtekstens bestemmelse om at forbud mot møter og sammenkomster kan nedlegges av kommunen når det er ”*nødvendig for å forebygge en allmennfarlig smittsom sykdom*”.<sup>112</sup>

Et annet spørsmål er om Helsedirektoratet kunne ha grepet inn i en slik situasjon på bakgrunn av den generelle fullmakten i lovens § 7-10. Under pkt. 7.10.2 i rapporten er det dessuten diskutert hvilke muligheter Helsedirektoratet hadde til å gjøre en overordnet prøving av faglige råd og innspill fra andre aktører på grunnlag av blant annet smittevernlovens bestemmelser.

<sup>110</sup> Rapport frå Helseøvinga 2007 (gjennomført 22. november 2007), evaluering ved Geir Sverre Braut, Statens helsetilsyn, s. 3

<sup>111</sup> Rapport om ny influensa A (H1N1) som allmennfarlig smittsom sykdom, 18. august 2009

<sup>112</sup> Notat fra Kjetil Tveitan, HOD, bruk av smittevernlovens § 4-1 og vilkåret om allmennfarlig sykdom, 29. juli 2009

Det kan også diskuteres hvor godt egnet smittevernlovens bestemmelser om allmennfarlig smittsom sykdom er ved en influensaepidemi. Loven gir i første rekke fullmakter til kommunene, og åpner derfor for at smitteverntiltakene blir svært ulike fra sted til sted selv om situasjonsbildet i store trekk vil være likt for alle, i alle fall innenfor en region.

Slik DSB ser det er loven best egnet til å håndtere lokale utbrudd der håndteringen skal og må skje på lavest mulige nivå. En influensapandemi vil ramme hele landet, om enn til noe ulik tid, og det virker derfor mer naturlig å møte den med en samlet nasjonal strategi når det gjelder smitteverntiltak.

DSB mener at smittevernloven bør gjennomgås på bakgrunn av erfaringer og diskusjoner under pandemien. For eksempel kan store lokale forskjeller i smittevernarbeidet dempes ved å gi fylkesmennene en tydeligere rolle i loven.

Det kan også være grunn til å se på om lovens generelle fullmaktsbestemmelser kan presiseres og bruken av de spesielle fullmaktene knyttet til allmennfarlig smittsom sykdom gjøres mer fleksibel. Definerings av allmennfarlig smittsom sykdom medfører at et helt sett med virkemidler gjøres tilgjengelig for kommunene, uten at dette nødvendigvis er hensiktsmessig ut fra en overordnet vurdering.



## 8. Valg av overordnet strategi

### 8.1. Beskrivelse

Ved utbruddet av ny influensa A (H1N1) var det Nasjonal beredskapsplan for pandemisk influensa, versjon 3.0 fra februar 2006 som ble lagt til grunn for håndteringen. Denne planen var utarbeidet på bakgrunn av den oppmerksomheten det over flere år hadde vært om faren for at et fugleinflusavirus A (H5N1) skulle utvikle seg til å smitte mellom mennesker. Det var på dette tidspunktet registrert mange tilfeller av smitte fra fugl til mennesker i Asia og Afrika og høy dødelighet blant de som ble smittet.

Den overordnede strategien for den planlagte håndteringen er ikke eksplisitt beskrevet i planen, men kan kort uttrykkes på følgende måte:<sup>113</sup> Hovedvirkemiddelet var vaksinasjon av befolkningen. Siden en antok at det ville ta noen måneder fra et nytt pandemisk virus var identifisert til en vaccine kunne foreligge, ble det lagt vesentlig vekt på tiltak som kunne forsinke spredningen av viruset. Dette kunne være hygienetiltak, men også noen av de mer drastiske tiltakene som smittevernloven kan åpne for.<sup>114</sup> Personer som ble influensasyke før vaksinen forelå, skulle behandles med antiviralia.

En viktig del av det strategiske grunnlaget for håndteringen av pandemien var vedlegg G i Pandemiplanen: *Generelle smitteverntiltak i Norge*. I vedlegget pekes det på at en influensapandemi skal møtes med tiltak som tar sikte på å redusere antallet smittefarlige kontakter mellom smitekilder og antallet smitemottakelige gjennom å redusere én eller flere av faktorene smittsomhet, kontakthypighet, smittevarighet og andel smitemottakelige. Det understrekes at tiltak skal være tilpasset situasjonen til enhver tid og ikke skal gå ut over det som er nødvendig.<sup>115</sup>

Tabell 2. Mulige tiltak i forbindelse med en pandemi presentert i Pandemiplanen

Målgruppe	Redusere smittsomhet	Redusere hyppighet av kontakt mellom smitekilder og smitemottakelige	Redusere smittevarighet	Redusere andelen smitemottakelige
De syke	Hygieniske tiltak for syke (hoste-, og håndhygiene, munnbind osv.)	Aktivitetsbegrensninger for syke (begrensninger i forsamlinger, reising, fraværslåd osv)	Behandling av de syke med antivirale legemidler	
De mistenkt smittede	Hygieniske tiltak for mistenkt smittede (hoste- og håndhygiene, munnbind osv)	Aktivitetsbegrensninger for mistenkt smittede (begrensninger i forsamlinger, reising osv) (= karantene)	Behandling av de mistenkt syke med antivirale legemidler	
Andre	Hygieniske tiltak for hele eller deler av befolkningen	Aktivitetsbegrensninger for hele eller deler av befolkningen (begrensninger i forsamlinger, reising osv)		Vaksinering Kjemoprofylakse med antivirale legemidler

For å være forberedt på et utbrudd av pandemisk influensa, var det allerede på dette tidspunktet (2006) inngått en avtale med en vaksineprodusent om leveranse av 4 millioner doser influensavaksine, jf. for øvrig kapittel 4.6.

<sup>113</sup> Nasjonal beredskapsplan for pandemisk influensa, Versjon 3.0, 16. februar 2006, HOD, s. 4, 7 og 96

<sup>114</sup> Helsedirektoratets logg, 26. april 2009

<sup>115</sup> Nasjonal beredskapsplan for pandemisk influensa, Versjon 3.0, 16. februar 2006, HOD, s. 89-90

Ved utbruddet av ny influensa A (H1N1) var denne avtalen etter en anbudsrunde erstattet med en ny avtale inngått med GSK i slutten av juni 2008 om leveranse av 9,4 millioner doser pandemivaksine. Antallet var basert på at det ble antatt å være behov for to doser pr. vaksinert person. Hovedtrekkene i avtalen ble presentert for Stortinget i St.prp. nr. 59 (2007-08)<sup>116</sup>, og Helse- og omsorgskomiteén anbefalte enstemmig Stortinget å slutte seg til avtalen.<sup>117</sup>

I tillegg var det etablert et beredskapslager av 1,4 millioner pakninger Tamiflu.

Ved oppstarten av det første møtet i Helsedirektoratets kriseutvalg, søndag 26. april, tok man utgangspunkt i Pandemiplanen og gikk gjennom tiltakene som var beskrevet for den fasen en da var i (jf. fase 3 etter WHO's faseinndeling).

## 8.2. DSBs vurdering

DSB har ikke gjennomført en vurdering av om strategien som var lagt til grunn i Pandemiplanen var riktig eller gal. Planen var forankret i HOD, og vaksineavtale og innkjøp av beredskapslager med antiviralia var politisk behandlet, jf. kapittel 4.6. DSB konstaterer også at strategien ikke adskilte seg nevneverdig fra den som ble lagt til grunn i andre land i Europa.

Som nevnt over var situasjonen ved utarbeidelsen av Pandemiplanen at en anså at det forelå en sannsynlighet for utbrudd av en ny pandemi med utgangspunkt i fugleinfluensavirus, og at dette viruset ble antatt å kunne gi et alvorlig sykdomsbilde hos mange.

Et interessant spørsmål i denne sammenheng kan være om en annen strategi ville blitt valgt dersom en ikke hadde et planverk som tok utgangspunkt i at en alvorlig influensapandemi kunne være under oppseiling. Med andre ord ble vaksineavtalen styrende for at en valgte massevaksinasjon som virkemiddel i den aktuelle situasjonen, og var beredskapslageret av Tamiflu utslagsgivende for at en valgte å bruke antiviralia så aktivt?

Etter at ny influensa A (H1N1) var brutt ut, fikk HOD tilbud fra GSK om en såkalt *prepandemivaksine*. Maksimum antall doser var 4,7 millioner for Norges vedkommende. Tilbudet gikk ut på å starte produksjon av vaksine før pandemien (fase 6) var erklært. Avtalen ville bare få praktisk betydning dersom WHO av en eller annen grunn ventet med, eller unnlot å erklære fase 6.

Så snart fase 6 var erklært ville prepandemivaksineavtalen bortfalle, og Norge ville falle tilbake på den tidligere inngåtte avtalen om pandemivaksine. Etter anbefaling fra FHI og Helsedirektoratet og basert på råd fra Pandemikomiteén, besluttet regjeringen midt i mai<sup>118</sup> å inngå en prepandemivaksineavtale.

Denne beslutningen ble lagt frem for Stortinget i St.prp. nr. 86 (2008-2009). Helse- og omsorgskomiteén sluttet seg enstemmig til regjeringens forslag. Saken kom opp i Stortinget 16. juni etter at fase 6 var erklært og prepandemivaksineavtalen dermed uaktuell. Stortinget vedtok da i stedet å gi FHI de nødvendige fullmakter til å innfri forpliktelsene overfor GSK etter den ordinære pandemivaksineavtalen.

Prepandemivaksineavtalen ble aldri satt ut i livet, men behandlingen i Stortinget viser at det ikke var noen uenighet om vaksinestrategien, og at det heller ikke hevet seg kritiske røster i forbindelse med Stortingets forhandlinger om saken.<sup>119</sup>

<sup>116</sup> St.meld. nr. 59 (2007-2008), Tilleggsbevilgninger og omprioriteringer i statsbudsjettet 2008, kap. 3.7

<sup>117</sup> Innst. S. nr. 270 (2007-2008), kap. 9.2

<sup>118</sup> Omtalt i Helsedirektoratets situasjonsrapport nr. 17 til HOD, 18. mai 2009

<sup>119</sup> Innst. S. nr. 352 (2008-09), referat Stortinget 16. juni 2009, sak 11

Dersom forholdet hadde vært at den sterke satsingen på vaksining i den aktuelle situasjonen var bestemt av at en uansett ville motta vaksiner fra GSK, skulle en forvente at myndighetene takket nei til tilbudet om prepandemivaksine. Midt i juni var det klar forståelse av at ny influensa A (H1N1) neppe ville utvikle seg til det verstefallstilfellet som var skissert i Pandemiplanen og som en fortsatt fryktet at en eventuell influensapandemi basert på fugleinfluensaviruset H5N1 kunne blitt.

Etter hva DSB kan se, ble myndighetenes håndtering av pandemien i overveiende grad gjennomført i tråd med den strategien som var lagt tre år tidligere. Mange mulige tiltak ble likevel ikke tatt i bruk. Tabellen under viser hvordan strategien ble implementert under pandemien i 2009, og må sees i sammenheng med tilsvarende tabell under kapittel 8.1.

Tabell 3. Tiltak som ble gjennomført under pandemien 2009

Målgruppe	Redusere smittsomhet	Redusere hyppighet av kontakt mellom smitekilder og smitemottakelige	Redusere smittevarighet	Redusere andelen smitemottakelige
De syke	Hygienetiltak	Isolering (hjemme)	Antiviral behandling	
De mistenkt smittede	Hygienetiltak			
Andre	Hygienetiltak			Vaksinering når mulig

## 9. Overvåking og vurdering

### 9.1. Innsamling og vurdering av informasjon

#### 9.1.1. WHO og ECDCs rapporter og råd

WHO spiller en sentral rolle i å overvåke og vurdere den helsemessige og epidemiologiske situasjonen i verdenssamfunnet. Informasjon fra WHO var derfor av stor betydning for situasjonsforståelsen i Norge og i andre land, særlig i den første fasen av krisehåndteringen.

WHO utarbeidet hyppige situasjonsrapporter (*Situation Updates*) som gjorde rede for situasjonen i ulike deler av verden. Den første kom 24. april og frem til nyttår kom det 81 slike rapporter fra WHO. Rapportene ga et bilde av situasjonen, særlig med hensyn til smittespredning, men for å få et mer detaljert bilde måtte informasjon søkes andre steder, for eksempel i møtereferater fra Technical Consultations, High-Level Consultations og WHO's Emergency Committee. WHO utferdiget i tillegg råd til medlemsstatene, ofte i form av "statements" fra generaldirektør Margaret Chan.

ECDC er en del av EU-systemet og overvåker og gir råd om den epidemiologiske situasjonen i EU/EØS-området. ECDC utarbeidet risikovurderinger som ble sendt medlemsstatene og gjort tilgjengelig på internett under pandemien. Den første risikovurderingen kom 30. april og siden kom det vurderinger ca. en gang i måneden (to i mai, ingen i oktober) frem til årsskiftet. ECDC utgav også situasjonsrapporter og vitenskapelige råd.

Rapporter, informasjon og råd fra WHO, ECDC og CDC (Centers for Disease Control and Prevention, USA) var de viktigste kildene til kunnskap om den nye influensaen for norske myndigheter, særlig i den innledende fasen. Etter hvert ble dette supplert med vitenskapelige artikler i ulike tidsskrifter blant annet gjennom nettstedet til PubMed og kunnskap som ble opparbeidet nasjonalt eller utvekslet med nordiske og andre lands helsemyndigheter.<sup>120</sup> Norske utenriksstasjoner bidro også med rapporter om situasjonen internasjonalt.

Norge rapporterte om utviklingen nasjonalt til de internasjonale organene vi deltar i (WHO, ECDC).

#### 9.1.2. Folkehelseinstituttets overvåkningsapparat

FHI etablerte et eget apparat for overvåking av utviklingen nasjonalt. Rapporteringsplikt for helsepersonell av tilfeller eller mistenkte tilfeller av sykdommen inntrådte iht. IHF-forskriftens § 4 automatisk da WHO 25. april erklærte utbruddet som en "alvorlig hendelse av betydning for internasjonal folkehelse".<sup>121</sup> Denne innrapporteringen var et viktig grunnlag for nasjonale helsemyndigheters oversikt over situasjonen i pandemiens innledende fase.

Et annet viktig element i overvåkningsapparatet var FHIs nasjonale referanselaboratorium som mottok prøver fra laboratorier over hele landet for analyse. Fra 6. mai hadde en tilgjengelig en egen spesifikk test for det nye A (H1N1)-viruset. Denne ble etter kvalitetssikring distribuert til andre laboratorier i Norge 27. mai, men først sent i juni tok det første laboratoriet testen i bruk og først i august opplevde FHI en merkbar avlastning. I starten pågikk det et intensivt søk etter tidlige tilfeller, mens overvåkingen senere ble mer normalisert. Totalt ble det analysert ca. 60 000 prøver i Norge. 13 000 tilfeller av ny influensa A (H1N1) ble bekreftet gjennom laboratorieanalyse.<sup>122</sup>

Rundt 80 legekontorer over hele landet sender rutinemessig prøver til FHI slik at en kan følge utviklingen i den virologiske situasjonen fortløpende ("fyrtårnsystemet"). Denne ordningen blir normalt avvirket i sommersesongen. Det samme gjelder influensaovervåkingen som foregår ved at

<sup>120</sup> Overvåking og rådgivning, presentasjon, Preben Aavitsland, FHI, 8. juni 2010

<sup>121</sup> Rapport om varslingsplikt for svineinfluensa A (H1N1), FHI, 28. april 2009

<sup>122</sup> Pandemiberedskap og respons: Arbeidet i laboratoriet, presentasjon, Olav Hungnes, FHI, 8. juni 2010

201 legekantor ("vaktårnlegene") rapporterer om andelen av konsultasjoner som gjelder "influsnaliknende sykdom". Begge ordninger ble i 2009 videreført for å kunne gi et bilde av sykdomsspredningen i befolkningen.<sup>123</sup>

Da det ble gitt råd om mer restriktiv prøvetaking og testing på sensommeren, ble de 80 legekantorene i overvåkingsnettverket oppfordret til fortsatt å ta prøver til overvåkingen på normal måte.<sup>124</sup>

## 9.2. Risiko- og usikkerhetsvurderinger

Myndighetenes handlinger under pandemien må vurderes i lys av den kunnskapen de hadde eller burde ha hatt på det tidspunktet da avgjørelsene skulle tas. I denne sammenhengen blir vurderingen av risiko og usikkerhet viktig.

Under er det gjort en sammenstilling av utvalgte utsagn som kan gi et inntrykk av hvordan WHO, ECDC og FHI vurderte sykdommen og den risiko den representerte i den første fasen da usikkerheten var størst.

Tabell 4. Sammenstilling av risikovurderingene av pandemien til henholdsvis WHO, ECDC og FHI

Dato	WHO	ECDC	FHI
23-25. april	"After reviewing available data on the current situation, Committee members identified a number of gaps in knowledge. [...] The Committee nevertheless agreed that the current situation constitutes a public health emergency of international concern." <sup>125</sup>		"Vår vurdering: Hvis dette har pågått siden i alle fall 18. mars i Mexico, er det mulig at det er titusener av tilfeller i landet og at de alvorlige tilfellene bare er den alvorlige enden av det kliniske spektrum. På en måned er det ikke mye med noen titalls influensadødsfall. Landet har mange titalls millioner innbyggere, så man vil vente mange tusen influensadødsfall hver sesong (Norge med fem mill har jo 1 000).  Hvis dette er svineinfluensa, kan det ikke regnes som sesonginfluensa. Virusene kan ha pandemisk potensial." <sup>126</sup>
27. april	"The Director-General has raised the level of influenza pandemic alert from the current phase 3 to phase 4. [...] Containment of the outbreak is not feasible. The current focus should be on mitigation measures." <sup>127</sup>		"Hendelsen har potensial til å bli en pandemi. Den raske spredningen til USA og Canada kan tyde på at viruset smitter nokså lett mellom mennesker. Data fra samme land tyder på at sykdomsbildet er mildt og uten dødsfall.  <i>Data fra Mexico kan vi foreløpig ikke bruke i risikovurdering.</i> Dersom det blir en pandemi, tror vi per i dag at den vil bli mild med lav letalitet." <sup>128</sup>
29.-30. april	"Influenza viruses are notorious for their rapid mutation and unpredictable behavior. [...] It is possible that the full clinical	"Spectrum of disease: Unknown, but there are probably many mild cases that will be difficult to differentiate from other respiratory tract	"Hendelsen blir trolig en pandemi, men trolig en mild pandemi med lav letalitet." <sup>131</sup>

<sup>123</sup> Statusrapport om ny influensa A (H1N1), 19. mai 2009

<sup>124</sup> Rapport med kommentarer til DSBs utkast, 29. september 2010

<sup>125</sup> Statement by WHO Director-General, Dr. Margaret Chan, 25. april 2009

<sup>126</sup> Referat fra statusmøte svineinfluensa 24. april 2009 kl. 16.30, FHI - Helsedirektoratet

<sup>127</sup> Statement by WHO Director-General, Dr. Margaret Chan, 27. april 2009

<sup>128</sup> Statusrapport om svineinfluensa, FHI, 27. april 2009

	spectrum of this disease goes from mild illness to severe disease.” <sup>129</sup>	infections.[...] Case fatality rate: Unknown, but judging from present data not higher than for seasonal influenza.” <sup>130</sup>	
4.-8. mai	“However, experience during past pandemics warns us that the initial situation can change in many ways, with many, many surprises. [...] At this point, we have no indication that we are facing a situation similar to that seen in 1918.” <sup>132</sup>	“Though it seems mild in the USA and in Europe, the overall picture is still unclear as there has not been enough transmission to judge the effects, especially in those population groups more at risk. Also, pandemic viruses are unpredictable and can change their characteristics as the evolve.” <sup>133</sup>	<p>”Hendelsen er i ferd med å bli en langvarig pandemi med mange smittede, men lav andel med komplikasjoner og dødsfall.</p> <p>De nærmeste månedene kan vi vente oss stor spredning særlig på den sørlige halvkula, som nå går inn i sin normale influensasesonng, men vi venter også spredning i Europa.[...]</p> <p><i>Immunitet:</i> Det ser ut til å være litt immunitet i den eldre del av befolkningen etter tidligere gjennomgåtte influensær.”<sup>134</sup></p>
13.-18. mai	“Scientists are concerned about possible changes that could take place as the virus spreads to southern hemisphere and encounters currently circulating human viruses... [...] No one can predict how the H5N1 virus will behave under the pressure of a pandemic.” <sup>135</sup>		<p><b>Vurdering</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mye er fortsatt ukjent om det nye influensaviruset A (H1N1) og vurderingene er derfor høyst usikre og kan raskt endres.</li> <li>- Vi ser for oss en langvarig pandemi med mange smittede, men med en lav andel komplikasjoner og dødsfall. Et mulig scenario tilsvarer Hong Kong-syken (1968-70) eller noe mildere.</li> <li>- [...]</li> <li>- Det nye viruset er fortsatt ustabil og har ikke funnet sin form. Selv om pandemivirus etter hvert går over til å bli som sesonginfluensavirus, kan de godt ha bølger hvor de gir alvorlig sykdomsbilde og hyppige komplikasjoner.</li> </ul> <p><b>Konklusjon</b></p> <p>Det mest sannsynlige scenarioet er en introduksjon av viruset til de fleste land i de nærmeste ukene med en større epidemi på den sørlige halvkule de neste månedene mens vi på den nordlige halvkule vil få en forbigående noe roligere periode i sommer etterfulgt av et større utbrudd til høsten eller vinteren.</p> <p>Det er imidlertid ikke mye mindre sannsynlig at det blir en første bølge hos oss allerede denne sommeren, slik som i USA nå.”<sup>136</sup></p>

<sup>131</sup> Statusrapport, 29. april 2009, FHI

<sup>129</sup> Statement by WHO Director-General, Dr. Margaret Chan, 29. april 2009

<sup>130</sup> ECDC Treath Assessment, 30. april 2009

<sup>132</sup> Statement by WHO Director-General, Dr. Margaret Chan, 4. mai 2009

<sup>133</sup> ECDC Risk Assessment, 8. mai 2009

<sup>134</sup> Statusrapport om ny influensa A (H1N1), FHI, 8. mai 2009

<sup>135</sup> Opening remarks at the Intergovernmental Meeting on Pandemic Influenza Preparedness, Director-General Margaret Chan, Genève, 15. mai 2009

<sup>136</sup> Rapport om mulig utvikling av ny influensa, FHI, 13. mai 2009

<p><b>11-12. juni</b></p>	<p>"I have [...] decided to raise the level of influenza pandemic alert from phase 5 to phase 6.[...] ...this early, patchy picture can change very quickly...[...] Globally, we have good reason to believe that this pandemic, at least in its early days, will be of moderate severity."<sup>137</sup></p>	<p>"Though it seems that most of those infected in the US and in Europe experience a mild and self-limiting infection, the picture is still unclear as there has not been enough transmission to judge the effects, especially in those more at risk. The indications from North America is that there are significant differences from seasonal influenza with an underrepresentation of older people and a prominent representation of adults under age 60 with chronic ill health, pregnant women, very obese persons and very young children among those with more severe disease."<sup>138</sup></p>	<p>"Det store spørsmålet er om det kommer en bølge av sykdommen i vår verdensdel i sommer. ...under det hele ligger selvfølgelig også usikkerheten om fremtidige endringer av viruset.</p> <p>Det mest sannsynlige scenariet er en introduksjon av viruset til de fleste land i de nærmeste ukene med en større epidemi på den sørlige halvkule de neste månedene mens vi på den nordlige halvkule vil få en forbigående noe roligere periode i sommer, eventuelt med enkelte utbrudd i lukkede settinger (institusjoner, cruiseskip, skoler), etterfulgt av en større epidemi til høsten eller vinteren. Det er imidlertid ikke mye mindre sannsynlig at det blir en første bølge hos oss allerede denne sommeren, slik som i USA nå."<sup>139</sup></p>
---------------------------	---	---	---

Sammenstillingen antyder et bilde hvor WHO primært retter oppmerksomheten mot usikkerheten i situasjonen, spesielt knyttet til mulighetene for at viruset skal endre seg og medføre en forverring av sykdomsbildet. Først ved erklæringen av fase 6, den 11. juni, gikk WHO offisielt ut og karakteriserte pandemiens alvorlighetsgrad. Termen som ble brukt var "moderate". ECDC betegnet pandemien som mild på et tidligere tidspunkt, men pekte på usikkerhet både knyttet til hvordan den ville ramme spesielt utsatte grupper og med hensyn til endringer i virusets egenskaper. FHI var svært tidlig ute med å karakterisere influensaen som mild med lav letalitet. Usikkerhetsaspektet kommer ikke like tydelig frem i instituttets analyser som i de som ble gjort internasjonalt.

### 9.3. Planscenarioer

Risiko- og usikkerhetsvurderingene som er nevnt over, var viktige for den overordnede håndteringen av situasjonen, særlig i den innledende fasen. For å dimensjonere innsatsen i helsesektoren og samfunnet for øvrig, var det imidlertid nødvendig å ha et planscenario å ta utgangspunkt i. Dette kunne ikke være det mest sannsynlige scenarioet, men et som tok høyde for en tenkelig forverring av det aktuelle sykdomsbildet.

I utgangspunktet ble Pandemiplanens verstefallsscenario lagt til grunn for planleggingen. Ved utbruddet av ny influensa A (H1N1) var to veiledere i pandemiplanlegging for henholdsvis kommune- og spesialisthelsetjenesten i ferd med å slutføres, og Helsedirektoratet besluttet 28. april å sende dem ut slik de da var.

Veilederne tok utgangspunkt i Pandemiplanen versjon 3.0 fra 2006, og pekte på at planen opererer med et scenario som omtales som "mest sannsynlig" og et verstefallsscenario som tar utgangspunkt i en sykdomsutvikling omtrent på nivå med Spanskekyken i 1918.

I veilederne heter det at en også må være forberedt på det sistnevnte.

*"Her forventer man at 50 % av befolkningen blir smittet i løpet av et halvt år, og at 25 % av befolkningen blir syke og sengeliggende. Da vil om lag 8 % av befolkningen være syke og sengeliggende med influensa samtidig når pandemien er på sitt verste. Overdødelighet*

<sup>137</sup> Statement to the press by WHO Director-General, Dr. Margaret Chan, 11. juni 2009

<sup>138</sup> ECDC Interim Risk Assessment, 12. juni 2009

<sup>139</sup> Statusrapport om ny influensa A (H1N1), FHI, 11. juni 2009

anslås til 0,4-1,1 % av de syke. Det betyr 1,2 millioner syke i løpet av perioden og 5 000 - 13 000 ekstra dødsfall i forhold til en normal vintersesong.”<sup>140</sup>

I mai utgav DSB i samarbeid med Helsedirektoratet en planveileder for kontinuitetsplanlegging i offentlige og private virksomheter. Veilederen tok utgangspunkt i et scenario hvor 40 prosent av arbeidstakerne var borte fra jobben når pandemien nådde sitt toppunkt.<sup>141</sup>

Etter hvert ble det klart at sannsynligheten for at verstefallsscenarioet fra Pandemiplanen skulle inntreffe, i alle fall i første omgang, var så liten at det ikke ga mening å planlegge for et slikt scenario i den aktuelle situasjonen. Med bakgrunn i dette ba Helsedirektoratet i juli FHI om å utarbeide et nytt planleggingsscenario basert på verstefallstenkning ut fra tilgjengelig kunnskap på dette tidspunktet.

FHIs rapport med et nytt planleggingsscenario basert på det en antok kunne være en rimelig verstefallstilmærning, forelå 29. juli.<sup>142</sup> Denne ble utdypet i en rapport fra 14. august.<sup>143</sup> Planscenarioet ble revidert gjennom en ny rapport 3. september. I den siste rapporten understrekes det at det som presenteres ikke er en prognose eller en prediksjon av sannsynlig utvikling.

Tabellen under presenterer det norske planscenarioet i opprinnelig og justert utgave og tilsvarende scenarier fra Storbritannia (UK) og USA med basis i tabell i FHIs rapport fra 3. september.<sup>144</sup>

Tabell 5. Planscenarioene til henholdsvis Storbritannia pr. 16. juli, USA pr. 7. august og Norge henholdsvis pr. 29. juli og pr. 3. september

	Planscenario/land/dato			
	UK/16.7	USA/7.8	Norge/29.7	Norge/3.9
Andel av befolkningen som blir syk	30 %	20 – 40 %	30 %	20 % (hovedbølgen)
Sykdomsvarighet, gjennomsnitt	-	-	7 dager	7 dager
Andel av syke som kontakter lege	-	75 %	30 %	20 %
Andel av syke som får utskrevet antiviralia	-	-	20 %	15 %
Andel av syke som legges inn i sykehus	2 %	1,5 %	1 %	0,6 %
Innleggelsesvarighet, gjennomsnitt	-	-	5 dager	5 dager
Andel av innlagte som trenger intensivbehandling	25 %	25 %	20 %	20 %
Oppholdstid i intensivavdeling, gjennomsnitt	-	-	12 dager	12 dager
<b>Andel syke som dør, letalitet</b>	<b>0,10-0,35 %</b>	<b>0,05 %</b>	<b>0,05 %</b>	<b>0,05 %</b>

For å gjøre det lettere å få et bilde av hva det overordnede planscenarioet ville kunne bety for den enkelte kommune og det enkelte helseforetak, utviklet FHI en pandemikalkulator som ble gjort tilgjengelig på fhi.no.<sup>145</sup>

<sup>140</sup> Pandemiplanledning i kommunehelsetjenesten. Organisering, behandling og logistikk. Midlertidig utgave, Helsedirektoratet, s. 17

<sup>141</sup> Kontinuitetsplanlegging – pandemisk influensa, versjon 2, DSB-Helsedirektoratet, 5. juni 2009, s. 11

<sup>142</sup> Scenario for planlegging av håndtering av epidemien av influensa A (H1N1) i Norge 29. juli 2009

<sup>143</sup> Mer om scenario for planlegging av håndtering av epidemien av influensa A (H1N1) i Norge, FHI, 14. august 2009

<sup>144</sup> Scenario for planlegging av håndtering av epidemien av influensa A (H1N1) i Norge, første revisjon, FHI, 3. september 2009

<sup>145</sup> fhi.no om råd for planlegging og pandemikalkulator

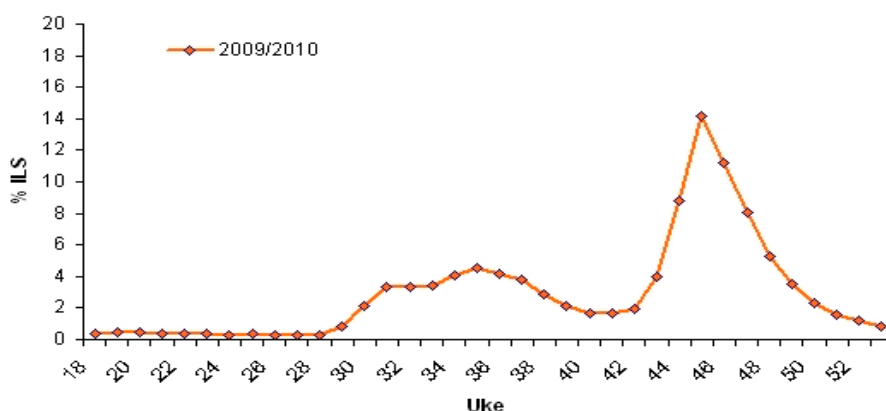


## 9.4. Nasjonalt situasjonsbilde

FHI presenterte et oppdatert nasjonalt situasjonsbilde i alle statusrapporter. Til å begynne med baserte disse seg på innrapporterte mistenkte tilfeller fra helsevesenet. Fra 6. mai ble det mulighet til å utføre spesifikke laboratorieanalyser av prøver ved FHIs referanselaboratorium, og en fikk da et sikrere bilde av sykdommens spredning i Norge.

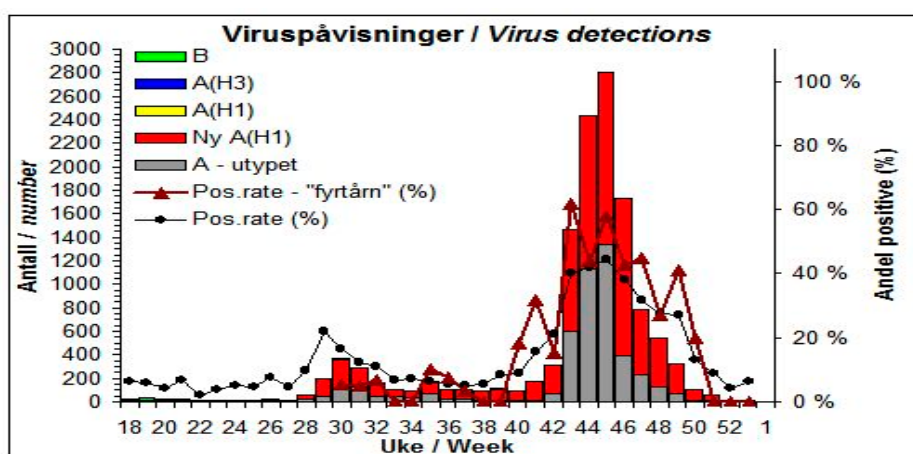
I den innledende fasen var tilfellene få og spredte. Hensikten med overvåkingen var å legge til rette for å forsinke smittespredningen i tråd med den strategien Pandemiplanen bygde på. De første månedene besto situasjonsbildet stort sett av en oversikt over antall bekreftede tilfeller og opplysninger om hvor de syke hadde blitt smittet.

I juli begynte en å ta inn informasjon hentet fra ”vaktårnlegene” (jf. pkt. 9.1.2) i rapportene. Dette systemet indikerte en tydelig økning i influensaliknende sykdom fra uke 29 og frem til uke 32 (fra 0,8 prosent av konsultasjonene til 3,3 prosent).<sup>146</sup> Dette kunne gi inntrykk av at dette var starten på en epidemisk utvikling. Figur 5 illustrerer hvordan ”vaktårnsystemet” viste utbredelsen av influensalignende sykdom (ILS) i Norge fra utbruddet av ny influensa A (H1N1) i april 2009 til begynnelsen av januar 2010.<sup>147</sup>



Figur 5. Utviklingen av influensalignende sykdom (ILS) innmeldt av ”vaktårnlegene” i 2009/10

Utviklingen i viruspåvisninger fremgår av figur 6.<sup>148</sup>



Figur 6. Utviklingen av faktiske viruspåvisninger i 2009/10

<sup>146</sup> Statusrapport om ny influensa A (H1N1), FHI, 11. august 2009

<sup>147</sup> Statusrapport om ny influensa A (H1N1), FHI, 7. januar 2010

<sup>148</sup> Figur hentet fra fhi.no

Fordelen ved ”vaktårnsystemet” er at endringer i smittespredningen registreres raskere enn det som vil være tilfellet gjennom viruspåvisning i laboratorium. Den sistnevnte metoden gir imidlertid et mye sikrere bilde forutsatt at prøver blir analysert for alle eller en noenlunde fast andel av pasientene som mistenker at de har sykdommen. Denne forutsetningen viste seg ikke mulig å oppfylle fordi laboratorienes kapasitet etter hvert ble overskredet, og legene ble bedt om ikke å sende inn prøver fra ordinære tilfeller.

En sammenligning mellom de to figurene viser at den begynnende epidemien ”vaktårnsystemet” kunne gi indikasjon på fra ca. uke 30 til 32, ikke i særlig grad gjenfinnes i viruspåvisningene. Mye kan derfor tyde på at en stor del av de ”influensalignende” tilfellene som ble registrert om sommeren, særlig i august og september, var mer ordinære luftveisinfeksjoner.

Også ”vaktårnsystemet” ble svekket på et tidspunkt i pandemien fordi det gikk ut oppfordring til befolkningen om ikke å oppsøke lege uten at de hadde symptomer på et alvorlig sykdomsforløp. Innføringen av farmasøytforordning av antiviralia virket i samme retning. Ordinær prøvetaking ble imidlertid i størst mulig grad opprettholdt for de 80 legekantorene som sender overvåkingsprøver til FHI's referanselaboratorium.

## **9.5.    *Overvåking av endringer i viruset***

Det nasjonale influensalaboratoriet ved FHI samler inn influensavirus fra de andre laboratoriene for nærmere analyser som ledd i instituttets samlede overvåking av situasjonen. Bakgrunnen for dette er blant annet at influensavirus, og særlig nye influensavirus, er ustabile og kan endre karakteristika brått og uventet. Slike endringer er observert ved flere pandemier, mest kjent ved Spanskesyken i 1918.

FHI rapporterte i november 2009 om funn av en mutasjon i pandemiviruset hos to pasienter som døde av pandemisk influensa, samt hos en som hadde hatt alvorlig sykdom. Mutasjonen var ikke funnet i de ca. 70 øvrige virusene som var undersøkt nærmere av FHI på dette tidspunktet. Funnet ble varslet til WHO, som ga en foreløpig uttalelse om saken 28. desember.

Den påviste mutasjonen ser ut til å øke risikoen for alvorlig sykdom og død. FHI antar at mutasjonen oppstår etter at pasientene er smittet og i liten eller ingen grad spres videre, altså at mutasjonen øker alvorligheten, men reduserer smittsomheten av viruset.<sup>149</sup>

Ytterligere data fra Norge og fra andre land har senere styrket denne hypotesen og funnet har ført til at mange av de fremste forskningsmiljøene på influensa har igangsatt forskning på effekten av denne mutasjonen.

## **9.6.    *DSBs vurderinger***

En gjennomgang av FHI's risikovurderinger slik disse er gjengitt i statusrapportene og andre dokumenter, viser at instituttets konklusjoner er godt i samsvar med det som ble den faktiske utviklingen av den pandemiske influensaen i Norge. Allerede i statusrapporten som kom mandag 27. april om morgenen, peker instituttet på at de tror vi vil få en mild pandemi med lav letalitet.

Etter hvert som det kom mer informasjon fra Nord-Amerika ble dette inntrykket styrket. FHI var også tidlig ute med å peke på det vesentlige forholdet at en del personer over 65 år så ut til å være immune mot viruset. Denne immuniteten var en vesentlig årsak til at ny influensa A (H1N1) fikk et så mildt forløp som den gjorde med hensyn til alvorlighet og antall dødsfall.

---

<sup>149</sup> Rapport om mutasjon D222G i pandemiviruset, FHI, 5. mars 2010

Selv om FHI også gav uttrykk for den usikkerheten som fremtidig utvikling av viruset utgjorde, ble dette kommunisert i mindre grad enn det som var tilfellet for ECDC og særlig WHO's del. FHI var mer opptatt av å presentere det de oppfattet som den mest sannsynlige utviklingen. Dette trenger ikke nødvendigvis være uttrykk for ulike holdninger, men snarere for ulike roller. WHO og i noen grad ECDC skal forholde seg til mange forskjellige stater med helsevesen og beredskapsapparat av svært ulik standard. For begge organisasjoner må det ha vært vesentlig at den risikoen utbruddet av ny influensa A (H1N1) representerte ble tatt på alvor av medlemsstatene, og at de mulige konsekvensene av utbruddet ikke ble undervurdert.

FHIs rolle i denne sammenheng er primært å gjøre de vurderinger som det er behov for ut fra norske forhold. I Norge var det aldri noen tvil om at utbruddet ble tatt alvorlig, og heller ikke noen tvil om at alle ansvarlige myndigheter var kjent med den usikkerheten som er knyttet til fremtidig utvikling av et nytt virus.

FHIs vurderinger av hva som var den mest sannsynlige utviklingen viste seg å stemme godt overens med det som ble det faktiske forløpet i Norge. Dette tyder på at instituttets analyser var gode. I tillegg til vurderinger av sannsynlig utvikling, ble FHI bedt om å lage et planleggingsgrunnlag til bruk i kommune- og spesialisthelsetjenesten. Dette skulle ta utgangspunkt i hva en ut fra tilgjengelig kunnskap og erfaring anså for å være et verstefallsscenario.

Planscenarioene var etter DSBs oppfatning et godt og viktig tiltak, blant annet fordi det konkretiserte hva spesialisthelsetjenesten måtte forberede seg på å håndtere. Ved en fremtidig pandemi bør slike planscenarioer komme tidligere og justeres oftere.

Det er selvfølgelig helt umulig å vurdere kvaliteten på det scenarioet som ble utviklet og etter hvert justert noe. Scenarioet måtte ta utgangspunkt i at virusets egenskaper endret seg til det verre, men desto nærmere man kom hovedbølgen i Norge, desto mindre sannsynlig var det at en slik endring ville finne sted før viruset for alvor spredde seg i landet. Alt tydet på at hovedbølgen ville komme i løpet av høsten eller vinteren.

Vurdert i ettertid kan det stilles spørsmål ved om andelen syke som ville trenge sykehusbehandling og intensivbehandling i sykehus, ble vurdert vel høyt i planleggingsscenarioet. På tidspunktet da det justerte planleggingsscenarioet ble utviklet, var det vel kjent at svært få eldre mennesker hadde blitt rammet av sykdommen i Australia og New Zealand, som på dette tidspunktet hadde vært gjennom hovedbølgen.

Det var også mye som tydet på at hovedbølgen var relativt nært forestående i Norge slik at tidsfaktoren måtte tilsi at sannsynligheten for endringer i viruset var mindre enn tidligere. Planleggingsscenarioet fra 3. september tilsa at et antall på ca. 1 150 skulle legges til grunn i Norge. New Zealand, med sine ca. 4 mill. innbyggere, hadde mottatt 114 pasienter for intensivbehandling.<sup>150</sup>

Planleggingsscenarioet ble lagt til grunn for dimensjoneringen av beredskapen blant annet i sykehusene, og medførte i følge noen innspill DSB har fått, at store ressurser ble bundet opp for å forberede det påtrykket som kunne komme.

Letalitetsraten ble satt til 0,05 prosent i både det opprinnelige og det reviderte norske scenarioet. Dette tilsa ca. 475 døde. Som nevnt over er det eldre som er mest utsatt ved de vanlige sesonginfluensaene, og disse ble bare i liten grad syke av det nye viruset. Letalitetsraten som var anslått i planleggingsscenarioet var ca. 15 ganger høyere enn det som ble resultatet. I planleggingssammenheng var imidlertid letaliteten i seg selv forholdsvis uviktig.

---

<sup>150</sup> Eurosurveillance Vol. 14, Issue 34, ECDC, 27. august 2009

Det er på den andre siden verdt å merke seg at britiske myndigheter opererte med et planscenario som la til grunn en enda høyere andel sykehusinnleggelse, enda høyere behov for intensivbehandling og en vesentlig høyere letalitetsrate enn det norske myndigheter gjorde. Det britiske planscenarioet var imidlertid utarbeidet før erfaringene fra den sørlige halvkule var tilgjengelig i bearbeidet og oppsummert form. I tillegg bør det understrekes at en relativt beskjeden økning i sykdommens alvorlighetsgrad kunne ha gitt betydelig utslag i belastningen på helsesektoren siden det totale antallet syke var så høyt.

FHIs nasjonale situasjonsbilde baserte seg i hovedsak på rapporter fra ”vaktårnlegenes” innrapportering av ”influensalignende sykdom” og analyserte virusprøver fra de mikrobiologiske laboratoriene. Som nevnt over viste ”vaktårnsystemet” seg å være så pass unøyaktig at det feilaktig gav inntrykk av at en epidemi var under utvikling i juli.

Innrapportering fra ”vaktårnlegene” skjedde ukentlig, og dette gjorde at det ikke ble mulig å følge utviklingen fra dag til dag. Ukentlige rapporter var sannsynligvis tilstrekkelig i de fleste sammenhenger, men slik epidemien utviklet seg i Norge med sammenfall mellom starten på hovedbølgen og starten på vaksineringsen, kunne en hatt fordeler av å ha et mer finstemt system. Det er mulig en kunne ha oppnådd dette ved å gå over til daglige rapporter og introdusere nettbaserte registreringssystemer som kunne redusere bearbeidingstiden betydelig. Et slikt registreringssystem er for øvrig nå under utvikling ved FHI.

## 10. Forebygging og begrensning – smittevernstrategi

Dette kapittelet omtaler de sentrale helsemyndighetenes arbeid for å begrense smittespredningen. Dette var et sentralt element i den overordnede strategien (jf. kapittel 8), og hensikten var å forsinke utviklingen tilstrekkelig til at en vaksine kunne produseres og leveres.

Spørsmålet om å definere ny influensa A (H1N1) som allmennfarlig smittsom sykdom iht. smittevernlovens bestemmelser, er omtalt i kapittel 7.4 og punkt 7.10.5. En slik beslutning ville ha gitt kommunene, og på nærmere vilkår også Helsedirektoratet, utvidede fullmakter i smittevernarbeidet.

### 10.1. Pandemiplanens strategi

Smittevernstrategien er beskrevet i Pandemiplanens vedlegg G, særlig tabell G1 og G2. De aktuelle virkemidlene ble vurdert i forhold til den gjeldende risikovurderingen, slik at allerede tirsdag 28. april og onsdag 29. april var hovedlinjene i strategien lagt.

Tabell 6. Samlede anbefalinger om generelle smitteverntiltak (tabell G2 i Pandemiplanen)

	Tiltak i WHO fase 4 og 5 og i fase 6 før pandemien for alvor er kommet til Norge	Tiltak i WHO fase 6 når pandemien er kommet til Norge
<b>Målgruppe influensasyke</b>		
<b>Hygienetiltak</b>	Råd om hostehygiene og håndhygiene	
	Råd om munnbind ved kontakt med andre	
	Råd om hyppig vask av overflater som de syke kan ha forurenset og som andre er i kontakt med	
<b>Aktivitetsbegrensninger</b>	Isolering i helseinstitusjon kan være aktuelt så lenge antallet tilfeller er lite	Råd om å ha kontakt med færrest mulig andre personer og om å holde seg hjemme i minst syv dager fra symptomstart
<b>Behandling</b>	Behandling av antivirale legemidler til flest mulig med pandemisk influensa	
<b>Målgruppe mistenkt smittede</b>		
<b>Hygienetiltak</b>	Råd om hostehygiene og håndhygiene.	
<b>Aktivitetsbegrensninger</b>	Smitteoppsporing og råd om å ha kontakt med færrest mulig andre personer og holde seg hjemme i syv dager fra symptomstart. Karantene i helseinstitusjon kan være aktuelt så lenge kontakten er liten	Ingen begrensninger
	Gi god informasjon om symptomene slik at de smittede tidlig oppdager sykdommen og da følger oppfordringen som gis til smitekilder	
<b>Behandling</b>	Behandling med antivirale legemidler til flest mulig nærkontakter av tilfeller så lenge antallet tilfeller er lite	Ingen behandling
<b>Målgruppe hele eller deler av befolkningen</b>		
<b>Hygienetiltak</b>	Råd om hostehygiene og håndhygiene	
<b>Aktivitetsbegrensninger</b>	I utgangspunktet ingen. Kan bli vurdert dersom visse aktiviteter er særlig forbundet med smittespredning	
<b>Behandling (kjemoprofylakse)</b>	Kjemoprofylaktisk behandling bare i helt spesielle situasjoner eller for helt spesielle grupper	
<b>Vaksinering</b>	Vaksinering av flest mulig (fra fase 5)	Vaksinering av flest mulig så raskt som mulig

Spredningsmønsteret for viruset indikerte at det smittet lett fra person til person, og at det ikke var noen god mulighet for lokal avgrensning av utbruddet. Både matematisk modeller og tidligere øvelser hadde vist at grensestegning og innreisescreeing ville være enormt ressurskrevende og heller ikke være velegnet til å stoppe smittespredning.<sup>151</sup>

I FHI's statusrapport fra 27. april ble det påpekt at aktivitetsbegrensninger utover hjemmeisolering var lite aktuelt. Dessuten at munnbind utenfor helsetjenesten, reisebegrensninger og grensetiltak utover informasjon var lite aktuelt (fordi viruset vanskelig kunne holdes borte fra landet). Videre ble definisjon som allmennfarlig smittsom sykdom vurdert som lite aktuelt, og profylaktisk bruk av antivirale legemidler skulle bare skje til begrensede grupper. Noen av tiltakene skissert i Pandemiplanens arsenal ble altså besluttet ikke tatt i bruk fordi de ble vurdert som unyttige, lite hensiktsmessige eller unødvendige i lys av sykdommens natur.<sup>152</sup>

Smitteverntiltakene tok sikte på å:

- forsinke smittespredning slik at toppen av epidemikurven kom senere slik at en kan få større nytte av en vaksine som blir klar et stykke ut i forløpet
- flate ut epidemikurven slik at det er færre syke samtidig med epidemiens toppunkt
- redusere antall smittede totalt og dermed redusere antall komplikasjoner og dødsfall.<sup>153</sup>

Pandemiplanen drøfter aktivitetsbegrensning (såkalt *social distancing*) som smitteverntiltak og konkluderer med å fraråde aktivitetsbegrensning for hele eller deler av befolkningen på grunn av avveiningen mellom en usikker nytte på den ene siden og ”kostnadene, de sosiale konsekvensene og muligens den psykologiske skremseffekten” på den andre siden.<sup>154</sup>

## 10.2. Hygieneråd

Hygieneråd ble lagt ut på fhi.no 26. april og var gjennomgående de samme gjennom hele pandemien: ”Tiltak som kan hjelpe til med å hindre spredning av viruset er som ved vanlig influensasykdom:

- *Vask hendene ofte med såpe og vann, spesielt hvis du hoster/nyser. Alkoholbaserte desinfeksjonsmidler er også effektive.*
- *Begrens nær kontakt med syke personer.*
- *Dekk til nese og munn med et papirlommetørkle når du hoster eller nyser, kast lommetørkleet rett etter bruk, eller host i armkroken.”*

Råd om beskyttelse av helsepersonell gis 28. april av FHI.<sup>155</sup> FHI's råd er at det er de basale hygienerutinene som følges. Etter deres vurdering kan de også brukes ved nye virus med dråpe- og luftsmitte. De mener videre at munnbind er tilstrekkelig for vanlig pasientkontakt og at åndedrettsvern (P3-maske) reserveres for aktiviteter som innebærer spredning av smittebærende partikler. Oppdaterte råd for beskyttelse av helsepersonell kom 5. mai med bakgrunn i at det var ønsket at FHI skulle gi en oversikt over anbefalingene i andre land. Rapporten gjennomgår beskyttelsesregimet og anbefalinger i Sverige, Danmark, Storbritannia, USA, EU og WHO. Rådene var stort sett like, med noen små forskjeller der den største forskjellen var ulik bruk av åndedrettsvern. FHI opprettholdt sine tidligere råd.<sup>156</sup>

<sup>151</sup> Statusrapport om svineinfluensa, FHI, 26. april 2009

<sup>152</sup> Statusrapport om svineinfluensa, FHI, 27. april 2009

<sup>153</sup> Rapport om stenging av skoler og barnehager som mulig tiltak mot spredning av ny influensa A (H1N1), FHI, 7. mai 2009

<sup>154</sup> Nasjonal beredskapsplan for pandemisk influensa, Versjon 3.0, 16. februar 2006, HOD, s. 94-95

<sup>155</sup> Rapport om råd for beskyttelse av helsepersonell ved svineinfluensa, FHI, 28. april 2009

<sup>156</sup> Rapport om isolering av pasienter og beskyttelse av helsepersonell ved ny influensa A (H1N1), FHI, 5. mai 2009

Den 3. mai la FHI ut hygieneråd for hjemmepleie av pasienter med ny influensa A (H1N1).<sup>157</sup> Her gis råd om blant annet hvordan ta vare på den syke, og hvordan redusere risiko for smitte til andre personer i hjemmet. Munnbind *kan* brukes når en er nær pasienten (mindre enn en meter).

### 10.3. Bruk av isolering og karantene

Råd til spesialisthelsetjenesten ble lagt ut allerede 25. april: "*Pasienter med mistanke om svineinfluensa som legges inn på sykehus, isoleres etter dråpesmitteregime i syv dager etter symptomstart*". Pandemiplanen ble gjennomgått med hensyn til hvilke tiltak som skulle iverksettes:

- For influensasyrke: Isolering i helseinstitusjon *så lenge antallet tilfeller er lite*. Behandling med antivirale legemidler. Munnbind ved kontakt med andre
- Mistenkt smittede (nærkontakt mv.): Råd om å holde seg hjemme med kontakt med færrest mulig i syv dager fra symptomstart. God informasjon. Posteksponeringsprofylakse med antivirale legemidler
- Resten av befolkningen: Aktivitetsbegrensning kan bli vurdert dersom visse aktiviteter er særlig forbundet med smittespredning.<sup>158</sup>

I en tidlig fase var det litt usikkerhet om alle med ny influensa A (H1N1) skulle legges inn på sykehus, men dette ble raskt avklart. Isolering ved helseinstitusjon ble benyttet, mens karantene aldri var aktuelt å innføre.

### 10.4. Stenging av skoler og barnehager

Tidlig i mai vurderte FHI hvorvidt stenging av skoler og barnehager kunne være et adekvat smitteverntiltak i Norge.<sup>159</sup> Tanken bak tiltaket var at ettersom symptomene på influensa var så uspesifikke og kanskje milde, ville det til enhver tid i befolkningen finnes mange smitekilder som ikke visste at de var smitteførende. Hvis en reduserte kontakthyppheten totalt i samfunnet, ville en dermed også redusere hyppheten av kontakter mellom smitekilder og smitemottakelige.

Rapporten konkluderer imidlertid med at stenging av barnehager og skoler kan være et tiltak som fort blir mer kostbart enn innsparingene med den forventede reduserte eller forsinkede spredningen, særlig fordi sykdommen ble karakterisert som mild. Det ble blant annet pekt på at kostnadene først og fremst ville være knyttet til foreldrenes arbeidsfravær når de måtte være hjemme og passe barna som ikke kunne gå på skolen eller i barnehagen. De antok videre at spesielt kvinneyrker ville være utsatte for fravær, og at dermed helsesektoren (og utdanningssektoren) ville bli spesielt rammet i en slik situasjon.

Det ble derfor fokusert på gode smittevernregler i barnehager og skoler:

- barn og ansatte som ble syke, skulle holde seg hjemme så de ikke smittet andre
- god håndhygiene
- god hostehygiene.

Det ble senere trykket opp 80 000 plakater med budskap om hånd- og hostehygiene som ble distribuert til landets barnehager, skoler, høyskoler og universiteter.<sup>160</sup>

<sup>157</sup> Rapport om råd for hjemmepleie av pasienter med den nye influensa A (H1N1), FHI, 3. mai 2009

<sup>158</sup> Fhi.no om svineinfluensa i USA og Mexico, råd til helsetjenesten

<sup>159</sup> Rapport om stenging av skoler og barnehager som mulig tiltak mot spredning av ny influensa A (H1N1), FHI, 7. mai 2009

<sup>160</sup> Statusrapport om ny influensa A (H1N1), FHI, 28. juli 2009

## 10.5. Fraværslå

Anbefalingene fra FHI var: *”Vær hjemme fra jobb. Syke barn bør holdes hjemme fra skole/barnehage. Vi anser at personer med ny influensa er smitteførende i omtrent syv dager etter symptomdebut.”*

Dette rådet var uforandret siden pandemien startet, men ble fortløpende vurdert med tanke på nytte og effekt.<sup>161</sup> Syv dager var en anbefaling som gjaldt alle, inkludert helsepersonell. Bakgrunnen for rådet var at en kunne påvise virus hos personer i flere dager etter symptomdebut, og at en ønsket å sikre seg at smitteførende personer var i kontakt med færrest mulig personer og dermed reduserte smittespredningen.

Helsedirektoratet ba 4. august om en ny vurdering av rådet om at syke bør hjemmeisolere seg i syv dager etter sykdomsstart. FHI meldte tilbake at perioden ikke bør forkortes, med henvisning til at virus i store mengder kan påvises i luftveisprøver så lenge.<sup>162</sup>

Det amerikanske smitteverninstituttet, CDC, endret sine råd 5. august, og åpnet for at personer kunne vende tilbake til jobb 24 timer etter at feberen var over, men med ekstra oppmerksomhet på hygieneråd. Den nye policyen gjaldt ikke personer som jobbet med personer fra risikogruppene, spesielt ikke helsepersonell. FHI vurderte tilsvarende endring, men ønsket data fra andre land for de anbefalte en endring.<sup>163</sup>

I rapporten 18. november anbefaler FHI at syv-dagers regelen endres, og erstattes med:

- *”Personer med mistenkt infeksjon med ny influensa A (H1N1) kan gjenoppta arbeid/skole/barnehage tidligst 24 timer etter at de ble afebrile og når allmenntilstanden er god nok.*
- *Helsepersonell med mistenkt infeksjon med ny influensa A (H1N1) skal fortsatt holde seg hjemme syv dager etter symptomdebut.”*

Fornyings- og administrasjonsdepartementet (FAD) arbeidet også med råd og veiledning når det gjaldt sykefravær. Personalmelding nr. 14/2009 som kom 14. august omhandlet informasjon om mulig pandemi som følge av influensa A (H1N1). FAD viste til muligheten av et omfattende utbrudd av influensa A, med derav følgende stort fravær på arbeidsplassene. Statlige virksomheter ble oppfordret til å forberede seg på at en kunne stå overfor økt arbeidsbelastning som en følge av influensa A. Ekstraordinære tiltak kunne bli aktuelt på alle arbeidsplasser for å opprettholde normal og forsvarlig drift.

*”Arbeidsgiver i den enkelte statlige virksomhet har ansvar for å planlegge og vurdere tiltak som anses nødvendige ved utbrudd av influensa A. Helsemyndighetene har signalisert at sykefraværet vil kunne bli uvanlig høyt. De tiltak som planlegges, og som kan iverksettes, må ta høyde for dette. Dette innebærer at virksomhetenes grunnleggende funksjoner må søkes opprettholdt. Forberedende tiltak må settes i verk umiddelbart.”<sup>164</sup>*

Forebyggende tiltak: Virksomheten må vurdere forebyggende tiltak på arbeidsplassen (nyse-, hoste- og håndhygiene, planlagt møtevirksomhet, samlinger med store mengder mennesker m.m.).

<sup>161</sup> Rapport om reviderte råd for anbefalinger om sykefravær ved influensaliknende sykdom, FHI, 18. november 2009

<sup>162</sup> Statusrapport om ny influensa A (H1N1), FHI, 4. august 2009

<sup>163</sup> Statusrapport om ny influensa A (H1N1), FHI, 11. august 2009

<sup>164</sup> Personalmelding 14/2009, informasjon om mulig pandemi som følge av influensa A (H1N1), FAD, 14. august 2009



Ved eventuelt utbrudd av en epidemi: Omdisponering av arbeidstakere, pålegg av overtidarbeid innenfor gjeldende bestemmelser, endring av fastsatt ferie, innvilgelse av velferdspermisjon, pålegge syke arbeidstakere å gå hjem og kortvarig midlertidige tilsetninger for å dekke opp fravær.

*”Velferdspermisjon bør innvilges etter en saklig vurdering fra arbeidsgivers side (f.eks. ved stengning av skoler/barnehager og derav følgende omsorgsforpliktelser). Avslutningsvis vil vi minne om at helsemyndighetene har understreket at alle som blir influensasyrke, skal holde seg hjemme i minst 7 dager.”<sup>165</sup>*

Nærings- og handelsdepartementet tok opp spørsmålet om avvikling av adgangen til utvidet bruk av egenmelding i begynnelsen av januar 2010 og deretter i slutten av februar og i begynnelsen av mars på bakgrunn av henvendelse fra matvaregrossistene.<sup>166</sup>

FAD opphevet ordningen 25. mars 2010:

*”Det er ikke lenger anledning til utvidet bruk av egenmelding ved sykdom i forbindelse med influensa A. Helsemyndighetene vurderer nå at det ikke lengre er behov for utvidet bruk av egenmelding ved sykdom på grunn av influensa A, og tiltaket er derfor opphørt.”*

## **10.6. DSBs vurderinger**

Pandemiplanen ga et godt grunnlag for å iverksette smitteverntiltak. Mye godt arbeid var gjort i forbindelse med pandemiplanleggingen, og det hadde vært en fordel om alt arbeidet hadde vært ferdigstilt. Da kunne helsemyndighetene konsentrert seg om å gjennomgå planverket og luke ut mindre aktuelle tiltak. Nå måtte en først distribuere foreløpige veiledere og så komme med anbefalinger. Veileder for pandemiplanlegging i kommunehelsetjenesten og veileder om pandemiplanlegging i spesialisthelsetjenesten ble tidlig sendt ut, men de var fortsatt innrettet mot et sykdomsforløp som var vesentlig mer alvorlig enn tilfellet var ved ny influensa A (H1N1). Særlig var veilederen for spesialisthelsetjenesten kommet kort, og det var problematisk at den gav andre råd enn de som var de offisielle fra FHI og Helsedirektoratet.

Med bakgrunn i hva som var kjent om pandemiens karakteristika, ble enkelte tiltak vurdert som uaktuelle, mens andre ble grundig informert om. Hygienerådene må sies å være en suksess. Selv om en i ettertid ikke har vært i stand til å måle effekten, så var dette råd som i stor grad ble fulgt, og som befolkningen oppfattet som relevante og enkle å følge.

Syv-dagers-regelen, med anbefaling om å holde seg hjemme så lenge etter symptomer på influensa, ble mer utfordrende. I en tidlig fase, da bare en liten andel av de som var syke med influensaliknende symptomer hadde influensa A (H1N1), medførte dette større fravær enn nødvendig. Symptomene på influensa er ikke nødvendigvis lett å skille fra vanlig forkjølelse for folk flest, og myndighetene kunne ha presisert bedre hvilke kjennetegn en skulle se etter når folk vurderte om de var influensasyrke. I pandemiens senere fase fungerte imidlertid rådet godt, da nær alle som var syke hadde influensa A (H1N1).

DSB har ikke hatt underlag for å vurdere de økonomiske konsekvensene av et eventuelt unødvendig fravær. Det ser imidlertid heller ikke ut til at FHI, Helsedirektoratet eller HOD gjorde den typen vurderinger.

FHI justerte fraværrådet så snart de mente det forelå faglig grunnlag for å gjøre dette. DSB mener imidlertid at FAD burde ha avviklet ordningen med utvidet egenmelding lenge før 25. mars 2010.

<sup>165</sup> Personalmelding 14/2009, informasjon om mulig pandemi som følge av influensa A (H1N1), FAD, 14. august 2009

<sup>166</sup> E-post fra Nærings- og handelsdepartementet til DSB

## **11. Bruk av antiviralia**

### **11.1. Pandemiplanens strategi**

Smittevernstrategien er redegjort for i Pandemiplanens vedlegg G, særlig tabell G1 og G2. Bruk av antivirale legemidler kan, dersom de brukes riktig, bidra til å forebygge og lindre influensa forårsaket av influensavirus A (H1N1). På et tidlig tidspunkt var lite kjent om viruset, både når det gjaldt sykdomsspekteret og smittsomhet.

Anbefalingene måtte baseres på at det ikke fantes kliniske studier på effekten av antivirale legemidler mot ny influensa A (H1N1), men på grunn av legemidlenes virkning på sentrale prosesser i virusets syklus, regnet en med at de kunne være effektive også mot andre virus enn de vanlige H1- og H3-influensavirusstammene. Fra USA ble det også meldt at viruset var fullt følsomt for de antivirale legemidlene oseltamivir (Tamiflu) og zanamivir (Relenza), men ikke følsomme for legemidlene amantadin og rimantadin.<sup>167</sup>

Tidligere undersøkelser hadde vist at en sykdomsbeskyttende effekt på 70 til 90 prosent var rapportert for både oseltamivir og zanamivir ved forebyggende bruk enten før eller etter smitte. Ved iverksetting av behandling innen 48 timer etter symptomstart, kunne sykdomsvarighet gjennomsnittlig reduseres med én til to dager. Behandling som startet 12 timer etter feberstart, forkortet sykdommen med ca. tre dager.<sup>168</sup>

### **11.2. Beredskapslager**

Basert på tidligere vurderinger og arbeidet med pandemiplanlegging, hadde Norge beredskapslagre av Tamiflu og Relenza. Helsedirektoratet iverksatte også nye anskaffelser av antiviralia og antibiotika 28. april.<sup>169</sup> I første omgang ble 19 125 pakker Relenza bestilt fra GSK. Det ble også bestilt 100 000 barnedoser (10 kapsler á 45 mg) Tamiflu fra leverandøren Roche.

Antibiotika ble bestilt inn (Cefuroxim 20 000 DDD, Ampicillin 30 000 DDD og benzylpenicillin 150 000 DDD). Produktene skulle lagres separat hos Norsk medisinaldepot (NMD) ved ankomst og distribueres etter nærmere vurdering. Helsedirektoratet forserte også den planlagte bestillingen av zanamivir (200 000 kurer) og miksturer for barn av oseltamivir.

Det ble sendt ut informasjon til alle landets leger angående bruk av antivirale midler 29. april.<sup>170</sup> Helsedirektoratet besluttet samtidig at Tamiflu ikke skulle brukes profylaktisk overfor helsepersonell. Tamiflu i beredskapslageret ved NMD ble delt mellom NMD, Apokjeden Distribusjon og Alliance Healthcare, jf. situasjonsrapport fra Helsedirektoratet 1. mai.<sup>171</sup>

Det ble iverksatt en løpende rapportering på mengden Tamiflu som ble rekvirert fra apotekene (fra 5. mai).<sup>172</sup> Samtlige grossister hadde Tamiflu på lager, og apotekene fulgte vanlige bestillingsrutiner. Salg til publikum forgikk på vanlig måte, det vil si etter ordinasjon fra lege.

<sup>167</sup> Rapport om anbefaling om bruk av antivirale legemidler, FHI, 28. april 2009

<sup>168</sup> Rapport om anbefaling om bruk av antivirale legemidler, FHI, 28. april 2009

<sup>169</sup> Helsedirektoratet: Situasjonsrapport 1, 28. april 2009

<sup>170</sup> Helsedirektoratet: Situasjonsrapport 2, 29. april 2009

<sup>171</sup> Helsedirektoratet: Situasjonsrapport 4, 1. mai 2009

<sup>172</sup> Helsedirektoratet: Situasjonsrapport 8, 5. mai 2009

### 11.3. *Anbefalinger om bruk*

I en tidlig fase anbefalte FHI behandling av alle mulige tilfeller av ny influensa A (H1N1), dvs. personer med feber og luftveissymptomer eller pneumoni, og som enten hadde vært i nærkontakt med et bekreftet tilfelle med influensa A (H1N1) mens vedkommende var syk, eller hadde reist til et område hvor det var bekreftet innenlands smittede tilfeller av influensa A (H1N1) den siste uken.

Forebyggende behandling ble anbefalt til personer som var husstandsmedlem sammen med et mulig tilfelle av influensa og som hadde økt risiko for komplikasjoner dersom de fikk influensa, dvs. følgende grupper:

- personer som er 65 år eller eldre
- voksne og barn med alvorlige luftveissykdommer, spesielt personer med nedsatt lungekapasitet
- voksne og barn med kroniske hjerte/karsykdommer, spesielt personer med alvorlig hjertesvikt, lavt minuttvolum eller pulmonal hypertensjon
- voksne og barn med nedsatt infeksjonsresistens
- voksne og barn med diabetes mellitus (både type 1 og type 2)
- voksne og barn med kronisk nyresvikt
- beboere på alders- og sykehjem.

For helsepersonell ble forebyggende behandling bare anbefalt etter en konkret eksponering som følge av brudd på smittevernrutiner. Behandling skulle startes umiddelbart av helsepersonell som fikk symptomer på influensa etter eksponering for mulige eller bekreftede tilfeller. Det ble *ikke* anbefalt forskrivning av antivirale legemidler til hjemmelagring, hamstring, vente og se-resepter, beredskapspakke under reiser, profylakse til vedvarende eksponert helsepersonell eller profylakse til andre grupper.<sup>173</sup>

FHI gjorde en ny vurdering av vedvarende bruk av profylakse til helsepersonell i august<sup>174</sup>, og fastholdt sitt råd om å ikke anbefale foreskrivning av antivirale legemidler som profylakse til vedvarende eksponert helsepersonell.

DSB har registrert at enkelte i fagmiljøet peker på at antiviralia tillegges for stor vekt i planleggingen av hvordan man skal møte en pandemi. Dette er dels fordi det ikke virker like godt på alle virus, men en artikkel i British Medical Journal hevder også at effekten generelt er vanskelig å dokumentere.<sup>175</sup>

Spørsmålet om hvordan antiviralia skulle brukes var også oppe i Pandemikomiteén blant annet i november. Komiteén mente at det ikke var tilstrekkelig kunnskapsgrunnlag for å si at pasienter med ny influensa A (H1N1) *bør* få antiviralia. Rådet til legene burde fortsatt være *kan*. Dette var for øvrig i samsvar med anbefalingen fra en arbeidsgruppe med medlemmer fra Helsedirektoratet, FHI og SLV.<sup>176</sup>

<sup>173</sup> Rapport om anbefaling om bruk av antivirale legemidler, FHI, 28. april 2009

<sup>174</sup> Rapport om vedvarende bruk av profylakse mot influensa A (H1N1) til helsepersonell, FHI, 14. august 2009

<sup>175</sup> forskning.no, artikkel om forholdet mellom WHO og farmasøytisk industri rundt virusberedskap

<sup>176</sup> Referat fra møte i Pandemikomiteén, 27. november 2009

## 11.4. Forskrivning

Anbefalinger til primærhelsetjenesten gikk ut på at legen måtte vurdere om pasienter med ny influensa A (H1N1), uavhengig av om de er testet, skulle tilbys spesifikk antiviral behandling. Vurderingen må baseres på graden av symptomer, hvor lenge pasienten har vært syk og om det foreligger spesielle smittevernhensyn. ”Det er ingen rasjonering av legemidler”.<sup>177</sup>

*”Behandling kan tilbys alle med diagnosen influensa når behandlingen kan starte inne 48 timer etter symptomdebut. Det er særlig viktig å anbefale behandling til personer med alvorlig sykdomsbilde og til personer i risikogrupperne. Behandling bør i slike tilfeller også forsøkes senere enn 48 timer fra sykdomsstart.”*<sup>178</sup>

Farmasøytene fikk midlertidig rekvireringsrett på Tamiflu fra og med 5. november. Dette ble gjennomført først og fremst for å avlaste fastlegene i deres arbeid. Dette var en ny ordning i Norge, og det krevdes noe arbeid for å få dette raskt på plass. Apotekene løste imidlertid dette relativt raskt.

Den norske legeforening var i utgangspunktet kritisk til ordningen, men DSB har ikke registrert kommentarer i ettertid som tyder på at ikke ordningen fungerte tilfredsstillende og i tråd med myndighetenes intensjoner.

## 11.5. DSBs vurderinger

Det var i en tidlig fase bekymring for at apotekene skulle gå tomme for antiviralia. Det norske beredskapslageret var imidlertid stort, og tilgjengeligheten av Tamiflu ble aldri noen begrensning. I revidert scenario 3. september anbefaler FHI fortsatt at alle som oppsøker lege kan få antivirale legemidler.

Det er mange betenkeligheter forbundet med å sette store deler av befolkningen på medikamentell behandling over lang tid i påvente av at et nytt virus skal slå til. Slik antivirale midler ble anbefalt brukt i Norge, var dette imidlertid ingen aktuell problemstilling. Rådene fra FHI vedrørende bruk av antiviralia var entydige gjennom hele pandemien.

Helsedirektoratet var imidlertid bekymret for at lagrene skulle tømmes, og ba om at legene var restriktive med forskrivning. Denne anmodningen burde ha blitt korrigert noe tidligere enn den ble. Etter hva DSB har forstått, medførte anmodningen at en del pasienter som kunne ha hatt nytte av antiviralia, ikke fikk det.

Disse anmodningene samsvarte heller ikke med det som det var lagt opp til i Pandemiplanen.

---

<sup>177</sup> Rapport om reviderte råd til primærhelsetjenesten om håndtering av ny influensa A (H1N1), FHI, 3. september 2009

<sup>178</sup> Rapport om reviderte råd til primærhelsetjenesten om håndtering av ny influensa A (H1N1), FHI, 3. september 2009

## 12. Vaksinerings

Dette kapitlet handler om nasjonale strategier og tiltak på vaksineområdet. Gjennomføringen av selve vaksineringsen omtales under kapittel 20. Det er også en utdypende drøfting av noen sentrale spørsmål knyttet til beslutningen om å anbefale massevaksinasjon i kapittel 25.

### 12.1. Nærmere om Pandemrix og vaksineavtalen

Som nevnt i kapittel 8 er vaksinerings av hele eller deler av befolkningen en hjørnestein i den strategien Pandemiplanen fra 2006 bygger på. Vaksineavtalen med GSK om kjøp av Pandemrix var inngått sommeren 2008 på bakgrunn av denne planen og etter en anbudsprosess (jf. kapittel 4.6). Avtalen var forankret gjennom behandling i Stortinget.

Avtalen gjaldt fra 1. juni 2008 og innebar at produsenten ukentlig over tre-seks måneder skulle levere totalt 9,4 millioner doser tilpasset den aktuelle pandemistammen. Leveransen til Norge skulle starte så snart første produksjonsbatch var frigitt fra produsenten. GSK hadde anslått at det ville ta ca. fire måneder fra oppstart av produksjon til den første batchen av vaksine var klar for levering.

Pandemrix skiller seg fra sesonginfluensavaksiner ved at de inneholder adjuvans, substanser som øker immunresponsen slik at mindre mengde virusmateriale er nødvendig i hver vaksinedose. Slik kunne en produsere store mengder vaksine raskere enn det som ellers hadde vært tilfellet. Dessuten inneholder Pandemrix konserveringsmiddelet Tiomersal (5 µg)<sup>179</sup>. Dette var nødvendig fordi vaksinen ble levert i hetteglass à ti doser og ikke i enkeltdoser som sesonginfluensavaksinen. Antigen og adjuvans skulle leveres hver for seg i hetteglass à ti doser. Hver pakke skulle videre inneholde en kartong med 50 hetteglass antigenkomponent og to kartonger à 25 hetteglass adjuvans<sup>180</sup>. Blandet vaksine var holdbar i 24 timer ved 25 °C og syv dager ved 4 °C.

Både adjuvansen og konserveringsmiddelet<sup>181</sup> var utprøvd gjennom bruk i andre vaksiner, om enn ikke i influensavaksiner.

For at en pandemivaksine raskt skal kunne godkjennes hos legemiddelmyndighetene, lager de ulike produsentene på forhånd såkalte modellvaksiner. Pandemrix var utviklet med H5N1 fugleinfluensavirus som basis og utprøvd som modellvaksine for å dokumentere immunrespons og sikkerhet. Da det ble klart at det var A (H1N1) som ble grunnlaget for den nye pandemien, ble Pandemrix produsert med dette viruset i stedet for H5N1.

For å oppnå tilstrekkelig beskyttelse av pandemivaksinen, var det forventet at det måtte gis to doser med minst tre ukers intervall.

### 12.2. Prepandemivaksine

I en tidlig fase av pandemiutviklingen vurderte norske helsemyndigheter å fremforhandle en prepandemivaksineavtale, dvs. leveranse av vaksine til Norge selv om WHO ikke erklærte pandemi fase 6. FHI nevner dette som en mulighet allerede i sin første statusrapport 26. april.

<sup>179</sup> E-post fra SLV 22. september 2010

<sup>180</sup> Skvalen (10,7 mg), DL-alfa-tokoferol (vitamin E) (11,9 mg) og en emulgator (polysorbat 80). Skvalen utvinnes fra hailever. Kilde: Rapport om anbefalt rekkefølge av vaksinerings mot ny influensa A (H1N1), 16. september 2009

<sup>181</sup> Håndtering av ny influensa A (H1N1) – viktige erfaringer og utfordringer, presentasjon av Bjørn G. Iversen på helseberedskapskonferansen, 21. oktober 2009

FHI vurderte at det nye viruset var så forskjellig fra de A (H1N1)-virus som hadde sirkulert blant mennesker tidligere år, at den vanlige sesongvaksinen neppe ville gi beskyttelse. Derimot ville tidligere kontakt med A (H1N1) sannsynligvis medføre en grunnimmunitet som kunne gjøre at én dose tilpasset vaksine ga ganske god beskyttelse.

GSK tilbød Norge en prepandemivaksine, og denne avtalen lå til behandling i Stortinget da WHO 11. juni erklærer pandemi fase 6, og den opprinnelige vaksineavtalen med GSK utløses. Forslaget om å kjøpe inn prepandemivaksine ble derfor ikke realitetsbehandlet. I stedet vedtok Stortinget å gi regjeringen de nødvendige fullmakter til å innfri landets forpliktelser knyttet til pandemivaksineavtalen fra 2008.

Prosessen rundt prepandemivaksineavtalen er også beskrevet i kapittel 8.2.

### **12.3. Planveiledere for massevaksinasjon**

Basert på avtalen med GSK fra 2008 hadde FHI utarbeidet en planveileder for massevaksinasjon mot pandemisk influensa i kommuner, som noe misvisende ble kalt "*Plan for massevaksinasjon mot pandemisk influensa i kommuner*".<sup>182</sup> Dokumentet fremhever behovet for økt vaksinasjonsdekning mot sesonginfluensa hos risikogrupper som en viktig faktor for også å øke beredskapen med hensyn til massevaksinasjon. En høy vaksinasjonsdekning ved sesonginfluensavaksine ville i tillegg innebære en redusert risiko for sykdom og komplikasjoner for den enkelte, og innebære en redusert risiko for mulig dobbeltinfeksjon ved en pandemi. Det henvises til WHO's målsetning om en vaksinasjonsdekning på minst 75 prosent blant personer over 65 år innen 2010.

FHI gjennomførte syv regionale konferanser i 2007/2008 for å implementere planveilederen for massevaksinasjon i helseforetak og kommuner.

FHIs oppgaver i forbindelse med vaksinerings var i følge planveilederen å:

- opprette en egen informasjonstelefon for helsepersonell
- opprette et eget informasjonsnettverk med kontaktpersoner i alle kommuner
- innhente oppdaterte befolkningslister og oppdaterte prioriteringslister fra alle kommuner
- ha et sentralt mottak for, og kontroll av, vaksineleveranser fra produsent
- ha sentral lagringskapasitet for vaksiner
- sørge for pakking av vaksineforsendelser til den enkelte kommune
- sørge for utsending av vaksine med egnet transport til kommunene
- foreta prioriterte delutsendelser av vaksine basert på epidemiologiske forhold, vedtak om prioriteringer fra HOD, kommunenes prioriteringslister og tilgjengelig antall vaksinedoser
- sende ut skriftlig informasjonsmateriell om pandemivaksinen til helsepersonell og publikum
- sende ut mal for vaksinasjonskort med generelle opplysninger
- sende ut bivirkningsrapporteringskjema
- motta og registrere meldinger om alvorlig uønskede hendelser knyttet til vaksinasjon
- tilrettelegge for at kommunene kan registrere vaksinasjoner med pandemivaksine direkte i en pandemidatabase, som vil være en del av SYSVAK-registret
- motta papirskjema med registrering av vaksinasjoner og registrere vaksinasjonene i SYSVAK-databasen.

---

<sup>182</sup> Plan for massevaksinasjon mot pandemisk influensa i kommuner, FHI, 1. november 2008

Det var i tillegg utarbeidet en egen planveileder for massevaksinasjon og prioritert vaksinasjon i helseforetakene.<sup>183</sup> FHI hadde også et samarbeid med Forsvaret om vaksinasjon med pandemivaksine. Helseforetakene og Forsvaret hadde ansvar for å vaksinere egne ansatte. Helseforetakene hadde også ansvaret for å vaksinere pasienter som var innlagt ved sykehusene.

#### **12.4. Vaksineprioritering og vaksineråd**

I planveilederen for kommunene heter det:

*”Avhengig av pandemiens alvorlighetsgrad, sykkelighet og dødelighet hos ulike grupper i befolkningen samt tilgjengeligheten av pandemivaksine, vil Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) bestemme hvilke grupper som skal tilbys vaksine først. HOD vil også bestemme om hele befolkningen skal tilbys en vaksinedose før prioriterte grupper fullvaksineres med 2 doser.”<sup>184</sup>*

Det var kjent på forhånd at Norge ville få ukentlige leveranser av vaksine i en periode som ville strekke seg over flere måneder. Det var derfor forventet at det måtte gjøres løpende prioriteringer av hvem som skulle motta vaksine. Det ble også forventet at man i løpet av pandemien ville få kunnskap og erfaringer som kunne tilsi at forutsetningene var endret, og at prioriteringene også måtte endres. Den overordnede målsetningen var å forebygge smittespredning, redusere sykkelighet og død, behandle syke og opprettholde nødvendige samfunnstjenester i alle sektorer.

I Pandemiplanen opereres det med flere alternative vaksineringsstrategier<sup>185</sup>, jf. kapittel 4.7. Fire av disse var trolig mer aktuelle enn de andre: Vaksinerings av helsepersonell, vaksinerings av risikogrupper, vaksinerings av personer som ivaretar viktige samfunnsfunksjoner og vaksinerings av hele befolkningen. Ved noen av strategiene ble det operert med flere undergrupper.

I planveilederen for massevaksinasjon ba FHI kommunene om et anslag over personer i ulike prioriteringsgrupper for å kunne foreta en best mulig fordeling av vaksinen. Det viktigste var å få anslag over helsepersonell og personer i risikogrupperne for alvorlig sykdom. I brev til alle kommunene 17. august het det:

*”Slik pandemien ser ut i dag vurderes det som lite sannsynlig at det vil bli aktuelt å prioritere nøkkelpersonell som ivaretar viktige samfunnsfunksjoner, og oversikten over disse gruppene kan derfor vente.”<sup>186</sup>*

Anslaget måtte imidlertid være klart for rapportering i tilfelle det skjedde endringer i sykdomsbildet.

I flere sektorer var det på bakgrunn av signalene om at det skulle iverksettes planlegging med utgangspunkt i Pandemiplanens verstefallsscenario, gjort forberedelser for å peke ut nøkkelpersoner eller for organisering av vaksinerings i regi av bedriftshelsetjenesten. DSB kjenner også til at noen kommuner faktisk prioriterte enkelte grupper som de oppfattet som særlig viktige. Når denne strategien ikke ble aktuell å gjennomføre, skapte dette en viss frustrasjon i enkelte virksomheter og sektorer. Nærings- og handelsdepartementet tok for eksempel ved flere anledninger kontakt med HOD og Helsedirektoratet med sikte på å få klarhet i om personell som var viktig i forbindelse med matvarelogistikk skulle prioriteres.

<sup>183</sup> Plan for massevaksinasjon mot pandemisk influensa i helseforetak, FHI, 1. november 2008

<sup>184</sup> Plan for massevaksinasjon mot pandemisk influensa i kommuner, FHI, 1. november 2008

<sup>185</sup> Nasjonal beredskapsplan for pandemisk influensa, Versjon 3.0, 16. februar 2006, HOD, s. 72-73

<sup>186</sup> Brev fra FHI, vedrørende distribusjon av pandemisk influensavaksine til alle landets kommuner, 17. august 2009

Helsedirektoratet utarbeidet i begynnelsen av september et internt notat der det ble gjort en del samfunnsøkonomiske vurderinger omkring pandemisk influensa og vaksineringsomfang.<sup>187</sup> Ut fra forutsetningene som var lagt til grunn, ble tilbudet om vaksineringsomfang ansett som samfunnsøkonomisk lønnsomt. Med lavere sykkelighet enn det som var forutsatt, ville lønnsomheten også bli lavere.

Den 16. september sendte FHI sine første råd om vaksinererekkefølge til HOD:

*”Det anbefales at vaksinerings starter samtidig av gruppene smitteeksponert helsepersonell og risikogrupper. Mens disse vaksineres, vil det bli gitt råd om videre vaksinerings av den øvrige befolkningen og ytterligere vaksine vil i så fall bli distribuert til kommunene. Kommuner som har vaksine til overs, kan da umiddelbart gå videre.”*<sup>188</sup>

Den 12. oktober ankom den første forsendelsen med vaksinedoser til Norge, og arbeidet med vaksinedistribusjonen og vaksineringsen startet.

Neste råd om vaksinererekkefølge kom 23. oktober. Her het det blant annet:

*”Selv om risikoen for alvorlig sykdom og komplikasjoner er liten og er lavere enn hos de definerte risikogrupperne, vil vi likevel anbefale den generelle befolkningen å ta vaksinen. Hovedgrunnen til dette er erfaringer fra Norge og andre land om at en betydelig andel av dem som blir alvorlig syke, ikke har en kjent risiko for alvorlig sykdom. Erfaringene med den aktuelle vaksinen Pandemrix gir ingen holdepunkter for økt risiko for alvorlige komplikasjoner sammenliknet med vanlig sesonginfluensavaksine.”*<sup>189</sup>

Helsemyndighetene anbefalte at alle over seks måneder ble vaksinert. Unntatt var friske gravide de første 12 ukene av svangerskapet. Når en kommune var ferdig med å vaksinere risikogrupperne, ble det bedt om at:

*“[h]usstandsmedlemmer/nærkontakter til personer i risikogrupperne som er frarådet å ta vaksine, spedbarn under 6 måneder og gravide i første 12 uker av svangerskapet ble prioritert, samt personer som har tett kontakt med svinebesetninger”.*

Noe av grunnlaget for å anbefale vaksine til alle, var erfaringene fra New Zealand og Australia. Basert på disse, sammen med de epidemiologiske resultatene fra Norge, gjorde FHI beregninger av hvor mange som måtte vaksineres (NNT – *numbers needed to treat*) for å hindre en innleggelse i sykehus og en innleggelse i intensivavdeling. Det lå en rekke forutsetninger bak en slik beregning, blant annet befolkningslikhet mellom landene, samme risikogruppedefinisjoner, lik vaksinebeskyttelse for alle (satt til 70 prosent), bare direkte vaksineeffekt og ingen flokkbeskyttelse, at det er fem ganger flere sykehusinnleggelser enn intensivinnleggelser og at angrepsraten i Norge blir 20 prosent. Med disse forutsetningene blir tallene som vist i tabellen under

Tabell 7. Antall personer som må vaksineres for å hindre én innleggelse.

	I sykehus	I intensivavdeling
<b>Hele befolkningen</b>	5 500	27 000
<b>Personer med risikofaktorer</b>	1 200	6 000
<b>Personer uten risikofaktorer</b>	15 000	73 000

<sup>187</sup> Noen samfunnsøkonomiske vurderinger omkring pandemisk influensa og vaksineringsomfang. Internt notat, Helsedirektoratet, 9. september 2009

<sup>188</sup> Rapport om anbefalt rekkefølge for vaksinerings mot ny influensa A (H1N1), FHI, 6. september 2009

<sup>189</sup> Rapport nr. 2 om vaksinasjonsrekkefølge, versjon 2, FHI, 23. oktober 2009



Det var betydelig diskusjon og mye usikkerhet rundt spørsmålet om vaksinerings av den generelle befolkningen. DSB har derfor valgt å gjøre en nærmere vurdering av prosessen som førte frem til vaksinerådene 23. oktober. Denne vurderingen er beskrevet i del IV, kapittel 25.1.

## 12.5. En eller to doser?

I første anbefaling fra FHI om vaksinerings 16. september het det:

*”Foreløpig regner vi med at hver vaksinand må ha to doser med minst tre ukers mellomrom for å få tilstrekkelig beskyttelse. Endelig anbefaling om antall doser og dosestørrelse for barn vil vi komme tilbake til når EMEA-godkjenning og flere kliniske data foreligger.”*

Noe senere kom disse vurderingene:

*”Det har hittil ikke vært endelig besluttet om man skulle legge opp til en dose pandemivaksine til hele befolkningen først eller det ville være riktig å prioritere to doser til utvalgte risikogrupper. Med dagens situasjon vil en dose til hele befolkningen sannsynligvis være den beste prioriteringen.”*

Så i anbefalingen 23. oktober stod det:

*”Personer fra 10 år og eldre anbefales i første omgang én dose vaksine. Personer under 10 år anbefales å ta to doser vaksine (halv voksendose å 0,25 ml) med minst tre ukers mellomrom. Immunsupprimerte personer anbefales å ta to doser med vaksine.”*

En eller to doser ble løpende vurdert, men midt i november var det fortsatt uavklart om det kunne bli behov for en vaksinedose nummer to. 15. desember gikk det ut brev fra FHI med beskjed om at én dose var tilstrekkelig, også for barn under ti år. Samtidig ble rådet om å gi to doser til immunsupprimerte opprettholdt.

## 12.6. Vaksineforskrift

Forskrift om nasjonalt vaksinasjonsprogram<sup>190</sup> trådte i kraft 5. oktober. Her presiseres kommunens plikt til å tilby influensavaksiner, både mot sesonginfluensa og pandemisk influensa. Kommunene gis frihet til å organisere vaksinasjonene slik de finner det mest hensiktsmessig for å oppnå høyest mulig vaksinasjonsdekning. Forskriften slår fast at det er FHI som gir *faglige retningslinjer* for gjennomføring av vaksinasjonsprogrammene. Det nasjonale vaksinasjonsprogrammet er det i henhold til smittevernlovens § 3-8, HODs ansvar å definere.

Det kom også et krav i forskriften om meldeplikt til SYSVAK-systemet. Dette medførte behov for avklaringer, fordi mange kommuner allerede hadde startet med vaksinerings mot sesonginfluensa, og så det som problematisk å etterregistrere dette. I første versjon av forskriften var pris for vaksinerings mot pandemisk influensa satt til 50 kr. Dette var et annet punkt som medførte noe uro.

Prisfastsettelsen kom sent, og mange kommuner hadde allerede planlagt hvordan de skulle gjennomføre vaksinasjon. Mange kommuner skulle benytte fastlegene for vaksinerings av risikogrupper, og fastlegene påpekte at de neppe kunne arbeide like effektivt som ved massevaksinasjon. Prisfastsettelsen ble senere fjernet ved en forskriftsendring 16. oktober.<sup>191</sup>

<sup>190</sup> Lovdata: Forskrift 2009-10-02 nr. 1229: Forskrift om nasjonalt vaksinasjonsprogram

<sup>191</sup> Lovdata: Forskrift 2009-10-16 nr. 1278: Forskrift om nasjonalt vaksinasjonsprogram – endringer

## 12.7. Vaksinedistribusjon

Vaksinedistribusjonen har blitt mye kritisert. FHI la distribusjonsoppdraget ut på anbud, men mottok bare to tilbud. Til transporten av vaksiner var det knyttet høye krav til sikkerhet, sporbarhet og temperatur, og det var kun ett tilbud (fra Europharma) som oppfylte kravene. Europharma er et firma som normalt distribuerer fiskevaksine i Norge, og de hadde et sentrallager i Bærum og åtte kjølebiler til rådighet. Da distribusjonen startet opp ble det store utfordringer knyttet til usikkerhet om tidspunkt for leveransene. Dette skyldtes på overordnet nivå at det var forsinkelser og stadig endringer i leveringstidspunktene *til* Norge. På underordnet nivå skyldtes det at transportøren ikke alltid var dyktig nok til å informere kommunene om ankomsttider for vaksinebilene og om endringer i disse.

FHI startet med å sende ut vaksiner til kommuner og helseforetak 19. oktober (uke 43). Totalt 300 000 doser ble sendt ut den første uka, og de gikk til Finnmark, Troms, Nordland, Nord-Trøndelag, Sør-Trøndelag, Oppland, Hedmark, Møre og Romsdal, Sogn og Fjordane, Hordaland, Rogaland, Vest-Agder, Aust-Agder og Telemark. I uke 44 fikk så Akershus, Buskerud, Oslo, Vestfold og Østfold vaksine. Før utgangen av uke 44 var 466 000 doser distribuert.<sup>192</sup>

Leveranserekkefølgen ble begrunnet med at det var hensiktsmessig å sende vaksine først til de kommunene som var lengst unna når vaksinemengden som var kommet til landet, var begrenset<sup>193</sup>. På den måten ville det ta kortest tid før alle kommunene i landet hadde mottatt vaksine. Ved å starte med de fylkene det tok lengst tid å nå, ble leveringstiden for hele landet ni dager, sammenlignet med en leveringstid for hele landet på 12 dager hvis en hadde startet leveranser i det sentrale østlandsområdet. Det var også viktig å starte leveransene til Nord-Norge før kulda satte inn for alvor, noe som kunne føre til at vaksinen frøs i bilene.

Hensynet til å nå hele landet raskest mulig veide tyngre enn å nå de mest folkerike områdene med størst potensial for hurtig smittespredning raskest mulig, når leveranserekkefølgen for vaksiner ble bestemt. Parallelt med at distribusjonen av vaksiner startet opp, ble det klart at smitten begynte å spre seg i bydeler i Oslo. FHI hadde imidlertid ikke sikker kunnskap om dette når de første vaksinene ble sendt ut.<sup>194</sup>

Minste forpakning var på 500 doser, og de minste kommunene fikk derfor en større dekningsgrad enn resten av kommunene. I løpet av perioden frem til 4. september 2010 ble det totalt distribuert 3,3 millioner doser pandemivaksiner til kommuner, helseforetak, Forsvaret m.m. Med et beregnet svinn på rundt 5 prosent, ble ca. 2,2 millioner nordmenn vaksinert. I nasjonalt vaksinasjonsregister var det pr. 29. september 2010 registrert 1,98 millioner satte vaksiner.<sup>195</sup>

## 12.8. Vaksinasjonsregistrering

Det nasjonale vaksinasjonsregisteret, SYSVAK, var utviklet for registrering av alle vaksinasjoner som ble gitt i henhold til barnevaksinasjonsprogrammet. Her ble vaksinasjon av barn og ungdom under 18 år rutinemessig registrert. FHI arbeidet med å få til en endring i SYSVAK-forskriften, slik at også vaksinasjon av personer over 18 år kunne registreres. FHI forventet at det under en pandemi ville være meldeplikt for influensapandemivaksinasjon og arbeidet med å utvikle et effektivt online registreringssystem som kommunene skulle kunne ta i bruk i en pandemisituasjon.

<sup>192</sup> Brev fra direktør ved FHI, Geir Stene-Larsen til kommunene, 23. oktober 2009

<sup>193</sup> Statusrapport om ny influensa A (H1N1), FHI, 5. november 2009

<sup>194</sup> I følge opplysninger fra FHI på møte i arbeidsgruppen for gjennomgangen av den nasjonale håndteringen av pandemien, 14. juni 2010.

<sup>195</sup> Rapport med kommentarer til DSBs utkast, 29. september 2010

Det var lagt opp til at det kunne gjøres søk via SYSVAK på folkeregisterdata basert på vaksinandens fødselsnummer. Dato for vaksinerings og navn på vaksinasjonsansvarlig helseenhet eller lege måtte legges inn av kommunen. Det var også muligheter for å fylle ut skjema manuelt og oversende disse til FHI, som deretter la dataene inn i det elektroniske registeret.

Kommunene ble imidlertid oppfordret til å legge til rette for elektronisk registrering i vaksinasjonslokalene. I løpet av perioden ble PANVAK opprettet, tilpasset vaksinasjon under en pandemi. I en tidlig periode kom ikke vaksinasjonsdata for personer over 18 år med i statistikken (ved bruk av SYSVAK). Dette skyldtes en datateknisk sperre, og dette ble rettet opp i uke 47.<sup>196</sup>

Dokumentasjon av vaksinasjon: Etter at vaksinasjonen var utført var planen at alle skulle få et eget vaksinasjonskort. Vaksinasjonskortet skulle, i tillegg til informasjon om den vaksine som var gitt, inneholde generell informasjon om pandemivaksinen, informasjon om mulige allergiske reaksjoner og bivirkninger samt opplysninger om hvor en kunne henvende seg dersom uventede hendelser relatert til vaksinasjonen skulle oppstå. Dette vaksinasjonskortet ble ikke trykket opp.

Mye av grunnen var at informasjon og råd endret seg underveis, og den ble lagt ut elektronisk i stedet for å trykkes opp, slik at endringer lettere kunne gjøres når ny kunnskap var tilgjengelig. Regelmessige (en til to ganger per uke) oppdateringer over antall registrerte vaksinasjoner i hver kommune ble startet opp 11. november. Disse lå på PANVAK-sidene på fhi.no.

I tillegg kom MSIS-rapporter (Meldingssystem for smittsomme sykdommer) fra FHI ut hver fjortende dag med oppdatert informasjon om pandemien i Norge.

## **12.9. Vaksine til eggallergikere**

I slutten av oktober oppsto en diskusjon rundt eggallergikere og Pandemrix. FHI minnet om at det kun var personer med virkelig alvorlig eggallergi (anafylaktisk sjokk) som ikke burde få Pandemrix. De påpekte også at Pandemrix inneholdt langt lavere andel eggprotein enn vanlig sesonginfluensavaksine (2,5 nanogram per dose, mot normalt 150 nanogram). *”Dette er så lite at selv personer med ganske sterk eggallergi kan få den hvis det skjer under betryggende overvåkning.”*<sup>197</sup>

FHI skaffet til veie 1 000 doser Celvapan fra Østerrike – en cellekulturbasert vaksine som kunne benyttes av personer med ekstra sterk eggallergi. Disse vaksinene var kun beregnet på personer som hadde reagert med anafylaktisk sjokk etter å ha spist egg eller etter å ha blitt vaksinert med en eggbasert vaksine. Disse vaksinene ble satt i sykehusavdelinger med ansvar for behandling av allergikere. Grunnen til dette var at dette ble vurdert å være den beste måten å distribuere disse få dosene på. Det tok imidlertid tid før vaksinen kom til landet. Den ble sendt ut til helseforetak 9. desember.<sup>198</sup>

## **12.10. Bivirkninger - bivirkningsregistrering**

Vaksineprodusenten påtok seg ansvar for hendelser som kunne være forårsaket av ukorrekt fremstilling eller mangelfull kontroll av vaksinen, men ville ikke påta seg ansvar ut over dette. Dette var en forutsetning for at GSK skulle frigi vaksinen på et så tidlig tidspunkt som bestillerne ønsket.<sup>199</sup>

<sup>196</sup> Brev fra direktør ved FHI, Geir Stene-Larsen til kommunene, 13. november 2009

<sup>197</sup> Brev fra direktør ved FHI, Geir Stene-Larsen til kommunene, 29. oktober 2009

<sup>198</sup> Brev fra direktør ved FHI, Geir Stene-Larsen til kommunene, 9. desember 2009

<sup>199</sup> Opplysning fra FHI i møte, 20. september 2010

Staten plikter etter pasientskadeloven § 2 å erstatte en skade som kan være en følge av anbefalte vaksinasjoner som er satt i verk i medhold av smittevernloven.

Før produksjonen av vaksinen startet, var den testet på 5 000 personer (ingen barn). Når EU-kommisjonen etter anbefaling fra det europeiske legemiddelverket, EMA, godkjente vaksinen, gjorde SLV i samsvar med EØS-avtalen straks et likelydende vedtak. Det forelå ikke kjente, alvorlige bivirkninger. Studier av modellvaksinen viste at vanlige bivirkninger var smerter, rødhet og hevelser ved innstikkstedet, hodepine, tretthet, feber, muskel- og leddsmerter, influensaliknende symptomer og hovne lymfekjertler.

Bivirkninger var tema i møte mellom FHI og SLV 7. oktober. På møtet ble ulike bivirkningsscenarioer gjennomgått, og en avklaring av roller foretatt. En ble enige om at alvorlige uønskede hendelser så snart som mulig skulle meldes til FHI og SLV.<sup>200</sup>

Samtidig skulle SLV publisere bivirkningsrapporter ukentlig på sine nettsider. Det totale antall innkomne rapporter per 29. september 2010 var 1 047 (av disse var fire for Celvapan), hvorav 259 rapporter med mistenkte alvorlige bivirkning, dvs. reaksjoner som har medført død, livstruende sykdom, sykehusinnleggelse eller forlenget sykehusopphold, vedvarende betydelig nedsatt funksjonsevne eller funksjonskapasitet eller en medfødt anomali/fødselsdefekt.

Bivirkningene som er registrert i Norge og en vurdering av dem er gjengitt på legemiddelverket.no. DSB har også fått tilgang til en foreløpig upublisert artikkel skrevet av sentrale fagfolk ved SLV og FHI, hvor bivirkningene gjennomgås og diskuteres. Fremstillingen under bygger i hovedsak på denne.<sup>201</sup>

I Norge skal helsepersonell melde mistenkte vaksinebivirkninger til FHI. FHI gjennomgår meldingene og registrerer dem i SLVs bivirkningsdatabase. SLV har ansvar for videreformidling av de alvorlige meldingene til den europeiske bivirkningsdatabasen (EudraVigilance) og legemiddelprodusentene, samt til den internasjonale bivirkningsdatabasen i Uppsala, som samarbeider med WHO.

Samlet utgjorde bivirkningsmeldingene omtrent en melding per 2 100 vaksinerte, mens de alvorlige meldingene utgjorde en melding per 8 600 vaksinerte. De fleste reaksjonene var vanlige og raskt forbigående vaksinereaksjoner slik som smerter på injeksjonsstedet, frysninger og ubehag.

I følge artikkelen tyder ikke registreringene i forbindelse med massevaksinering med Pandemrix på at bivirkningene skiller seg vesentlig fra det som var ventet. Meldinger om smaksforstyrrelser var uventet og ikke tidligere kjent. Anafylaktisk sjokk kan være noe hyppigere med Pandemrix enn andre vaksiner. Om det er noen sammenheng mellom de åtte rapporterte tilfellene av narkolepsi og vaksinering er usikkert. Tilsvarende har aldri blitt rapportert tidligere. Antall meldte dødsfall, aborter og dødfødsler var ikke høyere enn forventet statistisk sett, og det er ikke holdepunkter for at vaksinering med Pandemrix har vært årsak til slike hendelser.

Per 8. august 2010 var det mottatt i alt 11 276 bivirkningsrapporter i de europeiske landene. De aller fleste er vurdert som lite alvorlige. Det er hittil distribuert ca. 131,8 millioner doser med Pandemrix i Europa, og det er estimert at minst 30,8 millioner pasienter er vaksinert.

SLV og FHI vurderer at nytte-risikoforholdet til Pandemrix er uendret, og rapportene innebærer ingen grunn til å endre i norske helsemyndigheters anbefalinger om vaksinasjon.<sup>202</sup>

<sup>200</sup> Møte mellom SLV og FHI, 7. oktober 2009, referat av 26. oktober 2009

<sup>201</sup> Steinar Madsen m.fl, meldte bivirkninger av pandemivaksinen Pandemrix i Norge, artikkel

<sup>202</sup> E-post fra SLV, 29. september 2010

## 12.11. DSBs vurderinger

Et grunnleggende element i norsk pandemiberedskap er vaksinerings av hele eller deler av befolkningen. DSB ser ingen grunn til å sette spørsmålsteget ved dette. Det ser ut til å være en gjennomgående vurdering i det medisinske miljøet både i Norge og i utlandet at influensavaksine er en billig forsikring med små negative bieffekter for den enkelte og for samfunnet. Vaksinasjon av eldre og øvrige risikogrupper ansees å være en samfunnsøkonomisk svært lønnsom investering.

Vaksineavtalen må sees i lys av den strategien som er lagt til grunn i den nasjonale handlingsplanen for pandemisk influensa. Avtalen som er omtalt i kapittel 4.6, er lite fleksibel i den forstand at den ikke gir norske myndigheter muligheter til å gjøre vurderinger av egne behov ut fra en pandemisk alvorlighetsgrad. I følge FHI var en klar over at dette var en svakhet da avtalen ble inngått, men det var disse betingelsene det på dette tidspunktet var mulig å oppnå.<sup>203</sup>

DSB ser ingen grunn til å tvile på at dette er en riktig fremstilling av saken. Avtalen ble inngått på et tidspunkt da frykten for et utbrudd av en pandemi basert på H5N1-viruset var stor, og flere andre land ser ut til å ha avtaler med lignende vilkår, selv om disse ikke er kjent i detalj. Danmark hadde større fleksibilitet i sin avtale, og bakgrunnen for dette er etter hva DSB forstår, at avtalen ble inngått på et tidligere tidspunkt da markedet var noe annerledes.

Det er også viktig å understreke at avtalen og dermed den vaksinestrategien som lå til grunn for den, er godt politisk forankret gjennom behandling i regjeringen og Stortinget. I kapittel 8 er det vist at denne strategien hadde støtte i Stortinget også etter at det var klart at den nye influensapandemien ikke tok utgangspunkt i H5N1, men i et noe mer harmløst H1N1-virus.

Etter pandemiutbruddet var det stor etterspørsel etter vaksine. Hadde Norge avtalt en mer begrenset leveranse til Norge, ville vaksinen kommet i mindre mengder ved hver levering og nådd senere frem til risikogruppene og befolkningen for øvrig.

Valget av Pandemrix skjedde på forretningsmessig grunnlag sommeren 2008. Det var denne vaksinen Norge hadde inngått avtale om å kjøpe som en del av pandemiberedskapen. Derfor var det ingen opsjon, og etter hva DSB kan se heller ingen grunn til, å forsøke å få tak i en annen vaksine sommeren 2009. Det sees da bort fra det lille partiet Celvapan som ble kjøpt fra Østerrike for å vaksinere eggallergikere.

Selv om Norge hadde vaksine nok til hele befolkningen, og det å ikke benytte denne vaksinen ble ansett som helt uaktuelt i Pandemiplanen, måtte det gjøres et valg med hensyn til hvilken vaksinestrategi som skulle velges. FHI utferdiget vaksineråd to ganger: Først anbefalte en at helsepersonell og personer med forhøyet risiko skulle få tilbud om vaksine, og i neste omgang anbefalte en hele befolkningen å vaksinere seg.

DSB mener det kan stilles spørsmål ved prosessen rundt disse rådene. Det henvises i denne sammenheng til kapittel 25.1. DSB har også gjort noen enkle effektvurderinger rundt rådet om massevaksinerings og drøftet hvordan det kan gås frem om det ønskes vurdert i en større kontekst. Det er i denne sammenheng viktig å skille mellom vurderinger knyttet til beslutningen på det tidspunktet den ble tatt, og vurderinger ut fra erfaringene i ettertid. Det vises her til kapittel 25.2.

Organiseringen og gjennomføringen av vaksineringsen i kommunene omtales i kapittel 20. Her skal bare pekes på at i en situasjon med knapphet på vaksine vil det kunne være behov for å prioritere også innen de prioriterte gruppene. Dette var det ikke tatt høyde for i FHI's vaksineråd fra 16. september.

---

<sup>203</sup> Møte med FHI, 25. august 2010

Dersom pandemien hadde vært langt mer alvorlig, måtte en sannsynligvis ha valgt en annen strategi, nemlig vaksinerings av personell i samfunnsviktige funksjoner. Det finnes i dag ingen forankret oversikt over hvilke funksjoner i samfunnet som er kritiske, og hvilket driftsnivå disse må kunne operere på i en krisesituasjon. En slik vurdering kunne blitt svært krevende å gjennomføre under selve pandemien.

I ettertid vil kost-nyttevurderinger være en viktig del av erfaringsarbeidet. Kanadiske forskere<sup>204</sup> har modellert kostnad og nytte av et vaksinasjonsprogram for staten Ontario (18 millioner innbyggere). Et program som nådde 30 prosent dekning ville koste ca. 700 millioner kroner, halvere antall tilfeller og forebygge 35 dødsfall. De finner en kostnad på ca. 10 000 kroner per QALY<sup>205</sup> (quality-adjusted life year). Tilsvarende gjennomganger bør gjøres for Norges del.

Prisfastsettelsen av influensavaksinerings kom for sent og var etter DSBs vurdering ikke godt nok forankret, og det ble derfor nødvendig å fjerne denne 14 dager senere. DSB mener at det er uheldig at prisene var (og er) ulike fra sted til sted.

Slik det i praksis slo ut, måtte personer i risikogrupperne ofte betale mer for vaksinerings enn andre, fordi de i større grad ble vaksinert hos fastlegene. Det kan også argumenteres for at man kunne oppnådd større vaksinedekning dersom vaksinerings hadde vært gratis slik den var i Sverige. Selve vaksinen var for øvrig gratis for kommunene og befolkningen også i Norge.

FHI kom i en vanskelig situasjon da de bare fikk inn ett tilbud på distribusjonen av vaksinerne. Normalt bruker instituttet etter hva DSB forstår, Brings logistikkapparat til vaksinedistribusjon.

Vaksinedistribusjonen førte til mye frustrasjon i kommunene. Utgangspunktet var vanskelig fordi vaksinerne ankom landet i ukentlige leveranser, og det til dels var usikkerhet knyttet til hvor store leveransene den enkelte uken ble. I tillegg var informasjonen fra distribusjonsfirmaet til mottakerne i kommunene ofte var mangelfull.

Når bare én tilbyder melder seg til en slik viktig oppgave som distribusjon av pandemivaksiner, og denne etter FHIs oppfatning ikke leverer i henhold til avtalevilkårene, mener DSB at det kan være grunn til å vurdere om oppgaven kunne vært løst på en annen måte. DSB vil også peke på at et opplegg med sentrallager og landsdekkende distribusjon ved hjelp av åtte kjølebiler er svært sårbart, og ville vært enda mer sårbart om influensaen hadde vært vesentlig mer alvorlig enn det den var denne gangen.

DSB mener FHI bør utrede hvilke alternativer som kunne vært mulige å bruke dersom det ikke hadde meldt seg noen tilbydere da oppgaven var lagt ut på tilbud, eller i en situasjon der forholdene er slik at det avgjørende er å finne en løsning som er robust nok til å kunne fungere selv om mange er syke.

Det er mulig at en gjennom en slik utredning også vil oppdage muligheter som kunne ha vært mulig å bruke i denne aktuelle situasjonen. DSB tror generelt at et opplegg med basis i regionale distribusjonspunkter vil være mer robust enn et system som baserer seg på distribusjon fra sentrallager.

---

<sup>204</sup> Gojovic, MZ, Sande, B. Fisman D et al. Modelling mitigation strategies for pandemic (H1N1) 2009, CMAJ 2009. DOI:10.1503/cmaj, 091641

<sup>205</sup> Et helseøkonomisk begrep benyttet ved effektvurderinger av helsetjenestetiltak og forebyggende virksomhet. Som grunnlag for begrepet antas at et leveår med plager, sykdom eller funksjonshemninger i varierende grad har redusert kvalitet i forhold til et leveår uten tilsvarende problemer. Graden av kvalitetsreduksjon er avhengig av problemets art, og gis et tallmessig uttrykk

Kjølelager- og kjøletransportkapasiteten i Norge er generelt svært stor. I en krisesituasjon ville fylkesmennene uten tvil kunne ha bidratt med å finne løsninger regionalt. DSB tror også at fylkesmennene kunne ha bidratt til større smidighet ved håndteringen denne gangen ved at de for eksempel kunne ha tatt initiativ til at nabokommuner delte en forsendelse, eller ved at risikogrupper fra én kommune kunne vaksineres i en annen.

FHI valgte bevisst en strategi hvor vaksinene ble kjørt ut fortløpende etter hvert som de kom til landet. En alternativ løsning var å sette vaksinene på lager inntil en hadde samlet opp tilstrekkelig mange til at den enkelte kommune kunne få en relativt stor leveranse. Dette ville ha gitt effektivitetsgevinster, men kunne også ha medført at flere ble syke og i uheldigste fall til dødsfall.

Diskusjonen rundt beslutningen om å anbefale hele befolkningen å vaksinere seg, viser at enkelte miljøer er skeptisk til vaksiner generelt og kanskje influensavaksine spesielt. Det er godt etablerte systemer for å følge bivirkning av alle legemidler i Norge. Etter DSBs oppfatning fulgte FHI og SLV opp bivirkningsrapportene på en god måte og sørget for en åpenhet som virker tillitvekkende.

Kunnskap om bivirkninger er et viktig element i kost-nyttevurderinger av en massevaksinasjon. I dette tilfellet er antall meldte bivirkninger svært lite i forhold til antall doser som ble satt. Det er likevel viktig å følge opp disse, og at bivirkninger tas med i de initielle vurderinger når beslutning om vaksineråd tas. Vaksinerådene belyses nærmere i kapittel 25.

## 13. Behandling

Dette kapittelet handler om rammebetingelser og overordnede føringer knyttet til behandling av influensasyke i sykehus. Det vises også til kapittel 21 der problemstillinger innenfor RHF-enes direkte ansvarsområde gjennomgås.

### 13.1. Sykehuskapasitet og fokus på intensivbehandling

27. april sendte Helsedirektoratet ut et utkast til veileder om pandemiplanlegging i spesialisthelsetjenesten.<sup>206</sup> Arbeidet med denne veilederen hadde pågått en tid, men den var ikke fullført. Versjonen som ble sendt ut var derfor ufullstendig og foreløpig.

I veilederen heter det blant annet: *”Når en influensaepidemi rammer landet, må helsetjenesten være forberedt på at et meget stort antall pasienter vil ha behov for behandling og pleie, herunder avansert behandling av komplikasjoner.”* Det enkelte helseforetak skulle utarbeide sin egen beredskapsplan for pandemisk influensa i henhold til veilederen. Det er også verstefallsscenarioet fra Pandemiplanen som legges til grunn for denne veilederen. Kapittel 15 i veilederen, *Dimensjonering og fortegnelse over behov og valg av utstyr og legemidler i spesialisthelsetjenesten*, ble distribuert i foreløpig versjon.

Veilederen påpeker at erfaringer fra tidligere pandemier viser at forekomst av akutt lungesviktsyndrom<sup>207</sup> (ARDS) som komplikasjon til influensasykdommen kan variere sterkt avhengig av det virale agens. Dersom pandemien medfører en uvanlig høy andel pasienter med ARDS, vil dette påvirke sykehusenes behov for utstyr, lokaliteter og personell til å håndtere behovet for assistert ventilasjon (respiratorbehandling).

Telefonmøte mellom RHF-ene, HOD og Helsedirektoratet ble gjennomført 28. april. På dette møtet ble Helse Sør-Øst bedt om å koordinere arbeidet med kartlegging og bestilling av legemidler. Også veilederen og tillegget om materiellberedskap ble gjennomgått. Det ble på møtet signalisert at innkjøp kunne foretas utenom normale anbudsprosedyrer.<sup>208</sup>

Helsedirektoratet tok en ny runde med RHF-ene om nødvendig utstyr i juni<sup>209</sup>, etter at helseforetakenes innkjøpssentral (HINAS) hadde gjennomført en kartlegging av beholdningen av diverse engangsutstyr<sup>210</sup> knyttet til overvåking av pasienter. I etterkant av dette brevet reagerte de medisinske intensivmiljøene<sup>211</sup> og påpekte at det ikke bare var engangsutstyr det var behov for. På dette tidspunktet begynte erfaringer med influensa A (H1N1) fra Australia og New Zealand å tilflyte fagmiljøene, og det ble kjent at enkelte ble svært syke med akutt lungesvikt.

---

<sup>206</sup> Pandemiplanlegging i spesialisthelsetjenesten. Organisering, pasientmottak og behandling. Veileder, Utkast 27. april 2009 – uten kap. 15 (om dimensjonering)

<sup>207</sup> Acute Respiratory Distress Syndrome (ARDS)

<sup>208</sup> Referat fra telefonmøte mellom RHF, HOD og Helsedirektoratet angående helseforetakenes beredskap for mulig pandemi. Helsedirektoratet 09/7075

<sup>209</sup> Pandemiberedskap – iverksetting av innkjøp av utstyr iht. oversikt. Helsedirektoratet, 24. juni 2009

<sup>210</sup> Utstyret var: arteriekraner, arterieslanger, CVK, flerveiskraner/CVK-batterier, forlengesslanger, scop, timediuresesett og trykkmansjetter

<sup>211</sup> Hans Flaatten gjorde myndigheter og intensivmiljø oppmerksom på utfordringene som kunne komme



I statusrapport fra FHI 28. juli heter det:

*”Utfordring 1. Kapasitet for intensivbehandling: Vi risikerer at sykehusene raskt når sin kapasitetsgrense for intensivbehandling av akutt lungesviktsyndrom. Sykehusene må snarest, dersom de ikke har gjort det, planlegge for økt kapasitet både for utstyr og personell. Vi foreslår at intensivleger danner et nettverk for å utveksle erfaringer, gjerne med britiske leger.”*

Som en følge av flere innspill inviterte Helsedirektoratet (Divisjon spesialisthelsetjenester) til møte om kapasitet for intensivbehandling i forbindelse med ny influensa A (H1N1) på Gardermoen 5. august. Status og modeller for videre sykdomsspredning ble presentert av Helsedirektoratet og behandlingsskapasitet og planer for ekstraordinære tiltak av Helse Bergen. Også etablering av et intensivnettverk for å sikre utveksling av erfaringer og samarbeid og sentrale myndigheters behov for statusrapportering ble presentert.<sup>212</sup> Behandlingsstrategier ble presentert fra Rikshospitalet.

Helsedirektoratet hadde før møtet sendt ut brev om ”Nasjonal beredskap i forhold til sykehuskapasitet” 29. juli. Brevet gikk til de regionale helseforetakene og fylkesmennene. I brevet ble det henvisning til FHIs prognoser, og på utbredelse av epidemien i Storbritannia og engelske myndigheters prognoser:

*”De prognosene for epidemien som presenteres i dette dokumentet representerer ikke helsemyndighetenes forventninger til utviklingen av epidemien i Norge. Situasjonen kan bli enklere. De beskrevne planforutsetningene er allikevel et sannsynlig scenario, og helsemyndighetene ber helsetjenesten være beredt til å håndtere den beskrevne situasjonen.”*

Planforutsetningene, som også er omtalt i kapittel 9.3, blir beskrevet som nye og mer presise.

Anslaget er at Norge vil bli rammet ved at opp mot 30 prosent av befolkningen blir syke i en periode over fire måneder, og at en stor andel av disse vil være barn og unge. Man antar at dette vil medføre en betydelig økt belastning på sykehusene generelt og intensivavdelingene spesielt. I den mest belastende perioden vil opptil 7 prosent av befolkningen være syke samtidig, 1 prosent av de syke vil trenge sykehusinnleggelse og 20 prosent av de sykehusinnlagte vil trenge intensivbehandling. De fleste i sistnevnte gruppe vil også trenge respiratorbehandling. Basert på denne modellen estimerte Helsedirektoratet behovet for sykehusplasser og intensivplasser i perioden med størst belastning slik tabellen under viser.

Tabell 8. Estimert antall syke og behov for sykehusplasser i forventet periode med størst belastning.

Helseregion	Maksimalt antall syke	Maksimalt antall sykehusplasser	Maksimalt antall intensivplasser
Helse Sør-Øst	170 802	1 708	581
Helse Vest	63 690	636	217
Helse Midt-Norge	42 568	426	145
Helse Nord	29 613	296	101
Hele Norge	306 673	3 067	1 044

I en normalsituasjon er det 290 intensivplasser i Norge. Intensivmiljøene i Norge mente derfor at et scenario som beskrevet over ville skape alvorlige problemer.

<sup>212</sup> Møteinvitasjon, Helsedirektoratet, 2009

Helsedirektoratet startet deretter arbeidet med å få iverksatt innkjøp av respiratorer på nasjonalt nivå. De regionale helseforetakene fikk ansvar for å gå gjennom eksisterende beredskapsplaner med særlig tanke på klargjøring av egnede lokaler, innkjøp av utstyr, plan for tilstrekkelig antall personale.

*”Det er viktig at spesialisthelsetjenesten i samarbeid med primærhelsetjenesten utvikler klare kriterier for innleggelse/utskrivning av pasienter og finner smidige samarbeidsformer [].”* Det pekes på lov om sosial og helsemessig beredskap og kravet til samordning av planverk som hviler på helseforetakene.

Helsedirektoratet ba om tilbakemelding innen 6. august med oversikt over tilgjengelige respiratorer, og at hvert enkelt foretak innen 20. august fremla planer for hvordan situasjonen skulle løses lokalt.

Oppfølgingen etter dette møtet når det gjelder oversikt over respiratorkapasitet, innkjøp og utplassering av utstyr blir av intensivmiljøene vurdert som positiv. Rikshospitalet ble på møtet på Gardermoen bedt om å utrede utstyrsbehovet for ECMO<sup>213</sup>, slik at utstyr ikke ble begrensende for kapasiteten. Etter en undersøkelse på regionssykehusene ble det konkludert med at det ble anbefalt innkjøp av fire nye ECMO-enheter. Utover dette var det kompetent personell som var den begrensende kapasiteten. RHF-ene anbefaler generelt at det ikke ble kjøpt inn respiratorer for å dekke planscenarioet helt, da bemanning ville være flaskehalsen dersom situasjonen skulle bli så dramatisk.

I slutten av august var epidemien i Australia på kraftig retur. De medisinske miljøene publiserte sine erfaringer, og av 3 863 innleggelser hadde omtrent en firedel ligget på intensivavdeling. Det var til dels sterke utsagn som kom:

*”I’ve never seen anything like this in my professional life, and I’ve been a respiratory intensivist for 30 years. There may well be fewer people who are old with comorbidities who die, but there is no question that the overwhelming respiratory failure you see in young people is something you rarely ever see with normal influenza.”*  
Intensivlege, Australia<sup>214</sup>

I forberedelsene ble fra ledelsen i Helse Sør-Øst lagt klare betingelser om ikke å diskutere funksjonsfordeling, dvs. hvorvidt intensivpasienter skulle fordeles på en bestemt måte avhengig av sykehusenes kapasitet og kompetanse. Ved forverret sykdomsbilde ble imidlertid flere pasienter videresendt til Rikshospitalet. Rikshospitalet hadde til sammen 22 intensivpasienter, mot normalt to-tre i et vanlig influensa-år. I alt åtte av disse intensivpasientene ved Rikshospitalet døde. Totalt var det pr. 6. januar 2010 meldt 29 dødsfall knyttet til bekreftet infeksjon med A (H1N1) i Norge.

*Tabell 9. Totalt antall innlagte pasienter med ny influensa A (H1N1) fra og med 1. september 2009 til og med 4. januar 2010. (NB! Tabellen bygger på anonymiserte innmeldinger fra sykehusene om nyinnlagte pasienter hver uke – det kan derfor være noen dobbeltregistreringer) (kilde: FHI)*

	Totalt	0-4 år	5-14 år	15-29 år	30-64 år	65+ år
<b>Totalt i sykehus</b>	1317	319	198	227	488	85
<b>Derav i intensivavdeling</b>	172	9	12	38	103	10

<sup>213</sup> ECMO- ekstrakorporal membranoksygenering, en teknikk for å tilføre blodet oksygen utenfor kroppen. En mekanisk innretning overtar lungefunksjonen og bytter ut CO<sub>2</sub> i blodet med nytt oksygen

<sup>214</sup> Melissa Sweet, Pandemic lessons from Australia, BMJ 2009, 339:b3317

## 13.2. Opprettelsen av et pandemiregister - NOPIR

Samtidig med gjennomgangen av intensivkapasitet ved sykehusene, ble behovet for et register som kunne utviklingen av sykdommen fremhevet. Den europeiske foreningen for intensivmedisin hadde på sommeren tatt initiativ til å etablere en anonymisert database (H1N1 Registry) over intensivpasienter behandlet for influensa A (H1N1). Norsk intensivregister ved Helse Vest ønsket å gå ut med en anbefaling til alle norske sykehus om å benytte den europeiske databasen for innregistrering av norske pasienter.<sup>215</sup> Sykehusene skulle få tilgang på anonyme data om egne pasienter fra databasen, mens nasjonal koordinator i Norge skulle få tilgang til aggregerte data på nasjonalt nivå.

FHI støttet behovet:

*”Da vi på Helsedirektoratets møte med intensivavdelingene på Gardermoen i august ble klar over miljøets ønske om et slikt register, tilbød vi vår ekspertise i registerepidemiologi. Sammen med intensivavdelingen ved Haukeland sykehus laget vi et brev til Helsedirektoratet med forslag om opprettelse av et slikt register og pekte på aktuelle hjemler. Disse ble, forstår vi, funnet utilstrekkelige av direktoratet”.*<sup>216</sup>

HOD svarte at de vurderte dataene som personidentifiserbare, selv om direkte personlige kjennetegn var fjernet, og at behandling av opplysningene var omfattet av helseregisterloven.<sup>217</sup> Departementet så at det var behov for bedre kunnskap om hvordan sykdomsforløpet utviklet seg for dem som var hardest rammet av influensaen, og foreslo at Helsedirektoratet skulle stå som databehandlingsansvarlig.

Helsedirektoratet utredet dette videre, og kom til at smittevernloven § 2-2 8. ledd kunne oppfylle kravet til lovhjemmel som angitt i helseregisterloven § 5, og at Helsedirektoratet derved kunne opprette et nasjonalt register og også utlevere data til det europeiske registeret. De ba Datatilsynet om å foreta en nærmere vurdering av dette.<sup>218</sup>

Datatilsynet konkluderte med at det var nødvendig med konsesjon. Likeledes måtte en norsk elektronisk database etableres, siden det ikke var aktuelt å legge data inn i den europeiske databasen slik den forelå. For å få fortgang i prosessen foreslo Helsedirektoratet at et papirskjema for manuell rapportering ble utarbeidet. Konsesjon fra Datatilsynet ble gitt 12. november 2009, og senere utvidet flere ganger.

En elektronisk løsning for NOPIR lå klar 3. desember.<sup>219</sup> Løsningen ble imidlertid ikke tatt i bruk, fordi Datatilsynet anså datasikkerheten som utilstrekkelig. Registeret er derfor fortsatt basert på manuell rapportering. Svakheten ved registerløsningen slik den foreligger i dag er at det er vanskelig å følge enkeltpasienter gjennom sykehusene (fordi de er registrert uten identitet). Pasienter som har flyttet mellom sykehusene har derfor kunne blitt registrert flere ganger, og gitt opphav til flere meldeskjema.

Det viste seg å være vanskelig å få helseforetakene til å legge inn samtlige pasienter i registeret – ved utgangen av uke 50 hadde Helsedirektoratet mottatt 60 utfylte pasientskjemaer, mens tall fra FHI viste at det på samme tidspunkt hadde vært innregistrert til sammen ca. 175

<sup>215</sup> Brev fra Norsk intensivregister til Helsedirektoratet og HOD, 17. august 2009

<sup>216</sup> Rapport med innspill til den nasjonale evalueringen av pandemihåndteringen, FHI, 7. september 2010

<sup>217</sup> Brev fra HOD, 4. september 2009

<sup>218</sup> Brev fra Helsedirektoratet til Datatilsynet, 9. oktober 2009

<sup>219</sup> Brev fra Helse Nord til Helsedirektoratet, NOPIR og samarbeidet mellom de regionale helseforetakene og Helsedirektoratet, 26. april 2010

intensivpasienter.<sup>220</sup> Dette tallet er nok noe for høyt, siden innmeldingen fra sykehusene var aggregert og uten personidentifikasjon.

### **13.3. Faglige råd og retningslinjer for behandling ved alvorlig lungesvikt**

Uavhengig av et intensivregister for pandemi innså fagmiljøene at det var behov for å utveksle informasjon om behandling av alvorlig lungesvikt som komplikasjon ved influensa A (H1N1). Allerede i slutten av juli ba enkelte om en skriftlig veiledning med hensyn til innleggelse, behandling og prioritering av pandemipasienter som trenger intensivbehandling.<sup>221</sup> Henvendelse gikk til Helsedirektoratet og Pandemikomiteén. Pandemikomiteén ble også bedt om å vurdere aldersfordelingen blant intensivpasientene.

I september ønsket intensivmiljøene ved Haukeland og ved Rikshospitalet at Helsedirektoratet viderefremmer anbefalinger om respiratorbehandling av pasienter.<sup>222</sup> Helsedirektoratet har normalt strenge retningslinjer for hvordan faglige retningslinjer skal utarbeides – blant annet skal gruppen som utgir retningslinjene være representativ for fagmiljøene, det er krav til systematisk kunnskapsinnhenting og -dokumentasjon, og krav til gradering av faglige anbefalinger.

Anbefalingene ble derfor ikke sendt ut før 3. desember via e-post til RHF-ene og helseforetak med *Retningslinjer for behandling ved alvorlig lungesvikt*. Noe senere, 21. desember, tar juridisk avdeling ved Ullevål sykehus opp at dette ikke kan defineres som retningslinjer. Helsedirektoratet kan utgi for å sikre et effektivt og forsvarlig smittevern etter smittevernlovens § 7-10. De ber om en avklaring, og spør om ikke fagmiljøene står fritt og derved skal basere behandlingen av den enkelte pasient på forsvarlighetskravet, etter helsepersonelloven § 4 og spesialisthelsetjenesteloven § 2-2.

Helsedirektoratet bekrefter dagen etter at de hadde behov for å utgi faglige råd raskt, og at det forelå få kliniske studier som en del av kunnskapsgrunnlaget. Likeledes at de ikke skulle ha brukt betegnelsen ”nasjonale faglige retningslinjer”, da de ikke tilfredsstillt kravene til dette.

### **13.4. Laboratoriekapasitet og overvåking**

Influensa kan være et diagnostisk dilemma for de medisinsk-mikrobiologiske laboratoriene. På den ene siden skal det raskt kunne stilles en individuell diagnose for den enkelte pasient. På den andre siden ønskes det kunnskap om opptreden og utbredelse av influensa nasjonalt og internasjonalt. Dette dobbelte aspekt gjelder mer eller mindre for de fleste infeksjonssykdommer, men den epidemiologiske oppgaven er særlig viktig for influensa.

Laboratieverifiserte tilfeller av influensa er et avgjørende grunnlag for epidemiologiske vurderinger. Det må foreligge et effektivt meldesystem, og laboratoriene må bruke metoder som raskt og effektivt identifiserer hvilket influensavirus det dreier seg om. I dette tilfellet utviklet og standardiserte FHI en PCR-analyse som de medisinsk-mikrobiologiske laboratoriene kunne ta i bruk. Metoden innebærer påvisning av virale nukleinsyrer (genetisk påvisning av viruset).

FHI skal på bakgrunn av smittevernloven og IHR-forskriften overvåke en pandemi, og de skal bistå landets mikrobiologiske laboratorier i laboratediagnostikk av influensavirus. De skal også sikre tilgang av nye stammer fra WHO for fremstilling av diagnostiske reagens. I samarbeid med WHOs influensasentra skal de sikre tilgang på reagenser for spesialdiagnostikk, delta i innsamling og karakterisering av influensastammer og utføre immunitetsundersøkelser.

<sup>220</sup> Brev fra Helsedirektoratet til RHF-ene, Den norske legeförening og rådgivningsgruppen for NOPIR 16. desember 2009

<sup>221</sup> Brev fra OUS-Ullevål v/Björg Marit Andersen til Helsedirektoratet

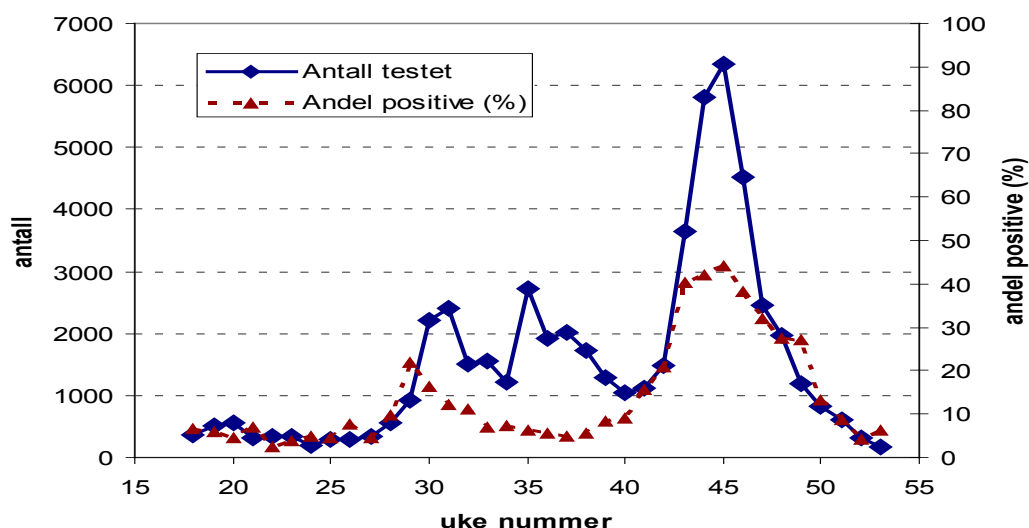
<sup>222</sup> E-post fra Helse Bergen til Helsedirektoratet, 9. september 2009

Den internasjonale overvåkingen til WHO skjer via samarbeid med i alt 110 nasjonale influensasentre som nå er etablert i 83 land. I Norge er det FHI som er nasjonalt influensasenter og som rapporterer direkte til WHO. FHIs overvåkningsapparat er nærmere beskrevet i kapittel 9.1.2.

Før utbruddet av pandemien foreslo referansegruppen for Styremøtet for landets medisinsk-mikrobiologiske avdelinger at det ble oppnevnt et utvalg for å se på behovet for å utarbeide en egen mal for beredskapstiltak ved influensapandemi for de medisinsk-mikrobiologiske avdelinger. Utgangspunktet burde være, påpekte de, at metodikken var på plass, og at det i pandemisammenheng vesentlig ville dreie seg om en kapasitetsøkning.<sup>223</sup>

Landets medisinsk-mikrobiologiske laboratorier ble varslet om en mulig pandemi av FHI 25. april. Da hadde FHI igangsatt arbeidet med å klargjøre det nasjonale referanselaboratoriet for influensa for å kunne påvise det nye viruset raskt og pålitelig.<sup>224</sup>

I en tidlig fase av en pandemi vil sikker påvisning av tilfeller være avgjørende for å vurdere situasjonen i Norge. Derfor tilbød FHI syv-dagers laboratoriepåvisning. I en senere epidemisk fase vil FHI ikke ha kapasitet til å kunne betjene det samlede diagnostiske behovet. Det medfører at helseforetakene må kunne tilby PCR-diagnostikk i tillegg til FHI.



Figur 7. Andel positive prøver (inkl. alle influensavirus) blant alle testede, fordelt pr. uke (kilde: FHI)

Figuren viser at på det meste (uke 45) ble det foretatt 6 351 analyser, og 44 prosent av disse var positive. I tillegg ble det gjort en god del oppfølgende analyser av innlagte pasienter, for å kunne vurdere sykdomsforløp og behandling. Enkelte mikrobiologiske laboratorier hadde på dette tidspunkt doblet bemanningen sin, og kjørte med to skift. Oslo universitetssykehus HF, avdeling Ullevål hadde for eksempel kapasitet til å analysere 1 000 prøver per uke på denne måten. Sykehuslaboratoriene måtte likevel prioritere egne pasienter, samt syke personer i risikogrupperne.

I sin statusrapport 5. november melder FHI om laboratoriekapasiteten: "Landets medisinsk mikrobiologiske laboratorier opplever en enorm pågang av prøver til undersøkelse på influensavirus. Mange laboratorier må derfor foreta prioriteringer blant de prøvene som sendes inn." FHI ga råd om prioriteringene.<sup>225</sup>

<sup>223</sup> Fra influensa-strategimøte 19. november 1999 – referansegruppe for ekstern kvalitetssikring i virologi og serologi, FHI, 2000

<sup>224</sup> Statusrapport, FHI, 26. april 2009

<sup>225</sup> Statusrapport, FHI, 5. november 2009

Ved utgangen av året 2009 var det totalt litt over 13 500 laboratoriebekreftede tilfeller av ny influensa A (H1N1). Størstedelen (71 prosent) av de smittede var under 30 år.

FHI har en rådgivende komité, *Nasjonale medisinsk-mikrobiologisk beredskapskomité*, som bistår FHI i arbeidet med å koordinere beredskapsplanleggingen innen et nettverk som består av alle landets medisinsk-mikrobiologiske laboratorier. Denne komitéen har i etterkant av pandemien i 2009 gjennomgått håndteringen, og kommet med anbefalinger til bedret beredskap.<sup>226</sup> Som en del av dette arbeidet gjennomførte de også en spørreundersøkelse.

Bemanning er identifisert som en kritisk faktor. Under denne aktuelle pandemien anga 75 prosent av laboratoriene at bemanningen var utilstrekkelig. Laboratoriene etterlyste bedre verktøy for å kunne prioritere/nedprioritere analyser. Mange laboratorier ble nedringt av leger og pasienter. De ønsker seg derfor et system for elektronisk sporing og prøvesvar. De ser også at rapporteringssystemet til FHI bør bli mer robust. De to områdene som ble oppfattet som mest utfordrende var at det var en lang periode under pandemiens andre bølge med behov for mye diagnostikk, og at det var dødsfall hos unge personer uten kjente risikofaktorer.

### **13.5. DSBs vurderinger**

Det var tidlig klart at influensasykdommen ville bli mild for de fleste, men det ble etter hvert klart at andre land hadde erfaring med enkelte vanskelige sykdomstilfeller. Det ser ut til å være en svakhet i Den nasjonale pandemiplanen at pneumonisk influensa og intensivbehandling i så liten grad er vurdert. Problemstillingen var på forhånd kjent og beskrevet i blant annet veilederen for pandemiplanlegging i spesialisthelsetjenesten, men det tok likevel tid før intensivmiljøene ble involvert i planleggingen.

En grunnleggende utfordring i sykehusberedskapen er at det er RHF-ene og de enkelte helseforetakene som har ansvaret for tilstrekkelig beredskap og kapasitet i egen region. Med stram økonomistyring og fokusering på dagligdage hendelser blir det lite rom for å kunne ta høyde for ekstraordinære situasjoner som en landsomfattende epidemi. Dersom beredskapsprosedyrene hadde blitt utløst, kunne RHF-ene håndtert dette med et større trykk.

I dette tilfellet gikk staten inn og bevilget penger til innkjøp av flere respiratorer. Fagmiljøene var involvert, og dette var viktig med hensyn til at det ble gjort nøkterne vurderinger av hvilken type utstyr som skulle kjøpes inn, og at i mange tilfeller var det tilgjengelig kompetent personell som var den begrensende faktoren.

Planscenarioet som ble lagt til grunn, var ment å være mer realistisk enn tidligere scenarier, og var forutsetning for hva Helsedirektoratet mente sykehusene måtte være forberedt på å kunne håndtere. Basert på informasjonsinnhenting fra andre land, samt egne vurderinger, mente likevel flere fra fagmiljøene at situasjonen i Norge ikke ville bli som beskrevet i planscenarioet. Situasjonen i Australia tilsa færre, men mer alvorlig syke pasienter. Det var derfor mange som stilte spørsmål om ikke sentrale myndigheter tok litt for hardt i.

DSB ser at dimensjonering av beredskap ved sykehusene er en kompleks problemstilling, og retningslinjer for hva sykehusene skal ta høyde for er etterspurt av mange (RHF-er, helseforetak og Statens helsetilsyn). En viktig oppfølgingsoppgave må være å ferdigstille veilederen som ble utsendt i midlertidig utgave i april, samt tydeliggjøre forventninger til beredskapskapasitet ved sykehusene.

---

<sup>226</sup> Influenza A (H1N1) pandemien – evaluering av medisinsk-mikrobiologisk laboratoriediagnostikk, forslag til bedret beredskap. Per Sandven og Ingeborg S. Aaberge, FHI, 24. juni 2010

Pandemiplanen må også revideres, og intensivbehandling/intensivkapasitet bør vies større oppmerksomhet enn i gjeldende plan. Det er fortsatt ikke utviklet nasjonale veiledere for håndtering av kritisk syke pasienter med pandemisk influensa. Denne influensaen rammet i betydelig grad de yngre aldersgruppene, og intensivkapasitet i forhold til barnebefolkningen kunne ha blitt et stort problem.

Oppretting av pandemiregister: Dette var en ny sykdom, og intensivmiljøene i Norge ønsket å gjøre seg erfaringer med utfordringer, sykdomsforløp og behandlingsmetoder. Miljøene ønsket også å utveksle erfaringer internasjonalt, men oppfattet de juridiske og formelle kravene som uoverkommelige.

DSB ser at det er vanskelige avveininger mellom pasientsikkerhet (og at journalopplysninger ikke kommer på avveie) og behovet for hurtig å dele opplysninger knyttet til sykdomsforløp og behandling av de få pasientene som ble alvorlig syke. Problemstillingen er kompleks og synes å omfatte flere typer registre, blant annet de nasjonale medisinske kvalitetsregistrene. Medisinske kvalitetsregistre har i dag ikke noe eget juridisk hjemmelsgrunnlag.<sup>227</sup>

Det har vært arbeidet med et felles rammeverk for medisinske kvalitetsregistre bestående av en innregistreringsløsning og en driftsløsning tilgjengelig via Norsk Helsenett. Muligheten for å opprette slike kvalitetsregistre og overvåkingsregistre må bli enklere. Dette arbeidet bør videreføres i det nasjonale helseregisterprosjektet. Det er flere unntaks- og fortolkningsbestemmelser i lovverket som kunne ha vært anvendt for å avhjelpe situasjonen, som kunne vært håndtert på en mer fleksibel måte.

DSB har ikke registrert innspill i gjennomgangen som tilsier at pasienter ikke fikk optimal behandling under pandemien, eller at dødsfall kunne vært unngått. Intensivmiljøene i Norge har veiledet hverandre og funnet frem til oppdatert informasjon gjennom uformelle nettverk. DSB har likevel registrert en betydelig frustrasjon i fagmiljøene i forbindelse med denne gjennomgangen. DSB vurderer NOPIR som et viktig redskap som bør ferdigstilles.

Den mikrobiologiske laboratoriekapasiteten har også vært gjenstand for kritikk, først og fremst fordi helsetjenesten og befolkningen hadde helt andre forventinger enn det laboratoriene var i stand til å levere. I Pandemiplanen forutsetter man en forholdsvis begrenset testaktivitet når en pandemi er erklært i Norge: *”Testing kun nødvendig for et utvalg, etter behov for klinisk behandling eller for å identifisere spredning til nye områder.”* DSB mener dette må kommuniseres bedre, samt at laboratoriene må gis bedre muligheter til å prioritere i henhold til felles retningslinjer.

---

<sup>227</sup> Brev fra Helse Nord til Helsedirektoratet, NOPIR og samarbeidet mellom de regionale helseforetakene og Helsedirektoratet, 26. april 2010

## **14. Smitte til gris**

### **14.1. Bakgrunn – smitte fra menneske til gris**

Et utvalg av norske grisebesetninger kontrolleres årlig for en rekke virusinfeksjoner inkludert svineinfluensa. Dette skjer ved overvåkingsprogrammer i regi av Mattilsynet og Veterinærinstituttet. Siden 1997 er prøver fra over 57 000 griser testet for svineinfluensa. Av disse var prøver fra to griser i 1998 positive for antistoffer mot influensavirus H3N2, sannsynligvis på grunn av smitte fra menneske. Det var den gang ingen syke griser og ingen spredning av smitten. Alle andre prøver har vært negative.

Influensa hos gris er en gruppe-B sykdom etter matloven. B-sykdommer er sykdommer som ansees som alvorlige og hvor systematisk bekjempelse er påkrevd for å kontrollere sykdommen. Norge var før fjorårets pandemi ett av ytterst få land i verden som var fri for alle varianter av influensasmitte hos gris. Det første utbruddet av influensa i en svinebesetning ble konstatert lørdag 10. oktober. Utbruddet ble oppdaget i Nord-Trøndelag, og kilden ble identifisert til å være en røtter på gården. Hos ham var det fastslått influensa A (H1N1). Det samme funnet ble også gjort hos grisene. I tillegg var det mistanke om svineinfluensa i en besetning i Hedmark.

Det er tidligere beskrevet noen få tilfeller hvor influensavirus har smittet fra syke griser til mennesker som har hatt nær kontakt med grisene. I de fleste tilfeller har smitten ikke spredt seg videre mellom mennesker. Situasjonen var annerledes ved det nye pandemiske H1N1/2009-viruset som lett smittet mellom mennesker. En regnet imidlertid ikke med at smitte fra gris til menneske vil ha praktisk betydning for utviklingen av den pågående pandemien hos mennesker. Det var langt større risiko for spredning av viruset mellom mennesker enn fra gris til menneske. Hvis det nye viruset etablerer seg i svinepopulasjonen, kan imidlertid gris bli en kilde for fremtidig smitte til mennesker.

En influensafri svinebesetning er av stor økonomisk verdi for næringen. Dersom svineinfluensa får fotfeste i norske besetninger, vil dette medføre behov for rutinemessig vaksinerings av svin – og påfølgende kostnader for produsentene. Hvorvidt svineinfluensa har kommet for å bli, er for tidlig å si. Ved utgangen av 2009 var det 91 svinebesetninger (av totalt rundt 2 500 besetninger) i Norge som var smittet, hvorav Nord-Trøndelag, Rogaland og Vestfold var de tre fylkene med høyest forekomst.

### **14.2. Mattilsynets håndtering**

Allerede i juli fremmet Mattilsynet et ønske om å kunne anbefale personell som er i kontakt med svinebesetninger om å la seg vaksinere:

*”Mattilsynet ønsker å gå ut med en anbefaling til personell som er i kontakt med svinebesetninger om å la seg vaksinere så snart vaksinene er tilgjengelig. Vi ønsker at denne persongruppen tas hensyn til, sammen med personer med økt risiko for komplikasjoner og helsepersonell, når de første vaksinedosene skal prioriteres.*

*Norge er et av ytterst få land i verden som er fri for alle varianter av influensasmitte hos griser. Dette er både et dyrevelferdsmessig, produksjonsøkonomisk, zoonotisk og handelspolitisk fortrinn som myndigheter og næringen samarbeider om å opprettholde. En påvisning av viruset i en svinebesetning vil sannsynligvis føre til avlivning og destruksjon av besetningen. Det er derfor av stor betydning å redusere smittepresset mot svinebesetningene maksimalt. Våre faglige rådgivere anbefaler sterkt at svineprodusenter og andre som kommer i direkte kontakt med gris prioriteres med vaksine.*



*Det er også viktig at de som blir smittet med influensa A er oppmerksomme på smittefaren til svinepopulasjoner. Smittet personell som har sitt arbeid i kontakt med gris må ta kontakt med Mattilsynet for å få råd om hvordan de skal forholde seg. Dette vil vi orientere om på våre nettsider, men det er også ønskelig at helsevesenet også gjør oppmerksom på det.”<sup>228</sup>*

Kort tid etter at første utbrudd hos gris var konstatert i oktober, tok Mattilsynet kontakt med Helsedirektoratet og ba om at kommunehelsetjenesten prioriterte testing av bønder som arbeidet med gris. Det refereres til at i kontakt med næringen hadde det vært rapportert om problemer for bønder som var syke med influensasymptomer å få gjennomført de nødvendige testene for å få fastslått om de hadde svineinfluensa eller ikke.

Mattilsynet ønsket å beskytte dyrene mot smitte og ba Helsedirektoratet om å informere kommunehelsetjenesten om at svinebønder var en gruppe som måtte prioriteres. Videre ønsket Mattilsynet at dyrehelsepersonell, dvs. privatpraktiserende veterinærer og offentlige veterinærer skulle være en av kategoriene på prioritert liste for vaksinasjon.

Denne problemstillingen ble drøftet med FHI samme dag. FHI så ingen grunn til å gå bort fra prioriteringene knyttet til liv og helse, og påpekte at de som ble tilbudt vaksine i første omgang var personer med økt risiko for alvorlig sykdom og død, pluss helsepersonell i frontlinjen.<sup>229</sup> Når FHIs rapport om videre rekkefølge i vaksineringskom 23. oktober var spørsmålet om prioritering av svinebøndene håndtert slik:

*”Når alle i risikogrupperne har fått tilbud om vaksine bør tilbudet om vaksine utvides til hele befolkningen. Dersom en kommune skulle ha for lite vaksine tilgjengelig i forhold til etterspørselen når allmenn vaksinasjon har startet, anbefales det at følgende to grupper vaksineres først: [...] Personer som har tett kontakt med svinebesetninger”<sup>230</sup>*

Det ble gjennomført et møte mellom Helsedirektoratet, Mattilsynet og Veterinærinstituttet 30. oktober. I dette møtet henviste Helsedirektoratet til gjeldende retningslinjer for vaksinerrekkefølge. Mattilsynet, med faglige innspill fra Veterinærinstituttet, mente at svinebønder (svinerøktere), veterinærer og andre som arbeider med levende griser også kunne ha økt risiko for å bli smittet ettersom de omgikk gris som kunne være smittet. Mattilsynet ba derfor Helsedirektoratet om å opprette en tredje risikogruppe bestående av disse personene slik at de kunne vaksineres før resten av befolkningen.

Dette ønsket ble i etterkant av møtet fremlagt for helsedirektør Bjørn-Inge Larsen, som ikke kunne innfri forslaget om nye prioriterte kategorier, men at kategorien svinebønder, veterinærer og andre som arbeidet med levende gris gjerne kunne komme først i køen etter de allerede prioriterte gruppene.

På møtet ble man enige om at dersom Mattilsynets primære ønske ikke ble fulgt, skulle en legge vekt på følgende talepunkter:

- Vi har stor forståelse for at svinebønder ønsker å beskytte svinebesetningen mot smitte fra ny influensa A (H1N1)
- I påvente av at vaksinen blir tilgjengelig er det svært viktig at bøndene følger råd og anvisninger for å hindre smitte til dyrene blant annet ved at personer som kan ha influensa ikke går inn i rom hvor dyrene oppholder seg
- Så snart grupper som har økt risiko for alvorlig sykdom og død har fått tilbud om vaksine og dette er gjennomført, vil det være aktuelt å tilby vaksinen til svinebønder (svinerøktere), veterinærer og andre som arbeider med levende griser

<sup>228</sup> Brev fra Mattilsynet til Helsedirektoratet, 16. juli 2009

<sup>229</sup> E-post fra Bjørn Iversen, FHI, 12. oktober 2009

<sup>230</sup> Rapport nr. 2 om vaksineråd, FHI, 23. oktober 2009

- Kommunen har ansvar for å tilby vaksinen når den blir tilgjengelig
- Det kan være særlig aktuelt med laboratorieundersøkelser av svinebønder med symptomer på influensa.<sup>231</sup>

I Nord-Trøndelag fikk Helse Nord-Trøndelag en anmodning fra fylkeslegen om å avstå vaksine til svinebønder. Dette ble sjekket med RHF Midt-Norge, og siden anmodningen kom fra fylkeslegen valgte de å følge denne. Dette forårsaket noe misnøye fordi prioriteringsrekkefølgen ble fraveket både hos lokale helsearbeidere, sentrale helsemyndigheter og i organisasjoner som organiserer en del av risikogruppene. DSB har fått opplysninger om at tilsvarende omprioriteringer også har skjedd flere andre steder i landet, uten at disse har latt seg dokumentere.

I henhold til Mattilsynets beredskapsplan skulle besetninger med påvist svineinfluensa tas ned. Det ble derfor gjennomført nedslaktning av én besetning. En ble imidlertid fort klar over at det sannsynligvis var langt flere besetninger som var smittet på samme tidspunkt, og at det ville bli vanskelig å hindre smitte til svinebesetninger, så lenge primærkilden var mennesker. Mattilsynet informerte selv om dette:

*”Svineinfluensaviruset ser ut til å smitte lettere fra menneske til gris enn først antatt. Mattilsynet ser derfor at tiltaket å avlive smittede griser ikke er aktuelt å benytte i den videre bekjempelsen av sykdommen. Det vil heller ikke bli opprettet bekjempelsessoner rundt de positive besetningene i første omgang. De viktigste begrensningene vil omfatte forflytning av levende dyr, mens transport av dyr til slakt vil tillates etter nærmere godkjenning.”*

I faglig beredskapsplan for svineinfluensa står det at veterinærer og andre som har vært i grisehus skal vente 72 timer til besøk i annet grisehus. Dette gjaldt ved situasjoner hvor det var kun én eller få infiserte besetninger. Mattilsynet tilkjennega at de ville se bort fra denne regelen i den situasjonen som var, med smitte påvist i flere besetninger.

Landbruks- og matdepartementet (LMD) var løpende orientert om Mattilsynets vurderinger og tiltak. I tillegg tok LMDs representant i Pandemikomiteén opp spørsmålet om prioritert vaksinerings av veterinærer og svinebønder.

### **14.3. Kommunikasjon – informasjon til svinebønder**

Mattilsynet ønsket at helsevesenet skulle bidra med informasjon rundt hvordan smittet personell som arbeidet i kontakt med gris skulle forholde seg.

På pandemi.no ligger det en kort opplysning:

*”Kontakt med smittet gris eller miljø som har influensa A (H1N1) (bondegårder med gris, grisebinger hvor smittet gris har vært osv): Det nye H1N1 viruset (svineinfluensa) kan smitte fra mennesker til griser og videre mellom griser. For norsk svineproduksjon, er det en stor utfordring å holde svinepopulasjonen fri for det nye viruset som ble påvist i en svinebesetning for første gang i Norge lørdag 10. oktober 2009.”*

Det henvises deretter til Veterinærinstituttets og Mattilsynets nettsider.

På Mattilsynets nettsider finnes imidlertid *”Tiltak for å hindre smitte med influensavirus fra mennesker til gris”*<sup>232</sup> samt utfyllende spørsmål og svar knyttet til smitte, smittespredning og tiltak.

<sup>231</sup> Referat fra møte, Helsedirektoratet, 30. oktober 2009

<sup>232</sup> mattilsynet.no om info til bønder og veterinærer

Her finnes også henvisninger til Veterinærinstituttets informasjon. Informasjonen ble lagt ut 16. oktober, og oppdatert frem til 21. oktober.

Følgende tiltak ble anbefalt iverksatt:

- Besøk i grisehus skal begrenses til et minimum
- Alle besøkende skal skifte til husdyrholdets egne klær og skotøy og vaske hendene før de går inn i grisehuset
- Ha alltid god hygiene ved arbeid i grisehuset: Håndvask, ved behov hånddesinfeksjon, og hyppig vask av arbeidsklær
- Alle som har regelmessig kontakt med levende svin bør være vaksinert mot H1N1 2009 virus
- Personer som har eller har hatt influensalignende symptomer (feber, luftveissymptomer, muskelsmerter, diaré osv.) siste syv dager skal ikke inn i hus med gris. Svineprodusenter oppfordres til å spørre besøkende om dette hvis de er usikre
- På besøksgårder kan virksomheten drives som normalt når dyrene er klinisk friske.

#### ***14.4. DSBs vurderinger***

Mattilsynet var proaktive i sin håndtering av pandemien og reagerte raskt i henhold til egne beredskapsplaner da smitte i grisebesetninger ble oppdaget.

Det var naturlig at de tok opp spørsmålet om prioritert vaksinerings av svinebønder, og etter DSBs vurdering ble dette håndtert på en god måte av Helsedirektoratet og FHI. Helsedirektoratet var imidlertid gjort oppmerksom på problemstillingen allerede i juli, og kunne ha avklart dette spørsmålet tidligere.

Ønsket om å unngå smitte til svinebesetninger var først og fremst begrunnet i økonomiske forhold, og det er vanskelig å forstå at ansvarlig helsepersonell enkelte steder valgte å sette dette hensynet foran hensynet til å unngå smitte til helsepersonell og risikogrupper.

## 15. Nordmenn i utlandet

### 15.1. Reiseråd

FHI informerte HOD og Helsedirektoratet om at WHO erklærte utbruddet av svineinfluensa i Mexico som en alvorlig hendelse av betydning for internasjonal folkehelse den 25. april. Denne erklæringen medførte at WHO, i henhold til den internasjonale helseforskriften (IHR), kunne utstede anbefalinger til medlemslandene om internasjonale smittevernstiltak. *"Landene må følge disse, og må ha gode grunner for å iverksette tiltak utover dette dersom det kan skade internasjonal reise og handel"*<sup>233</sup>.

FHI informerte videre om at WHOs erklæring av fase 3 la press på verdens land om å følge WHOs råd og ikke unilateralt iverksette inngripende tiltak som kan påvirke handel og reise.

Råd til reisende og til dem som befinner seg i området ble lagt ut på fhi.no 25. april. I FHIs første statusrapport, 26. april, refereres det til: *"Vi fraråder ikke reiser til området, og vi ber nordmenn i området følge råd fra lokale helsemyndigheter."*

FHI besluttet altså tidlig at en ikke ønsket å innføre reiserestriksjoner. Spørsmålet var også oppe på pressekonferansen 27. april, der Bjørn G. Iversen ble spurt av journalister om hvorfor reiserestriksjoner ikke var innført. Det ble da henvist til møter i EU, og at EU visstnok gikk ut med en anbefaling om ikke å reise til Mexico. Bjørn G. Iversen svarte at han på daværende tidspunkt ikke var kjent med slike restriksjoner, og at det ikke forelå gode grunner for å innføre slike restriksjoner. Han tilføyde at det var naturlig at Norge harmoniserte sine anbefalinger med WHO og EU.

Helsedirektoratet skriver så i sin situasjonsrapport nr. 3 (30. april) at de har besluttet å fraråde reiser til Mexico. UD skrev på sine nettsider (landsider.no): *"I tråd med norske helsemyndigheters anbefaling, fraråder Utenriksdepartementet reiser til Mexico som ikke er strengt nødvendig."*

Samtidig skriver FHI i sin situasjonsrapport 30. april:

*"Det var ikke optimal koordinering i går av reiseråd... [] Gårsdagens advarsel mot unødige reiser til Mexico fordi situasjonen der er uavklart kan skape en uheldig presedens de nærmeste dagene og ukene. Allerede i dag må vi trolig ta stilling til om det er rimelig med et tilsvarende reiseråd for New York City."*

WHO understreker sin anbefaling om å ikke stenge grenser og ikke begrense reiser.<sup>234</sup>

*"Det vil bli et press for nye reiseråd etter hvert som sykdommen sprer seg til stadig nye land. Samtidig vil det bli klarere for publikum at sykdommen er ganske mild. Dermed antar vi at man om noe tid kan trekke tilbake alle reiseadvarsler og heller konsentrere oss om det innenlandske arbeidet for å behandle og pleie syke. Vi anbefaler ikke at nordmenn som oppholder seg i berørte land skal reise hjem."*<sup>235</sup>

<sup>233</sup> E-post fra FHI til HOD og Helsedirektoratet, 25. april 2009

<sup>234</sup> Situasjonsrapport, FHI, 30. april 2009

<sup>235</sup> Situasjonsrapport, FHI, 1. mai 2009

## **15.2. De norske ambassadene i utlandet**

Den norske ambassaden i Mexico ble i en tidlig fase benyttet som informasjonskilde for situasjonen i Mexico av Helsedirektoratet. Flere av Helsedirektoratets situasjonsrapporter refererer til informasjon hjemsendt fra ambassaden. FHI benyttet WHO som kilde til situasjonsbeskrivelsen, og den var i smittevernsammenheng kvalitetssikret og mer eksakt enn situasjonsrapportene fra ambassaden var.

Imidlertid kunne den norske ambassaden i Mexico rapportere om nordmenns reaksjoner i Mexico. Ambassaden mottok mandag 27. april rundt 15 henvendelser fra nordmenn i Mexico (flest studenter og turister) som lurte på hvordan de skulle forholde seg.<sup>236</sup> Mange lurte på om de burde reise hjem tidligere enn planlagt. Ambassaden opprettet en ”spørsmål og svar-side” på hjemmesiden sin på bakgrunn av spørsmålene fra publikum. Videre hadde ambassaden døgnåpen telefontjeneste i en periode.

I situasjonsrapport nr. 4 fra Helsedirektoratet, 1. mai, refereres til informasjon fra en rekke ambassader, herunder den norske ambassade i Mexico, Frankrike, Australia, Canada, Spania og USA. Det var Utenriksdepartementet som hadde innhentet informasjonen.<sup>237</sup>

## **15.3. Antiviralia til utenriksstjenesten, skip og fastboende**

Utenriksdepartementet tok selv kontakt med Helsedirektoratet og senere FHI for å avklare spørsmål knyttet til bruk av antiviralia og vaksinerings av egne ansatte (på utenriksstasjonene).

Helsedirektoratet selv påpeker at Pandemiplanen ikke har tatt høyde for nordmenn som jobber i utlandet. I sin situasjonsrapport nr. 3 (30. april): ”*Vi vurderer bistand til norske rederier ift. å bestille legemidler fra kommersielle aktører for å ta høyde for situasjonen mht. egne ansatte.*” Bakgrunnen for dette var at legemiddelindustrien hadde en avtale med WHO som tilsier at i krisesituasjoner er det kun myndighetsbestillinger som effektueres – ikke de kommersielle.<sup>238</sup>

Helsedirektoratet bisto Utenriksdepartementet med å få bestilt Tamiflu fra Norsk medisinaldepot til aktuelle ambassader i utlandet<sup>239</sup>. Det var Utenriksdepartementet selv som sto for pakking og forsendelse ut til utenriksstasjonene. Det dukket samtidig opp spørsmål knyttet til om andre nordmenn som jobbet på samme sted som utenriksstasjonene (i tilknytning til Forsvaret, Eksportrådet m.m.) også kunne få tilsendt Tamiflu. Her la Utenriksdepartementet til grunn at deres ansvar strakk seg til egne ansatte, og ikke dekket andre nordmenn som arbeidet i utlandet.<sup>240</sup>

Det ble derfor besluttet at alle ansatte på utenriksstasjonene med familie pluss alle lokalt ansatte med familie skulle få tilbud om Tamiflu og det skulle bestilles mer. UD sto for distribusjon over hele verden.

Helsedirektoratet anbefalte 1. mai at skip som befant seg i Mexico-gulven kunne utrustes med Tamiflu. Dette ble begrunnet med at skipene var i risikoutsatt område, og at legemidlet kunne være vanskelig å få tak i på kort tid. I tillegg ville påvist smitte på skipet fort spre seg til den øvrige besetningen. Tilsvarende gjaldt for rekvirering av Tamiflu til oljeplattformer.

<sup>236</sup> Helsedirektoratet: Situasjonsrapport 1, 28. april 2009

<sup>237</sup> Helsedirektoratet: Situasjonsrapport 4, 1. mai 2009

<sup>238</sup> Helsedirektoratet: Situasjonsrapport 3, 30. april 2009

<sup>239</sup> Helsedirektoratet: Situasjonsrapport 4, 1. mai 2009

<sup>240</sup> Møte med Utenriksdepartementet, 24. juni 2010

## **15.4. Vaksinerings i utenriksstjenesten**

Da vaksinerådene kom, og vaksinen var tilgjengelig, tok UD spørsmålet opp i RKR. UD ønsket å tilby egne ansatte i utenriksstjenesten vaksine – og la inn en klar anmodning om at UDs utenriksstjeneste og familie må tas med i beregningstallene. Pandemrix var ikke godkjent i alle land, men UD ønsket likevel at alle fast ansatte og familie skulle få tilbud om vaksine. UD fulgte også med på hva andre ambassader gjorde.

Når det gjaldt vaksine, henviste Helsedirektoratet til FHI og overlot til Utenriksdepartementet å diskutere direkte med dem. FHI avsto vaksine til UD, og UD innhentet oversikter (utfylt skjema) fra hver stasjon over behov, tilgang på helsepersonell m.m. Basert på oversiktene ble totalt 2067 vaksinedoser og 318 barnedoser sendt i kjølebager til de ulike utenriksstasjonene.

NORADs ansatte regnes som en del av UD i denne sammenhengen, men utenriksstasjonene er ofte samlokalisert med Innovasjon Norge, Eksportutvalget for fisk og/eller representanter for Forsvaret. UD fikk henvendelser fra Innovasjon Norge og Eksportutvalget for fisk – som ønsket samme tilbud som UD-ansatte. De fikk Tamiflu – men ikke vaksine. UD opplevde dette som vanskelig og tok dette opp i RKR. I forbindelse med nye pandemier ønsker de en større grad av planlegging med hensyn til for eksempel norske statsansatte ute, andre norske utarbeidere, NGO-er som for eksempel Norsk folkehjelp, store norske selskap i utlandet, som Statoil, Telenor m.fl.

## **15.5. DSBs vurderinger**

Reiserådene var noe sprikende i slutten av april/begynnelsen av mai. Her burde FHIs vurdering blitt lyttet mer til, og når de tidlige vurderingene rundt muligheten for å hindre spredning av smitte var gjort, burde en i større grad ha holdt seg til disse vurderingene. Når en helsemyndighet fraråder reise til et område, får dette en rekke konsekvenser for hvordan en skal råde de personene som da oppholder seg i området, hva blir det neste området en ikke bør reise til osv.

DSB mener at FHIs bakgrunn for de tidlige reiserådene var godt fundert, og reiserådene burde i større grad ha blitt opprettholdt i tidlig fase. Det kan se ut som at Helsedirektoratet har sett bort fra WHO's klare oppfordringer om å følge IHR og ikke iverksette egne nasjonale reiserestriksjoner.

Utenriksdepartementet gjorde tidlig en avgrensning av eget ansvar for nordmenn i utlandet, helt i tråd med at de kun har ansvar for egne ansatte. De opplevde likevel en forventning om støtte og hjelp fra andre nordmenn i utlandet, ikke minst fra andre organisasjoner lokalisert på samme sted som utenriksstasjonen. Gråsonene og behovene som UD har pekt på er relevante, og disse bør i større grad gjennomgås ved revisjon av Pandemiplanen.

DSB registrerer at UD ble henvist til direkte dialog med Helsedirektoratet angående antiviralia og FHI angående vaksine. Dette følger muligens av delegasjonen av koordinering fra HOD til Helsedirektoratet, men er ikke en åpenbar organisering. UD er selv fornøyd med de ulike kontaktene, men ser behov for å vedlikeholde nettverket til en eventuell senere pandemi.

Forsvaret mottok 1 000 vaksinedoser til bruk i utlandet tidlig i vaksineringsarbeidet.<sup>241</sup>

---

<sup>241</sup> Rapport med kommentarer til DSBs utkast, 29. september 2010

## **16. Andre samfunnsviktige funksjoner**

Pandemisk influensa kan medføre at en stor del av befolkningen blir syk samtidig og at en enda større del blir borte fra arbeidsplassene. Fravær kan skyldes egen sykdom, omsorgsansvar eller frykt for smitte. Problemstillinger knyttet til dette var beskrevet i NSBR 2008, utgitt av DSB. I rapporten pekes det på at Nasjonal beredskapsplan for pandemisk influensas verstefallsscenario tilsier at fraværet fra arbeidsplassene kan nå opp i 40 prosent når epidemien er på sitt høyeste.<sup>242</sup>

NSBR 2008 fastslår at et verstefallsscenario med 40 prosent fravær fra arbeidsplassene vil medføre store problemer innen en rekke sektorer og at viktige samfunnsfunksjoner, også slike som helsevesenet er avhengig av, vil kunne komme til å bryte sammen.<sup>243</sup>

Våren 2009 var Sivil nasjonal øvelse (SNØ) under planlegging. Den involverte mange departementer og statsetater, og en av hensiktene med øvelsen var at aktørene skulle få på plass gode kontinuitetsplaner med tanke på pandemisk influensa.

Som nevnt i kapittel 4.9 var det også gjennomført en rekke tverrsektorielle øvelser i fylker og kommuner de siste årene før utbruddet av ny influensa A (H1N1).

### **16.1. Planlegging i andre sektorer**

Ved utbruddet av ny influensa A (H1N1) ble verstefallsscenarioet fra Pandemiplanen lagt til grunn for vurdering og planlegging. Både ut fra en overordnet samfunnsmessig vurdering og ut fra helsevesenets behov ble det derfor viktig at virksomheter i offentlig og privat sektor la planer for i størst mulig grad å kunne opprettholde viktige funksjoner med stort fravær av arbeidskraft både i egen virksomhet og hos underleverandører.

Som nevnt over hersket det noe ulike oppfatninger om hvorvidt Helsedirektoratet hadde fått delegert et ansvar for tverrsektoriell koordinering fra HOD. Direktoratet tok imidlertid dette ansvaret og opprettet det såkalte Planstøttesekretariatet i samarbeid med DSB.

Hovedpunkter i Planstøttesekretariatets mandat var:

- Å gi kompetansestøtte innen helsefag og samfunnssikkerhet til departementer, deres underliggende etater, fylkesmennene, fylkeskommuner og kommuner i deres gjennomgang av planverk og beredskap. Kompetansestøtten til kommunene og fylkeskommunene forutsettes gitt gjennom fylkesmannen
- Planstøtte til næringslivets aktører skal skje gjennom de aktuelle næringsdepartementene, bransjeorganisasjoner og beredskapsnettverk
- Det kan bli aktuelt med direkte planstøtte til virksomheter som har en særlig samfunnskritisk rolle
- Mandatet bygger på at det enkelte departement er ansvarlig for beredskapen i sin sektor. Kontakten med departementene skal skje gjennom HOD.<sup>244</sup>

Opprettelsen av Planstøttesekretariatet må sees i sammenheng med de signaler som var gitt i et møte HOD inviterte de øvrige departementene til 29. april. I dette møtet ble det i følge Planstøttesekretariatets rapport understreket at alle ”relevante aktører” skulle ha god beredskap i å håndtere en pandemisk influensa, inkludert gjennomført kommunikasjonsplanlegging, og skulle

<sup>242</sup> Nasjonal sårbarhets- og beredskapsrapport (NSBR) 2008, DSB, s. 46-47

<sup>243</sup> Nasjonal sårbarhets- og beredskapsrapport (NSBR) 2008, DSB, s. 58

<sup>244</sup> Rapport fra Planstøttesekretariatet, DSB-Helsedirektoratet, 11. juni 2009, s. 3

foreta en gjennomgang av planverk og beredskap innen 15. juni.<sup>245</sup> Denne oppfordringen ble imidlertid ikke formalisert gjennom referat eller brev til departementene.

29. april ba også Helsedirektoratet fylkesmennene med frist dagen etter om å rapportere på:

- generell status med hensyn til pandemiberedskapen i kommunene
- spesielle utfordringer for kommunene (direktoratet ber om at fylkesmannen er spesielt oppmerksom på kommunenes planer for lokal håndtering av mulige influensapasienter (diagnostisering, ordinerer av behandling, utlevering av legemidler)
- behov for støtte fra sentrale myndigheter.<sup>246</sup>

De innkomne rapportene viste at ca. 30 kommuner manglet pandemiplaner og at svært få hadde planer for kontinuitet i driften av viktige funksjoner.<sup>247</sup>

Helsedirektoratet og DSB arrangerte 7. mai et møte med fylkesmennene og understreket der blant annet fylkesmennenes oppfølgingsansvar overfor kommunene med hensyn til pandemiberedskapen.<sup>248</sup>

15. mai ble det gjennomført et seminar for departementene om kontinuitetsplanlegging. DSB og Helsedirektoratet utga ellers en veileder i slik planlegging til bruk i offentlige og private virksomheter.

Planstøttesekretariatet ble avviklet 15. juni, men det ble lagt til grunn at det skulle kunne reetableres hvis behovet ble større ut over høsten.<sup>249</sup>

Fylkesmennene rapporterte til Helsedirektoratet på status i kommunene per 22. juni. Det ble ikke bedt om rapporter på status i departementene og deres underliggende virksomheter. En slik bestilling måtte ha gått fra HOD. Gjennom kontakt med fylkesmennene fikk imidlertid kriseledelsen i Helsedirektoratet et visst inntrykk av hvilke forberedelsene som var gjort av statsetatene på regionalt og lokalt nivå.

Helsedirektoratet oppsummerte rapportene fra fylkesmennene slik i et notat datert 22. juni:

*”Mange kommuner er ferdige eller nesten ferdige med sin pandemi-/kontinuitetsplanlegging. Imidlertid gjenstår fremdeles en god del planarbeid i kommunene før de har tilfredsstillende pandemiplaner, eller har gjennomført kontinuitetsplanlegging.*

*Flere embeter rapporterer at planverket fremdeles er for generelt og gir ikke særlig merverdi for drift av tjenestene ved opp til 40 % fravær av arbeidskraft. Det synes meget krevende for svært mange kommuner at de må forholde seg til planlegging/omlegging av driften ut fra et så høyt fravær i tillegg til økt arbeidsbyrde. Embetene skiller også mellom kommuner som har foretatt en verbal gjennomgang (diskusjon) av pandemiberedskap og -planverk, og de kommuner som faktisk oppdaterer/lager nye planer med utgangspunkt i nytt scenario. Det varierer mellom kommunene om planene er politisk vedtatt eller ikke.*

*Rapportene indikerer svak integrasjon mellom pandemiforberedelsene i helse- og sosialtjenestene og det øvrige tjenesteapparat i mange kommuner. Rapportene viser at mange kommuner bare har foretatt kontinuitetsplanlegging i helse- og sosialtjenestene”.*<sup>250</sup>

<sup>245</sup> Pandemiplanlegging i Norge, presentasjon, helsedirektør Bjørn-Inge Larsen, møte med fylkesmennene, 7. mai 2009

<sup>246</sup> Statusrapport pr. 30. april kl. 12.00, Helsedirektoratet

<sup>247</sup> Statusrapport pr. 30. april kl. 12.00, Helsedirektoratet

<sup>248</sup> Pandemiplanlegging i Norge, presentasjon, helsedirektør Bjørn-Inge Larsen, Helsedirektoratet, møte med fylkesmennene, 7. mai 2009

<sup>249</sup> Rapport fra Planstøttesekretariatet, DSB-Helsedirektoratet, 11. juni 2009



## **16.2. DSBs vurdering**

Planstøttesekretariatet hadde god kontakt med fylkesmennene og ga råd til dem i flere sammenhenger. Sekretariatet hadde imidlertid lite kontakt med departementene og deres underliggende etater. Årsaken til dette kan dels ha vært at disse allerede var i gang med pandemiplanlegging i forbindelse med SNØ som skulle arrangeres høsten 2009 med pandemi som tema.

Sekretariatet kom aldri i posisjon til å arbeide overfor næringslivet. Årsaken til dette var blant annet at det hersket uklarhet i hvilken grad dette skulle skje direkte, gjennom næringslivets organisasjoner og/eller gjennom departementene med ansvar for de ulike sektorene.

Ved utgangen av juni hadde myndighetene bare samlet oversikt over planleggingssituasjonen og beredskapen i kommunene, og ikke i statssektoren og privat sektor. Fylkesmennene rapporterte at et verstefallsscenario slik dette er angitt i Pandemiplanen ville kunne bli meget krevende for en del kommuner.

Den manglende innhenting av statusoversikter fra statssektoren og privat sektor kan ha sammenheng med at verstefallsscenarioet fra Pandemiplanen ved utgangen av juni virket mer usannsynlig enn tidligere.

DSB har ikke forutsetninger for å vurdere hvor godt Norge reelt sett var forberedt på et eventuelt høyt fravær fra arbeidsplassene da hovedbølgen av epidemien slo inn over landet i oktober 2009.

En alvorligere pandemi enn den som inntrådte i 2009 vil fortsatt kunne utgjøre en stor utfordring for virksomheter i alle sektorer. Det er derfor fortsatt viktig å planlegge for kontinuitet i produksjonen ved stort fravær av arbeidskraft. Slik planlegging kan inngå som en del av en mer generell kontinuitetsplanlegging i virksomhetene.

---

<sup>250</sup> Statusrapport pandemiplanlegging, Helsedirektoratet, 22. juni 2009

## **17. Kommunikasjon – sentrale myndigheter**

Dette kapitlet er i større grad enn de andre kapitlene basert på muntlige kilder, dvs. samtaler og møter med kommunikasjonssjefene, kommunikasjonsansatte og andre hos de mest sentrale aktørene. Møter med representanter for pasientorganisasjonene har også vært en viktig kilde. Ut over helsemyndighetenes egen dokumentasjon bygger dette kapitlet også på flere eksterne kilder, for eksempel medieoppslag og undersøkelser på kommunikasjonsområdet utført på oppdrag fra helsemyndighetene (blant annet befolkningsundersøkelser og medieanalyse).

Kommunikasjon i et regionalt/lokalt perspektiv er omtalt under de enkelte kapitlene i del III.

### **17.1. Bakgrunn**

Sentrale myndigheters ansvar for kommunikasjon ved kriser er omtalt i St.meld. nr. 37 (2004-2005) som en del av lederdepartementsrollen, jf. kapittel 4.2. Alle departementer skal være forberedt på å kunne ta rollen som lederdepartement i en krisesituasjon innen sitt ansvarsområde og blant annet ”sørge for at det blir gitt koordinert informasjon til media og publikum”.<sup>251</sup>

I NSBR 2010, utgitt av DSB, pekes det på at et slikt ansvar innebærer at departementene må være forberedt på å kunne håndtere krise- og risikokommunikasjon i egen organisasjon, gi føringer til underliggende etater, samt å sørge for at kommunikasjon før, under og etter en krisesituasjon er samordnet med andre myndigheter.<sup>252</sup>

Videre slås det i NSBR 2010 fast at et overordnet mål for myndighetenes kommunikasjon under en krise vil være å gi alle berørte, inkludert medier og befolkningen, et så riktig og oppdatert bilde av hendelsen som mulig. Dette kan bidra til å gi best mulig forutsetninger for å treffe riktige beslutninger.

Å kommunisere om risiko dreier seg om å formidle sannsynligheten for at noe uønsket kan skje og konsekvensene for de berørte dersom hendelsen inntreffer. Det må også være en del av myndighetenes kommunikasjonsoppgave å fange opp hvordan berørte grupper opplever risikoen og gi råd om hvordan en skal forholde seg til den uten å skape unødig uro.<sup>253</sup>

Pandemiplanen (jf. kapittel 6.6) angir mål og prinsipper for sentrale myndigheters krisekommunikasjon under en pandemi. Se også kapittel 17.4.

I HODs delegering av ansvaret for å koordinere håndteringen av pandemien til Helsedirektoratet inngikk også det overordnede ansvaret for kommunikasjon.

### **17.2. Kommunikasjonsutfordringer**

NSBR 2010 omtaler som nevnt myndighetenes kommunikasjon med befolkningen ved kriser.<sup>254</sup> Pandemi er ett av tre scenarioer som eksemplifiserer dette. Rapporten peker på at risiko- og krisekommunikasjon under en influensapandemi kan være en ekstra stor utfordring:

- Hvor offensivt skal en gå ut med verstefallsscenarioene når risikoen er uviss?

<sup>251</sup> St.meld. nr. 37 (2004-2005) Flodbølgekatastrofen i Sør-Asia og sentral krisehåndtering, s. 32

<sup>252</sup> Nasjonal sårbarhets- og beredskapsrapport (NSBR) 2010. Fordypningsdel: Myndighetenes kommunikasjon med befolkningen før, under og etter en krise, s. 28, DSB, 2010

<sup>253</sup> Se kap. 6.1 Generelt – vurderingsgrunnlag

- Hvor går skillet mellom potensiell risiko og reell krise, og hvilke implikasjoner har det for kommunikasjonen?
- Hvordan sikre samordning når ulike avsendere har ulike budskap, og hvilke konsekvenser har det for mottakernes reaksjon når budskapene spriker?
- Hvordan sørge for at befolkningens spørsmål og bekymringer blir tatt tilstrekkelig hensyn til?
- Hvordan nå frem med informasjon til ulike befolkningsgrupper som har vidt forskjellig utgangspunkt for å motta, tolke og agere i henhold til budskapene?

Helsemyndighetene nevnte disse kommunikasjonsutfordringene i denne spesielle situasjonen:

- usikker kunnskap, bevegelige mål
- mild sykdom, men svært alvorlig for noen
- pandemi i bølger (folk slapper av når de ser det blir færre syke, eller færre enn forventet, vanskelig å tro at det kan komme en større bølge senere)
- vaksineleveransene (vanskelig å forutsi levering, eller kom senere enn antatt).<sup>255</sup>

### **17.3. Organisering og samordning**

Kort tid etter det første varselet om utbruddet kom, møttes Helsedirektoratet og FHI for å gjennomgå status. Det første møtet var fredag 24. april kl. 16.30, og den første saken om en eventuell pandemi lå ute på fhi.no kl. 19.45. Gjennom helgen jobbet kommunikatørene i Helsedirektoratet og FHI sammen med fagfolkene i etatene for å forberede stoff til nettsidene og gjøre klart mest mulig til mandagen.

Mandag morgen var mye ny informasjon lagt ut på fhi.no, blant annet om hva en pandemi er, kunnskap om sykdommen, råd om hva en skal gjøre og hvor en skulle henvende seg hvis en hadde symptomer. Det var også forberedt for den første pressekonferansen.

Helsedirektoratets og FHIs kommunikasjonsavdelinger hadde hovedansvaret for de sentrale helsemyndighetenes kommunikasjonsarbeid. De to etatenes avdelinger jobbet tett sammen gjennom hele perioden og utgjorde en felles kommunikasjonsgruppe (SLV deltok fra september). Gruppen hadde ansvaret for både det strategiske og det operative arbeidet med kommunikasjon gjennom perioden.

HOD hadde ingen sentral rolle i den praktiske kommunikasjonshåndteringen, men ble involvert og informert ved tiltak og hadde en viktig overordnet rolle, blant annet i samordningen av informasjon til resten av departementene. I tillegg var HODs rolle viktig i de tilfellene hvor statsråden skulle på banen.

HOD ledet hver uke et møte i KSEs lokaler der informasjonssjefer i de andre departementene ble invitert. Dette var et tilbud særlig til de departementene som var involverte, slik at disse kunne bli holdt orientert om status.

Helsedirektoratet og FHI hadde som nevnt daglig kontakt både gjennom sine respektive kommunikasjonsjefer og på enhetsnivå. De hadde tett samarbeid og hyppig kontakt i møter, via telefon, e-poster m.m. og samarbeidet blant annet om talepunkter<sup>256</sup>, tekster til nettsidene, kommunikasjonsstrategier og forberedelse av pressebriefere.

<sup>255</sup> Møter både med Helsedirektoratet og FHI

<sup>256</sup> Talepunkter – omforent budskap i kortfattet form, utarbeidet av kommunikasjonsansatte til bruk for talspersoner som blant annet statsråden når denne skal uttale seg til mediene

Kontakten med kommunikatører i kommunene ble ivaretatt med fylkesmannen som samordningsledd på regionalt nivå. I tillegg ble det opprettet en referansegruppe med representanter for enkelte større kommuner og andre aktører på regionalt og lokalt nivå.

Talepunktene var en viktig kommunikasjonskanal mellom aktørene under pandemien, og er samtidig et redskap for samordning på kommunikasjonsområdet. Innholdet er i all hovedsak det samme som i situasjonsrapportene, men kortfattet og spissformulert slik at det kan benyttes som omforent budskap utad når for eksempel statsråden skal uttale seg til mediene. Talepunkter med status og det til enhver tid gjeldende budskap, ble distribuert ikke bare til sentrale helsemyndigheter, men også til fylkesmenn, helseforetak, pasient-, bruker- og yrkesorganisasjoner, apoteker og de største kommunene.

Under pandemien ble talepunktene administrert av Helsedirektoratet, og ferdige talepunkter ble hver fredag distribuert til kommunikatører i hele helse-Norge. Hver av de andre etatene lagde også talepunkter til eget bruk. Etter hvert ble talepunktene erstattet av et ukentlig nyhetsbrev, *Pandemi-info*, som ble sendt på e-post og som blant annet inneholdt status for utviklingen, hovedbudskap m.m.

Kommunikasjonsdirektørene i FHI og HOD deltar fast i EUs nettverk for krisekommunikasjon og beredskap, og de hadde gjennom pandemiperioden tett kontakt med dette nettverket for informasjon om status i resten av Europa.

## **17.4. Strategi, målgrupper og faser**

### **17.4.1. Strategi, mål og prinsipper**

Helsemyndighetenes kommunikasjonsstrategi var basert på Pandemiplanen, som igjen i stor grad var basert på WHO's informasjonsstrategi.<sup>257</sup> Pandemiplanens mål på kommunikasjonsområdet under en pandemi (fase 6) er:

- sikre publikum tilgang til regelmessig offisiell, nasjonal informasjon som er konsistent og troverdig
- opprettholde åpne og tilgjengelige kanaler med publikumsråd
- oppnå befolkningens aksept og støtte til den nasjonale responsen og tiltakene
- sikre god informasjonsflyt mellom helsemyndigheter, helsetjenesten, samarbeidspartnere og befolkningen
- forberede relevante informasjonstiltak.

Kommunikasjonsstrategien ble ytterligere tydeliggjort i DSBs møte med FHI:

- være åpen om planer og tiltak
- ikke skjule mulige farer, kommunisere verstefallsscenarioer
- også kommunisere usikkerhet
- balansert og tilstrekkelig informasjon for at befolkningen skulle føle seg trygge og beroliget
- fokus på å påvirke folks handlinger (god hoste-/nysekultur, vaksinere seg).<sup>258</sup>

Kommunikasjonsprinsippene i Pandemiplanen er basert på WHO's anbefalinger for kommunikasjon ved utbrudd<sup>259</sup>: *Tillit, samordning, aktiv informasjon, åpenhet og publikumsforståelse*.<sup>260</sup>

<sup>257</sup> National Strategy for Pandemic Influenza, utgitt av WHO 2005, s. 4

<sup>258</sup> Møte med FHI, 17. juni 2010

<sup>259</sup> Outbreak Communication: Best practices for communicating with the public during an outbreak WHO report 2004, s. 3

<sup>260</sup> Nasjonal beredskapsplan for pandemisk influensa, Versjon 3.0, 16. februar 2006, HOD, s. 24

Prinsippene beskrives også i kapittel 6.6 foran. Pandemiplanen inneholder i tillegg en tiltaksplan med detaljert beskrivelse av delmål og tiltak for de seks fasene av pandemien.

Det ble underveis utarbeidet egne delplaner for kommunikasjonen før viktige hendelser. Det ble for eksempel laget kommunikasjonsplaner for vaksinerings, både for vaksinerings av prioriterte grupper og for vaksine til den øvrige befolkningen. Kommunikasjonsplanene inneholdt en detaljert beskrivelse av prosessen, hvem som skulle involveres når, spesielle utfordringer, mål, målgrupper, budskap og tidsplan med tiltak og produkter som skulle utvikles. Planene ble oppdatert underveis ved behov.

#### **17.4.2. Målgrupper**

Hovedmålgruppene for myndighetenes kommunikasjon under pandemien er i følge pandemiplanen:

- helsetjenesten
- befolkningen generelt
- pasienter og pårørende
- media<sup>261</sup>
- helsemyndigheter
- andre samfunnssektorer.

Av disse hadde helsetjenesten og befolkningen generelt førsteprioritet.<sup>262</sup> I pkt. 17.10.4 vil kommunikasjonen med noen av målgruppene beskrives nærmere.

#### **17.4.3. Ulike faser i kommunikasjonsarbeidet**

Helsemyndighetene opererer med tre faser for kommunikasjonsarbeidet under pandemien, inndelt etter hovedmål og hvilket budskap som skulle formidles. De tre fasene er hygienerådsfasen og to faser for vaksinerings.<sup>263</sup>

##### **Fase 1 Hygienerådsfasen**

Denne dekker den tidligste fasen på våren, sommeren og tidlig på høsten, dvs. perioden *før* vaksinen ble tilgjengelig. Den aller første nettsaken ble som nevnt lagt ut på fhi.no fredag 24. april om kvelden. Dagen etter ble det lagt nettsaker på fhi.no med oppdatering av situasjonen, råd til reisende og til dem som befant seg i området, råd til helsetjenesten, samt spørsmål og svar.

Budskapet til publikum på dette tidspunktet var at hendelsen tas alvorlig av norske myndigheter, og at de følger den nøye i samarbeid med europeiske partnere og WHO. Samtidig sies det at en rekke forhold er ukjente, og at en ikke vet ennå om dette blir en pandemi. Myndighetene frarådet ikke reiser til området. Budskapet til helsetjenesten på dette tidspunktet var å være årvåkne, varsle mulige tilfeller til Smittevernvakta, beskytte helsepersonell som behandler pasientene, vurdere antiviral behandling og ta adekvate prøver.

Innen 29. april var også plakater til reisende distribuert til alle lufthavnene med internasjonal trafikk, og det hadde vært kontakt med Kystverket og havnevesen for å få til distribusjon til havner med internasjonale anløp.

Hovedmålet i denne første fasen var å begrense smitte. For å oppnå dette satset myndighetene på enkle budskap. Budskapet var tre enkle hovedråd: Nyse i armkroken, vaske hendene ofte, og være hjemme hvis du er syk.

---

<sup>261</sup> Media er som kategori både målgruppe (dvs. mottaker av budskap) og videreformidlere av budskap til befolkningen og andre

<sup>262</sup> Møte med FHI, 17. juni 2010

<sup>263</sup> FHIs presentasjon for DSB, 8. juni 2010. Disse fasene følger ikke inndelingen i omtalen foran

Dette budskapet ble gjentatt i mange kanaler: på plakater, nettsider, gjennom husstandsinformasjon, TV, film, media og publikumstelefonen.

### Fase 2 Vaksinerings av risikogrupper

Anbefalingen om dette kom 16. september. Kampanjen startet i begynnelsen av oktober.

Hovedmålet i denne fasen var at flest mulig i risikogrupperne (og blant helsepersonell) skulle ta i mot tilbudet om vaksine. Igjen ble det gått ut bredt i mange kanaler med budskapet. I tillegg ble det i denne fasen utviklet maler og tekster til informasjonsmateriell for kommunene, og det ble opprettet kontakt med pasient- og profesjonsorganisasjoner.

### Fase 3 Vaksine klar for alle

Anbefaling om massevaksinasjon kom 23. oktober. Kampanjen foregikk i begynnelsen av november etter at risikogrupperne var blitt vaksinert, og det var nok vaksine tilgjengelig til at alle kunne få tilbudet.

Hovedmålet i denne fasen var at alle skulle kjenne til tilbudet, at flest mulig skulle kjenne til myndighetenes anbefaling om å ta vaksine, og at de skulle få vite hvor de kunne få vaksinert seg. Det ble også her gått bredt ut i mange kanaler med budskapet: TV, kinoreklame, nettsider, publikumstelefon, media og til kommunene.



## 17.5. Evaluering av egen innsats

Helsemyndighetene foretok en rekke undersøkelser og evalueringer av egen innsats på kommunikasjonsområdet, både underveis i håndteringen og etterpå. Evalueringene ble dels utført av eksterne og dels av etatene selv:

- befolkningsundersøkelser, fire i regi av helsemyndighetene, samt en sammenstilling utført av Synovate som inkluderer ytterligere fire undersøkelser utført av andre
- mediedekning under pandemien, analyse utført av Retriever på vegne av Helsedirektoratet, september 2010, jf. kapittel 17.10
- intern evaluering av pandemitelefonen blant de som betjente den, utført av Helsedirektoratet, april 2010
- fire devalueringer (oktober 2010) utført av myndighetene selv (Helsedirektoratet, FHI og SLV):
  - pandemi.no
  - mediehåndtering og risikokommunikasjon
  - pandemitelefonen
  - kommunikasjon med kommunene.

I tillegg ble det gjennomført en europeisk undersøkelse i regi av EU, der også Norge var med.<sup>264</sup>

<sup>264</sup> European Commission, Eurobarometer on Influenza H1N1, Flash EB Series no. 287, desember 2009

## **17.6. Tiltak og bruk av kanaler**

Forut for utbruddet var det lite informasjonsmateriale som lå klart. Det forelå riktignok noe oversatt fra engelsk (utarbeidet av WHO), men dette hadde bakgrunn i et eventuelt utbrudd i fugleinfluensa H5N1.

Det ble produsert mye informasjonsmateriell gjennom hele pandemiperioden, blant annet ble det gjennomført tre store kampanjer og utallige andre tiltak. Under nevnes de viktigste.

### **17.6.1. Mediekontakt**

Helsemyndighetene opplevde stort medietrykk gjennom hele perioden. FHI har i en normalsituasjon fem til ti mediehenndelser daglig, og opp mot 20 på en travel dag. Under pandemien var det 60 til 80, kanskje opp mot 100 henvendelser på det meste. På det travleste var det mer enn 50 journalisttelefoner før kl. 10.00 om formiddagen.

FHI hadde flere mediehenndelser enn andre helsemyndigheter i perioden, viste medieanalysen fra Retriever.<sup>265</sup> I følge FHI selv kan dette skyldes at de fleste spørsmålene fra mediene var av faglig karakter.<sup>266</sup>

Det ble raskt besluttet å arrangere pressebriefere for å ta av trykket fra mediene. I alt ble det arrangert 13 pressebriefere. Vanligvis var det to faste talspersoner fra henholdsvis Helsedirektoratet og FHI som stilte i pressebriefen for å svare på spørsmål fra journalistene. Helsedirektoratet valgte etatslederen, helsedirektør Bjørn-Inge Larsen, som talsperson, FHI overlege Bjørn G. Iversen.

### **17.6.2. Pandemitelefonen**

Pandemitelefonen ble opprettet 3. august og var i drift ut 2009. Det var Helsedirektoratet som sto for opprettelsen av denne, og den ble bemannet med ansatte fra Helsedirektoratet med støtte fra FHI og SLV. Jobben for dem som betjente telefonen gikk ut på å henvise til eller gjengi informasjon fra pandemi.no, eller gi enkle, praktiske råd. Folk med helsefaglige og medisinske spørsmål ble som regel henvist videre til fastlege eller annet fagpersonell.

De første ukene og månedene var det ikke så mange henvendelser, men så eksploderte det i oktober:

*”Jeg trenger ikke betenkningstid for å svare hvilken dag jeg husker best fra denne perioden. Det var det døgnet vi fikk en massiv økning i antall telefoner, det gikk fra 20 til 900 henvendelser på ett døgn! Da sov jeg ikke godt!”<sup>267</sup>*

### **17.6.3. Informasjonsmateriell til kommunene**

Sentrale myndigheter utviklet mye materiale i form av nedlastbare maler på nettet som kommunene kunne benytte både i kommunikasjon med befolkningen og mediene.

Myndighetene utarbeidet blant annet en plakat til bruk overfor kommunens befolkning, annonse i lokalavisa, tekst med vaksineråd til kommunens nettside, publikumstekster om vaksine, invitasjonsbrev til risikogrupper (via fastlege, helsestasjon mv.), invitasjonsbrev til helsepersonell, maler for vaksinasjonskort og tilbudsskjema. Myndighetene oppdaget også etter hvert at kommunene ønsket mer fra dem på dette området enn det de var klar over.

<sup>265</sup> Retriever Norge, Svineinfluensa i mediene, september 2010

<sup>266</sup> Møte med FHI, 17. juni 2010

<sup>267</sup> Margrete Halvorsen, Helsedirektoratet, seminar i regi av Kommunikasjonsforeningen, Filmens hus, Oslo, 1. juni 2010

Det ble ikke foretatt noen systematisk undersøkelse av hvordan det forhåndsleste materialet ble benyttet av lokale myndigheter, men DSBs kommuneundersøkelse fra august 2010 viste at de fleste kommunene benyttet seg av dette informasjonsmateriellet (jf. kapittel 20.7).<sup>268</sup>

#### **17.6.4. Sosiale medier**

Det var bare SLV som hadde et opplegg for bruk av sosiale medier klart i tide til å benytte dette i særlig grad under pandemien. SLV lanserte sin side på Facebook 2. november. Dette sammenfalt med første publisering av bivirkningsmeldinger etter vaksinerings på slv.no. Det ble lagt ut saker med referanse til både pandemi.no og slv.no på Facebook, og tjenesten fikk god respons fra publikum, som her raskt fant en arena hvor de kunne få svar på sine spørsmål knyttet til pandemi og vaksine.

I slutten av november blusset vaksinedebatten opp for alvor. Det som ble oppfattet som usaklige innlegg og personangrep ble slettet, og noen brukere ble utestengt. Siden ble stengt for nye innlegg én helg. Dette til tross: SLV sier deres erfaring er at sosiale medier er en nyttig kanal som forsterker og supplerer informasjon i andre kanaler.<sup>269</sup>

#### **17.6.5. Nettsidene pandemi.no og fhi.no**

Nettstedene fhi.no og pandemi.no kom til å bli de mest sentrale nettsidene for myndighetsinformasjon under pandemien og etter alt å dømme også de viktigste kanalene for kontakt med publikum og helsetjenesten.

En egen nettside for pandemiinformasjon var gjort klar allerede i 2006. En uke inn i pandemihåndteringen, den 4. mai, ble pandemi.no aktivisert. Helsedirektoratet hadde hovedansvaret for sidene, men redaksjonen besto av ansatte fra Helsedirektoratet og FHI. 90 000 besøkte pandemi.no i løpet av de tre første dagene den var i drift. Til å begynne med fungerte den som nettside for informasjon om pandemien både for befolkningen og for helsetjenesten. Etter hvert fant en det hensiktsmessig å reddykke førstesiden for befolkningen, men helsepersonell var fortsatt en målgruppe for sidene.

Alle myndighetene benyttet sine nettsider til å publisere pandemisaker, fra HODs sider på regjeringen.no til nettsidene til fylkesmenn og kommuner, men alle valgte også i stor grad å linke videre til pandemi.no. Pandemi.no inneholdt imidlertid bare i svært liten grad informasjon om eventuelle andre konsekvenser av pandemien enn de helsemessige og de direkte følgene av dette.

Til å begynne var det ambisjonen at alle tekster med pandemiinformasjon skulle publiseres på pandemi.no, men etter hvert ble det klart at det var bedre å la den fungere som en portal som viste til andres nettsider, som for eksempel fhi.no. FHI fortsatte med produksjon av nettsaker på sine sider, fhi.no, gjennom hele perioden. Helsedirektoratet kanaliserte det meste av innsatsen til pandemi.no.

Regionale og kommunale myndigheters vurdering av nettstedene er beskrevet i kapittel 19.5.

#### **17.6.6. Andre tiltak og kanaler**

Det ble gjennomført tre kampanjer under pandemien: Én med mål om å hindre smitte rundt skolestart og to i forbindelse med vaksineringsen. Blant tiltakene i kampanjene var brosjyrer, plakater, tv-reklame, annonser, radioreklame på Spotify, reklame på kino, nettannonsering, aktiviteter for interessegrupper og lenkespredning.

Det ble gjennom hele perioden produsert en rekke trykte publikasjoner. Noe av dette var allerede oversatt i 2006 fra forhåndsleste materiale utviklet av WHO. Det ble trykket plakater med reiseråd

<sup>268</sup> DSBs spørreundersøkelse rettet mot kommunene, august 2010

<sup>269</sup> E-post fra SLV, 17. september 2009



som ble hengt opp på flyplasser og i havner, og det ble laget en plakat med konkrete hygieneråd, som etter hvert ble oversatt til mange språk. Det ble laget en husstandsbrosjyre som ble oversatt til 13 språk, og sendt til alle husstander i begynnelsen av august.

I perioden ble det laget både TV-spots og reklamefilm til bruk for kino. Det ble laget en film til kampanjene om vaksinerings, først av risikogrupper og senere vaksinerings av alle, samt en film hovedsakelig for pandemi.no og fhi.no med anbefaling om vaksinerings med opplysninger om hva vaksinen inneholdt og forventede bivirkninger.

## **17.7. Befolkningsundersøkelser**

Helsemyndighetene gjennomførte fire meningsmålinger i løpet av influensapandemien, om blant annet bekymring for smitte og tiltro til myndighetene.<sup>270</sup> I tillegg ble det gjennomført fire andre tilsvarende undersøkelser i regi av andre.

På oppdrag fra Helsedirektoratet er det foretatt en analyse/sammenstilling av disse i alt åtte ulike meningsmålingene som ble foretatt i perioden april til desember 2009.<sup>271</sup> Siden det er forskjellige oppdragsgivere, ulike spørsmål og metoder, er ikke de enkelte målingene uten videre sammenlignbare, men sammenstillingen gir allikevel noen holdepunkter for hvordan befolkningen oppfattet myndighetenes informasjon.

Undersøkelsene viste at:

- befolkningen var i stor grad tilfreds med myndighetenes informasjon
- andelen som var bekymret for å bli smittet var ikke stor, men varierte og var høyest i oktober mens smittebølgen var på det sterkeste
- flertallet mente etter hvert at myndighetene overdrev faren for ny influensa A (H1N1).
- befolkningens tiltro til myndighetene holdt seg høyt, men var svakt fallende gjennom hele perioden
- folk fulgte i stor grad oppfordringen om å bidra til å begrense smitten. Over halvparten av de spurte vasket hendene oftere enn før, og de hadde gjennomgående god kunnskap om rådene for å begrense smittespredning.<sup>272</sup>

I tillegg ble det i november foretatt en europeisk undersøkelse i regi av EU.<sup>273</sup> Den viste at den norske befolkning hadde minst vaksineskepsis og den høyeste andelen som mente at pandemivaksinen var trygg og effektiv. I tråd med de andre meningsmålingene som ble gjort i Norge, viser også denne at bekymringen var relativt liten: Bare befolkningen i Østerrike og Sveits var mindre bekymret enn den norske.

Disse undersøkelsene indikerer blant annet at helsemyndighetene fikk godt gjennomslag for de generelle hygienerådene og motiveringen for å la seg vaksinere.

## **17.8. Mediedekningen av pandemien**

Retriever Norge utførte på oppdrag fra Helsedirektoratet en analyse av den norske mediedekningen av pandemien.<sup>274</sup>

<sup>270</sup> Fra nyhet på pandemi.no, 25. mars 2010

<sup>271</sup> Synovate: Analyse av 8 ulike meningsmålinger om svineinfluensa, fra april til desember 2009, utgitt februar 2010

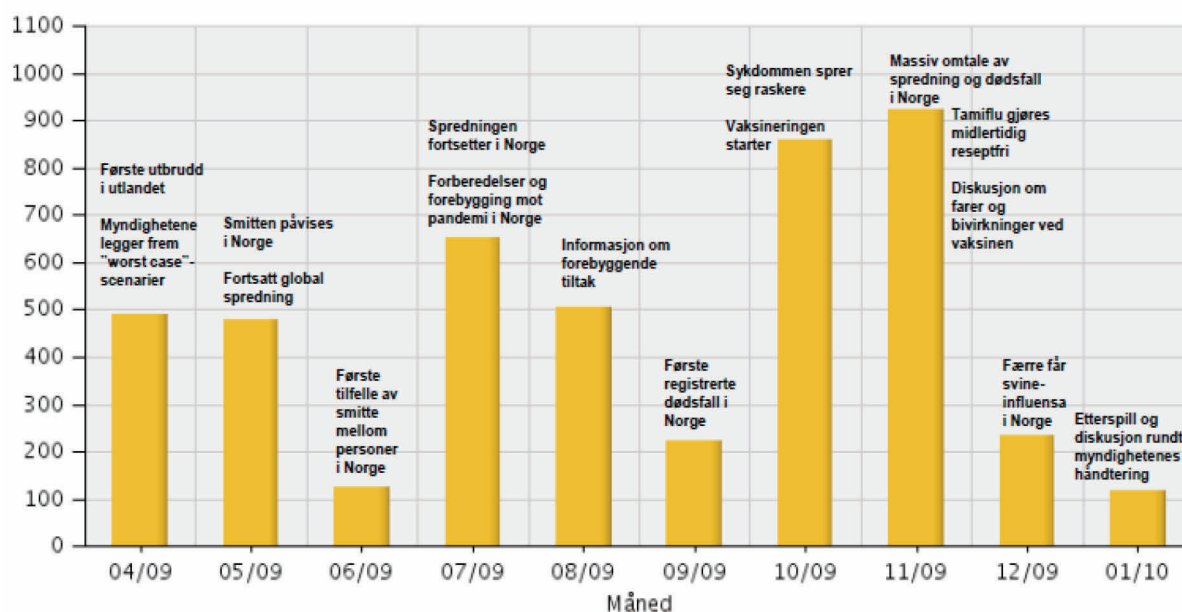
<sup>272</sup> Fra nyhet pandemi.no, 25. mars 2010

<sup>273</sup> European Commission, Eurobarometer on Influenza H1N1, Flash EB Series no. 287, desember 2009

<sup>274</sup> Retriever Norge, Svineinfluensa i mediene, september 2010

De viktigste funnene i denne var:

- Ny influensa A (H1N1) var Norges største mediesak i 2009.
- Det var forebygging og behandling som dominerte medieomtalen av influensaen, sammen med den løpende dekningen av sykdom og smitte. Sett i et folkehelseperspektiv fikk folk flest altså god tilgang på råd om forebygging og behandling gjennom mediene
- Sentrale helsemyndigheter var den viktigste aktøren i riksmidienes dekning av influensaen, noe som viser at norske medier i stor grad har latt helsemyndighetene komme til orde
- FHI har spilt en mer fremtredende rolle enn Helsedirektoratet. HOD og SLV er omtalt minst
- I april, i den første fasen av mediedekningen, ble faremomenter vektlagt i stor grad. Da saken blusset opp igjen i mediene, ble sykdommen presentert mer dempet enn i begynnelsen
- De analyserte region- og lokalmediene hadde lokal helsetjeneste som viktigste aktør, og hadde mer omtale av det praktiske i forbindelse med vaksinerings.



Figur 8. Antall artikler pr. måned. Fra medieanalyse utført av Retriever på oppdrag fra Helsedirektoratet (kilde: Retriever)

I tillegg til at mediene er videreformidlere av myndighetenes budskap har de også en egeninteresse i dekningen: Kriser selger! Førsteamanuensis Harald Hornmoen fra journaliststudiet ved Høgskolen i Oslo mener at myndighetene har fått dominere mediebildet under pandemien, og at mediene har forsterket myndighetenes budskap:

*"Snarere har myndighetsinformasjon i begge de undersøkte fasene blitt tilrettelagt og forsterket i en utpreget krisediskurs med en tilhørende fryktens retorikk, slik at en sentral funksjon ser ut til å være å skremme folk til å handle adekvat i forhold til trusselen. Sterkest blir denne retorikken artikulert i løssalgstabloidene."<sup>275</sup>*

Hornmoen mener dessuten at det er betenkelig at journalistene ikke er kritiske nok, fordi myndighetene da ikke får viktige korrektiver til egen virksomhet.

<sup>275</sup> Pandemisk paranoia? En analyse av nyhetsomtalen av svineinfluensaen i norske aviser, Harald Hornmoen

## 17.9. Nærmere om den første pressekonferansen og verstefallsscenarioet

For myndighetene er det en utfordring å velge strategi når usikkerheten er så stor som den kan være under en pandemi. Skal en formidle det en frykter kan skje eller avvente til en har mer kunnskap? Ønsker myndighetene at befolkningen skal "skremmes" til å handle riktig eller er det viktig å forhindre ubegrunnet frykt?

Mandag 27. april inviterte helsemyndighetene til pressekonferanse om den nye influensaen. Denne har i etterkant blitt stående igjen som et tydelig eksempel for mange på hvordan helsemyndighetene overdrev faren ved pandemien.

Pressekonferansen hadde vært forberedt av Helsedirektoratet og FHI i løpet av helgen, men mandag formiddag ble det klart at også helse- og omsorgsminister Bjarne Håkon Hanssen ønsket å delta. Fra Helsedirektoratet og FHI deltok de som ble etatenes faste talspersoner: Helsedirektør Bjørn-Inge Larsen og overlege Bjørn G. Iversen.

Under pressekonferansen ble det alvorlige i situasjonen understreket av både helseministeren og helsedirektøren. Under helsedirektørens presentasjon ble det vist et lysark som beskrev Pandemiplanens verstefallsscenario. Blant punktene var *13 000 ekstra dødsfall*, og teksten ble ledsaget av et bilde av helsepersonell med vernedrakt og munnbind og en kiste. Pressebildet av tre alvorlige menn med dette lysbildet i bakgrunnen har trolig vært et av de mest brukte i mediene under og etter pandemien. Det ble understreket at dette scenarioet ikke var det mest sannsynlige.

Deler av presentasjonen hadde tidligere blitt benyttet av Helsedirektoratet ved en rekke anledninger i forbindelse med presentasjon av Pandemiplanen. Da deltakerne kom til pressekonferansen hadde de ikke hatt tilstrekkelig tid til å gå gjennom hverandres presentasjoner, selv om de kort hadde møttes for en oppdatering.

I Helsedirektoratet mener de i ettertid at det var riktig å ta utgangspunkt i verstefallsscenarioet og vise det frem innledningsvis. Folk vil rasjonalisere selv og har tillit, blir det argumentert. Men et slikt scenario er krevende å formidle på en god måte, og oppfatningen er at de ikke lyktes med måten dette ble brukt eller utnyttet på.<sup>276</sup>

Det blir videre pekt på at det på dette tidspunktet fortsatt var mye usikkerhet om hvor alvorlig pandemien kunne utvikle seg. Selv om det så ut til å bli en mild influensa, var det fortsatt mye som var usikkert om hva som kunne skje videre.

FHI var som vi har sett foran, allerede tidlig klare på at dette mest sannsynlig ville bli en mild influensa og var, etter hva DSB forstår, ikke innforstått med at det skulle legges så stor vekt på verstefallsscenarioet.

FHI kommenterte presentasjonen dagen etter i sin statusrapport:

*"Vi forstår at gårsdagens pressekonferanse skulle fungere som en vekker. Vi synes likevel at det er nødvendig å kommunisere mer nøkternt om sykdomsbildet. Folks bilde av sykdommen er nok preget av reportasjene fra Mexico og mindre av de mer nøkterne rapportene fra andre land."*<sup>277</sup>

<sup>276</sup> Margrete Halvorsen, Helsedirektoratet, seminar i regi av Kommunikationsforeningen, Filmens hus, Oslo, 1. juni 2010

<sup>277</sup> Statusrapport, FHI, 28. april 2009

Dette gjentas i statusrapporten dagen etter og senere. FHI gir uttrykk for at det er ”*grunn til å kommunisere et mer nøkternt situasjonsbilde, spesielt med tanke på at sykdomsbildet ikke synes å være særlig alvorlig og dødelig.*”<sup>278</sup>

FHI har gått gjennom alle pressebriefene i ettertid, inkludert pressekonferansen 27. april.<sup>279</sup> Her går det frem at verstefallsscenarioet på denne pressekonferansen, uten at de oppfatter at det var planlagt slik, fikk en mye mer dominerende plass enn scenarioet med den mildere, mer sannsynlige varianten av influensaen.<sup>280</sup> Samtidig vurderer de det slik at inntrykket av alvor ble forsterket gjennom opptreden til de tilstedeværende og særlig statsråden.

FHI har også sammenlignet budskapet som var forberedt i talepunktene med det som ble sagt i denne første pressekonferansen og peker på at verstefallsscenarioet ikke en gang var nevnt i talepunktene.<sup>281</sup> Etter hva DSB har forstått, var for øvrig et av de uttalte målene med pressekonferansen fra statsrådets side å berolige befolkningen.

Gjennomgangen viser også at på pressebriefen senere samme uke, 30. april, er helsemyndighetene mer samordnet, og her er det et enhetlig budskap om mild influensa hos alle. Budskapet var dessuten likelydende i alle kanaler, i talepunkter, på pandemi.no, og det som ble sagt av talspersoner i pressebriefen.

Spørsmålet om myndighetene bevisst overdrev farene ved pandemien diskuteres i kapittel 27.1.

### **17.10. DSBs vurderinger**

Det er DSBs inntrykk at helsemyndighetene på kommunikasjonsområdet langt på vei nådde de målene de hadde satt seg i Pandemiplanen. Hovedinntrykket er at det er gjort en betydelig og til dels imponerende innsats. Kommunikasjonsavdelingene var godt forberedt og hadde øvd. De håndterte et voldsomt mediepress i månedsvis.

Befolkningen ble etter DSBs vurdering i stor grad sikret informasjon som var konsistent og troverdig. Det ble gitt forløpende og oppdatert informasjon og råd i et mangfold av kanaler som pandemi.no, pandemitelefonen, brosjyrer, plakater, aviser og TV/radio.

Undersøkelsene i etterkant viser at befolkningen generelt sett beholdt relativt stor grad av tillit til myndighetene gjennom perioden, selv om den varierte noe. I den grad tilliten vaklet, var dette trolig ut fra betraktninger om at innsatsen ikke sto i forhold til de reelle utfordringene ved pandemien, altså at myndighetene overdrev.

Det ble lagt til rette for å gi råd og svare på spørsmål fra publikum. De fleste mente de fikk nok informasjon.<sup>282</sup> Myndighetene ga råd til publikum, de iverksatte relevante informasjonstiltak, og det var en jevn flyt av informasjon mellom myndigheter, helse-Norge, medier og befolkningen. Det ble lagt ut spørsmål og svar på pandemi.no og fhi.no og informert aktivt ut mot mediene. Det ble også opprettet en egen publikumstelefon, og spørsmålene derfra ble benyttet til å supplere faktasidene og spørsmål/svar på pandemi.no.

<sup>278</sup> Statusrapport, FHI, 29. april 2009

<sup>279</sup> Internt notat FHI, august 2010

<sup>280</sup> Det var omtalt tre ulike scenarioer i presentasjonen: vanlig sesonginfluensa, Hong Kong-syken og verstefallsscenarioet

<sup>281</sup> Dvs. det omforente budskapet forberedt for pressekonferansen

<sup>282</sup> Synovate: Analyse av 8 ulike meningsmålinger om svineinfluensa, fra april til desember 2009, utgitt februar 2010

En kan også si at myndighetene i stor grad fikk aksept for de tiltakene som ble gjennomført, tolket ut fra effekten. Undersøkelsene tyder på at hygienerådene fikk stort gjennomslag i befolkningen. Når det gjaldt vaksinerings ble det oppnådd god dekning til tross for at myndighetene i denne perioden møtte sterk kritikk, og at vaksinerings medførte mange praktiske utfordringer, samt at det tilsynelatende var mye usikkerhet i befolkningen.

I det følgende utdypes noen mulige læringspunkter for kommunikasjon ved eventuelle senere tilsvarende situasjoner.

### **17.10.1. Planlegging**

#### **Godt forberedt, men for farligere influensa**

Pandemiplanen inneholder en tiltaksplan med detaljert beskrivelse av delmål og tiltak for de seks fasene av pandemien. Så vidt DSB forstår, ble planen ganske raskt lagt litt til side fordi den beskrev en alvorligere situasjon. Selv om de fleste informasjonstiltakene er formulert generelt, skinner det særlig i den faglige delen allikevel noen ganger igjennom at de er innrettet på en farligere influensatype.

Når planen (og øvelsene) var så sterkt knyttet opp til en alvorligere influensavariant, var det krevende å skulle kaste om og planlegge ut fra nye forutsetninger. Ved utbruddet var det lettere å sette i gang å produsere enn å analysere.

#### **Prinsippet om åpenhet**

Åpenhetsprinsippet står sterkt også i statens kommunikasjonspolitik, og innebærer at de ansvarlige myndigheter skal være tilgjengelige, imøtekommende og tydelige, også om vurdering av risiko.<sup>283</sup> Fagfolk på dette feltet mener det er riktig strategi å presentere verstefallsscenarioene, fordi dette får folk til å forberede seg og ta nødvendige forholdsregler.<sup>284</sup> Men i dette tilfellet var det ikke så mye spørsmål om det skulle formidles som om *hvordan*.

### **17.10.2. Organisering**

#### **Riktig bruk av ressurser?**

Pandemiens mest hektiske periode varte i ca. åtte måneder, og det ble i DSBs samtaler med de involverte gitt uttrykk for at det ikke hadde vært planlagt for en så lang krisehåndtering, med det til følge at det var ansatte som ble utslitte og sykmeldte i etterkant. Med tanke på at dette var en mild influensa, kunne dette fått store konsekvenser dersom pandemien hadde vært mer alvorlig.

Ettersom FHI og Helsedirektoratet (samt SLV i en senere fase) jobbet så tett, skulle en tro at bemanningen var stor nok til at det fantes muligheter for å omfordele oppgaver mellom ansatte i de to kommunikasjonsavdelingene for å avlaste dem som var hardest rammet.

DSB mener også det er grunn til å stille spørsmål ved om det i tilstrekkelig grad ble gjort prioriteringer med hensyn til mengden og typen oppgaver. Det var mange oppgaver som sikkert virket viktige og riktige nok der og da, men som krevde massiv arbeidsinnsats. Et eksempel på dette er at helsemyndighetenes oversikt i pandemi.no over vaksinasjonssteder i alle norske kommuner.

#### **Samordningen**

Det er DSBs inntrykk at samordningen av informasjon fungerte best i den første perioden. Det kan ha sammenheng med at det var et enklere budskap å formidle til å begynne med enn senere.

<sup>283</sup> Fornyings- og administrasjonsdepartementet. Statens kommunikasjonspolitik, fastsatt av FAD 16. oktober 2009. De fem prinsippene: åpenhet, medvirkning, nå alle, aktiv og helhet

<sup>284</sup> Se for eksempel Tønsberg, Knut Ihlen, 2008, Når åpenhet ikke er nok – kommunikasjon til publikum og presse, og Sandman, Peter M. Jodes Lanard, 2005, Bird Flu: Communicating the risk, Perspectives in health, vol. 10 no. 2

Samordningen var i mindre grad vellykket når det gjaldt vaksineringsen, men der var organiseringen også problematisk. Kommunikasjonsansvaret gikk her også i større grad over til den enkelte kommune. Samtidig var det kompliserende at samtidig med vaksinen kom smittetoppen og de første dødsfallene. Farene opplevdes å komme nærmere i vaksineperioden, og befolkningen ble i større grad konfrontert med at de måtte ta en beslutning for eller i mot vaksine.

### **17.10.3. Håndtering**

#### **Hygienefase og vaksinefasene**

Kommunikasjon er et viktig virkemiddel ved kriser, og det ble helt bevisst brukt strategisk i begynnelsen for å unngå smitte inntil vaksinen forelå. Første fase var som vi så preget av folkeopplysning med informasjon om influensaen og med råd om håndhygiene og nysevaner.

I en befolkningsundersøkelse gjennomført av helsemyndighetene høsten 2009, ble publikum spurt om i hvilken grad de kunne gjengi helsemyndighetenes hygieneråd. Svarene kan tyde på at myndighetene fikk stort gjennomslag for disse budskapene.

Helsemyndighetene selv mener at kommunikasjon om distribusjon av vaksiner ble dårlig fordi det var en uheldig ordning. I slike situasjoner hjelper det ikke med god informasjon. Dessuten burde FHI ha informert tydeligere om puljevis levering av vaksinen og konsekvenser av dette.

#### **Balanse mellom operativt og strategisk arbeid**

DSB sitter igjen med et inntrykk av at kommunikatørene av og til ble litt for operative på bekostning av de overordnede og strategiske vurderingene. En åpenbar forklaring kan være at når medietrykket var så stort, gikk betjening av mediehenvelser og andre mer ad hoc-pregete oppgaver på bekostning av tid til vurderinger, analyser og mer langsiktige oppgaver.

Dette er et kjent fenomen ved krisehåndtering. Det ble riktignok lagd delplaner og delstrategier, men inntrykket er at det kanskje i for stor grad ble lagt vekt på produksjon av informasjon og informasjonsmateriale, og at dette i en del tilfeller kunne vært mer målrettet.

#### **Bruk av nettverk og andre myndigheter**

Det er også et spørsmål om helsemyndighetene kunne benyttet seg av andre myndigheter i større grad enn det som var tilfelle, både for å spre innsatsen og for å gjøre seg nytte av eventuell erfaring og kunnskap som de selv ikke hadde. Riktignok hadde kommunikatørene hos helsemyndighetene kontakt med organisasjoner og grupper over et bredt spekter, men de kunne kanskje også tjene på å tenke enda videre. Pasientorganisasjonene mener for eksempel de kunne ha bidratt mer med kunnskaper om sine brukergrupper for å målrette informasjonen.

#### **For aktive?**

Myndighetene valgte en strategi om å være proaktive. I det ligger at hvis du ikke informerer vil andre (interessenter, motinformatorer, aktører m.m.) ta den spalteplassen som mediene gjerne rydder i slike situasjoner. Det ligger et paradoks i dette: Gjennom å være så aktive som helsemyndighetene var i sin kommunikasjon i denne perioden ga de samtidig ytterligere et signal om at dette var alvor. Når innsatsen er så stor, må det jo være farlig/alvorlig!

#### **Større fokus på spesielle målgrupper**

Det ble satt i verk tiltak, og det ble utarbeidet grundige infoplaner både for viktige temaer/faser og for spesielle målgrupper. Det ble også laget et notat som utredet utfordringer ved det å nå ungdom spesielt. Men dette notatet kom noe sent. Det hadde vært klart lenge at ungdom var en gruppe hvor mange ble syke, men hvor også vaksinedekningen så ut til å bli lav. DSB stiller spørsmål ved om det gjort nok for å nå denne målgruppen og om det var de riktige tiltakene som ble satt i verk.

Andre målgrupper som kunne ha behov for spesielt målrettet informasjon var helsepersonell, eldre, innvandrere, risikogrupper mv.

## Mediehåndtering

Mediene har stor betydning ved kriser av flere årsaker. De har en sentral rolle som videreformidlere av informasjon til allmennheten og mer spesifikke målgrupper, de er sentrale når det gjelder å skape et bilde av og definere krisen, og har stor innflytelse på oppfatningen av en virksomhets eller myndighets evne til krisehåndtering. Myndighetenes håndtering av mediene er derfor ofte utslagsgivende for om de oppfattes å ha håndtert krisen på en god eller dårlig måte.

Selv mente Helsedirektoratet og FHI at de fulgte prinsippene for mediearbeidet i Pandemiplanen om åpenhet, service og det å være proaktive. De kan på flere måter sies å lykkes i dette og å sette dagsorden. Som vi så foran var pandemi det mest omtalte medietemaet i 2009, og helsemyndighetene den viktigste aktøren.

Men det er et avvik i forhold til planen når det gjelder hvem som skal ha hovedansvaret for mediekontakten. I følge planen er det HOD som skal ha ansvar i samarbeid med den etat som koordinere kommunikasjonsarbeidet og andre berørte etater og departementer, som skal ha ansvar for mediekontakten.<sup>285</sup> Det at FHI ble så sentral i mediehåndteringen under pandemien er det ikke tatt høyde for i Pandemiplanen.

Et læringspunkt Helsedirektoratet og FHI selv nevnte i forbindelse med kontakten med mediene, var frekvensen på pressebriefene.<sup>286</sup> Helsemyndighetene ønsket å ha regelmessig informasjon til mediene, selv når de ikke hadde noe nytt å melde, men slik det fungerte ble det for ad hoc-preget. Ved en annen anledning bør pressebriefene avholdes jevnlig og for eksempel ha samme frekvens som kriseutvalgsmøtene. Det var også unødvendig mye dramatikk rundt innkalling og avvikling av noen av pressebriefene.

## pandemi.no

Myndighetene var selv fornøyd med at de hadde fått på plass pandemi.no så raskt. De opplevde det som positivt med et felles nettsted, og at den var en god veiviser for informasjon om svineinfluensaen. Den opplevdes imidlertid som veldig krevende å holde oppdatert. Dette skyldes at det var mange aktører inne i bildet og det måtte tas raske beslutninger.

En læring etter erfaringene med pandemi.no er at ansvarsforhold og roller må avklares bedre internt i de ulike etatene og mellom dem (Helsedirektoratet, FHI og SLV). Det bør være færre saker og færre oppdateringer, var det en av kommunikatørene som sa.<sup>287</sup> Dette hadde sammenheng med at det etter hvert ble veldig mye fakta og faginformasjon, noe som forårsaket et stort behov for oppdatering ettersom samme informasjon sto flere steder, men i ulik form.

Fra brukernes ståsted ble pandemi.no opplevd litt forskjellig så vidt DSB har kunnet bringe på det rene, alt fra at den fungerte veldig bra til at den var tungvint å finne frem i, og at den ikke var oppdatert nok. Et synspunkt DSB har registrert er at når det var så mange henvendelser på pandemitelefonen var det kanskje fordi pandemi.no ikke var bra nok.

Etter DSBs oppfatning var det også en svakhet at myndighetene promoterte både pandemi.no og fhi.no overfor målgruppene under pandemien. FHI la ut mye materiale gjennom hele perioden på fhi.no, og selv om det var slik at hovedmålgruppen for de to nettsidene etter hvert ble forskjellige (henholdsvis befolkningen og helsesektoren) vil det være en svekkelse av den sentrale nettportalen for pandemikommunikasjon at det samtidig er en annen nettside som benyttes like mye. Dersom det ved en annen anledning skal være to parallelle nettsider må det gjøres helt klart at målgruppene for de to sidene er forskjellige.

<sup>285</sup> Nasjonal beredskapsplan for pandemisk influensa, Versjon 3.0, 16. februar 2006, HOD, s. 26

<sup>286</sup> Møte med FHI, 17. juni 2010

<sup>287</sup> Møte med FHI, 17. juni 2010

Det var også en svakhet, mener DSB, at ikke pandemi.no inneholdt linker til andre samfunnssektorens sider. Dersom pandemien hadde vært mer alvorlig ville helt andre problemstillinger enn de rent helsemessige også blitt svært viktige.

### **Trykt materiale**

Det viste seg ikke å være helt enkelt å utgi trykt materiell når situasjonen er så usikker som den var her. Ett av læringspunktene i ettertid er at trykt informasjon må være av generell karakter for å ha en viss levetid. Under pandemien endret kunnskapene og vurderingene seg hele tiden og dermed også rådene om hva som var det riktige å gjøre. Eksempelvis gikk myndighetene først ut med informasjon om å holde seg hjemme syv dager etter at sykdommen brøt ut. Dette var også budskapet i husstandsbrosjyren. Senere endret dette seg til 24 timer etter at en var feberfri og hvis en for øvrig følte seg frisk.

### **Pandemitelefonen**

Mange av dem som ringte inn til pandemitelefonen hadde medisinske eller helsefaglige spørsmål som gikk ut over den kompetansen de som satt og svarte hadde, og ofte var det nødvendig å vise videre til fastlegen i slike tilfeller.<sup>288</sup> Samtidig kan det være vanskelig å komme gjennom på telefon hos fastlegen, og en pandemitelefon kan derfor være nyttig for å få noen å prate med. En viktig effekt av telefonen var at den kunne bidra til å berolige folk, og dette ble oppnådd i stor grad, mente de som betjente telefonen. Særlig ringte mange gravide som var engstelige.

## **17.10.4. Kommunikasjon med viktige målgrupper under pandemien**

### **Kommunikasjon med helsesektoren og andre myndigheter**

Kommunikasjonen med ulike deler av helsesektoren lyktes etter DSBs oppfatning i varierende grad. En stor utfordring var samordning av informasjon til alle i helse-Norge, til fastleger, sykehus, institusjoner m.m.

En kommunelege uttrykte i samtale med DSB sin frustrasjon over at det var så vanskelig å få klarhet i hva som var den til enhver tid gjeldende status fordi det var så mye informasjon å forholde seg til. Ofte var det nødvendig å oppsøke mange kilder for å være sikker på at en hadde fått med seg det siste i saken (situasjonsrapporter, e-poster, pandemi.no, fhi.no osv.). Vedkommende mente også at pandemi.no ofte ikke var godt nok oppdatert.<sup>289</sup>

Noe av det samme kom til uttrykk gjennom samtale med en ansatt ved et større sykehus: Det var til tider for mye informasjon fra Helsedirektoratet og FHI. Det var mye repetisjon av samme informasjon og mange vedlegg. Vedkommende følte at det var nødvendig å lese alt for å være sikker på at de fikk med seg det lille nye. Dette burde være mer rasjonelt og funksjonelt lagt opp, mente de.

### **Kommunikasjon med befolkningen**

Den generelle befolkningen var en av de viktigste målgruppene for helsemyndighetene.<sup>290</sup> Men hvem er befolkningen? Befolkningen er ikke en ensartet gruppe som en kan gå ut til med samme informasjon og budskap eller som kan nås gjennom en kanal.

Ved kriser ser vi at det er noen grupper som spesielt er utfordrende, enten fordi de er overrepresentert blant de som rammes, eller fordi de er spesielt vanskelige å nå frem til gjennom vanlige informasjonskanaler og tiltak. Slike grupper kan være eldre, ungdom, innvandrergupper og risikogruppene.

<sup>288</sup> Helsedirektoratets evaluering av pandemitelefonen, april 2010

<sup>289</sup> Utvidet samarbeidsgruppemøte, 14. juni 2010

<sup>290</sup> Møte med FHI, 17. juni 2010



Vanligvis er **eldre mennesker** blant de gruppene som rammes hardest under en influensa. Dette var ikke tilfellet her, men kommunikasjonen var vanskelig fordi mange eldre også har sykdommer som stod på listen for forhøyet risiko.

Helsemyndighetene hadde møter med representanter for denne gruppen, men det viste seg allikevel å bli utfordringer. I DSBs møter med pasientorganisasjonene ble det referert til heftige diskusjoner om eldre og pandemien, og det ble opplevd som problematisk at eldre ikke skulle prioriteres.

Det ble også nevnt av en av pasientorganisasjonene at det var mange urolige og engstelige i denne gruppen:

*”Det var særlig de eldre, - de følte seg ikke ivaretatt. De mente de fremdeles var i risikogruppen selv om de antakelig var immune. Jeg vet ikke om det ble kommunisert godt nok fra departementet (eller oss) for å berolige de eldre.”<sup>291</sup>*

**Innvandrergrupper** er en annen gruppe som det byr på utfordringer å kommunisere med under kriser. Et spesielt forhold var det faktum at dette dreide seg om en *svineinfluensa*, noe som viste seg å være en utfordring å håndtere i forhold til muslimer.

En annen utfordring er at noen innvandrergrupper er overrepresenterte blant enkelte risikogrupper. For eksempel er diabetes fire ganger så hyppig blant pakistanere og somaliere som i befolkningen ellers. Diabetesforbundet valgte å henvise til de britiske nettsidene for å nå blant annet denne gruppen og engelskspråklige som ikke snakker norsk.

Helsemyndighetene satte i verk flere egne tiltak for innvandrere. Det var møter med de største innvandrersorganisasjonene, og alle brosjyrer ble oversatt til flere språk. De gjorde også bruk av nettverk for å spre informasjonen, men i hvilken grad de nådde frem med informasjonen er uklart.

Samtidig som innvandrere i mindre grad nås gjennom tradisjonelle kanaler, er krisekommunikasjonen ofte tilpasset majoritetsbefolkningen. Gruppen kan nås best gjennom bruk av nettverk og ansikt-til-ansiktsinformasjon. Dette er en ressurskrevende form for kommunikasjon, og forutsetter innsats på forhånd. Tidligere pandemier har vist at minoritetsgrupper er mer utsatte enn andre grupper.<sup>292</sup> Selv om Helsedirektoratet og FHI var oppmerksom på utfordringen og iverksatte tiltak, er det tvilsomt om dette var tilstrekkelig.

**De utpekete risikogrupperne** var mer utsatt for å få komplikasjoner av influensaen enn normalbefolkningen.

DSB har i forbindelse med pandemigjennomgangen gjennomført telefonmøter med tre pasientorganisasjoner. Pasientorganisasjonene oppfattet stort sett informasjon fra myndighetene som god. De hadde jevnlig møter med myndighetene og andre organisasjoner der de fikk oppdatert førstehåndsinformasjon fra helsemyndighetene, samt samordnet informasjonen ut til medlemmene.<sup>293</sup>

Inntrykket er at organisasjonene stort sett mener at pandemi.no fungerte bra. I tillegg fikk de mer detaljert info tilpasset dem spesielt. Landsforeningen for hjerte- og lungesyke (LHL) mente at deres medlemmer ble godt ivaretatt innenfor dette, og la utdypende informasjon ved behov på egne nettsider.

---

<sup>291</sup> Møte med LHL, 15. september 2009

<sup>292</sup> Risikoperception og informationsbehov i flerkulturelle samfunn, med pandemi som utgangspunkt. Presentasjon ved Tønsbergkonferansen, 22. september 2009 av dosent Anna Olofsson, forskargruppen KRIHS, Institutionen för samhällsvetenskap, Mittuniversitetet i Sverige

<sup>293</sup> E-post Diabetesforbundet, 8. september 2009

Norges astma- og allergiforbund (NAAF) var mindre fornøyd med myndighetsinformasjonen.<sup>294</sup> De oppfattet at de kunne ha vært en positiv ressurs for helsemyndighetene, men at disse ikke utnyttet dette potensialet. NAAF hadde kunnet gi tilbakemelding på den informasjonen myndighetene lagde på kort tid, og følte at de kunne blitt brukt mer av Helsedirektoratet og FHI.

Kommunikatørene hos myndighetene forsto i følge enkelte av pasientorganisasjonene ikke godt nok hvordan budskap tolkes av brukerne. NAAF var også kritisk til at det ikke ble gitt god nok informasjon til legene slik at disse kunne prioritere risikogruppene riktig. Pandemi.no var ikke lagt opp godt nok i forhold til disse spesielle brukergruppene og NAAF mente myndighetene var flinkere til å informere helsesektoren enn befolkningen: *”Vi måtte legge faglig info oppå det som lå på pandemi.no. Det er ikke logisk for en astmatiker å gå inn på pandemi.no for å føle seg trygg.”*

---

<sup>294</sup> Møte med Norges Astma- og allergiforbund (NAAF), 2. september 2009

## **Del III      Regionalt og lokalt nivå**

I del II har fokuset vært på statlige myndigheter og hvordan pandemien ble håndtert på departements- og etatsnivå. I denne delen av rapporten vil søkelyset være på pandemihåndteringen på regionalt og lokalt nivå. Perspektivet vil i stor grad være fylkesmennenes, helseforetakenes og kommunenes. På noen områder suppleres dette med opplysninger fra telefonmøter med pasientorganisasjoner.

Fremstillingen bygger i stor grad på to kilder: Den ene kilden er spørreundersøkelser som er gjennomført mot RHF-ene (fire av fire svarte), fylkesmennene (18 av 18 svarte) og kommunene (der 191 av 430 svarte). Den andre kilden er samtaler med helseforetak (to RHF og seks helseforetak/sykehus), fylkesmenn (tre stykker), og kommuner (14 stykker).

Summen av opplysninger er omfattende, men det må presiseres at beskrivelsene ikke nødvendigvis er gyldige for alle fylkesmenn, kommuner, RHF-er og helseforetak.

### **18.    Styring og koordinering**

Dette kapittelet handler om organiseringen av håndteringen av pandemien regionalt og lokalt. Sentralt står fylkesmennene og deres samspill med kommunene og helseforetakene. I denne sammenheng er planer, forberedelser, koordinering og rapportering viktig.

Nasjonal styring og organisering er omtalt i kapittel 7.

#### **18.1.    Fylkesmennene**

##### **18.1.1.    Planverk**

I henhold til *Overordnet nasjonal helse- og sosialberedskapsplan*<sup>295</sup> har fylkesmannen en samordningsfunksjon på regionalt nivå under kriser og katastrofer i fredstid.<sup>296</sup> Fylkesmannen med helsetilsynet i fylket, er helse- og sosialfaglig myndighetsorgan på fylkesnivå, og har en veilednings- og støttefunksjon i beredskapsarbeidet. I situasjoner der Helsedirektoratet er delegert ansvaret for overordnet koordinering av helsetjenestens innsats, slik det var under håndteringen av pandemien, skal fylkesmannen bistå Helsedirektoratet i krisehåndteringen.<sup>297</sup>

Fylkesmannens grunnlag for dette arbeidet vil først og fremst være egen overordnet kriseplan/beredskapsplan som igjen skal være tuftet på risiko- og sårbarhetsanalyse for fylket. I denne planen vil også fylkesmannens samordningsrolle være beskrevet. I tillegg pålegger smittevernloven fylkesmannen å utarbeide smittevernplan for fylket.<sup>298</sup>

Kvaliteten på fylkesmennenes beredskapsplanverk er varierende. Dette kom frem både i samtaler og gjennom spørreundersøkelsen DSB gjennomførte hos fylkesmennene. Flere foretok en gjennomgang og oppdatering av beredskapsplanverket i forbindelse med pandemien i tillegg til at de utarbeidet kontinuitetsplan for egen organisasjon. Flere av fylkesmennene har uttrykt at de så pandemihåndteringen som en god gjennomgang av planverk, organisering og koordinering internt i embetet, og at dette gav muligheter for evaluering og justering av planer i etterkant.

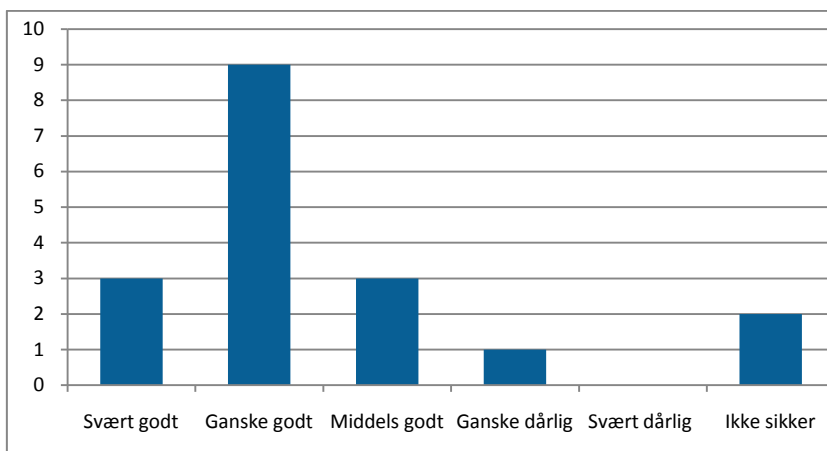
<sup>295</sup> Overordnet nasjonal helse- og beredskapsplan, versjon 1.0, 31. januar 2007, HOD

<sup>296</sup> Retningslinjer for regionalt samordningsansvar ved kriser og katastrofer i fred, fastsatt ved kgl.res av 12. desember 1997

<sup>297</sup> Overordnet nasjonal helse- og beredskapsplan, versjon 1.0, 31. januar 2007, HOD, s. 11-12

<sup>298</sup> Lov om vern mot smittsomme sykdommer, lov av 5. august 1994, nr. 55

DSBs spørreundersøkelse viste at planverkets kvalitet ble oppfattet noe ulikt.<sup>299</sup> Figur 9 viser at majoriteten av fylkesmennene opplevde at planverket var svært eller ganske godt, mens tre av fylkesmennene opplevde at planverket fungerte middels godt og én opplevde at planverket fungerte ganske dårlig.



Figur 9. Fylkesmennenes vurdering av planverket som støtte. Antall.

Gjennom samtaler/intervju var det flere av fylkesmennene som uttrykte at de var godt forberedt på pandemien med hensyn til planverk, at dette ble brukt aktivt under håndteringen, særlig i forbindelse med iverksetting av tiltak, og at selve håndteringen skjedde ut fra eksisterende planverk.

Flere av fylkesmennene uttrykte i tillegg at det var et godt samarbeid på tvers i organisasjonen, særlig mellom beredskapsavdelingen og helseavdelingen, og at planverket fremmet en utstrakt samhandling og koordinering av pandemihåndteringen. I tillegg til det ordinære beredskapsplanverket ble det også utarbeidet en egen kontinuitetsplan for organisasjonen.

I spørreundersøkelsen svarte videre et stort flertall av fylkesmennene (15 av 18) at de hadde utarbeidet en risiko- og sårbarhetsanalyse der pandemi var ett av scenarioene. I tillegg hadde hele 17 av 18 fylkesmenn arrangert eller deltatt på øvelse som har vært relevant for håndteringen av pandemien de siste tre årene. For øvrig svarte alle 18 fylkesmennene at de i stor eller i noen grad har hatt tilstrekkelige ressurser til å håndtere pandemien på en forsvarlig måte.

### 18.1.2. Rapportering og samordning

Fylkesmannen har et generelt samordningsansvar ved kriser og katastrofer i fred.<sup>300</sup> Ved spesielle hendelser vil også fylkesmannen kunne bli tillagt et fagansvar. Fra slutten av juli innhentet fylkesmannen ukentlig rapporter fra kommunene, behandlet disse og videresendte rapport til Helsedirektoratet, som igjen rapporterte videre til HOD.

Tidligere hadde fylkesmennene blitt bedt om å rapportere på status for pandemiberedskapen i kommunene. Slik rapportering ble innsendt allerede 30. april og det ble rapportert på nytt 22. juni.

<sup>299</sup> Spørreundersøkelse i regi av DSB sendt alle fylkesmennene, juni 2010

<sup>300</sup> Kgl.res. av 12. desember 1997, Retningslinjer for regionalt samordningsansvar ved kriser og katastrofer i fred

Helsedirektoratet oppsummerte situasjonen i kommunene i situasjonsrapporten til HOD 25. juni:

*”Helsedirektoratet har mottatt rapportering fra fylkesmennene angående pandemiplaner i kommunene pr. 22. juni 2009. Mange kommuner er nå ferdige med sine pandemiplaner/kontinuitetsplaner, men mye arbeid gjenstår fremdeles. Det har vært høy aktivitet på planleggingssiden i de aller fleste kommuner. Fylkesmennene antar at planleggingsarbeidet skal være ferdigstilt i løpet av høsten. Bevissthetsnivået på behovet for beredskapsforberedelser mot pandemisk influensa er høy. Fylkesberedskapsrådene er blitt tyngre involvert i arbeidet.*

*Helsedirektoratet ber fylkesmennene fortsette oppfølgingen mot kommunene.”<sup>301</sup>*

I tillegg ble det også etablert noe kontakt mellom fylkesmannen og DSB. Dette var ikke pålagt rapportering, men flere fylkesmenn sendte kopi av rapporten til Helsedirektoratet til DSB. DSB hadde på et tidlig tidspunkt bedt om referater fra møter i fylkesberedskapsrådet hvor pandemi og pandemiplanlegging var et tema.

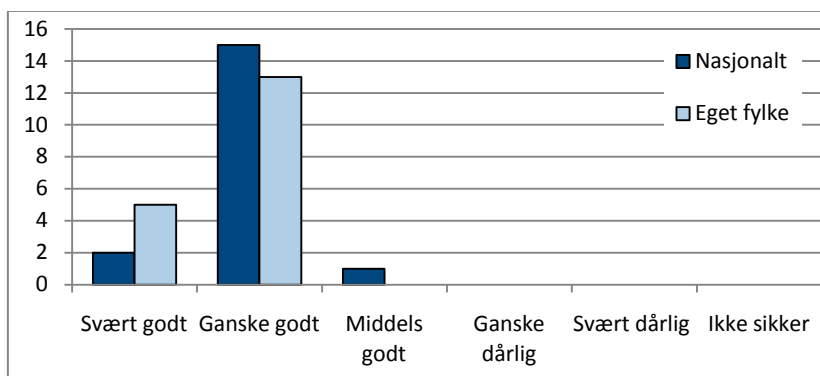
Selve håndteringen av pandemien skjedde i nært samarbeid mellom fylkesmannens beredskapsavdeling og helseavdeling. Ansvarsfordeling og rapporteringsansvaret var plassert ulikt hos den enkelte fylkesmann. I noen tilfeller var det beredskapsavdelingen med støtte fra helseavdelingen som hadde et overordnet ansvar for håndteringen av pandemien på regionalt nivå. I andre tilfeller var det omvendt.

For øvrig svarte hele 16 av 18 fylkesmenn i spørreundersøkelsen at dialogen mellom beredskapsavdelingen og helseavdelingen var svært god, to fylkesmenn svarte at dette fungerte ganske godt. Flere av fylkesmennene har uttrykt at pandemihåndteringen har styrket samarbeidet innad i embetet, og at det daglige samarbeidet i etterkant har blitt styrket.

### **18.1.3. Nasjonal og regional håndtering vurdert av fylkesmennene**

Spørreundersøkelsen til fylkesmennene hadde et oppsummerende spørsmål om hvordan de opplevde at den nasjonale håndteringen av pandemien fungerte totalt sett. Her svarte to av fylkesmennene at de nasjonale helsemyndighetene håndterte pandemien svært godt, mens hele 15 av 18 at de opplevde at pandemien ble håndtert ganske godt (jf. figur 10).

Bare én av fylkesmennene opplevde at pandemien ble håndtert middels godt. Det som trekkes frem av flere fylkesmenn som viktige faktorer for den gode håndteringen, er god informasjon fra sentrale helsemyndigheter ved utbruddet, jevnlig telefonmøter med Helsedirektoratet under håndteringen av pandemien, og at sentrale helsemyndigheter fremstod som handlekraftige.



Figur 10. Fylkesmennenes vurdering av pandemihåndteringen nasjonalt og i eget fylke. Antall

<sup>301</sup> Situasjonsrapport nr. 24, Helsedirektoratet, 25. juni 2009

Det som trekker ned sett fra fylkesmannens ståsted, er at de oppfatter rapporteringsregimet til Helsedirektoratet som noe for omfattende. Også helsemyndighetenes presentasjon av verstefallsscenarioet tidlig i pandemihåndteringen trekkes frem som negativt fordi dette skapte omfattende medieomtale og noe usikkerhet i befolkningen.

Fylkesmennenes vurdering av håndteringen i eget fylke er udelt positivt. Fem av fylkesmennene opplevde at pandemien ble håndtert svært godt og 13 mente det var en ganske god håndtering av pandemien i eget fylke. God og tidlig informasjon, gode rapporteringsrutiner, tidlig iverksetting av ulike tiltak og godt samarbeid og god dialog kommunene i mellom og vis-à-vis fylkesmannen blir pekt på av mange.

## **18.2. Kommunene**

For å kartlegge hvordan pandemien ble håndtert på lokalt nivå, har det blitt gjennomført samtaler med 14 kommuner. Disse ble valgt på bakgrunn av innspill fra fylkesmennene. Det ble lagt vekt på å plukke ut kommuner med erfaringer som kunne ha nasjonal interesse. Det ble gjennomført møter med kommuner i alle landsdeler og med ulik størrelse.

I tillegg ble det gjennomført en spørreundersøkelse. Det ble sendt elleve spørsmål (noen var to eller tredelt) til alle landets kommuner ved beredskapskoordinator/-ansvarlig der de ble bedt om å svare via questback-undersøkelse. Svarfristen var kort (18.-25. august), og det kom inn svar fra 191 kommuner, noe som ga en svarprosent på ca. 44. Selv om svarprosenten kunne vært noe høyere, gir dette likevel et godt bilde av hvordan en del forhold opplevdes fra kommunenes ståsted under pandemihåndteringen.

I henhold til lov om helsemessig og sosial beredskap har kommunene plikt til å utarbeide en beredskapsplan for helse- og sosialtjenester de er ansvarlig for.<sup>302</sup> I lovens forskrift står det at virksomheter som omfattes av loven ”skal gjennom risiko- og sårbarhetsanalyser skaffe oversikt over hendelser som kan føre til ekstraordinære belastninger for virksomheten”.<sup>303</sup> Forskriften nevner videre at beredskapsplanene skal omfatte prosedyrer for ressursdisponeringer og omlegging av drift ved blant annet eksterne hendelser som innebærer en ekstraordinær belastning, og at personell som er tiltenkt oppgaver i beredskapsplanen er øvet.

### **18.2.1. Planverk**

Under en pandemi vil en stor del av ansvaret for den operative håndteringen falle på det lokale nivået. Dette ansvaret er tuftet både på lov om helsemessig og sosial beredskap og smittevernloven og er også nevnt både i Den nasjonale pandemiplanen<sup>304</sup> og i *Overordnet nasjonal helse- og sosialberedskapsplan*. Kommunen er med dette en sentral ansvarlig aktør ved gjennomføring av ulike tiltak, informasjonsutveksling og rapportering, og ved behandling og vaksinerings. Dette ansvaret skal i henhold til lover og nasjonale planer være formalisert og forankret i kommunens beredskapsplaner.

I brev fra Helsedirektoratet til landets kommunehelsetjenester<sup>305</sup>, ble det sendt ut en midlertidig veileder i pandemiplanlegging<sup>306</sup>. I korte trekk inneholdt denne veilederen oversikt over lovgrunnlag og ansvar, kapitler om informasjon og kommunikasjon samt oppgaver under

<sup>302</sup> Lov om helsemessig og sosial beredskap, 23. juni 2000, nr. 56

<sup>303</sup> Forskrift om krav til beredskapsplanlegging og beredskapsarbeid mv. etter lov om helsemessig og sosial beredskap, nr 881, 23. juli 2001

<sup>304</sup> Nasjonal beredskapsplan for pandemisk influensa, versjon 3.0, 16. februar 2006, HOD

<sup>305</sup> Helsedirektoratet, brev av 30. april 2009, Utsendelse av midlertidige veiledere til helsetjenesten om pandemiplanlegging

<sup>306</sup> Pandemiplanlegging i kommunehelsetjenesten. Organisering, behandling, logistikk. Helsedirektoratet, midlertidig utgave, 26. april 2009

pandemiens forskjellige faser, organisering av helsepersonell, rapportering, pasientbehandling, smitteverntiltak og samordning med spesialisthelsetjenesten. I tillegg fulgte fylkesmannen i fylket opp den enkelte kommune med hensyn til utarbeidelse av pandemiplan, og at pandemiplanen var etablert enten som egen plan eller som en del av det øvrige beredskapsplanverket.

DSBs årlige kommuneundersøkelse for 2010, der 368 kommuner besvarte spørsmålene, viser at 95 prosent av kommunene har en smittevernplan og at 88 prosent av kommunene har en beredskapsplan for helsemessig og sosial beredskap.<sup>307</sup>

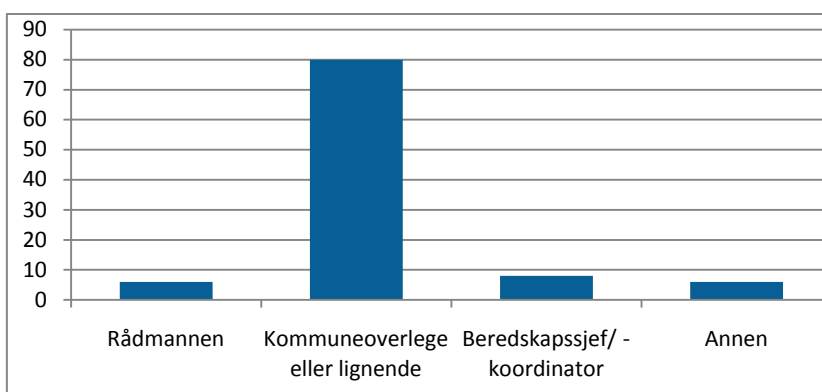
Videre viser denne undersøkelsen at 90 prosent av kommunene har gjennomført risiko- og sårbarhetsanalyse (ROS) på ett eller flere sektorområder i løpet av de siste fire årene, og at 49 prosent av kommunene har gjort dette innen sektorområdet ”helse- og sosialtjenester”. I tillegg viser kommuneundersøkelsen at 45 prosent av kommunene har gjennomført ROS knyttet til ”langvarig bortfall av arbeidskraft (pandemi)”<sup>308</sup>. 73 prosent av kommunene har gjennomført en sektorovergripende ROS i løpet av de siste fire årene, og 57 prosent av kommunene har beredskapsplaner for ”langvarig bortfall av arbeidskraft (pandemi)”.<sup>309</sup>

Når det gjelder øvelser, viser tallene fra kommuneundersøkelsen 2010 at 90 prosent av kommunene har gjennomført slike i løpet av de siste fire årene. På spørsmål om hva som var tema for den siste øvelsen, viste spørreundersøkelsen at 27 prosent av kommunen hadde ”helse- og sosialtjenester” som tema i 2009, mot 44 prosent i forrige undersøkelse fra 2008.<sup>310</sup> Denne nedgangen i øvelser der helse- og sosialtjenester har vært tema, kan ha en viss sammenheng med pandemien i 2009.

På spørsmål om hvilke hendelser som har medført at kommunen har satt krisestab/kriseledelse de siste fire årene, er det hendelser innen sektorområde ”helse- og sosialtjenester” som scorer høyest. 17 prosent av kommunene har i perioden 2006-2009 satt krisestab/kriseledelse i forbindelse med håndtering av en hendelse innen helse- og sosialtjenester.<sup>311</sup>

### 18.2.2. Håndtering på lokalt nivå

I spørreundersøkelsen om kommunenes håndtering av pandemien ble det stilt spørsmål om hvem som hadde den mest sentrale rollen i håndteringen. Her svarte 80 prosent av kommunene at det var kommuneoverlegen/smittevernlegen eller annet overordnet helsepersonell som hadde denne rollen. I de resterende 20 prosent av kommunene fordelte dette seg forholdsvis likt fordelt mellom rådmannen, beredskapssjef/beredskapskoordinator og andre funksjoner (jf. figur 11).



Figur 11. Den sentrale aktøren i håndteringen av pandemien i kommune. Prosent

<sup>307</sup> DSB, Kommuneundersøkelsen 2010, s. 28-29

<sup>308</sup> DSB, Kommuneundersøkelsen 2010, s. 23

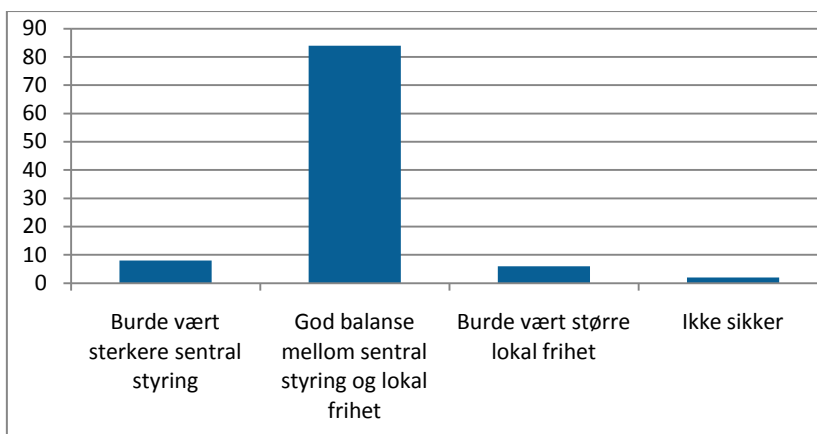
<sup>309</sup> DSB, Kommuneundersøkelsen 2010, s. 31-33

<sup>310</sup> DSB, Kommuneundersøkelsen 2010, s. 37-39

<sup>311</sup> DSB, Kommuneundersøkelsen 2010, s. 43-44

I samtalene i kommunene kom det frem at den kommunale håndteringen av pandemien i mange tilfeller ble gjennomført i nært samarbeid mellom flere funksjoner. Kommunelegen, smittevernlege eller annet overordnet helsepersonell hadde i de fleste tilfellene et overordnet ansvar for den faglige håndteringen, både med hensyn til gjennomføring av hygienetiltak og organisering av vaksineringsen.

Kommunelegen eller smittevernlegen hadde også i mange tilfeller ansvaret for rapporteringen til fylkesmannen, men dette var også en funksjon rådmannen, beredskapsansvarlig eller kommunalsjef hadde i flere kommuner, men da i et nært samarbeid med kommunelegen eller smittevernlegen. I samtalene var det mange kommuner som uttrykte at rapporteringen var et samarbeid som fungerte svært godt på tvers av avdelingene i kommunen.



Figur 12. Kommunenes vurdering av forholdet mellom sentral styring og lokal frihet i håndteringen av pandemien. Prosent

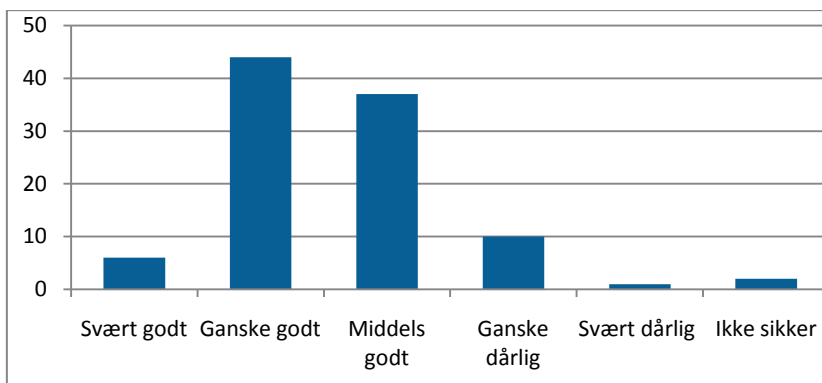
På spørsmål om hvordan kommunen vurderte forholdet mellom sentral styring og lokal frihet knyttet til håndteringen av pandemien totalt sett, svarte hele 84 prosent av kommunene at det var en god balanse på dette. De resterende 16 prosentene fordelte seg forholdsvis likt på at det burde vært en sterkere sentral styring, og at det burde vært en større lokal frihet.

I samtalene med kommunene var det flere som bekreftet dette inntrykket, og det ble uttrykt at kommunikasjonen med nasjonale og regionale helsemyndigheter var god. Kommunene opplevde i stor grad at de selv fikk fatte avgjørelser om organisering og håndtering av pandemien.

Det var likevel noen områder som kommunene mente at nasjonale myndigheter burde hatt mer styring på. Ett av disse var pris på vaksineringsen, jf. kapittel 12.6. Et annet punkt var at et ønske om flere maler for annonser og mer tilrettelagt informasjon. Bakgrunnen var todelt: Et ønske om mer konsistent informasjon til publikum, og ressurs hensyn.

Kommunene ble også spurt om hvordan de opplevde pandemihåndteringen totalt sett – både den nasjonale håndteringen og sin egen håndtering. Figur 13 viser at halvparten av kommunene opplevde den nasjonale håndteringen enten som svært god (seks prosent) eller ganske god (44 prosent). Én av ti kommuner opplevde den nasjonale håndteringen som ganske dårlig, mens én prosent mente den var svært dårlig.

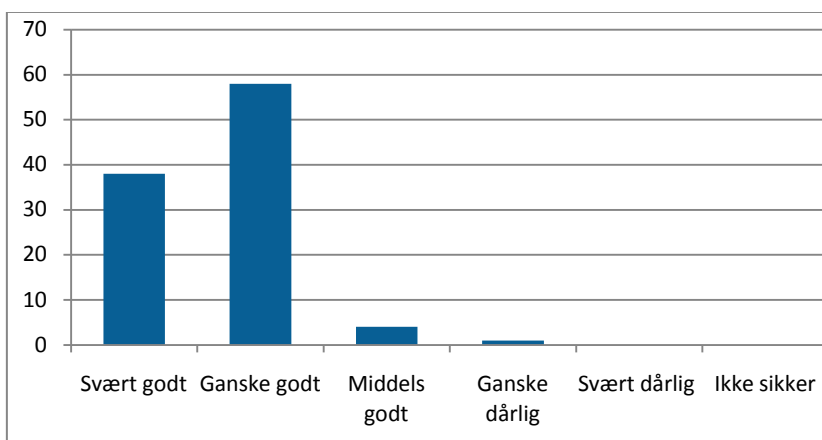




Figur 13. Kommunenes vurdering av den nasjonale håndteringen av pandemien totalt sett. Prosent

I samtalene med kommunene var det noen negative forhold ved den nasjonale pandemihåndteringen som gikk igjen. Dette var forhold som medførte unødvendig og ekstra ressursbruk for kommunene, for eksempel mye ukoordinert informasjon fra nasjonale og regionale helsemyndigheter samt krav under hele pandemihåndteringen om rapportering fra kommunens side tross status quo. Videre opplevde en del kommuner fordelingen av vaksiner som uheldig og til dels uforståelig og at de manglet tilstrekkelig informasjon om vaksinedistribusjonen. Det ble også pekt på at informasjonen omkring vaksineringen av risikogrupperne kunne vært bedre.

38 prosent av kommunene mente at de totalt sett håndterte pandemien svært godt, og 58 prosent mente de håndterte pandemien ganske godt. Kun én prosent av kommunene mente de hadde håndtert pandemien ganske dårlig (jf. figur 14). Denne opplevelsen samsvarer for øvrig ganske godt med den oppfatningen fylkesmennene hadde av den kommunale pandemihåndteringen.



Figur 14. Kommunenes vurdering av egen håndtering av pandemien totalt sett. Prosent

Dette bildet var også fremtredende i de samtalene som ble gjennomført i kommunene. Det ble jevnt over uttrykt stor tilfredshet med egen innsats i pandemihåndteringen. Flere kommuner pekte på at de hadde et godt planverk på plass, flere hadde gjennomført ROS der pandemi var ett av flere scenario, og flere hadde øvd og følte at de var godt forberedt på å håndtere hendelsen.

Til tross for at kommunene hadde valgt ulike modeller og organisering rundt vaksineringen av både risikogrupper og befolkningen for øvrig, var majoriteten av kommunene svært tilfreds med egen tilnærming, organisering og håndtering. Svært få av de kommunene det ble gjennomført møter med har gjort vesentlige endringer i det kommunale beredskapsplanverket i etterkant av pandemien, og få kommuner sier at de ved en annen anledning ville ha håndtert pandemien annerledes enn det de gjorde.

### **18.3. Helseforetakene**

I henhold til lov om helsemessig og sosial beredskap har de regionale helseforetakene (RHF-ene) og helseforetakene plikt til å utarbeide beredskapsplaner for de helsetjenestene de er ansvarlig for.<sup>312</sup> Videre heter det i *Overordnet nasjonal helse- og sosialberedskapsplan* at helseforetakene er ansvarlig for operativ krisehåndtering innenfor sitt område, og at helseforetakene har plikt til å samarbeide seg i mellom.<sup>313</sup>

I Pandemiplanen står det at spesialisthelsetjenesten vil ha en særlig rolle innen infeksjonsmedisin og medisinsk mikrobiologi, blant annet ved behandling av et stort antall pasienter og ved å analysere et stort antall mikrobiologiske prøver fra sykehus og fra kommunehelsetjenesten. Videre nevnes det i Pandemiplanen at spesialisthelsetjenesten vil være en viktig samarbeidspartner for den kommunale helsetjenesten.<sup>314</sup>

Med brev av 28. april 2009<sup>315</sup> fra Helsedirektoratet til landets RHF og helseforetak, ble det som nevnt foran sendt ut en foreløpig veileder for pandemiplanlegging i spesialisthelsetjenesten.<sup>316</sup> Denne veilederen inneholdt i korte trekk gjeldende lover, forskrifter og planverk, informasjon og kommunikasjonsprinsipper, beskrivelse av samordning mellom primær og spesialisthelsetjenesten, bemanning under en pandemi, smitteverntiltak, rapportering, vaksinerings, diagnostisering og behandling, samt forsyningssikkerhet. Ikke alle kapitlene var slutført, og det viste seg etter hvert at en del av de rådene som ble gitt på smittevernområdet samsvarte dårlig med myndighetenes oppfatning av hva som var nødvendig i forbindelse med ny influensa A (H1N1).

RHF-ene og helseforetakene hadde en sentral rolle under pandemien med hensyn til diagnostisering og behandling av syke, mobilisering og organisering av helsepersonell og vaksinerings av både pasienter og helsepersonell. I tillegg ble de pålagt oppgaver som samordning og samhandling, både innad i spesialisthelsetjenesten og utad med kommunehelsetjenesten, samt rapportering til Helsedirektoratet (foregikk i perioden 1. august til 30. november) og kommunikasjon med/varsling til FHI.

#### **18.3.1. Planverk og rapportering**

DSB har gjennomført en spørreundersøkelse til landets fire RHF-er om pandemihåndteringen.<sup>317</sup> På spørsmål om hvor godt eller dårlig egen pandemiplan fungerte som støtte for håndteringen av pandemien, ble det svart enten svært godt (ett RHF) eller ganske godt (tre RHF). Tre av RHF-ene har utarbeidet en risiko- og sårbarhetsanalyse som dekker pandemiscenario, mens alle fire RHF-ene hadde arrangert eller deltatt på øvelser de siste tre årene som har vært relevant for håndteringen av pandemien.

Både gjennom spørreundersøkelsen og under intervjuene kom det frem at flere av RHF-ene var opptatt av å kunne holde oppe ordinær drift i spesialisthelsetjenesten parallelt med pandemihåndteringen, med de utfordringene dette ga med hensyn til intensivbehandling og kapasitet, organisering og ressursbruk. I tillegg var det viktig for helseforetakene å kunne ha samarbeid med kommunehelsetjenesten vedrørende behandling og vaksinerings, samt med fylkesmennene vedrørende overvåking og rapportering av situasjonen.

<sup>312</sup> Lov om helsemessig og sosial beredskap, lov av 23. juni 2000, nr. 56

<sup>313</sup> Overordnet nasjonal helse- og beredskapsplan, versjon 1.0, 31. januar 2007, HOD, s. 12

<sup>314</sup> Nasjonal beredskapsplan for pandemisk influensa, versjon 3.0, 16. februar 2006, HOD, s. 15-16.

<sup>315</sup> Helsedirektoratet, brev av 28. april 2009, Utsendelse av veiledere til helsetjenesten som følge av mulig pandemisk situasjon

<sup>316</sup> Helsedirektoratet, Pandemiplanlegging i spesialisthelsetjenesten. Organisering, pasientmottak og behandling, utkast 27. april 2009.

<sup>317</sup> Spørreundersøkelse i regi av DSB sendt alle RHF-ene, juni 2010

På spørsmål til RHF-ene om hvordan de oppfattet at helseforetakenes pandemiplaner fungerte som støtte ved håndteringen av pandemien i regionene, svarte RHF-ene enten at dette fungerte svært godt eller ganske godt. Helseforetakene var godt forberedt med hensyn til både oppdaterte planer og rutiner, ressurser og kapasitet, eventuelt omfordeling av disse.

Under samtalene i helseforetakene kom det likevel frem at kriseplan/beredskapsplan, smittevernplan og pandemiplan ikke var godt nok avstemt. Spesielt gjaldt dette helseforetak som bestod av flere enheter/sykehus og som fikk ekstra utfordringer med koordinering. En del av planene ble endret og utviklet underveis, eksempelvis ulike verktøy, maler og rapporteringsrutiner. Dette skapte noe frustrasjon hos de beredskapsansvarlige i helseforetakene.

Flere av helseforetakene opplevde rapporteringen noe frustrerende. Den formelle rapporteringen var til RHF, men helseforetakene opplevde at både FHI og fylkesmannen (jf. helseavdelingen/fylkeslegen) ønsket rapporter for eksempel på behandling av smittede. Fylkesmannen var også kanal for informasjon fra helseforetakene til kommunelegene og vice versa.

Helseforetakene savnet gode maler og verktøy (jf. elektronisk melde- og rapporteringssystem) for bedre kommunikasjon og samhandling, både på nasjonalt og regionalt nivå.

#### **18.4. DSBs vurderinger**

Dette kapittelet omhandler styring og organisering av pandemihåndteringen i fylkene og kommunene. Alle aktører fremstår i de undersøkelsene og samtalene som er gjennomført som positive til egen innsats, og fylkesmennene gir gjennomgående også kommunene positive skussmål. Tilfredsheten med sentrale myndigheter er også stor, selv om det her er noen flere negative kommentarer.

DSB tror dette bildet til dels har sammenheng med den metoden som er brukt. Trolig er det vanskelig å få frem negative sider ved styring og organisering ved hjelp av spørreundersøkelser til aktørene selv. I tillegg må det understrekes at ny influensa A (H1N1) fikk et mildt forløp som ikke utfordret kommunenes og helseforetakenes kapasitet i særlig stor grad. Dette kunne fort ha blitt annerledes om sykdommen hadde vært mer alvorlig, og en hadde opplevd både mangel på arbeidskraft og stort press på helsetjenestene samtidig.

I en slik situasjon ville det ha vært stor fare for at de minste enhetene hadde blitt overbelastet, og i verste fall ikke hadde klart å styre og koordinere innsatsen som forutsatt. DSB mener at det er viktig at lovverket og Den nasjonale pandemiplanen tar høyde for at slike situasjoner kan oppstå.

Med den kommunestrukturen vi har i Norge blir fylkesmennenes rolle ved beredskap og krisehåndtering viktig. DSBs oppfatning er at fylkesmennene fylte rollen på en god måte i denne aktuelle situasjonen. Det kan imidlertid være grunn til å gjennomgå lov- og regelverk med sikte på å gjøre fylkesmannens rolle enda tydeligere og for å sikre at de har mulighet til å følge opp kommuner som får store problemer ved for eksempel en pandemi.

Det er også viktig at fylkesmennene fortsetter oppfølgingen av kommunenes pandemiplanlegging og utfordrer dem på spørsmålet om hvordan de hadde vært i stand til å håndtere en situasjon som var vesentlig mer alvorlig enn den som nå inntraff.

Etter DSBs mening er det også viktig at nasjonale og regionale myndigheter stimulerer og legger opp til mer interkommunalt samarbeid ved en krisehåndtering. Samtidig må kommunene selv fremme samarbeid og samordning på tvers av kommunegrensene. Ved et slikt samarbeid vil ressursbruken både i forbindelse med utarbeiding av planverk og ved selve pandemihåndteringen kunne effektiviseres, koordineres og organiseres bedre. Videre er det viktig å videreutvikle et koordinert samarbeid mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten i krisesituasjoner.

## 19. Kommunikasjon og informasjonsflyt

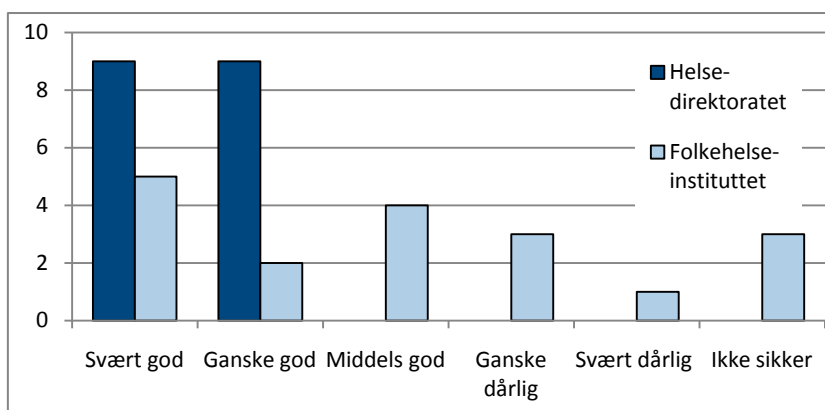
I dette kapittelet beskrives hvordan regionale og kommunale helsemyndigheter fikk informasjon om utviklingen av influensaen og råd og veiledning fra sentrale myndigheter, og hvordan det ble kommunisert og rapportert vertikalt.

På nasjonalt nivå er disse problemstillingene omtalt i kapitlene 7.7, 7.8 og 9.

### 19.1. Fylkesmannens dialog med nasjonalt og lokalt nivå

I spørreundersøkelsen til landets fylkesmenn ble det spurt hvordan fylkesmennene opplevde dialogen med sentrale helsemyndigheter. Her svarte åtte fylkesmenn at de opplevde at dialogen i stor grad var samordnet fra de sentrale helsemyndighetene, mens ti av fylkesmennene opplevde at denne dialogen i noen grad var samordnet. Noen fylkesmenn påpekte likevel at det var noe sprik mellom informasjonen fra Helsedirektoratet og FHI, og at noe av informasjon ble fremført gjennom flere kanaler.

Halvparten av fylkesmennene mente at dialogen med Helsedirektoratet var svært god, den andre halvparten mente den var ganske god (jf. figur 15). Flere av fylkesmennene fremhevet de jevnlig telefonmøtene mellom fylkesmennene og Helsedirektoratet som både effektive, nyttige, informative og avklarende med hensyn til situasjonsforståelsen. I tillegg mente 14 av 18 fylkesmenn at de underveis fikk rask og god avklaring på direkte spørsmål til Helsedirektoratet.



Figur 15. Fylkesmennenes vurdering av dialogen med Helsedirektoratet og FHI. Antall

Kommunikasjonen med FHI var ikke like god. Fem fylkesmenn opplyste at de opplevde dialogen som svært god, to svarte ganske god, fire svarte middels god, tre svarte ganske dårlig, én fylkesmann svarte svært dårlig, samt at tre fylkesmenn svarte at de ikke var sikker.

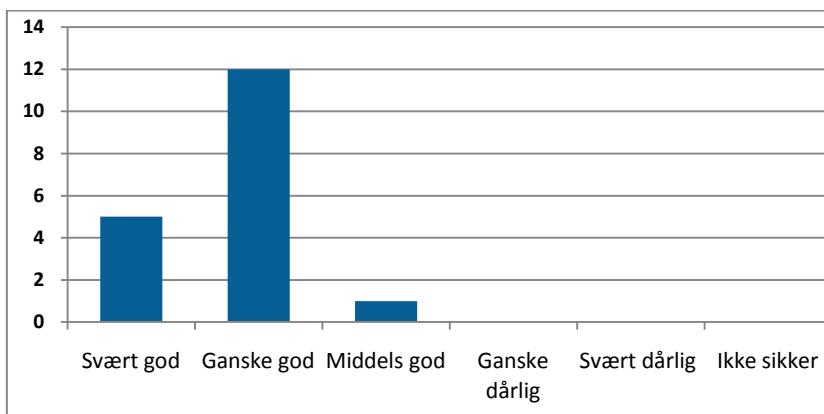
Flere fylkesmenn uttrykte i samtaler at de opplevde at FHI kjørte sitt eget løp også med hensyn til kommunikasjon og informasjon. Mens Helsedirektoratets informasjon gikk gjennom fylkesmannen, hadde FHI direkte kontakt med kommunene gjennom kommunelegene. Flere av fylkesmennene mente at de i større grad kunne ha vært brukt til å samle og videreformidle informasjon mellom FHI og kommunene. Spesielt gjaldt dette med hensyn til vaksinehåndteringen.

FHI var ikke var invitert til å delta på i telefonmøtene med fylkesmennene i regi av Helsedirektoratet. Dette var for øvrig et savn både for fylkesmennene og FHI. Noen fylkesmenn oppga at de gjerne skulle ha sett at også DSB deltok på noen av disse møtene.

Fylkesmennene kommuniserte med kommunene på flere måter. Mye av informasjonen til kommunene kom via fylkesmannen, enten gjennom beredskapsavdelingen hos fylkesmannen til beredskapsansvarlige i kommunen eller gjennom helseavdelingen hos fylkesmannen til kommunelegen. Flere av fylkesmennene hadde også jevnlig møter og /eller telefonmøter med kommunene under pandemihåndteringen. I tillegg brukte fylkesmennene i stor grad egne nettsider.

Figur 16 viser at fylkesmennene betegnet dialogen med kommunene under pandemihåndteringen som svært god (fem), ganske god (12) eller som middels god (én). For noen av fylkesmennene opplevdes rapporteringen som vanskelig fordi mange kommuner ikke la stor nok vekt på å rapportere etter de føringer og rutinene som var etablert.

Mange fylkesmenn opplevde at samordningskanalen mellom beredskapsavdelingen og de beredskapsansvarlige i kommunene fungerte bedre enn helsekanalen. Årsaken kan være at kanalen er mer etablert og hyppigere i bruk. Motsatt var det noen av fylkesmennene som opplevde kommunikasjonen mellom helseavdelingen og kommunelegen som noe problematisk. Dette var blant annet på grunn av den direkte kommunikasjonen som ble etablert mellom FHI og kommunelegene.



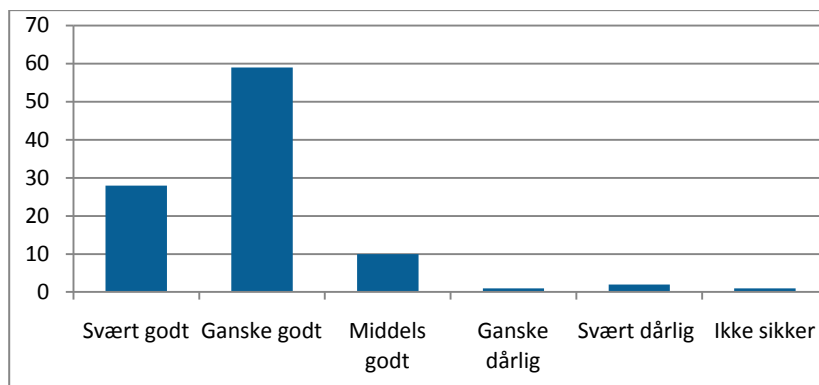
Figur 16. Fylkesmennenes vurdering av dialogen med kommunene i fylket. Antall

Kommunikasjon og koordinering mellom fylkesmann og helseforetak, i første rekke RHF, ble i varierende grad etablert. I noen fylker var det et godt samarbeid med deltakelse i hverandres møter og utveksling av rapporter.

## 19.2. Rapportering fra kommunene

I spørreundersøkelsen til fylkesmennene ble det spurt om vurderinger av rapporteringen mellom fylkesmannen og kommunene. Seks fylkesmenn betegnet denne rapporteringen som svært god, fem mente den var ganske god og syv sa den var middels god. Problemet for flere av fylkesmennene var for sen eller manglende rapporteringer, og de brukte mye ressurser på innhenting og purring av rapporter fra alle fylkets kommuner. Spesielt gjaldt dette i den siste fasen av pandemien da det var få eller ingen endringer i status i kommunene, og det trolig oppstod en viss rapporteringstrøtthet.

Mange av fylkesmennene pekte også på at kvaliteten på rapportene var sprikende, noe som flere mente skyldtes antallet spørsmål, og hva det ble spurt om. Flere av spørsmålene var av en slik karakter at det ofte var flere i kommunen som måtte bidra til utfyllingen av rapporten, for eksempel både rådmann, beredskapsansvarlig og kommunelege. Dette kompliserte prosessen og skapte noe forsinkelse i rapporteringssystemet.



Figur 17. Kommunenes vurdering av rapporteringen til fylkesmannen. Prosent

Kommunene ble spurt om det samme, altså hvor godt eller dårlig rapporteringen til fylkesmannen under pandemien fungerte. Her svarer nesten ni av ti kommuner at dette fungerte svært godt eller ganske godt. Kun to prosent av kommunen mente at dette fungerte svært dårlig (jf. figur 17). Sammenligner man tallene fra henholdsvis fylkesmannundersøkelsen og kommuneundersøkelsen, kan det virke som at kommunene var mer tilfreds enn fylkesmannen med denne rapporteringen.

Flere kommuner påpekte likevel både gjennom undersøkelsen og i samtaler at de opplevde at rapporteringen til tider var krevende. Dette gjaldt både hyppigheten på rapporteringen og spørsmålene. Spesielt var det en del mindre kommuner som følte et visst påtrykk fra fylkesmannen og mente at rapporteringshyppigheten kunne reduseres ettersom de opplevde status quo under deler av håndteringen. Flere kommuner mente at rutinene burde være slik at det kun ble meldt inn endringer eller forandringer av status, og at kommunen dermed burde slippe å melde inn samme skriftlige status uke etter uke. I perioder kunne slik rapportering oppleves unødvendig ressurskrevende for flere kommuner.

### 19.3. Informasjon til kommunene

Mye av den informasjonen som tilfløt kommunene ble til en viss grad bearbeidet og behandlet før den ble lagt ut på kommunens egne hjemmesider. I tillegg brukte de aller fleste kommunene ulike medier i lokalmiljøet. Fra kommunens side var det derfor viktig at informasjonen fra nasjonale og regionale myndigheter var både enhetlig, konsis og brukervennlig for at befolkningen som sluttbruker lett skulle kunne nyttiggjøre seg den.

Informasjonen fra sentrale og regionale helsemyndigheter til kommunene var omfattende, både med hensyn til hyppighet, kanalbruk og volum. I en spørreundersøkelse i regi av KS gjennomført 9. november 2009, ble det spurt om følgende: *Har kommunen i høst fått tilstrekkelig og god nok informasjon fra sentrale helsemyndigheter om influensapandemien og vaksinerings?*<sup>318</sup>

I undersøkelsen svarte 50 prosent av kommunene *Ja* til at de hadde fått tilstrekkelig god nok informasjon, 30 prosent svarte *Ja og nei*, og 20 prosent svarte *Nei* (jf. tabell 10). Ved vektning av svarene etter kommunenes folkemengde blir imidlertid bildet noe annerledes. 35 prosent svarte *ja* og 36 prosent svarte *nei* på hvorvidt de hatt fått tilstrekkelig og god nok informasjon. Små kommuner var altså mer tilfreds enn store ved denne delen av pandemihåndteringen fra myndighetenes side.

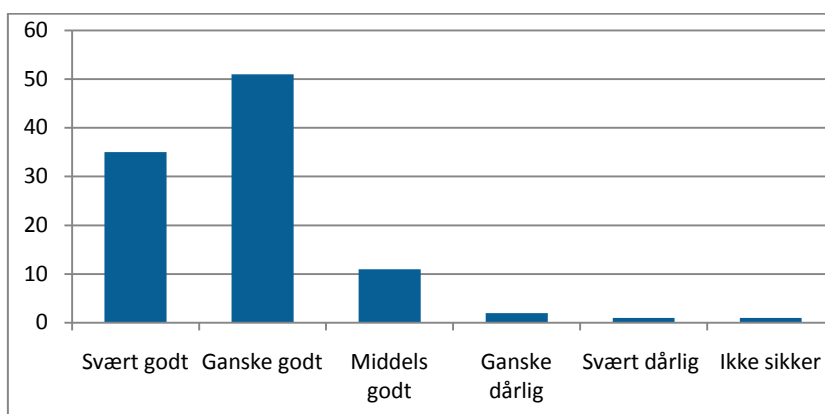
<sup>318</sup> Kommunesektorens interesse- og arbeidsgiverorganisasjon, Undersøkelse om pandemisk influensa, faktaark, 9. november 2009, 314 av 430 kommuner besvarte undersøkelsen (73 prosent)

Tabell 10. Kommunenes vurdering av informasjon fra sentrale helsemyndigheter om influensapandemien og vaksinerings (kilde: KS). Prosent

Svaralternativ	Antall kommuner	Svar vektet etter befolkning
JA	50 %	35 %
JA og NEI	30 %	30 %
NEI	20 %	36 %

I følge KS var det noen av kommunene som svarte *både ja og nei* fordi de opplevde at informasjonen om pandemien generelt var bra, men at det var mangelfull og motstridende informasjon om vaksinerings. Kommunene påpekte her at motstridende informasjon fra ulike sentrale myndigheter skapte et stort avklaringsbehov, noe som medførte ekstraarbeid for kommunene.

I DSBs spørreundersøkelsen gjort i kommunene, svarte 86 prosent at informasjonen fra fylkesmannen fungerte enten svært godt eller ganske godt. Kun tre prosent av kommunene som deltok i undersøkelsen mente denne fungerte enten ganske eller svært dårlig (jf. figur 18).



Figur 18. Kommunenes vurdering av informasjonen fra fylkesmannen. Prosent

I spørreundersøkelsen og under samtaler i kommunene kom det frem at informasjonen fra nasjonale helsemyndigheter til tider var noe dårlig koordinert og strukturert, og at kommunen kunne motta samme informasjon gjennom flere kanaler. I tillegg ble det nevnt at noe av informasjonen i flere tilfeller opplevdes som ubehandlet, og at den ikke alltid var like konsis. Dette medførte, i følge kommunene, et unødvendig stort volum av informasjon, noe som igjen medførte unødvendig ressursbruk og i visse tilfeller skapte en viss forvirring. Enkelte kommuner påpekte også at de mottok noe motstridende informasjon.

Noen kommuner ønsket informasjonskanaler i forbindelse med vaksinerings. Her opplevde enkelte kommuneleger at informasjon omkring vaksineringsråd og rutiner, for eksempel om hvem i risikogrupperne som skulle ha/ikke ha vaksine, kunne endre seg i løpet av timer. Denne informasjonen nådde ikke like raskt ut til de som fysisk satt og vaksinerte, noe som igjen skapte usikkerhet hva som var korrekt/adekvat pasientbehandling. Dermed ble dialogen mellom kommunehelsetjenesten og publikum satt på en del unødvendige prøvelser.

## **19.4. Informasjon til og fra helseforetakene**

I DSBs spørreundersøkelsen rettet mot RHF-ene ble det spurt om i hvilken grad de opplevde at rådene fra sentrale helsemyndigheter var samordnet under pandemihåndteringen. To av RHF-ene svarte i stor grad, ett svarte i noen grad og ett svarte at de i liten grad opplevde at rådene var samordnet. Av samtalene kom det frem at noen av RHF-ene mente at rolledelingen mellom Helsedirektoratet og FHI kunne vært bedre avklart, og at det i den tidlige fasen i pandemihåndteringen ble for mye enveiskommunikasjon fra helsemyndighetenes side.

Når det gjaldt dialogen med Helsedirektoratet, opplevde to av RHF-ene denne som svært god og de to andre opplevde dialogen som ganske god. Hyppige telefonmøter med rapportering og erfaringsutveksling ble her nevnt som en sentral positiv faktor.

Tre av RHF-ene opplevde dialogen med FHI som ganske god, mens ett RHF svarte at denne dialogen var middels god. Bakgrunnen for dette ble blant annet oppgitt å være at det var flere alternative kommunikasjonskanaler og noen ganger vanskelig å komme i kontakt med FHI. Samtidig ga flere RHF og helseforetak i samtalene med DSB uttrykk for at FHI ga gode faglige råd underveis.

Når det gjaldt dialogen med helseforetakene i regionen under håndteringen, svarte alle RHF-ene at de opplevde denne dialogen som svært god. Ett av RHF-ene understrekte dette ved å si at det var en regelmessig og presis dialog både med ledelse og fagmiljøet hos helseforetakene. Med hensyn til rapportering fra helseforetakene opplevde to av RHF-ene denne som svært god mens de to andre RHF-ene mente denne rapporteringen var ganske god. Her mente RHF-ene at det til tross for ressurskrevende rapporteringer, ble det etablert velfungerende og omforente gode rutiner mellom RHF-ene og helseforetakene.

Alle fire RHF-ene mente at samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten i regionen fungerte ganske godt. Flere helseforetak og kommuner etablerte gjensidige informasjonskanaler og deltok på hverandres statusmøter der det blant annet ble diskutert smitteverntiltak, behandling av smittede og vaksinerings. I flere av regionene var også fylkesmannen med i møter og var en viktig bidragsyter under samordningen og håndteringen av pandemien. Et av helseforetakene opplyste at det ble etablert en såkalt ”operativ samhandlingsgruppe” for bedre koordinering og håndtering av pandemien. I dette tilfellet ble kunnskap og informasjon som fylkesmannen tilegnet seg tatt med videre i møter med Helsedirektoratet og FHI. På denne måten ble situasjonsbildet samkjørt for hele fylket/regionen.

Helseforetak som er lokalisert til store kommuner hadde også fordeler av å kunne få gode løpende statusrapporter fra kommunehelsetjenesten med hensyn til utviklingen av epidemien. Disse oversiktene var naturlig nok raskere og mer treffsikre med hensyn til lokale/regionale forhold enn de som kom fra FHI.

## **19.5. Vurdering av sentrale myndigheters nettsider**

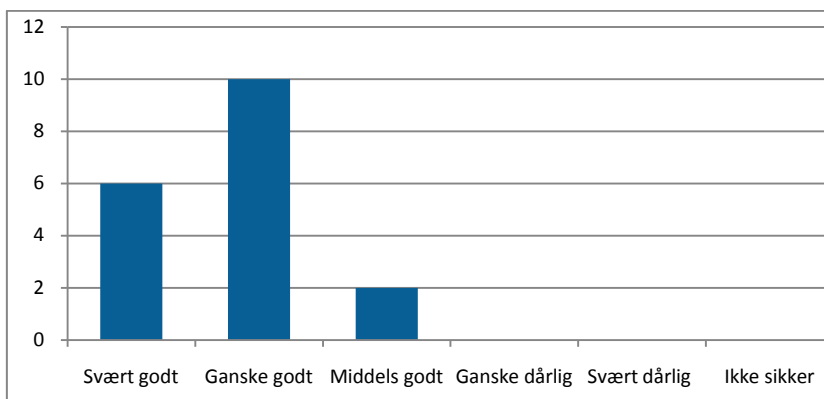
I undersøkelsene ble det spurt om hvordan respondentene opplevde pandemi.no under håndteringen av ny influensa A (H1N1). Av de fire RHF-ene svarte ett at nettsiden fungerte svært godt, to svarte ganske godt og ett RHF svarte at nettsiden fungerte middels godt. Kritikken fra RHF-ene gikk på at forsiden ikke alltid var oppdatert, og at det etter hvert ble store informasjonsmengder liggende på nettsiden, og at dette igjen gjorde det noe vanskelig å orientere seg på sidene.

I spørreundersøkelsen til fylkesmennene svarte seks (av 18) av at de opplevde nettsiden som svært god, ti mente den var ganske god og to av fylkesmennene opplevde nettsiden som middels god (jf. figur 19). Gjennom samtaler/intervjuer har det kommet frem at flere av fylkesmennene opplevde



nettsiden som nyttig. Dette gjaldt både med hensyn til at regionale og lokale myndigheter kontinuerlig holdt seg oppdatert om pandemien, og at pandemi.no fungerte svært bra som helsemyndighetenes informasjonskilde til befolkningen.

Mange av fylkesmennene opplevde at nettsiden var god på oppdatert informasjon og på de til enhver tid gjeldende retningslinjer. Det ble imidlertid pekt på at Helsedirektoratet ikke alltid var like flink til å ta vekk eldre nyheter og at den totale informasjonsmengden på nettsiden etter hvert ble noe voluminøs.

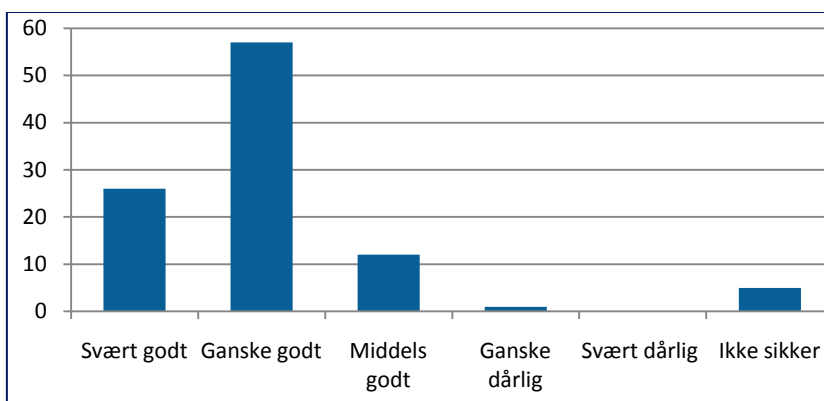


Figur 19. Fylkesmennenes vurdering av pandemi.no som informasjonskanal. Antall

Fylkesmennene ble for øvrig også spurt om de vurderte at rådene fra de sentrale helsemyndighetene til befolkningen under pandemien gjennom media og pandemi.no var samordnet. På dette svarte ni fylkesmenn at de vurderte at rådene i stor grad var samordnet, de andre ni svarte at rådene i noen grad var samordnet.

Det var likevel fylkesmenn som mente at noe av informasjonen til befolkningen ikke var like godt samordnet med fagmiljøene. En av fylkesmennene mente at Helsedirektoratet og FHI på et tidligere tidspunkt burde ha avklart hvem informasjonen på nettsidene var ment for, med andre ord definere mottaker for informasjonen på nettsidene tydeligere. Denne fylkesmannen mente at nettsiden til FHI burde konsentrere seg om informasjon til helsetjenesten og helsepersonell, mens Helsedirektoratet burde rendyrke informasjonen til den øvrige befolkningen.

I spørreundersøkelsen til kommunene ble det spurt om hvor godt eller dårlig pandemi.no fungerte som informasjonskanal under pandemien. Figur 20 viser at 83 prosent av kommunene svarte at de mente pandemi.no fungerte enten svært godt eller ganske godt. 12 prosent mente den fungerte bare middels godt, mens bare én prosent av kommunene mente nettsiden fungerte ganske dårlig.



Figur 20. Kommunenes vurdering av pandemi.no som informasjonskanal. Prosent

I samtaler DSB har hatt i en del kommuner kom det frem at mange av dem brukte pandemi.no aktivt under pandemihåndteringen ved at informasjon ble lagt ut på kommunenes egne nettsider eller det ble linket til nettstedet. Pandemi.no ble en viktig informasjonskilde for kommunens innbyggere og var i mange sammenhenger ressursbesparende for kommunen da mye informasjon var tilrettelagt for videreformidling.

Det kom for øvrig frem noe kritikk tilsvarende det som kom fra noen av fylkesmennene. Denne gikk ut på at det etter hvert ble store informasjonsmengder på nettsiden da gamle nyheter og informasjon ikke ble tatt vekk, noe som igjen skapte noe uoversiktlig for brukerne.

RHF-ene ble i spørreundersøkelsen spurt om hvor godt eller dårlig fhi.no fungerte som informasjonskanal under pandemien. Her var svarene fra de fire RHF-ene sprikende. Ett av RHF-ene mente nettsiden fungerte svært godt, ett mente det fungerte ganske godt, ett mente det fungerte middels godt, og ett RHF mente at fhi.no fungerte ganske dårlig som informasjonskanal. Nettsiden ble av noen omtalt som uoversiktlig og vanskelig å orientere seg i.

Mange fylkesmenn og kommuner brukte også fhi.no aktivt under pandemihåndteringen og hentet ut relevant informasjon og gjorde seg bruk av utlagte maler. Dette gjaldt særlig fylkesmannens helseavdeling og kommunelegene. Noe av informasjonen som kommunene fant på fhi.no, ble lagt ut på egne nettsider. Flere av dem mente imidlertid at fhi.no etter hvert ble noe uoversiktlig på grunn av store mengder informasjon, og det var tidvis vanskelig å orientere seg om hvilke råd og retningslinjer som til enhver tid var gjeldende.

## **19.6. DSBs vurderinger**

En helhetlig overvåkning av situasjonen, velfungerende kommunikasjon og en etablert og åpen informasjonsflyt er sentrale forutsetninger for god krisehåndtering. Fylkesmannen vil være en sentral aktør med innrapportering fra kommunene, tett dialog med helseforetakene og med sammenstilte rapporteringer til nasjonale helsemyndigheter

Fra kommunenes side kan dagens rapporteringsregime oppfattes noe omfattende og rigid med krav til både utforming og hyppighet. Det er likevel en nødvendighet at gode og grundige rapporter tilflyter det regionale og nasjonale forvaltnings- og styringsnivået for at beslutninger og tiltak kan ha et så korrekt grunnlag som mulig. Det må likevel være en målsetning å unngå å belaste kommunene med for mye eller for omfattende rapporteringer. Maler og rutiner for rapporteringsomfang og hyppighet bør derfor gås igjennom med sikte på en forenkling.

Det bør også ses nærmere på kanaler for kontakt og kommunikasjon, informasjon og rapportering, helt fra det lokale nivået ved kommunene og opp til det nasjonale nivået ved departementene. Under pandemihåndteringen rapporterte kommunene til fylkesmannen, som igjen rapporterte til Helsedirektoratet. Helsedirektoratet rapporterte igjen til HOD.

Parallelt med dette ble det også etablert kommunikasjonskanaler mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten/helseforetakene. Helseforetakene rapporterte til RHF som igjen rapporterte til Helsedirektoratet. Ved siden av dette ble det etablerte et nettverk av både formelle og uformelle, planlagte og tilfeldige informasjonskanaler mellom de ulike nivåene. I tillegg var også andre aktører involvert. Til sammen kunne dette medføre massiv informasjonsflyt til tider og tilfeller med uklare rapporteringslinjer og kanaler.

Etter at ansvaret for sykehusene ble overført til staten og regionhelseforetakene opprettet, er det ikke lenger like naturlig at fylkesmannen er et kontaktpunkt for helseforetakene. For DSB kan det se ut til at samspillet mellom fylkesmannen og helseforetakene varierte en del fra fylke til fylke. For å sikre god samordning mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten kan det være viktig å ha et velfungerende samordningsledd som fylkesmannen.

Etter DSBs vurdering bør det opprettes et felles nettverksbasert rapporteringssystem der alle involverte på nasjonalt, regionalt og kommunalt nivå rapporterer kontinuerlig avhengig av iverksetting av tiltak, endringer av situasjonsbildet, håndtering osv. På denne måten vil for eksempel kommunene kunne rapportere endringer av status umiddelbart.

Videre vil fylkesmannen kunne innhente status for kommunene uavhengig av forhåndsbestemte rapporteringstidspunkt og vil kunne avlevere oppdaterte rapportere videre i systemet. Et slikt nettbasert rapporteringssystem vil også kunne bidra til at volumet av informasjon begrenses, dobbelrapportering vil kunne unngås og informasjonen kan bli bedre tilpasset mottaker/bruker.

De to viktigste sentrale aktørene, Helsedirektoratet og FHI, må ved fremtidig krisehåndtering legge større vekt på å samordne informasjonen til helsetjenestene. Etter DSBs oppfatning er det uheldig at fylkesmennene ikke har noen formell kanal for kommunikasjon med FHI i en pandemisk situasjon, og det bør vurderes nærmere hvordan dette kan løses bedre i fremtiden.

## 20. Vaksinerings

I dette kapittelet omtales kommunenes arbeid med å vaksinere befolkningen. De mer overordnede problemstillingene knyttet til vaksinasjonsstrategi, vaksineråd mv. er beskrevet i kapittel 12.

### 20.1. Innledning

For kommunene var vaksinerings den aktiviteten som fikk størst oppmerksomhet og krevde mest ressurser under håndteringen av pandemien. Det startet med vaksinerings av risikogrupper og helsepersonell for deretter å gå over til massevaksinerings. Både fylkesmennene og kommunene har gitt uttrykk for at kommunene jevnt over håndterte vaksinerings på en god måte, og at vaksinasjonsarbeidet i stor grad var preget av dugnadsånd.

I sitt vaksinasjonsarbeid var kommunene avhengige av bistand fra overordnede helsemyndigheter og også underlagt føringer fra disse myndighetene. Kommunene møtte ulike utfordringer i dette arbeidet, dels som en følge av samspillet med helsemyndighetene og dels som en følge av lokale forhold. Utfordringene var blant annet knyttet til distribusjon av vaksine, fastlegenes rolle og prissetting på vaksine, jf. nærmere omtale under.

I september 2010 var det registrert at 40 prosent av befolkningen hadde vaksinert seg mot influensa A. FHI anslår likevel at den reelle andelen er noe høyere, ca. 45 prosent, siden ikke alle vaksinasjoner ble registrert.<sup>319</sup> Andelen vaksinerte varierer en del mellom landsdeler og fylker.

Tabell 11. Andel registrerte pandemivaksinerte pr. 18. september 2010 (kilde: FHI). Prosent

Fylke	Andel	Fylke	Andel
Østfold	37	Rogaland	36
Akershus	40	Hordaland	44
Oslo	34	Sogn og Fjordane	49
Hedmark	41	Møre og Romsdal	47
Oppland	44	Sør-Trøndelag	40
Buskerud	38	Nord-Trøndelag	45
Vestfold	39	Nordland	47
Telemark	34	Troms	45
Aust-Agder	35	Finmark	42
Vest-Agder	32	<b>Totalt</b>	<b>40</b>

Tabell 11 viser at vaksinasjonsdekningen var størst på Vestlandet og i fylkene fra Nord-Trøndelag og nordover. Lavest vaksinasjonsdekning hadde Oslo og Sørlandet, inkludert Telemark. Vaksinasjonsstatistikken til FHI viser at det gjennomgående var en høyere andel som vaksinerte seg i små kommuner enn i store kommuner. I kommuner med færre enn 5 000 innbyggere var andelen registrerte vaksinerte i gjennomsnitt (veid gjennomsnitt) 47 prosent, mens den tilsvarende andelen for kommuner med flere enn 5 000 innbyggere var 39 prosent. Oversikt over vaksinasjonsandel i kommunene er illustrert i vedlegg A.

Tidspunktet for mottak av vaksine var sannsynligvis en viktig faktor. Innbyggernes interesse og motivasjon for å vaksinere seg var trolig størst i begynnelsen av vaksinasjonsperioden, da det fortsatt var betydelig usikkerhet om hvordan epidemien ville utvikle seg.

<sup>319</sup> E-post fra FHI til DSB, 24. september 2010

Leveranserekkefølgen og det faktum at minste pakning talte 500 vaksinedoser, gjorde at små kommuner i distriktene hadde relativt god tilgang på vaksiner på et tidlig tidspunkt, og dermed i mange tilfeller oppnådde god vaksinasjonsdekning.

Andre faktorer som kan være med på å forklare variasjonen i vaksinasjonsdekning, omfatter blant annet andelen av befolkningen med fremmedkulturell bakgrunn og lokal oppslutning eller skepsis. Det er ikke gjennomført noen nærmere analyse av effekten av slike faktorer på vaksinasjonsdekningen i denne gjennomgangen.

Et gjennomgående trekk var at unge voksne vaksinerte seg i mindre grad enn resten av befolkningen. Særlig var det en lav andel som vaksinerte seg i aldersgruppen 20-29 år. Et annet karakteristisk trekk var at menn vaksinerte seg i mindre grad enn kvinner.

## **20.2. Rammer og planer**

Kommunenes ansvar og rolle i forbindelse med vaksinering mot smittsomme sykdommer er forankret i ulike lover og planverk. Sentrale føringer er gitt i smittevernloven, Pandemiplanen, utkastet til *Veileder for pandemiplanlegging i kommunehelsetjenesten*<sup>320</sup> og en *Planveileder for massevaksinering mot pandemisk influensa i kommuner*.

Etter smittevernloven skal kommunene yte nødvendig smittevernhjelp til alle som bor, eller midlertidig oppholder seg i kommunen. Vaksinering er et sentralt tiltak innenfor smittevernet. Helsetjenesten i kommunene har plikt til å samarbeide med myndigheter som har oppgaver av betydning for aktuelle smitteverntiltak. Ved vaksinering er FHI og kommunelegene/smittevernlegene hovedsamarbeidspartnere.

Av smittevernloven fremgår det også at fylkesmannen skal ha særlig oppmerksomhet rettet mot allmennfarlige smittsomme sykdommer og holde Helsedirektoratet orientert om forholdene i fylket. Under en pandemi kan det være aktuelt å etablere fylkesmannens samordningsfunksjon.

I praksis var fylkesmennenes rolle i forbindelse med vaksineringen begrenset, og besto i hovedsak av å formidle informasjon fra Helsedirektoratet til kommunene og sammenstille rapporter fra kommunene som ble videresendt til direktoratet, jf. omtale under. I tillegg kontrollerte fylkesmennene at kommunene hadde planer for å håndtere pandemien, jf. omtale i kapittel 18.2. I enkelte tilfeller hadde også fylkesmennene en viss rolle i fordelingen av vaksiner. Den sentrale kommunikasjonen om vaksinering foregikk imidlertid direkte mellom FHI og kommunene.

Pandemiplanen beskriver den nasjonale organiseringen av massevaksinering, jf. omtale i kapittel 4.7. Av planen fremgår det at kommunen eller den smittevernansvarlige kommunelegen (kommunehelsetjenesten) har ansvar for vaksinering i egen kommune, og at det foreligger kommunale planer for dette. Kommunenes smittevernplaner skal beskrive organisering av vaksineringen.

Helsedirektoratet ga i slutten av april 2009 ut sin veileder for pandemiplanlegging i kommunehelsetjenesten. Hensikten var å støtte den enkelte kommune i utarbeidelsen av planverk for å møte utfordringene en pandemi vil innebære.

I begynnelsen av mai 2009 tilsendte FHI alle kommunene en planveileder for massevaksinering, jf. omtale i kapittel 12.3. Hensikten med veilederen var å bistå kommunene i planleggingen av vaksineringen<sup>321</sup>. Også i denne planen vektlegges det at kommunen som en del av sin

<sup>320</sup> Pandemiplanlegging i kommunehelsetjenesten. Veileder fra Helsedirektoratet, 2009

<sup>321</sup> Plan for massevaksinasjon mot pandemisk influensa i kommuner. Brev fra FHI til landets kommuner 6. mai 2009

smittevernberedskap skal ha en oppdatert pandemiplan hvor blant annet prosedyre for praktisk gjennomføring av massevaksinering skal inngå. Utkast til planveilederen ble brukt under øvelser ved regionale pandemikonferanser i 2007 og 2008.

Veilederen konkretiserer kommunenes ansvar og oppgaver i forbindelse med massevaksinering og er mer detaljert enn Helsedirektoratets veileder. Planveilederen fungerer som en mal for kommunenes egne pandemi-/vaksinasjonsplaner og beskriver ansvar og oppgaver i de ulike fasene fra planlegging til gjennomføring av massevaksinering, samt evaluering og revisjon av planverket i etterkant. Grensesnittet mellom FHI og kommunenes ansvar knyttet til distribusjon og oppbevaring av vaksiner, er også beskrevet i veilederen.

Alle kommunene som ble intervjuet i forbindelse med gjennomgangen, oppga å ha en eller annen form for pandemiplan inkludert plan for massevaksinering, men ikke alle kommunene hadde oppdatert sine planer ved pandemiens utbrudd. I en spørreundersøkelse gjennomført av KS i november 2009, svarte alle kommunene at de hadde utarbeidet en beredskapsplan for pandemi<sup>322</sup>. 14 prosent av kommunene oppga at de hadde justert tiltakene i planen i forbindelse med håndteringen av pandemien.

Et flertall av embetene oppga i spørreundersøkelsen til fylkesmennene at kommunenes planverk fungerte godt som støtte ved håndteringen av pandemien i kommunene i fylket. I følge noen av fylkesmennene var imidlertid planverket av ulik kvalitet. Fylkesmennene hadde bedre oversikt over omfanget av pandemiplaner enn over kvaliteten på planene.

Kommunene, og dermed politisk og administrativ ledelse i kommunene, har ansvar for at en smittevernplan og pandemiplan foreligger, og iverksettelse av planverket når situasjonen tilsier det. I praksis blir dette ansvaret ofte overlatt til kommuneoverlegen eller smittevernlegen. Flere av de små kommunene i Norge har bare kommunelege eller smittevernlege på deltid, eller ikke i det hele tatt. Stillinger står også ubesatt i flere større kommuner. Enkelte av informantene har pekt på at det blir en særlig utfordring for slike kommuner å ivareta planverket og iverksettelse av dette.

Fem kommuner i Troms møtte denne utfordringen gjennom interkommunalt samarbeid<sup>323</sup>, blant annet ved å utarbeide en felles pandemiplan og ved å fordele vaksiner mellom kommunene. Av økonomiske årsaker er dette samarbeidet nå opphørt. For øvrig er det et inntrykk at det har vært lite interkommunalt samarbeid i landet i forbindelse med vaksineringen.

Forskriften om nasjonalt vaksinasjonsprogram som trådte i kraft 5. oktober 2009, ga også viktige føringer for kommunene vaksinasjonsarbeid, jf. nærmere omtale i kapittel 12.6.

### **20.3. Prioritering av vaksiner for risikogrupper**

I følge Den nasjonale pandemiplanen må vaksiner ved begrenset tilgang fordeles til prioriterte grupper. HOD fatter den endelige beslutningen om prioritering på vegne av regjeringen, basert på en samlet vurdering blant annet etter råd fra Helsedirektoratet og FHI. Kommunenes oversikter over antall personer i hver prioritetsgruppe skal oversendes FHI så snart som mulig etter at WHO har erklært at det foreligger en pandemi.

Det fremgår av FHIs planveileder for massevaksinasjon at kommunene i henhold til de nasjonale gruppeprioriteringene til enhver tid skal ha tilgjengelig en grundig og gjennomarbeidet og oppdatert prioriteringsliste knyttet til de ulike prioriterings- og vaksinasjonsscenarioene som kan oppstå.

<sup>322</sup> Undersøkelse om pandemisk influensa. Faktaark KS, 9. november 2009

<sup>323</sup> Interkommunalt samarbeid i Troms – håndtering av pandemien, presentasjon, kommunelege Aslak Hovda Lien og rådmann Arild Endal på Helseberedskapskonferansen 2009

FHI ba kommunene om tilbakemelding om antall personer i risikogrupper i brev 6. mai.<sup>324</sup> Fristen for tilbakemelding ble satt til 1. juni. Ikke alle kommunene leverte slik informasjon innen fristen, og det ble gjennomført purringer i august.

FHI offentliggjorde 17. september prioriteringsrekkefølge for vaksinerings, dvs. en oversikt over hvilke grupper som skulle vaksineres først når vaksinen kom.<sup>325</sup> Prioriteringsrekkefølgen var rett i forkant avklart med HOD etter at FHI levert rapport med anbefalt prioriteringsrekkefølge 16. september.<sup>326</sup>

Prioriteringsrekkefølgen gjaldt både for risikogrupper i befolkningen og helsepersonell. Risikogruppene i befolkningen omfattet gravide, personer med risiko for alvorlig sykdomsforløp i alderen 3-64 år og personer med risiko for alvorlig sykdomsforløp i alderen 65 år og eldre i prioritert rekkefølge. Blant helsepersonell skulle frontlinjepersonell, helse- og omsorgspersonell det kunne bli kritisk mangel på ved økt sykefravær, og annet helse- og omsorgspersonell prioriteres ved vaksinerings. Siden sykdommen ble ansett som overveiende mild, ble det ikke valgt å prioritere nøkkelpersonell i samfunnsviktige funksjoner.

I forbindelse med prioriteringsrekkefølgen var det en diskusjon om også andre grupper skulle prioriteres. Særlig gjaldt dette svinebønder, som flere steder ble prioritert på linje med andre risikogrupper selv om dette var mot helsemyndighetenes anbefaling. I flere tilfeller kunne vaksinerings av svinebønder foregå uten at dette gikk på bekostning av andre risikogrupper fordi tilgangen på vaksine lokalt var god. Men det var også tilfeller hvor en slik praksis var mer omstridt.

FHI påpeker i sin statusrapport 29. oktober<sup>327</sup> at det var uheldig at Helse Nord-Trøndelag hadde benyttet noe av vaksinen de hadde mottatt for å vaksinere helsepersonell og pasienter, til å vaksinere svinebønder fra distriktet. FHI fryktet at helsepersonell og pasienter av den grunn ville gå unødvendig lenge uvaksinert og mente også at praksisen undergravde den strenge prioriteringen som var gjort. Andre helseforetak eller kommuner kunne også få inntrykk av at de selv kunne omprioritere, og befolkningens tillitt kunne bli svekket.

I sin andre rapport om vaksinasjonsrekkefølge, datert 23. oktober<sup>328</sup>, anbefalte FHI å opprettholde prioriteringsrekkefølgen fra 17. september. Samtidig ble det anbefalt at også resten av befolkningen skulle få tilbud om vaksine, etter at alle i risikogruppene og helsepersonellet hadde fått slikt tilbud.

Av intervjuene med kommunene fremgår det at risikogruppene i praksis ble identifisert på ulike måter. I noen kommuner ble risikogruppene identifisert, innkalt og vaksinert av fastlegene. Et inntrykk er at dette særlig gjaldt små kommuner. I andre kommuner var opplegget at risikogrupper skulle møte opp til vaksinerings på eget initiativ etter annonsering i aviser. Med en slik praksis var det ikke til å unngå at noen urettmessig påberopte seg å tilhøre risikogruppen, særlig i den første fasen av vaksinerings. Enkelte steder hadde en mulighet til kontrollere dette, mens andre steder var det ikke en slik mulighet og en måtte stole på folk.

Enkelte kommuner har rapportert om utfordringer ved å identifisere risikogrupper, men inntrykket er likevel at kommunene opplevde problemet som håndterlig i denne situasjonen. Med en mer alvorlig pandemi kunne dette imidlertid ha forholdt seg annerledes. Pasientforeninger som organiserer en del av risikogruppene gir et annet bilde av hvordan vaksinerings av deres grupper fungerte i kommunene. Dette er beskrevet nærmere i kapittel 20.4.

---

<sup>324</sup> Plan for massevaksinasjon mot pandemisk influensa i kommuner. Brev fra FHI til landets kommuner 6. mai 2009

<sup>325</sup> Statusrapport om ny influensa A (H1N1), FHI, 17. september 2009

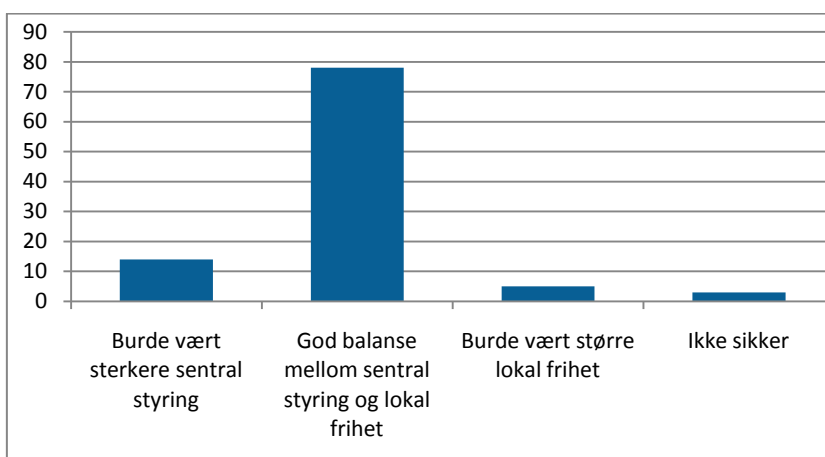
<sup>326</sup> Rapport om anbefalt rekkefølge for vaksinerings mot ny influensa A (H1N1), FHI, 16. september 2009

<sup>327</sup> Statusrapport om ny influensa A (H1N1), FHI, 29. oktober 2009

<sup>328</sup> Rapport nr 2 om vaksinasjonsrekkefølge, versjon 2, FHI, 23. oktober 2009

I spørreundersøkelsen til kommunene gjennomført av Synovate august 2010<sup>329</sup> ble det stilt spørsmål om forholdet mellom sentral styring og lokal frihet med hensyn til prioritering av hvilke grupper som skulle vaksineres først. Et stort flertall av kommunene er innforstått med de sterke sentrale føringene i utpeking av risikogrupper og fastsetting av prioriteringsrekkefølge.

Figur 21 viser at nær 80 prosent av kommunene mener det var god balanse mellom sentral styring og lokal frihet i prioriteringen av hvilke grupper som skulle vaksineres først, mens 14 prosent mener det burde vært sterkere sentral styring. Bare fem prosent av kommunene ønsker større lokal frihet på dette området.



Figur 21. Kommunenes vurdering av prioriteringsrekkefølge for vaksinerings. Prosent

#### 20.4. Pasientforeningenes vurdering av vaksinerings av risikogruppene

I forbindelse med gjennomgangen av håndteringen av pandemien har DSB gjennomført telefonmøter med Landsforeningen for hjerte- og lungesyke (LHL), Norges astma- og allergiforbund (NAAF) og Diabetesforbundet. Organisasjonene er i varierende grad kritisk til hvordan vaksinerings av risikogruppene ble gjennomført. Flere av dem peker på at de hadde et godt samarbeid med Helsedirektoratet og FHI på forhånd, men at de ikke lenger var i posisjon til å påvirke håndteringen da ansvaret i større grad gikk over til kommunene, det vil si ved oppstart av vaksinerings.

Alle de tre pasientorganisasjonene har fått mange reaksjoner og tilbakemeldinger fra medlemmer på forhold rundt vaksinerings som de opplevde som kritikkverdige. Dette går blant annet på at kommunene prioriterte andre enn dem som var prioritert av helsemyndighetene. Dette gjaldt ikke bare svinebønder, men også kommunalt ansatte, politiet o.a. Noen steder mener de at kommunene også gjorde egne tolkninger av føringene fra FHI og Helsedirektoratet. I tillegg pekes det på eksempler på dårlig informasjon og mangelfull organisering, og at det var forvirrende at vaksinerings kunne være helt ulikt organisert i nabokommuner. Likedan skapte det frustrasjon at noen kommuner kunne vaksinere hele befolkningen før andre hadde fått vaksine til de mest utsatte.

NAAF ga uttrykk for at håndteringen av vaksinerings gikk ut over tilliten til myndighetene:

*”Når man velger å prioritere at risikogruppene skal vaksineres først, men i praksis ikke greier å følge opp dette verken i informasjon eller logistikk så går det ut over tilliten.”*

<sup>329</sup> Se nærmere omtale i kap. 18.2



En viktig oppgave for myndighetenes kommunikasjon med befolkningen under kriser er å unngå at det skapes unødig uro. Flere av pasientorganisasjonene ga uttrykk for at det var mye bekymring og uro i risikogruppene, enten blant pasientene selv eller deres pårørende.

Uroen var også forårsaket av manglende prioriteringer i vaksineringsen. Det var spesielt mye frustrasjon over at de ble avvist når de kom for å vaksinere seg og når de oppfattet at kommunene ikke fulgte opp beslutningen om at risikogrupper skulle prioriteres ved vaksineringsen.

## **20.5. Distribusjon av vaksine**

Under håndteringen av pandemien var distribusjon av vaksiner til kommunene et område hvor det kom mye kritikk. Mange kommuner var misfornøyd med mangelfull informasjon og sene leveranser av vaksine.

Pandemiplanen tilsier at vaksinedistribusjonen under en pandemi skal organiseres sentralt fra FHI for å sikre fordeling etter kriteriene som er bestemt i planen. FHI har ansvar for innkjøp og distribusjon av vaksine til kommunene. Distribusjonen av vaksiner skal skje etter prosedyrene som er fastlagt i massevaksinasjonsplanene som er vedlegg til Pandemiplanen. Når kommunene har mottatt vaksinene, er det de som har ansvar for lagerhold og videre distribusjon<sup>330</sup>. Helsedirektoratet sto for distribusjon av sprøyter og spisser til bruk i vaksineringsen i kommunene.

FHI startet tidlig med planlegging av distribusjon av vaksine til kommunene, og fortsatte planleggingen frem mot det tidspunktet de første vaksinene kom til landet. Et viktig grunnlag for planleggingen av fordelingen av vaksiner til kommunene var antall personer i risikogruppene i hver kommune. Som nevnt over ba FHI kommunene om tilbakemelding om antall personer i slike grupper i begynnelsen av mai 2009.

Etter at første leveranse av vaksiner kom til landet 12. oktober, startet distribusjonen av vaksiner til de ulike landsdelene. FHI valgte en strategi om å sende ut vaksine fortløpende etter hvert som den ankom landet. Denne strategien medførte at de første leveransene av vaksine nådde kommunene så raskt som mulig, men førte også til at de færreste kommunene fikk dekket sitt behov ved første leveranse og til begrensninger i forutsigbarheten for kommunene om når leveransene kom, jf. nærmere omtale under.

En alternativ strategi ville være å bygge opp et lager av vaksine før den ble sendt ut, noe som ville innebære at kommunene fikk første leveranse av vaksine på et senere tidspunkt, men i større grad ville få dekket sitt behov ved første leveranse og få større forutsigbarhet.

De første vaksinene ble sendt til områder med lengst kjøreavstand fra lageret i Bærum. Leveranser gikk til Nord-, Midt- og Vest-Norge, samt Sørlandet, Oppland og Hedmark i uke 43, mens leveranser til resten av landet gikk ut i begynnelsen av uke 44.<sup>331</sup> Konsekvensen av denne leveranserekkefølgen var at enkelte kommuner i Nord-Norge fikk vaksine tre til fire dager før kommuner i mer sentrale strøk og bydeler i Oslo.

Kommunene fikk beskjed om at de ville bli varslet på e-post noen dager før mottak av vaksine.<sup>332</sup> De skulle i tillegg bli varslet nærmere om tidspunkt for levering av distributøren på leveringsdagen. FHI hadde valgt Europharma som distributør av vaksine til kommunene. Utkjøringen til kommunene foregikk i kjølebiler.

<sup>330</sup> Plan for massevaksinasjon mot pandemisk influensa i kommuner. Brev fra FHI til landets kommuner 6. mai 2009

<sup>331</sup> Rapport nr 2 om vaksinasjonsrekkefølge, versjon 2, FHI, 23. oktober 2009

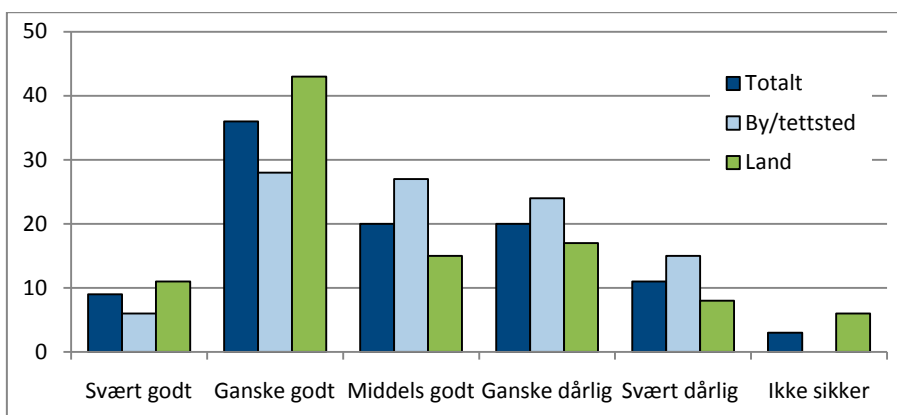
<sup>332</sup> Viktig informasjon om leveranser av vaksine mot ny influensa A (H1N1). Brev fra FHI til landets kommuner og helseforetak, 14. oktober 2009

Det at vaksine kom til landet i flere omganger, gjorde at det tok relativt lang tid før alle kommunene fikk dekket sitt vaksinebehov. I første omgang var det risikogrupperne som skulle vaksineres. Noen av de små kommunene fikk dekket sitt behov, både for risikogrupper og hele befolkningen, ved første vaksineleveranse siden minimumspakningen var på 500 doser. For andre kommuner tok det flere uker å få dekket sitt behov for å vaksinere risikogrupperne.

Begrensninger i kapasiteten hos distributøren og mangelfull informasjon til kommunene om omfang og tidspunkt for levering skapte frustrasjon i mange kommuner. I mange tilfeller kunne det være usikkerhet om tidspunkt for leveranse helt opp til rett før den kom. Den manglende forutsigbarheten kompliserte planleggingen for kommunene, både med hensyn til bemanning og opplegg for informasjon og annonsering. Enkelte kommuner annonserte vaksiner før de hadde fått vaksinen, og måtte avlyse vaksineringen da vaksinen ikke kom på forventet tidspunkt. De fleste kommunene ventet imidlertid med annonsering til de hadde vaksinen i hus.

Både fylkesmennene og kommunene vektla i intervjuer usikkerhet om omfang og tidspunkt for leveranser av vaksine som en stor utfordring for kommunenes håndtering av pandemien. I spørreundersøkelsen til fylkesmennene mener litt over halvparten av fylkesmennene at distribusjonen fungerte middels godt i eget fylke, mens en tredjedel mente den fungerte ganske dårlig. Ingen mente den fungerte ganske godt eller svært godt.

Selv om mange kommuner ga uttrykk for misnøye med informasjon om leveranser av vaksine, går det frem av spørreundersøkelsen til kommunene at deres vurderinger også varierer i stor grad. Figur 22 viser at i underkant av halvparten av kommunene mener informasjonen var god, ni prosent vurderer informasjonen som svært god og 36 prosent som ganske god. Nær en tredjedel av kommunene mener informasjonen om leveranser var dårlig, 20 prosent ganske dårlig og 11 prosent svært dårlig.



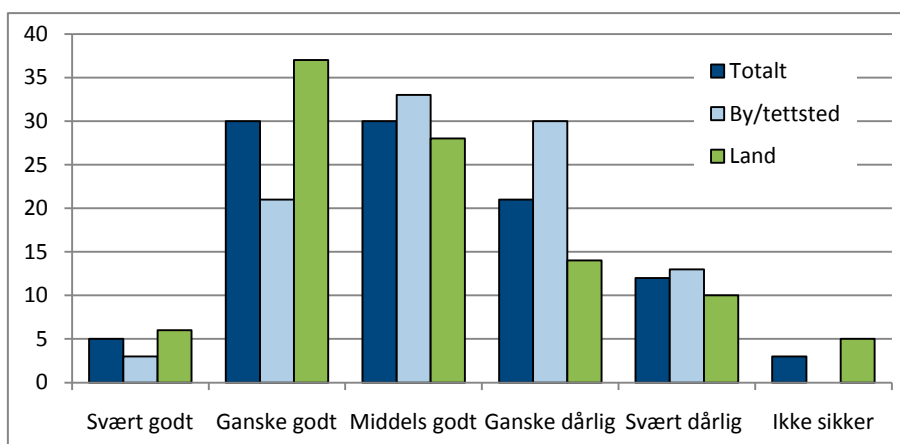
Figur 22. Kommunenes vurdering av informasjon om leveranser av vaksiner. Prosent

Landkommunene er mer fornøyd med informasjonen om leveranser av vaksiner enn by- og tettstedskommunene (bykommuner).<sup>333</sup> Over halvparten av landkommunene mener informasjonen var svært god eller ganske god, mens bare en tredjedel av bykommunene deler denne oppfatningen. Motsvarende mener ca. 40 prosent av bykommunene at informasjonen var ganske dårlig eller svært dårlig, mens bare 25 prosent av landkommunene mener det samme.

Spørreundersøkelsen viser også at kommunene på Østlandet og Sørlandet er mindre fornøyd med informasjonen enn kommunene i resten av landet. Nær halvparten av kommunene på Østlandet og Sørlandet mener informasjonen om leveranser av vaksiner var ganske dårlig eller svært dårlig, mens bare ca. en femtedel av kommunene i resten av landet har en slik vurdering.

<sup>333</sup> Kommunene er inndelt i by/tettsted og land ut fra kriterier knyttet til folketall og avstand mellom hus. Synovate har basert seg på kriterier fra Statistisk sentralbyrå

Vurdering av tidspunkter for leveranser av vaksiner spriker også mellom kommunene. Figur 23 under viser at i overkant av en tredjedel av kommunene gir uttrykk for å være fornøyd på dette området, mens ca. en tredjedel er misfornøyd med tidspunkt for leveranser.



Figur 23. Kommunenes vurdering av tidspunkter for leveranser av vaksiner. Prosent

Landkommunene er betydelig mer fornøyd med tidspunkter for leveranser av vaksiner enn bykommunene. Over 40 prosent av landkommunene gir uttrykk for å være fornøyd på dette området, mens bare ca. 25 prosent av bykommunene deler en slik vurdering. På den annen side gir over 40 prosent av bykommunene uttrykk for å være misfornøyd med tidspunkter for leveranser, mens tilsvarende andel for landkommunene er ca. 25 prosent. På dette spørsmålet er det også forskjeller mellom landsdelene. Spørreundersøkelsen viser at kommunene i Nord-Norge er mest fornøyd med tidspunktene for leveranser, mens kommunene på Østlandet er minst fornøyd.

Parallelt med vaksineleveransene til kommunene sendte direktør i FHI, Geir Stene Larsen, e-post til alle kommunene hvor han uttrykte forståelse for den merbelastningen som usikkerheten rundt leveransene skapte, og hvor han orienterte om status for vaksineleveranser til Norge og distribusjonen utover i landet og andre relevante forhold. Frekvensen av e-postene var størst i den første perioden av vaksineringen, men pågikk helt til slutten av februar 2010. Mange av kommunene har gitt uttrykk for at de satte pris på e-postene, som hadde en relativt personlig stil.

## 20.6. Organisering av vaksineringen

Pandemiplanen og planveilederen for massevaksinering gir føringer for hvordan massevaksineringen skal gjennomføres i kommunene. Selv om planene er relativt detaljerte, åpner de likevel for en viss fleksibilitet for kommunene når de skal organisere og gjennomføre dette arbeidet. Av forskriften om nasjonalt vaksinasjonsprogram fremgår det også at kommunene gis frihet til å organisere vaksineringen slik de finner det mest hensiktsmessig for å oppnå høyest mulig vaksinasjonsdekning. Erfaringene viser også at kommunene håndterte vaksineringen på ulike måter, blant annet med hensyn til lokalisering av vaksineringen, pris på vaksine og hvem som deltok i gjennomføringen.

### 20.6.1. Lokalisering

Av Pandemiplanen fremgår det at kommunene må vurdere om det er tilstrekkelig med ett vaksinasjonssted, eller om det er behov for flere. I praksis ble ulike løsninger valgt. Noen kommuner benyttet ett felles vaksinasjonssenter, mens andre kommuner benyttet flere vaksinasjonssteder. Noen kommuner vaksinerte elever og barn på respektive skoler og barnehager, mens disse gruppene i andre kommuner ble vaksinert på samme sted som resten av innbyggerne. Lokaler som ble brukt til vaksinerings, omfatter blant annet helsestasjoner, rådhus, idrettshaller, skoler, barnehager og andre offentlige kontorer.

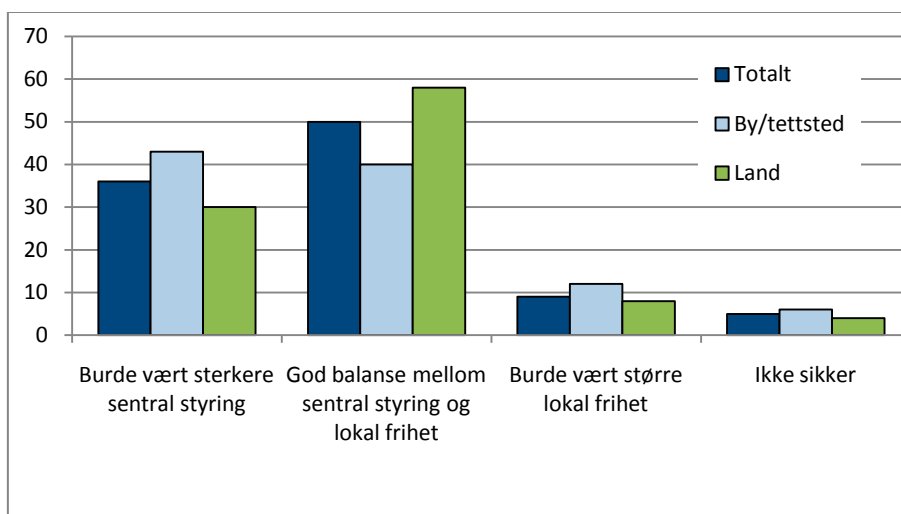
### 20.6.2. Pris og økonomi

Etter forskriften som trådte i kraft 5. oktober, var kommunene forpliktet til å tilby vaksinerings til kr. 50 pr. dose. Dette førte til protester fra kommuner og fastleger som argumenterte med at en slik pris ikke ville gi kostnadsdekning. Forskriften ble endret 15. oktober, og maksimaltaksten på 50 kr. opphevet. Det ble dermed opp til kommunene selv å fastsette prisen på vaksinerings.

Faktisk pris på vaksinerings varierte mellom kommunene. I mange kommuner tok fastlegene en høyere pris enn kommunen. Noen kommuner tilbød barn og unge gratis vaksinerings, mens andre tok lik pris for alle. De fleste kommunene tok 50 eller 100 kr. for vaksinerings, mens noen tok også en høyere pris enn 100 kr. Spørreundersøkelsen til KS viser at ca. 60 prosent av kommunene tok 50 kr. for vaksinerings, ca. 25 prosent tok 100 kr. og ca. 10 prosent tok over 100 kr. (mellom 100 og 150 kr.). Nær 5 prosent av kommunene tilbød gratis vaksinerings. Prisen for vaksinerings var gjennomgående høyere i store kommuner enn i små kommuner.

I intervjuene peker flere kommuner på at det var kritikkverdigg med en forskrift om maksimalpris på 50 kr, som senere ble trukket tilbake. Store prisforskjeller på vaksinerings mellom kommuner i samme område blir også vurdert som uheldigg. En uheldigg konsekvens av at fastlegene tok høyere pris enn kommunen, var at personer i risikogrupperne betalte mer for vaksinerings enn resten av innbyggerne, siden fastlegene i mange kommuner vaksinererte risikogrupperne. Det kan ikke utelukkes at andelen som vaksinererte seg ville blitt større med en felles lav pris for hele landet.

Kommunene spriker i oppfatningen om forholdet mellom sentral styring og lokal frihet i fastsetting av pris på vaksinerings. Figur 24 viser at halvparten av kommunene mener det var god balanse mellom sentral styring og lokal frihet, mens i overkant av en tredjedel av kommunene mener det burde vært sterkere sentral styring. I underkant av 10 prosent av kommunene mener det burde vært større lokal frihet i fastsetting av pris på vaksinerings.



Figur 24. Kommunenes vurdering av fastsetting av pris på vaksinerings. Prosent

På dette spørsmålet er det forskjell i vurderinger mellom bykommuner og landkommuner. Bykommunene er større tilhengere av sentral styring av pris på vaksinerings enn landkommunene. 43 prosent av bykommunene mener det burde vært sterkere sentral styring, mens 30 prosent av landkommunene oppgir dette alternativet.

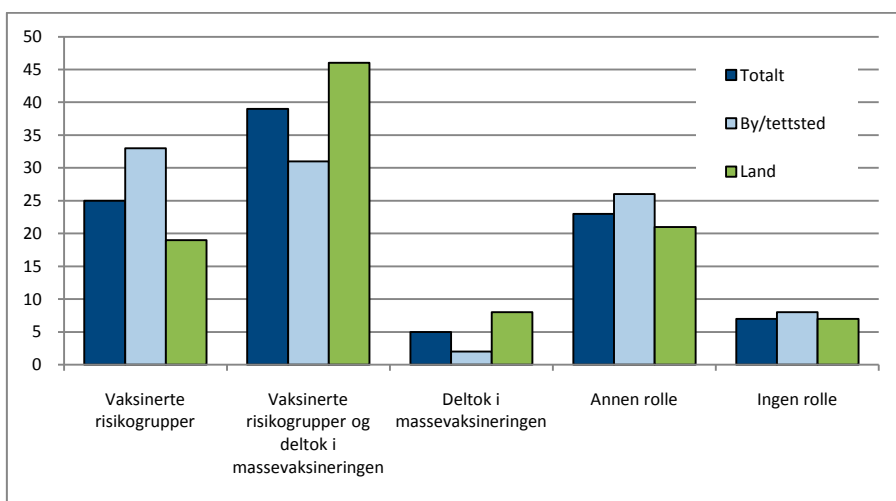
På den annen side er landkommunene mer tilbøyelige til å mene at det var en god balanse mellom sentral styring og lokal frihet. Nær 60 prosent av landkommunene gir uttrykk for en slik holdning i prisspørsmålet mot tilsvarende 40 prosent for bykommunene.

De økonomiske konsekvensene for kommunene av vaksineringsen er ikke analysert grundig i denne gjennomgangen. De største kostnadene for kommunene har vært knyttet til medgått arbeidstid i forbindelse med vaksineringsen. Et inntrykk fra intervjuene med kommunene er at de som har tatt 50 kr. for vaksinen, har fått et betydelig underskudd, mens de som har tatt 100 kr. for vaksineringsen, har oppnådd noe i nærheten av kostnadsdekning. Det er en utbredt oppfatning at fastlegene har tjent på vaksineringsen.

### 20.6.3. Aktører

Ulike aktører var involvert i vaksineringsen i kommunene. Kommunens eget helsepersonell hadde en sentral rolle. I tillegg deltok fastlegene i mange kommuner, særlig i vaksinerings av risikogrupper. I henhold til fastlegeforskriften<sup>334</sup> og avtale mellom KS og Den norske legeforening<sup>335</sup> er fastlegene en del av kommunehelsetjenesten. Frivillig innsats ble også benyttet i flere kommuner, for eksempel Røde Kors, sanitetsforeninger og pensjonerte kommuneansatte.

Figur 25 viser at i over to tredjedeler av kommunene deltok fastlegene i vaksineringsen, enten ved bare å vaksinere risikogrupper (25 prosent), bare å delta i massevaksineringsen (5 prosent) eller ved både å vaksinere risikogrupper og delta i massevaksineringsen (39 prosent). I tillegg oppgir nær en fjerdedel av kommunene at fastlegene hadde en annen rolle i vaksineringsen, men spørreundersøkelsen gir ikke informasjon om hva dette kan være.



Figur 25. Fastlegenes rolle ved vaksineringsen. Prosent

Figuren viser også at fastlegene i bykommunene i større grad bare vaksinerte risikogrupper, mens de i landkommunene i større grad også deltok i massevaksineringsen.

Enkelte kommuner har pekt på at kommunikasjonen med fastlegene har vært en utfordring ved vaksineringsen.

Fastlegenes pasientlister følger ikke nødvendigvis kommunegrensene. Dette medfører at en person med fastlege i en annen kommune enn sin egen kunne falle mellom to stoler dersom egen kommune benyttet fastlegekontorene til vaksinasjon, og den kommunen ens egen fastlege tilhørte, organiserte innsatsen uten bruk av fastlegene. Etter hva DSB kjenner til, var det ikke eksempler på at slike forhold medførte at noen ikke fikk vaksine.

<sup>334</sup> Forskrift om fastlegeordning i kommunene. Fastsatt av Sosial- og helsedepartementet, 14. april 2000

<sup>335</sup> ASA 4310 for perioden 2008 – 2010. Rammeavtale mellom KS og Den norske legeforening om allmennlegepraksis i fastlegeordningen i kommunene

#### 20.6.4. Registrering

Meldeplikt for pandemivaksineringsregisteret trådte i kraft 5. oktober 2009. Det eksisterende registreringssystemet SYSVAK og PANVAK som ble etablert spesielt for registrering av pandemivaksinering, ble benyttet. Inntrykket er at registrering ved hjelp av disse to systemene fungerte bra. Det var en utfordring at mange av fastlegene ikke ville registrere elektronisk og sendte inn papirskjemaer, noe som førte til forsinket registrering og større risiko for feilregistrering.

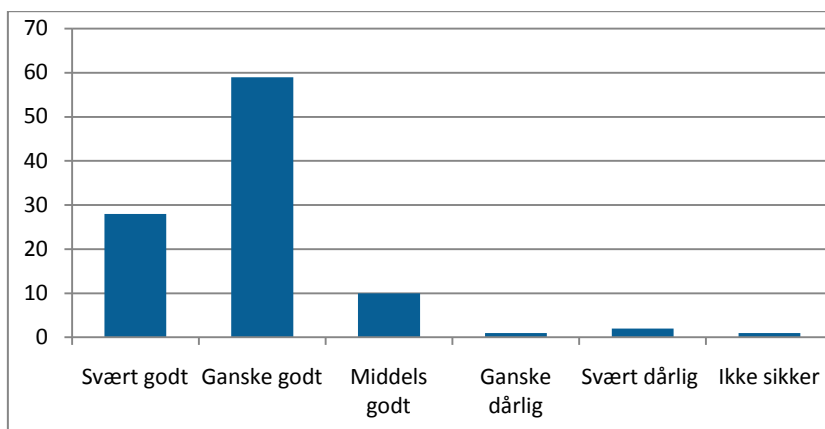
#### 20.7. Kommunikasjon og informasjon

Kommunikasjonen om vaksinerings foregikk primært mellom FHI og kommunene. En del av kommunenes rapportering til fylkesmennene, som ble sammenstilt og videresendt til Helsedirektoratet, omhandlet naturlig nok også vaksinerings, siden dette var den sentrale aktiviteten i kommunenes håndtering av pandemien.

For å bidra til at så mange som mulig vaksinerte seg, var kommunenes informasjon til innbyggerne av vesentlig betydning. Pandemiplanen vektlegger også utstrakt publikumsinformasjon fra kommunene ved vaksinerings. Ulike kanaler ble tatt i bruk, som lokalmedia, kommunenes nettsider og plakatoppslag. I lokalmedia fikk innbyggerne informasjon om vaksinerings både gjennom redaksjonelle innslag og annonser. FHI distribuerte maler kommunene kunne bruke i sitt informasjonsarbeid.

I intervjuene gir kommunene stort sett uttrykk for å være fornøyd med kommunikasjonene med FHI i forbindelse med vaksinerings. Nettstedene pandemi.no og fhi.no ble oppgitt som nyttige kilder for informasjon, og sistnevnte ble særlig brukt av kommunelegene. E-postbrevene fra direktøren, som er nærmere omtalt i kapittel 25.4, ble som nevnt godt mottatt i kommunene.

Spørreundersøkelsen til kommunene viser også at de var relativt godt fornøyd med dialogen med FHI i forbindelse med håndterings av pandemien.<sup>336</sup> Figur 26 viser at nær to tredjedeler av kommunene som ga en vurdering på dette spørsmålet, var svært godt eller ganske godt fornøyd med denne dialogen. I underkant av en tredjedel av kommunene var middels godt fornøyd med dialogen, mens et lite mindretall mente dialogen var dårlig.



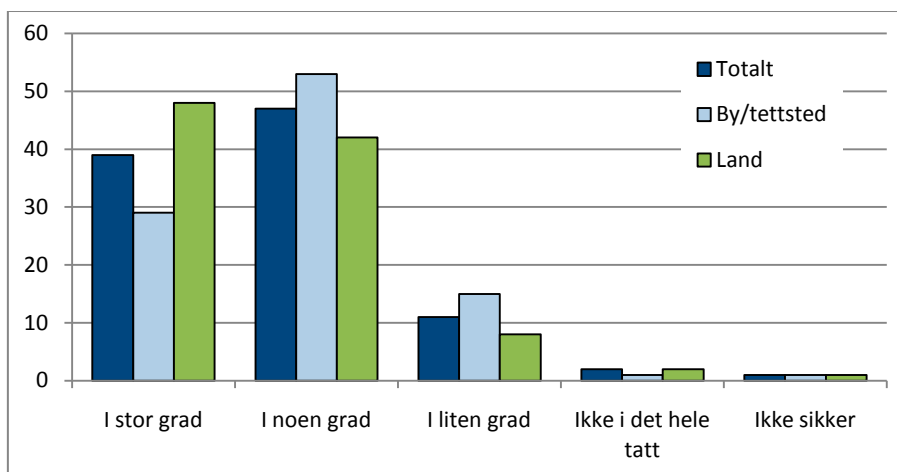
Figur 26. Kommunenes vurdering av dialogen med FHI. Prosent

<sup>336</sup> I vurderingen av disse resultatene er det viktig å være klar over at i de fleste kommunene er kontaktpersonen for undersøkelsen fra beredskapsmiljøet. Disse har sannsynligvis begrenset førstehånds erfaring fra dialogen med FHI, og det vil variere i hvilken grad de har hentet inn synspunkter fra helsesiden i kommunen når de har besvart spørsmålene. Den relativt høye andelen på 10 prosent som har svart "ikke sikker" på dette spørsmålet, må vurderes på denne bakgrunnen

Spørreundersøkelsen viser også at kommunene stort sett var fornøyd med rapporteringen til fylkesmennene i forbindelse med håndteringen av pandemien. Nær 90 prosent av kommunene oppgir at denne rapporteringen fungerte svært godt eller ganske godt. Det er grunn til å tro at kommunene her har vurdert kvaliteten på egen rapportering og ikke rapporteringsplikten og kravet til hyppighet på rapporteringene. Av intervjuene fremkommer det at mange kommuner mente at det måtte rapporteres for hyppig.

Sentrale myndigheter (FHI og Helsedirektoratet) utarbeidet ulike maler og tekster til bruk for kommunene i sitt informasjonsarbeid i forbindelse med vaksineringsen. Målsettingen var å bidra til forståelig og balansert informasjon for å få flest mulig til å vaksinere seg. Slikt materiale omfattet blant annet utkast til invitasjonsbrev til vaksineringsen, mal for annonse i lokalavis, tekstforslag til plakattoppslag, pressemelding og nettsak, samt mal for vaksinasjonskort. FHI sendte kommunene brev 16. oktober med opplysning om tilgjengelig informasjonsmateriell.<sup>337</sup>

De fleste kommunene benyttet forhåndsutformet informasjonsmateriale fra sentrale myndigheter i sitt eget informasjonsarbeid. Figur 27 viser at 39 prosent av kommunene benyttet slikt informasjonsmateriale i stor grad, mens 47 prosent oppgir at de benyttet det i noen grad. Bare i overkant av 10 prosent av kommunene oppgir at de brukte dette informasjonsmaterialet i liten grad eller ikke i det hele tatt.



Figur 27. Kommunenes bruk av informasjonsmateriale fra sentrale myndigheter. Prosent

Landkommunene benyttet informasjonsmaterialet fra de sentrale myndighetene i større grad enn bykommunene. Nær 50 prosent av landkommunene oppgir at de benyttet informasjonsmaterialet i stor grad, mens tilsvarende andel for bykommunene er i underkant av 30 prosent. På den annen side er det større andel bykommuner enn landkommuner som oppgir at de brukte materialet i noen grad og i liten grad.

## 20.8. DSBs vurderinger

Et hovedinntrykk fra gjennomgangen er at kommunene jevnt over håndterte vaksineringsen på en god måte, og at vaksinasjonsarbeidet i stor grad var preget av dugnadsånd. Både fylkesmennene og kommunene selv har gitt uttrykk for en slik vurdering. Kommunene møtte likevel ulike utfordringer i sitt vaksinasjonsarbeid, dels som en følge av samspillet med sentrale helsemyndighetene og dels som en følge av lokale forhold.

<sup>337</sup> Viktig informasjon til involverte i planlegging av vaksinasjon mot ny influensa A (H1N1). Brev fra FHI til landets kommuner og helseforetak, 16. oktober 2009

Som vist i kapittel 20.4 er pasientorganisasjonene langt mer kritiske til kommunenes innsats. Det er vanskelig å si hvor representativt det bildet de har fått gjennom meldinger fra medlemmer er. Dersom for eksempel én prosent er så misfornøyd at de klager, ville det i dette tilfellet kunne ha resultert i flere tusen henvendelser. Det er likevel viktig å ta hensyn til den kritikken pasientforeningene fremfører, blant annet fordi den synliggjør sårbarheter som en fra sentralt hold bør søke å minimere.

Kommunene løste oppgavene med vaksineringsen svært ulikt, og det var selvfølgelig noen som løste dem bedre enn andre. DSB har imidlertid ikke fått kjennskap til systematiske forskjeller som kan tilskrives spesielle bakgrunnsfaktorer. Små utkantkommuner har høyest vaksinasjonsdekning, men er også de som fikk vaksine først og i størst omfang. Mange av dem kunne vaksinere alle som ønsket det i én omgang. Sannsynligvis er det slik at forskjeller i vaksinasjonsdekning mellom kommuner i tillegg i større grad kan tilskrives ulikt engasjement hos de ansvarlige enn mer grunnleggende forhold.

### **20.8.1. Rammer og planer**

Mange av kommunene, særlig de små kommunene, har som omtalt bare kommunelege eller smittevernlege på deltid, eller ikke i det hele tatt. Dette representerer en utfordring siden det ofte i praksis er disse funksjonene som har ansvar for planverk og iverksetting av vaksineringsen.

Det bør vurderes hvordan sårbarheten i kommunehelsetjenesten kan reduseres ved en pandemi. Interkommunalt samarbeid er en av flere mulige løsninger. Fylkesmannen bør gis mulighet til å styre ressurser mellom kommunene og vis-à-vis spesialisthelsetjenesten i en krisesituasjon.

### **20.8.2. Prioritering av vaksine for risikogrupper**

Prioriterte grupper for vaksineringsen ble i praksis identifisert på ulike måter ved håndteringen av pandemien. I noen kommuner ble risikogrupperne identifisert av fastlegene, mens i andre kommuner ble de identifisert ved eget oppmøte etter annonsering. I de sistnevnte kommunene var det et visst innslag av påstått køsniking og uro i forbindelse med vaksineringsen.

På denne bakgrunnen bør det etableres et opplegg hvor de prioriterte grupperne identifiseres på en mer enhetlig måte i alle kommunene. Sannsynligvis vil dette innebære en sterkere involvering av fastlegene i alle kommunene. Systemer for uttrekk av fastlegenes pasientjournaler kan være en av flere mulige løsninger.

### **20.8.3. Distribusjon av vaksine**

Det er en utbredt oppfatning blant kommunene at sider ved distribusjonen av vaksiner ikke fungerte tilfredsstillende. Mangelfull informasjon om tidspunkt for leveranse og kvantum skapte problemer for kommunenes planlegging. I tillegg opplevde mange av kommunene at det tok relativt lang tid før de fikk vaksinen de hadde behov for. Det er flere årsaker til problemene med distribusjonen, men det er klart at det valgte opplegget med den innleide distributøren ikke fungerte godt nok. Det må likevel understrekes at nær halvparten av kommunene mente informasjonen var god. I overkant av en tredjedel var fornøyd med tidspunkt for leveranser, mens ca. en tredjedel var misfornøyd.

Det bør planlegges for et mer robust opplegg for distribusjon av vaksine slik at en står bedre rustet på dette området når neste pandemi inntreffer. Hvordan et slikt opplegg skal være i praksis, bør utredes nærmere. Alternativer kan være å benytte eksisterende distribusjonskanaler eller regionale fordelingspunkter. Ved innkjøp av distribusjonstjenester må det vektlegges å ha gode reserveløsninger for å unngå at uforutsette hendelser skal få for store konsekvenser for distribusjonen.

Strategien for prioritering av landsdeler og by- og distriktsområder bør også vurderes. Det kan diskuteres om det er viktigst at hele landet dekkes på kortest mulig tid, eller om det er viktigst å nå de mest folkerike områdene med størst potensial for smittespredning først.



#### **20.8.4. Pris og økonomi**

Pris på vaksinerings varierte mellom kommunene og også i mange tilfeller mellom fastlegene og kommunen. Det ble oppfattet som uheldig at helsemyndighetene først fastsatte en felles maksimalpris på vaksinerings for deretter å gå bort fra en slik bestemmelse etter protester.

Det bør planlegges et opplegg for prissetting som vektlegger at prisen skal være fastsatt god tid i forkant av vaksinerings, så langt det er hensiktsmessig lik pris for alle og en fornuftig kostnadsfordeling mellom stat og kommune. Hensynet til at flest mulig skal vaksineres seg, taler for en så lav pris som mulig.

#### **20.8.5. Fastlegenes rolle**

Bruken av fastlegene ved vaksinerings varierte i stor grad mellom kommunene. I noen kommuner deltok de både i vaksinerings av risikogrupper og massevaksinerings, i andre kommuner bare i vaksinerings av risikogrupper og i noen kommuner hadde de ingen rolle i vaksinerings.

Fastlegenes rolle som en del av kommunehelsetjenesten generelt må tydeliggjøres, og deres rolle ved vaksinerings i fremtidige pandemier må avklares. Det er mye som taler for at de i hvert fall bør ha en rolle knyttet til identifisering av risikogrupper og eventuelt også vaksinerings av disse. I tillegg bør det vurderes om det forhold at noen har i fastlege i annen kommune enn egen, kan skape problemer ved vaksinerings, slik at noen kan falle mellom to stoler og ikke få tilbud om vaksinerings.

Ved vurdering av fastlegenes rolle må en også ta hensyn til at de vil ha begrenset kapasitet til vaksinerings hvis mange blir syke som følge av en pandemi.

## 21. Forebygging og behandling

### 21.1. Kommunehelsetjenesten

En stor del av arbeidet med forebygging og behandling falt på kommunehelsetjenesten. Grove anslag i ettertid tyder på at rundt 900 000 personer har vært smittet av influensa A (H1N1) i Norge.<sup>338</sup> Av disse var totalt 1 319 innlagt på sykehus. Dette betyr at hovedvekten av konsultasjoner og behandling ble håndtert av kommunehelsetjenesten.

I løpet av de to sykdomsbølgene i Norge (uke 34-38 og uke 44-48) skyldtes henholdsvis 4-6 prosent og opp mot 15 prosent av alle legekonsultasjonene influensaliknende sykdom.<sup>339</sup>

Kommunehelsetjenesten dekket en rekke oppgaver: I en tidlig fase var formidling av råd om generelle hygienetiltak (hånd- og hostehygiene og isolering av syke) viktig, spesielt ved skoler og barnehager samt sykehjem og andre institusjoner. Kommunehelsetjenesten er også førstelinje for mottak av syke, og fikk dermed utfordringene knyttet til prøvetaking og diagnostikk, utskriving av legemidler, telefonrådgivning og generelle råd, videreformidling av sentrale helsemyndigheters anbefalinger, informasjon om rettigheter knyttet til sykdom og helse, videreformidling til spesialisthelsetjenesten og oppfølging i etterkant.

Fastlegene hadde i denne sammenheng en viktig rolle. Fastlegene har individuelle avtaler med kommunene, og deres rolle i håndteringen av en pandemi er i liten grad tatt inn i overordnet planverk. En stor andel kommuner hadde imidlertid planlagt med at fastlegene skulle delta i vaksinasjonsarbeidet og vaksinere risikogrupper. I en tidlig fase ble fastlegene også bedt om å identifisere egne pasienter som tilhørte risikogruppene og videreformidle dette til sentrale myndigheter.

Informasjonsbehovet i kommunehelsetjenesten var stort. Det gikk blant annet på diagnostiske kriterier, medikamentelle behandlingsindikasjoner, prøvetaking, kriterier for sykehusinnleggelse, egenmelding og rapportering og informasjonsflyt til og fra førstelinjen.

Fastlegene ble også i perioder nedringt av pasienter, og det var til tider vanskelig å nå frem på telefon. En av grunnene til det store påtrykket på telefon var at de personene som ringte pandemitelefonen, ble henvist til egen lege når det gjaldt spesifikke spørsmål knyttet til egen helse. Dette var med på å øke antall henvendelser.

Den norske legeforening spilte tidlig inn til Helsedirektoratet (27. juli) ulike tiltak som kunne bidra til å avlaste fastlegene og øke kapasiteten på fastlegekontorene. Tiltakene var blant annet:

- oppfordring til fastleger om å utvide sine åpningstider i en begrenset periode
- åpne regelverket for bruk av vikarer
- omprioritere fastlegens oppgaver
- utvidet bruk av egenmelding
- muliggjøre elektronisk uttrekk av risikopasienter (fra elektronisk pasientjournal, EPJ).

Viktige tiltak ble besluttet gjennomført 23. oktober da det blant annet ble åpnet for at flere leger kunne behandle pasienter fra samme fastlegepasientliste. Utvidet bruk av egenmelding ble anbefalt av Arbeids- og inkluderingsdepartementet og arbeidslivets parter samme dag.<sup>340</sup> Noen dager senere, 27. oktober ble det truffet formell beslutning om at leger kunne arbeide på kveld og natt i henhold til refusjonstariffen.

<sup>338</sup> Anslag gjort av FHI, statusrapport, 7. januar 2010

<sup>339</sup> Rapportering fra vaktårnlegene til FHI, statusrapport, 7. januar 2010

<sup>340</sup> Nyhet på regjeringen.no

Betaling for vaksinasjon: Vaksineforskriften som ble vedtatt 2. oktober regulerte både pris og registrering av vaksine. Forskriften kom på et tidspunkt da kommunene hadde kommet langt i sin planlegging av hvordan massevaksinasjon skulle gjennomføres, og forskriften medførte usikkerhet og uro i kommunehelsetjenesten. HOD uttalte: *”Det var aldri meningen at kommunene skulle sette bort vaksineringsen til fastlegene.”*<sup>341</sup>

Kommunehelsetjenesten møtte ytterligere utfordringer da sykdomstoppen inntraff samtidig med vaksinedistribusjonen (se også kapittel 20.5, 20.6 og 12.7).

Legevaktjenesten ble også vesentlig belastet i forbindelse med pandemien. I store kommuner spiller ofte legevakten en viktigere rolle enn i små, og mange pasienter ble diagnostisert der. Legevaktene kunne også bidra med informasjon om hvordan pandemien utviklet seg fra dag til dag. Ved Helse Bergen var informasjon fra og daglig kontakt med Bergen legevakt en vesentlig informasjonskilde som kunne gi en løpende oversikt over utviklingen av pandemien lokalt og gi sykehusene mulighet til å forberede seg på det påtrykket som kunne ventes.

I forbindelse med håndteringen av pandemien ble det i flere sammenhenger påpekt at fastlegenes kommunikasjonslinjer til regionale og nasjonale helsemyndigheter utgjør en utfordring. Helsedirektoratet måtte kommunisere via fylkesmennene og kommunelegene for å nå frem til fastlegene med viktig informasjon. I noen få tilfeller var kommunene avhengige av å benytte telefaks for å nå fastlegene med viktig kommunikasjon. Legeforeningen viser til at 90 prosent av landets fastleger kan nås med elektronisk kommunikasjon i en krisesituasjon, men per i dag er et slikt system ikke på plass.

*”Det har vært en gjenganger under epidemien at det ikke har foreligget et fastlegeregister til bruk for sentrale myndigheter (...) Helsedirektoratet jobber videre med å få på plass et slikt fastlegeregister som kan brukes til å formidle nødvendig myndighetsinformasjon.”*<sup>342</sup>

Kommunehelsetjenesten møtte svært ulike utfordringer, avhengig av størrelsen på kommunen, ressurser tilgjengelig og hvordan vaksinasjonen var planlagt gjennomført. Sitatene nedenfor er hentet fra DSBS intervjuer med kommuneansatte som hadde en sentral rolle i håndteringen av pandemien i egen kommune. Sitatene er ikke ment å være representative for hele kommune-Norge, men gir en smakebit av hvordan utfordringene ble oppfattet.

*”Sentrale myndigheter var ikke flinke nok til å melde til oss i kommunene info som kom på pressekonferansene. Jeg mener at direktører sentralt burde vært klokere i en innledende fase i forhold til kritikk mot kommunene. Vi var satt i en tilnærmet umulig planleggingssituasjon på grunn av sentrale føringer som ikke var tydelige nok, eller som kom veldig seint.”*

Infosjef i stor kommune

*”Da vi begynte vaksineringsen 22. oktober var det tilløp til panikk. Alle trodde det hastet med å bli vaksinert. Vi var ikke forberedt på så lange køer, og situasjonen var kaotisk. Media hadde hausset opp stemningen, og sentrale myndigheter hadde ikke akkurat dempet ned. Vi trodde vi hadde tenkt på alt, men parkeringsplass til 3000 biler hadde vi ikke!”*

Stor kommune

*”Dugnadsånden blant egne ansatte har vært helt fantastisk. Alle hadde stilt opp med godt humør! De fikk riktignok T-skjorte, lunsj og middag, men det var særdeles god stemning og vi er imponert over hvor villige alle var til å stille opp og gjøre andre oppgaver.”*

Stor kommune

<sup>341</sup> nrk.no, nyhetsinnslag på distriktsnyheter for Hedmark og Oppland

<sup>342</sup> Referat fra møte mellom Legeforeningen og Helsedirektoratet, 15. januar 2010

*”Vi fikk kjempegod hjelp av lokalavisa, de fulgte veldig bra opp. Samtidig reiste jeg rundt og la flygeblad i alle postkassene. Likevel var det vanskelig å få inn nok folk når vi plutselig hadde vaksiner. Da ringte jeg ordføreren, og han sendte SMS-varsling i sitt eget nettverk og ba folk tekste videre. Da ble vi kvitt alle vaksinene!”*

Kommunelege i liten kommune

*”Det hysteriet som var skapt, av fagpersonene og disse blålysgreiene i hodene deres, og den påfølgende redselen hos innbyggerne var det som ble vanskeligst å håndtere. Da dødsfallene kom, så skjedde det noe. De skapte utrygghet og uforutsigbarhet. Vi levde nok med stress under usikre forutsetninger.”*

Helsemedarbeider i middels stor kommune

*”Det mest frustrerende var at vi ikke visste når vi fikk vaksinen og hvor mye vi fikk. Det var så kaotisk – folk trodde de kom til å dø. Dette var de folkene vi møtte i vaksinasjonskøen”.*

Helsemedarbeider i middels stor kommune

*”Noen ved et skrivebord nede i Oslo hadde funnet ut at alle fastlegene skulle hente inn sine risikogrupper. Det ville jo aldri gå. Vi annonserte i avisa: Vi starter med følgende grupper – på legesenteret fra kl. 16.00 og utover kvelden. Så stilte alle opp. Vi hadde nesten nok til alle i første runde med tilsendt vaksine.”*

Kommunelege i liten kommune

*”Folk trodde de skulle dø, og det var svartedauen som kom. Vi hadde ikke kølappsystem, og det fungerte dårlig. Folk sneik, og det ble mye bråk. Neste gang hadde vi kølapper.”*

Kommunelege i liten kommune

*”Sentrale myndigheter valgte en strategi som heter krisemaksimering – da fanger man alle som er. De må være klar over hvilke konsekvenser det får. De har druknet hele helsetjenesten. Særlig eldre personer har hatt mange bekymringer. I ettertid så er det lett å si det gikk fint, det var ikke så farlig. Men pressen blåste dette opp, de må lære at pressen elsker drama. De burde snakke mindre om worst-case scenario, og heller fremheve forventet forløp. Det var en mild sykdom – vi hadde jo også erfaring med 37 personer som vi sjekket morgen og kveld, og visste hva vi skulle forvente. Likevel var vi lojale til hva sentrale myndigheter sa. Som kommunelege kommer en ikke særlig langt med vurderinger om hva en selv tror og hva en selv har lest. Det ble hele tiden fokusert på at dette kan bli verre – omtrent som at: Nå har vi kjøpt 9,4 millioner vaksiner, nå må vi finne et alibi for å få brukt disse.”*

Kommunelege i liten kommune

*”Vi ble veldig glad når det ble sagt at én vaksinedose holdt. Det hadde blitt slitsomt å holde på ut over våren. Vi hadde brukt alle tilgjengelige ressurser, og folk begynte å bli slitne.”*

Stor kommune

*”Det var et så heisent press. Vi rapporterte og rapporterte, men ingen fortalte oss hva de andre kommunene gjorde. Da det ble bestemt at en vaksineringsrunde var nok, feiret vi og spiste kake på legekantoret.”*

Kommunelege i liten kommune

*”Er nok en once-in-a-lifetime-opplevelse dette her. Vi har aldri hatt en så rolig vinter med influensa som denne. Det ble en helt ny arbeidssituasjon på legevakten. Det ser alle. Det viser også hvor viktig influensavaksine er.”*

Kommunelege i liten kommune

## **21.2. Spesialisthelsetjenesten**

### **21.2.1. Medisinsk utstyr og helsemateriell**

Allerede 26. april gav HOD Helsedirektoratet klarsignal om innkjøp av legemidler til en verdi av 30-50 millioner kr. I tillegg ble det gitt et pålegg til RHF-ene om anskaffelse av legemidler og utstyr for et tilsvarende beløp. Det var i all hovedsak antiviralia og antibiotika, samt noe sprøyter og spisser som ble innkjøpt for disse ekstraordinære midlene.

I den tidlige fasen av pandemien var det en uttrykt bekymring i helseforetakene for behandlingsskapasiteten ved en omfattende pandemi. Både de første prognosene fra WHO og verstefallsscenarioene som ble presentert av de nasjonale helsemyndighetene, tilsa at det kunne bli mange pasienter med behov for intensivbehandling. Til dette var det i den tidlige fasen for lite medisinsk kapasitet, noe som også ble innmeldt fra helseforetakenes side.

På bakgrunn av pandemiens forløp i andre land ble det utarbeidet prognoser, planscenarioer og bakgrunnsrapporter for den videre utviklingen, noe som medførte at det gjennom nasjonalt vedtak ble anskaffet 393 nye respiratorer, 1 500 sprøytepumper og 32 dialysemaskiner for intensivbehandling av pasienter. I tillegg ble det også utover sommeren og høsten 2009, basert på innmeldte behov, innkjøpt en del medisinsk forbruksmateriell som behandlingsutstyr (sprøyter og spisser til vaksine) og verneutstyr (masker, drakter, munnbind mm). Gjennom apotekene ble ytterligere 11 millioner munnbind kjøpt inn tiltenkt som egenbeskyttelse i hjem der det var syke/smittede.<sup>343</sup>

I spørreundersøkelsen som ble sendt RHF-ene, ble det spurt om hvor godt eller dårlig distribusjonen av helsemateriell og utstyr til bruk ved vaksineringsen totalt sett fungerte. Her svarte to av RHF-ene at dette fungerte svært godt og ett svarte at det fungerte ganske godt. Ett av RHF-ene mente imidlertid at dette fungerte ganske dårlig. Noe av dette begrunnes i at helseforetakene ble påført noe ekstra kostnader, selv om utstyret ble finansiert av nasjonale helsemyndigheter.

Utstyret krever jevnlig vedlikehold, opplæring, oppdateringer og drift, noe som medfører store utgifter. I samtaler med representanter for RHF-ene gikk det likevel frem at det gjennomgående er tilfredshet med at det ble anskaffet utstyr og med at bestillingen ble justert i tråd med helseforetakenes behov.

### **21.2.2. Behandlingskapasitet og intensivbehandling**

Ved samtaler/intervju av RHF-ene og helseforetakene, mente flere at informasjonen omkring behandlingen av pasienter var god, særlig anbefalingene fra fagekspertisen i FHI. Flere av helseforetakene etterspurte imidlertid retningslinjer for intensivbehandling av alvorlig lungesyke, og egen klinisk forskning ble derfor gjort fortløpende i flere av helseforetakene. Dette var ressurskrevende på flere måter, både det å drifte klinisk forskning og/eller det å hente inn opplysninger og erfaringer fra andres forskning og behandling. Det ble etablert en viss egen erfaringsutveksling mellom enkelte sykehus og helseforetak i regionene basert på eget initiativ.

I tillegg var det flere helseforetak som savnet en bedre funksjonsfordeling av intensivpasienter. Det medførte ulik praksis ved håndtering av de hardest smittede. Eksempelvis var det i Helse Sør-Øst enkelte helseforetak som håndterte og behandlet intensivpasienter ved eget sykehus, mens andre behandlet de mildest rammede intensivpasientene selv og sendte de hardest rammede til Rikshospitalet, andre igjen sendte alle sine intensivpasienter til Rikshospitalet. Her var det flere av helseforetakene som savnet nasjonale retningslinjer fra Helsedirektoratet.

---

<sup>343</sup> Pandemien – gjennomgang. Utkast til rapport, udatert, Helsedirektoratet 2010

Slik pandemien forløp seg i praksis, viste det seg at pandemihåndteringen ble gjort parallelt ved siden av den vanlige/daglige pasientbehandlingen. Flere av helseforetakene nevnte i samtale/intervju at det i praksis ikke skjedde nedprioriteringer eller omprioriteringer av pasientene og at all elektiv og øyeblikkelig hjelp-behandling foregikk som normalt.

I DSBs spørreundersøkelse til RHF-ene ble det spurt om hvorvidt helseforetakene hadde tilstrekkelig kapasitet til å behandle de smittede pasientene som ble innlagt. Her mente alle RHF-ene at dette hadde helseforetakene i stor grad kapasitet til. Flere av RHF-ene mente at det reelle håndterings- og behandlingsvolumet var mindre enn det spesialisthelsetjenesten var forberedt på gjennom ulike scenarioer som ble gitt av sentrale myndigheter.

På spørsmål om helseforetakene var forberedt på å håndtere en større pandemi med betydelig flere pasienter enn det som ble situasjonen (jf. helsemyndighetenes planscenario fra juli 2009), svarte ett av RHF at de var svært godt forberedt på dette og de andre tre RHF-ene mente de var ganske godt forberedt. Likevel sier ett av RHF-ene at de tidligste scenarioene som ble presentert av de nasjonale helsemyndighetene ville ha medført en helt annen belastning enn det som ble den reelle. Under samtale/intervju mente ett av RHF-ene at hadde situasjonen blitt tilnærmet lik verstefallsscenarioet som ble presentert på et tidlig stadium, ville dette ”medført en nærmest ukontrollerbar situasjon”.

Noen av helseforetakene mente at mangel på isolat ville medføre en stor utfordring ved større tilstrømming av smittede, og at det var viktig med planer for rask utskrivning og kansellering av andre operative behandlinger for å øke kapasitet både på helsepersonell og antall sengeposter. I tillegg mente helseforetakene at det må foreligge gode planer for behandling av store mengder smittede pasienter, om de eksempelvis skal på egne dedikerte isolat avdelingsvis eller hele bygg, eller at de utskrives og ”isoleres” hjemme.

Ett av helseforetakene som ble intervjuet, mente at det for øvrig var en alt for stor treghet i å nedskalere verstefallsscenarioet fra de sentrale helsemyndighetene, og at mye av den planleggingen og de forberedelsene som ble gjort var derfor unødvendige. Ett av helseforetakene uttrykte dette slik: *”Vi var i grenseland på hva vi ville klare ut fra de kravene som ble satt fra nasjonale helsemyndigheter, men vi ble aldri testet på dette i praksis.”*

### **21.3. DSBs vurderinger**

Kommunehelsetjenesten hadde betydelig trykk og håndterte alle kommunens innbyggere (i praksis hele Norge).

Når det gjelder forebygging og behandling i kommunehelsetjenesten, fungerte dette bra. Ved en aktiv og god kommunikasjon og et ustrakt samarbeid med både fagekspertisen ved FHI og med lokal spesialisthelsetjeneste, ble store deler av befolkningen håndtert i egen kommune. Kun de aller sykeste med behov for intensivbehandling ble sendt videre til spesialisthelsetjenesten.

Kommunenes rolle knyttet til omsorg og behandling kunne ha blitt vesentlig større om pandemien hadde resultert i mange alvorlig syke over lang tid. I dette tilfellet ble ikke den normale behandlingsskapasiteten i sykehusene utfordret i særlig grad, men hadde det skjedd måtte kommunehelsetjenesten ha overtatt ansvaret for omsorg og behandling av syke i hjemmene og ved eventuelle midlertidig opprettede institusjoner. I dette tilfellet var en langt unna en situasjon hvor det kunne bli aktuelt, men noen kommuner gikk gjennom planene sine for å kunne møte en slik utfordring.

Sentrale vedtak som hadde betydning for kommunenes planlegging og gjennomføring av massevaksinasjon kom for sent. Helsedirektoratets kommunikasjon ut til kommuneleger/smittevernleger går gjennom flere ledd – og medførte nok en opplevelse av at det tok tid før viktig informasjon nådde ut.

DSB ser også at det er utfordringer knyttet til kommunenes frihet til å planlegge i forhold til egne ressurser og lokale forhold, samtidig som befolkningen forventer lik helsebehandling, uavhengig av kommunegrenser. Fastlegenes rolle må i større grad inngå i planverket.

Vedrørende behandling i spesialisthelsetjenesten, var det en utfordring for helseforetakene å anslå behovet for medisinsk materiell som sprøyter, verneutstyr, legemidler m.m. På bakgrunn av ekstramidler ble det kjøpt inn store mengder av dette, der noe er brukt, mens annet er lagret. I tillegg ble det kjøpt inn behandlingsutstyr, i hovedsak respiratorer. Gjennom samtaler/intervjuer kom det frem at flere av helsepersonellet ved helseforetakene ikke har fått grundig nok opplæring slik at dette fortsatt vil være en flaskehals ved en eventuell ny pandemi.

Etter DSBs vurdering er det et behov for en nærmere presisering av forventet beredskapskapasitet ved sykehusene. DSB opplevde en viss bekymring fra helseforetakene med hensyn til kvalifisert helsepersonell, både ved laboratoriene for prøvetaking og ved intensivbehandling av smittede pasienter. I en mer alvorlig pandemi, med stort behov for ekstra ressurser og kapasitet for håndtering og behandling av smittede, ville mangel på kvalifisert helsepersonell bli en flaskehals.

Flere av RHF-ene og helseforetakene har etablert kontakt med andre aktuelle aktører utenfor den ordinære helsetjenesten, for eksempel Forsvaret, Sivilforsvaret, frivillige organisasjoner, høyskoler og universitet (jf. studenter), samt tidligere ansatte/pensjonister for å kunne bruke disse hvis nødvendig.

Fordeling av ekstra personellressurser og ansvar for fordeling kan være en utfordring. Det er etter DSBs vurdering et behov for å formalisere og samordne behovet for ekstra helsepersonell i spesialisthelsetjenesten. Dette må også koordineres og samordnes i samarbeid med kommunehelsetjenesten og de behov disse har. Slik situasjonen er i dag, har både spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten avsatt de samme ekstra personellressursene i sine planverk, slik at det har oppstått en dobbeltbooking. Koordineringen bør kunne gjøres på regionalt nivå, for eksempel av RHF og/eller fylkesmannen.





## **Del IV      DSBs sammenfattende vurderinger**

I denne delen sammenstilles DSBs vurderinger av håndteringen av ny influensa A (H1N1), og direktoratets anbefalinger oppsummeres. Fremstillingen tar utgangspunkt i kapittel 6 Problemstillinger. I tillegg går det nærmere inn på konkrete problemstillinger knyttet til beslutningen om å tilrå massevaksinering og spørsmålet om myndighetene overdrev farene knyttet til ny influensa A (H1N1).

Innledningsvis er det viktig å understreke at håndteringen av ny influensa A (H1N1) involverte tusenvis av mennesker i alle deler av helse-Norge gjennom store deler av 2009. Den dugnadsviljen som ble vist i store deler av helsesektoren og kommunesektoren, der ansatte lojalt stilte opp for å håndtere pandemien, fremstår som imponerende.

De sentrale helsemyndighetene ledet arbeidet med stort engasjement og faglig dyktighet, og anla en proaktiv holdning som gir indikasjoner på at de også vil kunne mestre mer krevende situasjoner enn denne.

Til tross for dette synliggjorde pandemihåndteringen mange lærings- og forbedringspunkter. Det er viktig at disse blir innarbeidet i de generelle beredskapsplanene og i pandemiplanene spesielt.

### **22.    Styling, planlegging og koordinering**

Håndteringen av ny influensa A (H1N1) kan betraktes som en test på det krisestyrings- og samhandlingssystemet som helsesektoren i Norge baserer seg på. Dette er beskrevet i *Overordnet helse- og sosialberedskapsplan* og består delvis i etablerte rutiner og delvis av lov- og forskriftsregulerte ansvarsbeskrivelser. Systemet er nærmere omtalt i rapportens kapittel 4.

Etter DSBs oppfatning er det liten tvil om at dette systemet besto prøven og i hovedsak viste seg som velegnet for å håndtere denne typen situasjoner.

Selv om styling, planlegging og koordinering totalt sett ble ivaretatt på en god måte, tydeliggjorde pandemien likevel enkelte forhold som kan utgjøre sårbarheter som i andre situasjoner kan slå negativt ut:

- HODs ivaretagelse av rollen som lederdepartement fremsto som delvis utydelig ved at departementet i liten grad tok initiativ til innsamling av informasjon om status i andre sektorer.
- Helsedirektoratet ivaretar i forbindelse med helsekriser en del av det ansvaret som ved hendelser i andre sektorer vil ligge til ansvarlig departement. Direktoratet kan imidlertid, slik det tverrsektorielle rapporteringssystemet i dag er lagt opp, vanskelig ta et ansvar på tvers uten at HOD opptrer mer aktivt.
- Det var for liten grad av formalisering av forholdet mellom de sentrale aktørene. Dette kommer til uttrykk i at vedtaket om å delegere ansvaret for å koordinere håndteringen av hendelsen bare ble formidlet muntlig, og ved at Helsedirektoratets samarbeid med de andre sentrale aktørene ikke var forankret formelt. Dette kan gi grunnlag for rolleblanding.
- Referatene fra den viktigste møtearenaen, kriseutvalgsmøtene i Helsedirektoratet, er knappe og ufullstendige og dermed vanskelig å forholde seg til for dem som ikke var til stede i møtene. Beslutningsprosessene er vanskelige å følge.

- Rolle- og ansvarsfordelingen mellom Helsedirektoratet og FHI var ikke fullt ut avklart. Dette kommer blant annet til uttrykk i at HOD har en annen oppfatning av ansvaret for vaksinerådene enn de to etatene. Det er mulig slik uklarhet ville ha gjort seg gjeldende også i forholdet mellom Helsedirektoratet og RHF-ene dersom behovet for nasjonal styring med spesialisthelsetjenesten hadde blitt mer aktualisert.
- Håndteringen av pandemien viste at det kan være ulike oppfatninger om bruken av smittevernlovens fullmaktsbestemmelser hos de mest sentrale aktørene. DSB mener at pandemisk influensa er en hendelse som i størst mulig grad bør møtes med ensartede smitteverntiltak over hele landet eller i det minste regionalt, og at smittevernlovens fullmaktsbestemmelser derfor i dette tilfellet kan fremstå som noe uhensiktsmessige.

Den planleggingen som foregikk i tiden fra april og frem til høsten 2009, ble basert på scenarioer som ut fra dagens kunnskap, kan fremstå som overdrevne og urealistiske. På de aktuelle tidspunktene var imidlertid usikkerheten om den fremtidige utviklingen stor. I starten ble det planlagt med basis i verstefallsscenarioet fra Pandemiplanen som igjen tok utgangspunkt i Spanskesyken i 1918-19.

Siden skjedde det to nedskaleringer basert på erfaringene med ny influensa A (H1N1) så langt. DSB mener at en særlig ved den siste anledningen (3. september) kunne ha lagt større vekt på erfaringene som var høstet i Australia og New Zealand, som på det tidspunktet var ferdig med hovedbølgen. Beredskap med basis i disse relativt alvorlige planscenarioene kan etter DSBs oppfatning ha bundet opp unødvendig store ressurser i helseforetakene ut over høsten, og i tillegg skapt unødvendig uro i befolkningen.

Fylkesmennene spilte en viktig rolle i håndteringen av pandemien regionalt og lokalt. Den gode dialogen mellom Helsedirektoratet og fylkesmennene var svært viktig for at resultatet av håndteringen ble så godt som det ble. FHI har ingen tilsvarende kanal mot fylkesmannsnivå, og det fremsto til tider som en utfordring. I smittevernssituasjoner går kommunikasjonslinjen fra FHI og direkte til smittevernlegen i den enkelte kommune. FHI fungerer som faglige rådgivere for hele helsesektoren. Dersom kommunikasjon i de ulike kanalene ikke er fullt ut samordnet, oppstår det lett forvirring.

Etter DSBs oppfatning må fylkesmannens rolle utdypes i nasjonalt planverk og i smittevernloven. Fylkesmannens samordningsfunksjon må i større grad vurderes i pandemiplanverket.

Selv om den vertikale koordineringen av pandemihåndteringen med unntak for vaksinedistribusjonen fremstår som vellykket, synes det klart at rapporteringsrutinene mellom de ulike nivåene og aktørene bør gjennomgås med sikte på å gjøres enklere, mer oversiktlig og mindre belastende for aktørene. Her bør det være mulig å utvikle systemet basert på bruk av nettløsninger.

## 23. *Overvåking og vurdering*

En av FHI's hovedoppgaver i forbindelse med pandemien var å overvåke situasjonen og vurdere risiko og usikkerhet knyttet til den videre utviklingen. En gjennomgang av de vurderingene som ble gjort i løpet av perioden, viser at instituttets analyser i stor grad ble bekreftet av den faktiske utviklingen.

Etter DSBs oppfatning kan det være grunnlag for å hevde at Helsedirektoratet og HOD i innledningsfasen ikke tillot disse vurderingene så stor vekt som de burde. Dette kommer blant annet til uttrykk ved at verstefallsscenarioet fikk større oppmerksomhet til å begynne med enn det FHI mente det var grunnlag for. Instituttet pekte svært tidlig på at det mest sannsynlige var en mild pandemi med lav letalitet. I henhold til smittevernlovens § 7-9 er FHI "statens smitteverninstitutt" og den fremste faginstans på smittevernområdet i Norge.

FHI's overvåking av den faktiske spredningen av sykdommen i Norge baserte seg på flere metoder. Etter at en innledningsvis hovedsakelig bygget på innrapportering av mulige enkelttilfeller, var det bruk av det såkalte "vaktårnlegesystemet" (jf. kapittel 9.1) og resultater fra laboratorieprøver som var hovedkilden til kunnskap om spredningen av sykdommen i Norge.

Vaktårnlegesystemet viste seg som ventet å være noe unøyaktig. Innrapporterings- og sammenstillingsrutinene gjorde i tillegg at systemet hadde en forsinkelse som gjorde at det ikke var mulig å følge utviklingen fortløpende. Dette kunne ha vært viktig da smittespredningen plutselig skjøt fart i oktober. FHI arbeider med å utvikle et system som kan gi bedre løpende informasjon om utviklingen av smittsomme sykdommer over hele landet.<sup>344</sup>

Laboratorieverifisering av virusprøver var det eneste som kunne gi sikker viten om en person hadde vært smittet av influensaviruset eller ikke. I et nasjonalt perspektiv er ulempen ved denne kilden til informasjon først og fremst at det tar tid å analysere og samle resultater fra prøver.

Under håndteringen av ny influensa A (H1N1) ble mange laboratorier overbelastet og beskjed gikk derfor ut til legene om å slutte å sende inn prøver fra pasienter med mindre de tilhørte en risikogruppe eller var alvorlig syke. Kommuner, helseforetak og fylkesmenn var i stor grad avhengig av informasjon fra FHI om smittespredningen fra uke til uke på nasjonalt eller helseregionnivå. Noen steder kunne de supplere med informasjon innhentet fra kommunal legevakt eller fra lokale leger på ad hoc-basis. Det vil imidlertid være en fordel om en ved fremtidige pandemier har muligheter til å følge utviklingen av influensaen i det enkelte fylke eller den enkelte kommune.

---

<sup>344</sup> Rapport med innspill til den nasjonale evalueringen av pandemihåndteringen, FHI, 7. september 2010

## 24. Forebygging og begrensning

Som beskrevet under kapittel 8, baserer Den nasjonale pandemiplanen seg på en strategi som legger til grunn at smittespredningen skal begrenses for å forsinke hovedbølgen så mye at vaksine kan produseres og distribueres. Pandemiplanen understreker imidlertid at tiltak skal være tilpasset situasjonen til enhver tid og ikke skal gå ut over det som fremstår som nødvendig.<sup>345</sup>

Etter DSBs oppfatning lyktes helsemyndighetene svært bra med dette arbeidet. Gjennom effektiv kommunikasjonsinnsats oppnådde en å få solid gjennomslag for enkle hygieneråd. Effekten av disse er det neppe mulig å måle, ikke minst fordi atferdsendringer knyttet til hoste-/nysekultur, håndvask osv. kan medføre redusert spredning av smittsomme sykdommer i lang tid fremover.

Det må imidlertid tilføyes at utbruddet av influensaen i USA og Mexico skjedde på et gunstig tidspunkt for landene på den nordlige halvkule. Influensa er en sjelden sykdom i sommerhalvåret, og det forholdet at sykdommen først slo til for alvor mot slutten av oktober trenger ikke bare ha sammenheng med at smitteverntiltakene var effektive.

Smittevernloven åpner for å gi relativt vidtrekkende fullmakter til kommunene og Helsedirektoratet for å redusere smittespredning. Etter en del diskusjon ble det besluttet om ikke å definere ny influensa A (H1N1) som allmennfarlig smittsom sykdom. Sett i ettertid er det ingen tvil om at dette var en riktig beslutning og en beslutning som forhindret at ulike smitteverntiltak i ulike kommuner kunne skape forvirring og mistillit til myndighetene. Vedtaket ville også ha vært vanskelig å kommunisere og kunne bygget opp under en oppfatning av at myndighetene overdrev farene ved pandemien.

FHI anbefalte av smittevernmessige grunner at de som følte seg influensasjyke skulle holde seg borte fra arbeid, skole eller barnehage i syv dager selv om de var symptomfrie på et tidligere tidspunkt. Det rådet ble endret i november. Etter DSBs oppfatning kan det stilles spørsmål ved om dette rådet var tilpasset situasjonen og ikke gikk utover det som fremstår som nødvendig, jf. Pandemiplanens formuleringer. DSB vil særlig peke på at rådet burde ha vært sett i en bredere sammenheng, blant annet med hensyn til hvilke kostnader det påførte næringslivet og offentlige virksomheter. Dette kunne ha vært mer grundig vurdert i Helsedirektoratet og HOD.

---

<sup>345</sup> Nasjonal beredskapsplan for pandemisk influensa, Versjon 3.0, 16. februar 2006, HOD, vedlegg G

## 25. Vaksinerings

Vaksinerings av hele eller deler av befolkningen var hovedvirkemiddelet i den strategien som var utviklet gjennom flere års planlegging og forberedelser for den neste pandemien. Vaksineavtalene, den første i 2004, deretter med Solvay i 2006 og så med GSK fra 2008, var hjørnesteinene i denne strategien.

Planleggingen hadde sin bakgrunn i at det mest sannsynlige utgangspunktet for den neste pandemien var fugleinfluensaviruset A (H5N1) som var forventet å kunne gi et relativt alvorlig sykdomsbilde.

I kapittel 8 er det diskutert om vaksineavtalen fra 2008, som ga Norge rett og plikt til å kjøpe 9,4 millioner doser vaksine, ble styrende for at man i oktober anbefalte hele befolkningen å vaksinere seg. Etter DSBs oppfatning viser prosessen rundt den eventuelle pre-pandemiavtalen i mai/juni 2009 at både faglige og politiske myndigheter sto fast på vaksinerings som hovedvirkemiddel i pandemihåndteringen, uavhengig av avtalen fra 2008 og med den kunnskap en da hadde om influensaens moderate alvorlighetsgrad.

Problemstillinger rundt rådet om massevaksinerings er for øvrig diskutert nærmere i kapittel 25.1 under.

FHI har ansvar for vaksineforsyningen og vaksineberedskapen i Norge, og instituttet tok ansvar for hele logistikken rundt vaksinene fra de ankom landet til de var fordelt til den enkelte kommune. Om dette ansvaret også gjaldt nødvendig utstyr for å sette vaksinen var det i utgangspunktet uenighet mellom FHI og Helsedirektoratet om.

Vaksinedistribusjonen medførte mye frustrasjon i kommunene, først og fremst fordi leveransene fremsto som uforutsigbare. Denne uforutsigbarheten hadde delvis sammenheng med forhold som lå utenfor FHIs kontroll og utenfor deres ansvarsområde, men DSB mener at det også kan stilles spørsmål ved om FHIs opplegg for distribusjonen var hensiktsmessig.

Distribusjonssystemet som FHI valgte ga relativt god sikkerhet for at vaksinen kom uskadd frem til kommunene, men medførte at forutsigbarheten og fleksibiliteten i leveransene ble liten. Andre løsninger ville muligens ha medført større svinn, men også større forutsigbarhet og fleksibilitet.

DSB mener at det er betenkelig at det bare meldte seg én distributør som var interessert i å utføre oppdraget. Et opplegg med et sentrallager og åtte kjølebiler, som skal forsyne hele Norge, er også svært sårbart, særlig under en pandemi.

DSB mener videre at FHI bør utrede hvilke muligheter for distribusjon som vil være mulig ved en fremtidig mer alvorlig pandemi. Det er viktig å kartlegge løsninger som kan være mer robuste og fleksible enn den som ble valgt denne gangen. Norge har i utgangspunktet svært stor kapasitet på kjølelagre og kjølebiler.

DSB mener også at en ved en fremtidig pandemi bør vurdere å gi fylkesmennene en rolle i organiseringen av vaksinedistribusjonen. Fylkesmennene er myndighetsorgan med god kunnskap om kommunene og vil trolig kunne bidra til en mer smidig distribusjon av vaksiner uten nødvendigvis å ha noe med dette arbeidet å gjøre rent fysisk.

Ansvar for den siste delen av vaksinedistribusjonen – ut til befolkningen – lå i kommunene. Kommunene hadde også en del av ansvaret for å informere og motivere den enkelte til å la seg vaksinere. Vaksinerings ble ulikt organisert fra kommune til kommune, ut fra egne planer og forutsetninger. Oppgaven var stor og krevende, men den informasjonen DSB har innhentet fra fylkesmennene og kommunene selv, tyder på at de aller fleste gjennomførte vaksinerings på en tilfredsstillende måte.

Fra pasientorganisasjonene har imidlertid DSB fått informasjon om at mange av deres medlemmer hadde frustrerende opplevelser i forbindelse med vaksinasjonen av risikogruppene, blant annet at kommuner fravek de prioriteringene som var gjort fra sentralt hold, at det var uforståelige forskjeller mellom kommuner og mellom bydeler i Oslo, og at det ikke var noen kontroll som kunne avsløre personer som urettmessig påberopte seg å tilhøre en risikogruppe.

Enkelte har ment at massevaksineringen i kommunene burde ha vært organisert ut fra føringer gitt av de sentrale helsemyndighetene for å oppnå større likhet og dermed forenkle kommunikasjonen med befolkningen. Etter DSBs oppfatning viser erfaringene fra høsten 2009 at kommunene gjennomgående håndterte oppgaven på en god måte uten slike føringer.

Når det gjelder vaksineringen av risikogruppene, er det imidlertid åpenbart at det er behov for et system som kan identifisere dem lettere, og klarere retningslinjer for hvordan vaksineringen skal skje. Dersom sykdommen hadde vært mer alvorlig, kunne imidlertid kommunikasjonen med befolkningen blitt mer krevende og ulikheter ha skapt ekstra uro.

DSB mener at prisen den enkelte må betale for å bli vaksinert, må være den samme over hele landet, og være uavhengig av hvordan vaksineringen organiseres i den enkelte kommune.

Fastlegenes rolle i vaksineringen varierte fra kommune til kommune. I noen kommuner sto fastlegekontorene for all vaksinerings, i andre vaksinerte de risikogruppene, mens de i andre igjen ikke vaksinerte i det hele tatt. DSB vil peke på at ulike løsninger i nabokommuner kan medføre at vaksinetilbudet blir forvirrende, og at modellene ikke nødvendigvis er kompatible.

Fastlegenes pasientlister følger ikke alltid kommunegrensene. Det medfører at en person med fastlege i en annen kommune enn sin egen, kunne falle mellom to stoler dersom egen kommune benyttet fastlegekontorene til vaksinasjon, og den kommunen ens egen fastlege tilhørte, organiserte innsatsen uten bruk av fastlegene. Etter hva DSB kjenner til var det ikke eksempler på at slike forhold medførte at noen ikke fikk vaksine, men problemstillingen bør likevel vurderes nærmere.

### ***25.1. Prosessen rundt rådet om massevaksinering***

Rådet om massevaksinering ble presentert av statsråd Anne-Grete Strøm-Erichsen på en pressekonferanse fredag 23. oktober. På pressekonferansen deltok også helsedirektør Bjørn-Inge Larsen fra Helsedirektoratet og overlege Bjørn G. Iversen fra FHI.

Bakgrunnen for at DSB har valgt å se nærmere på dette spørsmålet, er for det første at rådet både på det tidspunktet det ble gitt og i ettertid har vært omstridt. For det andre er det fordi saken illustrerer en grunnleggende problemstilling knyttet til roller og ansvarsdeling og beslutningsprosesser i forholdet mellom HOD, Helsedirektoratet og FHI.

Som nevnt i flere sammenhenger over, er vaksinering av hele eller deler av befolkningen en hjørnestein i den strategien som er lagt til grunn i Den nasjonale pandemiplanen og som også ligger til grunn for vaksineavtalene fra 2006 og 2008. Denne strategien er solid politisk forankret, senest gjennom behandling i Stortinget i juni 2009.

Med dette som utgangspunkt måtte det likevel fattes en beslutning om hvilken vaksinestrategi en skulle anbefale. Pandemiplanens vedlegg C inneholder en oversikt over seks mulige strategier, hvorav den ene, ingen vaksinering, ansees som uaktuell såfremt ikke tilgangen på vaksine bortfaller.

Vaksiner har, som de fleste andre legemidler, bivirkninger. Pandemivaksinen var nyutviklet, og opprinnelig godkjent i EU og i Norge på særskilt vilkår: ”Til bruk ved pandemi”, dvs. etter at WHO hadde erklært fase 6.<sup>346</sup> En kunne derfor regne med at det var noe større usikkerhet knyttet til bivirkninger ved denne vaksinen enn ved ordinære influensavaksiner. Den hadde også et noe annet innhold enn sesonginfluensavaksinene, primært fordi kravene til holdbarhet var høyere og fordi det skulle produseres store mengder vaksiner på kort tid.

Etter DSBs oppfatning bør beslutninger av så stor betydning som valg av vaksinestrategi, fattes på bakgrunn av blant annet en avveining mellom nytte og kostnader inkludert risiko, der det også tas hensyn til usikkerheten i vurderingene.

FHIs første vaksineråd ble avgitt i form av en rapport datert 16. september. Anbefalingen var at helsepersonell og spesielle risikogrupper skulle prioriteres. Rapporten gir en grundig gjennomgang av vaksinen og hvordan den er testet ut, nevner bivirkninger som er vanlige samt blant annet råd i andre land. DSB er ikke i tvil om at FHI faktisk gjorde grundige vurderinger på dette området, men avveiningen mellom nytte og risiko kommer ikke så tydelig frem i rapporten. Som et ledd i prosessen i tilknytning til disse første vaksinerådene, ble det gjennomført en relativt omfattende høringsrunde.

I denne høringsrunden uttalte Statens helsetilsyns medlem i Pandemikomiteén: ”Mulig risiko ved vaksiner må komme tydeligere fram i rapporten, herunder eksplisitte data om hyppighet av både de vanlige og de alvorlige bivirkningene”. Etter hva DSB kan se, medførte ikke dette innspillet noen endringer i utformingen av rapporten.

Til tross for lite eksplisitte vurderinger av nytte og risiko i rapporten fra 16. september, mener likevel DSB at det er liten grunn til å tvile på at beslutningen om å tilby vaksiner til risikogrupper var tilstrekkelig utredet. Risikogruppene hadde en mortalitet som var i størrelsesorden femten ganger høyere enn befolkningen for øvrig i forbindelse med pandemien. Dette gjorde det rimelig å legge til grunn de samme nytte-/risikovurderinger som for sesonginfluensavaksinen, som også i utgangspunktet tilbys personer med forhøyet risiko, selv om de to vaksiner ikke var fullt ut sammenlignbare.

I den neste rapporten om vaksinasjonsrekkefølge, som kom 23. oktober, anbefalte FHI ”den generelle befolkningen” å ta vaksinen. Denne rapporten var gjenstand for en betydelig mindre omfattende prosess enn den første rapporten. Bare medlemmene av Pandemikomiteén hadde fått anledning til å uttale seg, og høringsfristen var i praksis kun én arbeidsdag.

Rapporten inneholder ingen eksplisitt sammenstilling og analyse av forholdet mellom nytten av, og risikoen ved, å anbefale hele befolkningen å vaksinere seg.

I rapporten heter det:

*”Nytte-ulempe-forholdet kan variere mellom grupper. For eksempel kan personer i risikogruppene ha høyere risiko for alvorlig sykdom. Da vil vi kanskje akseptere større risiko for bivirkninger. Hos andre vil risikoen for alvorlig sykdom være så lav at selv små bivirkninger kan oppfattes som uakseptable. For samfunnet er det rimelig å veie kostnader med vaksinering mot nytte. Vi har ikke gjort slike beregninger her.”<sup>347</sup>*

<sup>346</sup> E-post fra SLV 29. september 2010. Vanlig markedsføringstillatelse ble gitt av EU-kommisjonen 12. august 2010 og av SLV 15. september 2010

<sup>347</sup> Rapport nr. 2 om vaksinasjonsrekkefølge, versjon 2, FHI, 23. oktober 2009

Et annet sted i rapporten heter det:

*”Hovedgrunnen til dette [anbefalingen] er erfaringer fra Norge og andre land om at en betydelig andel av dem som blir alvorlig syke, ikke har kjent risiko for alvorlig sykdom. Erfaringene med den aktuelle vaksinen Pandemrix gir ingen holdepunkter for økt risiko for alvorlige komplikasjoner sammenliknet med vanlig sesonginfluensavaksine.” [...] Foreløpige bivirkningsdata fra Sverige etter at ca. 70 000 doser er distribuert viser tilsvarende bivirkningsprofil som man har sett i de kliniske studiene og som er forventet ved vaksinerings med sesonginfluensavaksine.”*

Etter DSBs oppfatning kan ikke vurderinger knyttet til sesonginfluensavaksinene uten videre legges til grunn i dette tilfellet. Vaksinen ble nå tilbudt den generelle befolkningen, som ut fra erfaringene i New Zealand og Australia tross alt hadde klart lavere sannsynlighet for å bli alvorlig syk og dø enn det risikogruppene hadde. Nyten av å ta vaksinen var altså svært mye lavere for den enkelte.

DSB mener at nytten av at personer uten forhøyet risiko tok vaksinen, burde vært tydeligere avveid mot kostnadene og den risikoen dette representerte i form av mulige bivirkninger. Bivirkningene ved sesonginfluensavaksinen burde ha vært synliggjort, og man burde ha diskutert hvor stor usikkerheten knyttet til Pandemrix bivirkningsprofil kunne være. Helsedirektoratet hadde gjort en ren nytte-/kostnadsvurdering (jf. kapittel 12.4) tidligere, men denne var, etter hva DSB forstår, ikke oversendt til FHI.

I møte med DSB har FHI opplyst at det på det aktuelle tidspunktet ville ha vært fullt mulig å selge den norske vaksinekvoten på verdensmarkedet.<sup>348</sup> Dette burde det også ha vært redegjort for i en rapport som skulle være beslutningsgrunnlag for saken.

Det vises i denne sammenheng til Utredningsinstruksens kapittel 2.1 der det heter:

*”Hver sak skal inneholde en konsekvensutredning som skal bestå av analyse og vurdering av antatte vesentlige konsekvenser av den beslutning som foreslås truffet. Konsekvensutredningene skal omfatte konsekvensene for statlig, fylkeskommunal og kommunal forvaltning og for private, herunder næringsvirksomhet og enkeltpersoner.*

*Konsekvensene skal tallfestes så langt dette er mulig. Den samlede effekt av pålagte tiltak, oppgaver o.l. for dem som blir omfattet av forslagene skal omtales. Antatt usikkerhet med hensyn til framtidig utvikling innenfor saksområdet og konsekvensenes art og styrke skal angis.”<sup>349</sup>*

FHI gjorde uten tvil vurderinger som satte nytten opp mot risikoen for bivirkninger på samfunnsnivå i forbindelse med dette rådet. Blant annet ligger det en rekke dokumenter som vedlegg til rapporten som omtaler sykdommen og effekter av vaksinen. Av ett av dem fremgår det også at en rådgivende komité under USAs smittevernbyrå, CBC, anbefalte vaksinerings<sup>350</sup> av hele befolkningen. De ulike vurderingene ble etter DSBs oppfatning likevel ikke i tilstrekkelig grad systematisert og synliggjort.

<sup>348</sup> Møte med FHI, 25. september 2010

<sup>349</sup> Instruks om utredning av konsekvenser, foreleggelse og høring ved arbeidet med offentlige utredninger, forskrifter, proposisjoner og meldinger til Stortinget, FOR 2000-02-18 nr. 108

<sup>350</sup> Use of Influenza A (H1N1) 2009 Monovalent Vaccine. Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP), 2009, (Rådet omtaler ikke Pandemrix eller noen annen spesifikk vaksintype)



Synliggjøring var viktig både av hensyn til det valget den enkelte skulle gjøre om å ta vaksinen eller ikke, og fordi dette var en beslutning som etter FHI's oppfatning skulle fattes av HOD. Begge de to rapportene som omhandler vaksineråd, er stilet til departementet, og det uttrykkes eksplisitt at det er HOD som skal treffe avgjørelsen.

Dette henvises her til beskrivelsen av ansvarsforholdene i Pandemiplanen. I den andre rapporten knyttes dette opp mot bestemmelsene i forskrift om nasjonalt vaksineprogram av 2. oktober 2009. Manglende synliggjøring av avveiningene gjør det også vanskelig for andre å vurdere vaksinerådet i ettertid.

Da beslutningen ble presentert av statsråd Anne-Grete Strøm-Erichsen på pressekonferansen 23. oktober, var dette hennes første møte med media etter at hun hadde overtatt ansvaret for departementet tre dager tidligere. På pressekonferansen ble det lagt frem en rekke tiltak for å avbøte konsekvensene av pandemien, der rådet om massevaksinering var ett. Statsråden presenterte dette slik:

*”I dag har jeg også fått orientering om at Helsedirektoratet på dagens kriseutvalgsmøte har bestemt å anbefale hele befolkningen om å la seg vaksinere etter at risikogruppene har fått vaksinen.”*<sup>351</sup>

DSB har forstått det slik at også HODs administrative ledelse oppfattet at rådet til befolkningen om å la seg vaksinere kom fra Helsedirektoratet.<sup>352</sup>

Helsedirektoratet beskrev imidlertid beslutningen slik i sin situasjonsrapport til HOD mandag 26. oktober:

*”Folkhelseinstituttet [Helsedirektoratets utheving] anbefaler nå i nært samarbeid med Helsedirektoratet og Legemiddelverket og i samråd med Helse- og omsorgsdepartementet at hele befolkningen skal la seg vaksinere.”*<sup>353</sup>

Som det fremgår av dette, hersker det ulik oppfatning av hvem som formelt sett innestår for beslutningen om å oppfordre befolkningen om å la seg vaksinere. FHI peker på HOD som i sin tur peker på Helsedirektoratet, som igjen peker på FHI.

Det er ingen tvil om at alle de tre aktørene var enige om det rådet som ble gitt, og at det derfor kan være mindre viktig hvem som formelt sett fattet beslutningen. Når hendelsen likevel vekstlegges, er det fordi den på en tydelig måte illustrerer uklarhetene som andre steder i denne rapporten er påpekt vedrørende grensene for Helsedirektoratets og FHI's myndighetsområder under pandemien.

Når FHI peker på HOD som beslutningsansvarlig for denne saken, kan det ha sammenheng med at instituttet mente at vaksineområdet ikke inngikk i den samordningsfullmakten som Helsedirektoratet fikk av departementet 27. april. HOD ser imidlertid ut til å ha hatt en annen oppfatning av dette, mens Helsedirektoratet i sin beskrivelse gir uttrykk for at det var FHI som formelt innesto for beslutningen.

FHI begrunner sitt synspunkt med omtale i Pandemiplanen og bestemmelsene i smittevernloven og vaksineforskriften, hvor ansvaret for det nasjonale vaksineprogrammet legges til HOD. Etter DSBs oppfatning kan det i tillegg argumenteres for at HOD bærer ansvaret for rådet ut fra at beslutningen om å oppfordre hele befolkningen til å la seg vaksinere, også dreier seg om å gjøre verdibaserte avveininger og derfor kan sies å være like mye politisk som faglig.

<sup>351</sup> pandemi.no, web-TV, presseorientering om influensa A (H1N1), 23. oktober 2009

<sup>352</sup> Møte med HOD, 10. juni 2010

<sup>353</sup> Situasjonsrapport nr. 38 til HOD, 26. oktober 2009

Som nevnt over var prosessen som lå til grunn for FHIs rapport av 23. oktober, relativt hastig. Høringsrunden var begrenset, og tidsfristen var kort. Statsråden skulle presentere anbefalingen på pressekonferansen 23. oktober. Ordinær vaksinerings av personer utenfor risikogruppene startet ikke før i andre halvdel av november, selv om en del småkommuner hadde fått nok vaksiner til å starte vesentlig før. FHI understreker at selv om prosessen gikk raskt, så påvirket ikke dette konklusjonen.<sup>354</sup>

Det er imidlertid mye som tyder på at beslutningen om å anbefale hele befolkningen å la seg vaksinere langt på vei var tatt på et tidligere tidspunkt. Assisterende helsedirektør Bjørn Guldvog la for eksempel stor vekt på å motivere for massevaksinering i sitt innlegg 21. oktober på den årlige Helseberedskapskonferansen, som i 2009 ble avholdt i Tromsø. Det finnes også indikasjoner på det samme i referatet fra kriseutvalgsmøtet i HOD 19. oktober.

DSB mener at dette kan illustrere et typisk trekk ved måten samarbeidet mellom hovedaktørene skjedde på under pandemien. Det var hyppige uformelle kontakter på høyt nivå, og utredningsfase og beslutningsfase gled lett over i hverandre. Dette er uheldig fordi en kan miste muligheten til å kvalitetssikre beslutningene.

Spørsmålet kan selvsagt stilles om en ikke må godta at det er vanskelig å tilfredsstillе alle krav til god saksbehandling i en hektisk situasjon som den som rådde i det hovedbølgen av pandemien var i ferd med å nå Norge. Etter DSBs oppfatning er det imidlertid slik at det ved krisehåndtering er særlig viktig å skille håndtering, analyse og strategisk ledelse fra hverandre, nettopp for å sikre gode beslutningsprosesser og at strategisk ledelse ikke blir for opptatt med operative problemstillinger.

DSB vil peke på at selv om prosessen som ledet frem til beslutningen om å anbefale hele befolkningen om å la seg vaksinere kan fremstå som noe ustrukturert, trenger ikke det å bety at vedtaket var galt eller uheldig.

## **25.2. Var rådet om massevaksinering en riktig beslutning?**

DSB har ikke grunnlag for å vurdere om gjennomføringen av massevaksinering var en riktig beslutning. Vurderinger av hva som er *riktig* og *galt* må bygge på et normativt grunnlag. Ikke alle vil være enige om hvilke normer som skal legges til grunn i en vurdering av et slikt spørsmål. Det mest vanlige er å gjøre en samfunnsøkonomisk analyse (nytte-/kostnadsanalyse), noe som forutsetter at alle effekter av vaksineringen gjøres om til økonomiske størrelser.

For at det skal kunne gjøres en samfunnsøkonomisk analyse, er det behov for større kunnskap om bivirkninger om hvor lenge vaksinen gir beskyttelse mot influensa. Spørsmålet er også om beslutningen skal veies opp mot alternativ bruk av de ressursene som ble satt inn i vaksineringen, enten dette nå er innen helsetjenesten eller i samfunnet som helhet.

Det er ikke gjennomført en samfunnsøkonomisk analyse av beslutningen om massevaksinering innenfor rammene av gjennomgangen av erfaringene fra Norge. I det følgende er det likevel gjort rede for noen viktige elementer, både på nytte- og kostnadssiden, innenfor et slikt perspektiv.

Totalt ble det vaksinert rundt regnet 1,2 millioner mennesker som ikke tilhørte risikogruppene i Norge. Basert på erfaringene fra Australia og New Zealand ble det i FHIs rapport om vaksinerad fra 23. oktober anslått at det måtte vaksineres 73 000 personer uten risikofaktorer for å unngå én innleggelse i intensivavdeling. Dersom dette legges til grunn, medførte beslutningen om å tilrå

---

<sup>354</sup> Rapport med innspill til den nasjonale evalueringen av pandemihåndteringen, FHI, 7. september 2010

massevaksinasjon at i størrelsesorden 16 personer unngikk å bli så alvorlig syk at de fikk behov for intensivbehandling.

Ut fra et slikt regnestykke og dersom en legger til grunn at ca.  $\frac{3}{4}$  av intensivpasientene overlevde behandlingen, kan det med alle mulige forbehold, antydes at i området to til seks personer utenfor risikogruppene kan ha unngått å miste livet som følge av at de mottok tilbudet om å la seg vaksinere. Det må understrekes at dette er et grovt anslag

I denne vurderingen er ikke effekten av flokkimmunitet tatt med. Flokkimmunitet medfører at sannsynligheten for at personer som ikke har vært syke eller er vaksinert, skal bli syke, blir redusert fordi det blir lengre mellom de potensielle smittebærerne. Tas det hensyn til flokkimmuniteten, kan effekten ha blitt noe større enn det antydningene over indikerer.

Massevaksinasjonen reduserer i tillegg kostnadene til behandling i helsevesenet og utgiftene knyttet til arbeidsfravær for offentlige virksomheter og for næringslivet. Hvor store disse innsparingene er, vil være avhengig av hvor lenge effekten av vaksinen opprettholdes. Dette har igjen blant annet sammenheng med hvilke endringer som skjer i virusets egenskaper og hvor lenge immuniteten opprettholdes. Ny influensa A (H1N1) er ikke borte selv om pandemien er over.

I en samfunnsøkonomisk beregning bør det også tas hensyn til den nytten den enkelte oppnådde av å unngå å bli syk.

På kostnadssiden er bivirkningene av vaksinen et viktig element. SLV registrerer slike bivirkninger i Norge. Det er viktig å understreke at det at en mulig bivirkning er registrert, ikke nødvendigvis betyr at det er en reell sammenheng mellom vaksinen og det registrerte utslaget. I tillegg må det tas hensyn til at bivirkningene som er registrert skriver seg fra både risikogruppene og befolkningen for øvrig. Risikogruppene utgjorde i størrelsesorden 45 prosent av de vaksinerte.

Bivirkningene av vaksinen er omtalt i kapittel 12.10. SLV og FHI regner med at antallet alvorlige bivirkninger er relativt lavt, og at registrerte dødsfall, dødfødsler og spontanaborter ikke kan forklares med vaksinerings med Pandemrix. Det kan likevel se ut til at det er noe flere bivirkninger ved pandemivaksinen enn ved de ordinære sesonginfluensavaksinene. Bildet er imidlertid ikke komplett ennå.

SLV og FHI mente per 20. september 2010 at nytte-risikoforholdet til Pandemrix er uendret, og at rapportene ikke gir grunn til å endre norske helsemyndigheters anbefalinger om vaksinasjon.

I tillegg til mulige bivirkninger av vaksinen og de kostnadene og ulempene disse har påført samfunnet og den enkelte, må det tas hensyn til de direkte og indirekte kostnadene ved selve vaksinen og vaksineringsen.

En vurdering som dette vanskeliggjøres av at en ikke vet hva som hadde skjedd dersom massevaksinerings ikke hadde blitt gjennomført. Det er mulig massevaksineringsen gjorde at Norge unngikk en andre bølge av pandemien vinteren 2010. På den annen side vet vi at det ikke kom noen slik bølge i andre land i vår del av verden. Noen av dem hadde vesentlig lavere vaksinasjonsdekning enn Norge.

Dersom en vil vurdere den beslutningen som ble fattet om å tilrå massevaksinerings i oktober 2009, må en i tillegg ta hensyn til den kunnskapen som var tilgjengelig på dette tidspunktet og legge til grunn at det hersket usikkerhet om den fremtidige utviklingen. Dette gjaldt ikke bare for eventuelle bivirkninger av vaksinen, men også for en mulig forverring av virusets sykdomsfremkallende egenskaper. En mulig andre bølge var ut fra erfaringene fra tidligere pandemier en reell trussel, og gjennom historien har en sett flere eksempler på at den andre bølgen av pandemien ga mer alvorlig sykdom enn den første.

Etter DSBs oppfatning var det rimelig å tillegge usikkerheten knyttet til virusets fremtidige utvikling større vekt enn usikkerheten knyttet til vaksinen. Pandemrix var utprøvd, om enn ikke like grundig som sesonginfluensavaksinene, men skilte seg heller ikke mye fra disse vaksinene i oppbygning. De stoffene i Pandemrix som ikke var brukt i sesonginfluensavaksinen, var heller ikke nye i vaksinesammenheng, men godt utprøvd gjennom bruk i andre vaksiner.

På det aktuelle tidspunktet, omkring midten av oktober 2009, var det begynt å komme informasjon fra sykehusene om pasienter uten kjente risikofaktorer som var blitt svært syke og som også hadde mistet livet. Sykdomsbildet fremsto til dels som skremmende, og dette gjorde betydelig inntrykk. Dette bygget opp under informasjonen som var kommet fra Australia og New Zealand, der det også fremgikk at en tredjedel av intensivpasientene ikke tilhørte kjente risikogrupper. Disse forholdene hadde uten tvil vesentlig betydning for beslutningen om å tilrå massevaksinering.

Totalt sett fremstår derfor rådet om massevaksinering som fullt forståelig ut fra den situasjonen det ble gitt i. Utspillet følger også som en naturlig konsekvens av den proaktive holdningen myndighetene hadde møtt pandemien med helt siden april. Alternativet ville ikke ha vært å nekte folk vaksine, men å unnlate å gi dem råd om å ta den. En slik utydelighet ville ikke ha vært i samsvar med måten myndighetene ellers hadde kommunisert med befolkningen på gjennom disse månedene.

## 26. *Behandling*

I kapittel 8 beskrives den overordnede strategien som ligger til grunn for håndteringen av pandemien i Norge. Hovedsiktemålet i første fase var å begrense smittespredningen tilstrekkelig til at vaksinen kunne produseres og gjøres klar for levering. Etter DSBs oppfatning er det mye som tyder på at denne forsinkelsesstrategien var vellykket, men det må understrekes at perioden dette foregikk i var sammenfallende med det som er den absolutte lavsesong for influensa på den nordlige halvkule. Det kan imidlertid neppe være tvil om at den norske befolkningen gjennom våren og sommeren 2009 fikk intensivopplæring i god smittevernhygiene, og denne opplæringen vil kunne ha langtidseffekt.

I løpet av sommeren kom det informasjon fra Australia og New Zealand som viste at selv om ny influensa A (H1N1) var en relativt mild sykdom, så var det også noen få tilfeller med svært alvorlig forløp. Dette rammet i første rekke personer som tilhørte spesielle risikogrupper, men også et antall mennesker utenfor disse gruppene. Informasjonen medførte en gjennomgang av intensivkapasiteten på norske sykehus, og det ble tydelig at denne var svært mye lavere enn det som skulle til for å håndtere en situasjon tilsvarende den sykehusene var bedt om å planlegge for.

DSB mener at problemene den begrensede intensivkapasiteten kunne representere under en pandemi hadde vært for lite inne i planleggingen på forhånd. Pandemiplanen omtaler nesten ikke problemstillingen, til tross for at den opererer med et verstefallsscenario som kunne medføre 13 000 døde. Det burde være åpenbart at et scenario med så mange døde ville ha medført en dramatisk underkapasitet på landets intensivavdelinger. Også planleggingsscenarioene som kom i juli og september ville være svært krevende. Selv det relativt lave antallet pasienter med intensivbehov som ble det en reelt skulle forholde seg til, ble noen steder utfordrende å håndtere.

Gjennom planleggingsscenarioene gav Helsedirektoratet signaler om hva de forventet at RHF-ene skulle kunne håndtere. Trolig ville det være en fordel om slike forutsetninger ble tatt inn i Den nasjonale pandemiplanen, og en derigjennom fastsatte et nasjonalt beredskapsmål på intensivområdet. Intensivbehandlingsplasser er kostbare og krever langsiktighet, ikke minst fordi det er behov for spesialopplæring og betydelig bemanning.

## 27. Kommunikasjon

DSB mener at Helsedirektoratet og FHI gjorde en svært god kommunikasjonsinnsats under håndteringen av pandemien. Prinsippene Pandemiplanen legger til grunn for håndteringen, ble i stor grad etterlevd, og utfordringene ble møtt på en proaktiv måte som ga godt gjennomslag for budskapene både hos helsepersonell og i den generelle befolkningen.

Helsemyndighetene var generelt godt forberedt på en pandemi. Planer, nettside og noe informasjonsmateriell var gjort klart. De var imidlertid forberedt på en mye mer alvorlig pandemi enn den som inntraff i 2009. Det å fristille seg fra planen og justere aktiviteten og budskapet til den faktiske situasjonen, ble en utfordring den første tiden. Spørsmålet om myndighetene overdrev farene ved ny influensa A (H1N1) blir diskutert i kapittel 27.1 under.

Etter DSBs oppfatning bør de sentrale helsemyndighetene blant annet ta hensyn til følgende når de justerer sine kommunikasjonsplaner etter pandemien:

- Understreke behovet for å gjøre strategiske vurderinger inklusiv situasjonsanalyse ved sykdomsutbrudd
- Være bevisst på å balansere aktivitetsnivået med den graden av alvor som en ønsker å kommunisere (handlinger er også kommunikasjon)
- Vurdere mer aktiv bruk av andre myndigheter, nettverk (organisasjoner) og sosiale medier
- Vurdere en større grad av tilpasning i kommunikasjonen med kritiske grupper
- Gjøre nettsidene mer brukervennlige. Dersom det skal brukes to ulike nettsider, må de tydelig henvende seg til ulike målgrupper
- Avpasse innsatsen til et nivå som er mulig å opprettholde over lang tid og også i en situasjon der fravær kan bli en utfordring.


### 27.1. Overdrev myndighetene farene ved pandemien?

I den offentlige debatten rundt pandemihåndteringen har det ved flere anledninger blitt gitt uttrykk for at offentlige myndigheter overdrev farene ved pandemien. Sentralt i argumentasjonen står pressekonferansen 27. april, der statsråd Bjarne Håkon Hanssen deltok sammen med helsedirektør Bjørn-Inge Larsen og overlege Bjørn G. Iversen fra FHI.

Etter DSBs oppfatning er det ingen tvil om at pressekonferansen<sup>355</sup> etterlot et inntrykk av dramatisk. Statsrådets understreking av det alvorlige i situasjonen underbygger dette inntrykket. Under pressekonferansen ble blant annet lysbildet under vist og kommentert.

Helsedirektoratet

### Scenarier for Norge



- Sesonginfluensa
- 1, 2 millioner influensa-syke i løpet av et halvt år
- 13.000 ekstra dødsfall (beregninger ut fra Spanskesyken)
- Store konsekvenser for individ og samfunn

27.04.2009 | Tema for presentasjonen 16

<sup>355</sup> regjeringen.no, web-TV, pressekonferanse om utbrudd av svineinfluensa, 23. april 2009

Det ble understreket at dette var et verstefallsscenario, og at det mest sannsynlige scenarioet i Pandemiplanen var at sykdommen fikk et mildere forløp. Likevel kretset mange av medieoppslagene etter pressekonferansen rundt verstefallsscenarioet. DSB har gjennom møter med fylkesmenn, kommuner og andre fått inntrykk av at det også er en alminnelig oppfatning rundt om i landet at myndighetene i utgangspunktet overdrev farene som var knyttet til influensa A (H1N1).

I rapportens kapittel 9 er WHO, ECDCs og FHIs risikovurderinger i første del av pandemien gjengitt. Det fremgår her at FHI om morgenen samme dag som pressekonferansen ble avviklet, sendte en situasjonsrapport til Helsedirektoratet med kopi til HOD der det het:

*”Hendelsen har potensial til å bli en pandemi. Den raske spredningen til USA og Canada kan tyde på at viruset smitter nokså lett mellom mennesker. Data fra samme land tyder på at sykdomsbildet er mildt og uten dødsfall. Data fra Mexico kan vi foreløpig ikke bruke i risikovurdering. Dersom det blir en pandemi, tror vi per i dag at den vil bli mild med lav letalitet.”<sup>356</sup>*

I kapittel 17 er forberedelsene til pressekonferansen beskrevet. Det fremgår her at de tre deltakerne ikke hadde hatt tilstrekkelig anledning til å diskutere budskap og presentasjon før de gikk på podiet. Presentasjonen som ble brukt var delvis basert på en presentasjon som Helsedirektoratet hadde brukt i forbindelse med innlegg om Den nasjonale pandemiplanen på ulike møter og konferanser. Bildet som er gjengitt over var derfor produsert for bruk i helt andre sammenhenger.<sup>357</sup>

En oversikt FHI har laget, viser at budskapet om at det mest sannsynlige var en mild pandemi med lav letalitet ikke var med i de felles talepunktene som lå til grunn for pressekonferansen 27. april.<sup>358</sup> Det var imidlertid heller ikke presentasjonen av verstefallsscenarioet. De forberedelsene som var gjort gjennom flere år, var gjort for å møte et mulig utbrudd av fugleinfluensa A (H5N1). Når så en pandemi med langt mildere sykdomsforløp brøt ut, kan det ha vært vanskelig å tilpasse seg det. Pandemiplanen tok ikke høyde for at pandemien kunne bli så mild som den ble i dette tilfellet.

Helsedirektoratet har i møter med DSB påpekt at det var nødvendig å presentere verstefallsscenarioet på pressekonferansen av to grunner: for det første fordi dette står så sentralt i Pandemiplanen, og media utvilsomt ville ha søkt til denne for å finne informasjon om hva en pandemi kunne bety. Dersom myndighetene selv ikke nevnte verstefallsscenarioet, kunne media komme til å hevde at informasjon ble holdt tilbake. For det andre var det riktig å gjøre dette på grunn av usikkerheten knyttet til mulig fremtidig endring av virusets sykdomsfremkallende egenskaper. Det å ta høyde for at situasjonen kan utvikle seg i en alvorlig retning, blir generelt ansett som en riktig måte å møte kriser og alvorlige hendelser på.<sup>359</sup>

DSB har forståelse for disse vurderingene, men mener likevel at verstefallsscenarioet fikk for stor plass i presentasjonen, og i tillegg ble presentert på en noe uheldig måte. Pressekonferansen kom til å dreie seg mer om pandemier generelt, og Pandemiplanen spesielt, enn om den aktuelle situasjonen. Det var det sistnevnte mediene og befolkningen antakelig var mest interessert i. DSB mener at det var uheldig at ikke den risikovurderingen FHI hadde levert om morgenen samme dag som pressekonferansen ble avviklet, ble presentert.

Sentrale fagpersoner som brukes som rådgivere av WHO og det amerikanske smittevernbyrået, CDC, har understreket at en ikke skal være for redd for å skremme befolkningen dersom det er nødvendig for å oppnå ønsket reaksjon.<sup>360</sup> DSB har imidlertid ikke inntrykk av at denne holdningen lå bak den uheldige presentasjonen av verstefallsscenarioet 27. april.

<sup>356</sup> Statusrapport om svineinfluensa, 27. april 2009 kl. 07.20

<sup>357</sup> Møte med kommunikasjonssjefene i Helsedirektoratet, FHI og SLV 16. september 2010

<sup>358</sup> Samlet tabell over media/kommunikasjon, FHI, 26. august 2010

<sup>359</sup> Temahefte, Informasjonsberedskap og strategisk kommunikasjon, veileder, DSB, 2007

<sup>360</sup> Sandman, Peter M. og Jodes Lanard (2005), Bird Flu: Communicating the risk, vol. 10 no. 2.

FHIs oversikt over talepunkter og budskap i pressebrieffer viser at budskapet om at influensaen mest sannsynlig blir mild, første gang ble kommunisert 30. april, da statsråden igjen deltok sammen med helsedirektøren og FHIs faste talsperson. Fra dette tidspunktet ligger dette budskapet i bunn for de sentrale aktørenes mediearbeid.

Likevel kan det se ut til at bildet av at helsemyndighetene overdrev farene ved influensaen har blitt hengende ved håndteringen. Det kan ha sammenheng med at kommunikasjon er mer enn tale, skrift og bilder. Selv om Helsedirektoratet og FHI gjorde alt de kunne for å dempe inntrykket av krise i sin kontakt med media og på nettsidene, kunne *handlingene* skape et annet inntrykk. Helsedirektøren og FHIs medietalsperson opptrådte hyppig på radio og tv, det var stadig pressebrieffer til tross for at det var lite nytt å berette, og myndighetene ga selv mye oppmerksomhet til jakten på de første tilfellene av smitte i Norge. Det høye aktivitetsnivået kunne i seg selv gi inntrykk av at situasjonen var mer alvorlig enn det myndighetene etter hvert ga uttrykk for.

Planleggingen innen helsesektoren, i kommunene og i andre virksomheter måtte ta høyde for at det kunne skje en endring i viruset som medførte at sykdomsbildet ble forverret. I mangel på alternativer ble verstefallsscenarioet i Pandemiplanen lagt til grunn helt frem til FHIs planscenarioer ble presentert 29. juli.

Selv etter at dette ble nedskalert noe 3. september, ble det planlagt ut fra et bilde som var vesentlig mer alvorlig enn det som etter hvert fremsto som det mest sannsynlige. Det medførte stor aktivitet i mange deler av helsesektoren med blant annet innkjøp av et stort antall respiratorer og høy beredskap på sykehusene. Selv om DSB andre steder i denne rapporten stiller spørsmål ved om det siste planscenarioet kunne vært ytterligere nedskalert, var det uten tvil riktig av helsemyndighetene å ta høyde for at det kunne skje en forverring av situasjonen slik en hadde erfart i tidligere pandemier.

Pressekonferansen 27. april medførte etter DSBs oppfatning at myndighetene bidro til å forsterke det bildet som allerede var i ferd med å skapes i media av at landet sto overfor en potensielt alvorlig krisesituasjon. Dette var ikke en omforent strategi fra myndighetenes side, men snarere en konsekvens av mangelfull koordinering i dette tilfellet.

Etter DSBs oppfatning hadde Helsedirektoratet i utgangspunktet lagt opp til en kommunikasjonsstrategi hvor man ønsket å forberede befolkningen på at en pandemi kunne medføre store utfordringer for samfunnet og den enkelte. Folk skulle forstå alvoret. Det var direktoratet som hadde produsert presentasjonen hvor verstefallsscenarioet fikk så stor plass. Denne hadde sin bakgrunn i Pandemiplanens scenariogrunnlag og de forberedelsene som gjennom flere år hadde funnet sted. Det er mulig at strategien delvis også kan ha sammenheng med erfaringene fra Tsjernobyl-ulykken 23 år tidligere, der helsemyndighetene fikk betydelig kritikk for ikke å ha kommunisert alvoret i hendelsen godt nok.

DSB oppfatter det slik at Helsedirektoratet og FHI har ulike oppfatninger om pressekonferansen 27. april. Helsedirektoratet mener at det var nødvendig å informere om verstefallsscenarioet i Pandemiplanen, men ser at måten det ble gjort på var uheldig. FHI mener, slik DSB oppfatter det, at Helsedirektoratet ikke tok tilstrekkelig hensyn til at instituttet allerede på dette tidspunktet mente at det var mest sannsynlig at vi sto overfor en mild influensa med lav dødelighet.

Inntrykket av at myndighetene overdrev festet seg i alle fall tidlig ved håndteringen, selv om budskapet som ble kommunisert allerede fra 30. april var at det var liten grunn til engstelse. Dette hadde dels bakgrunn i den uheldige starten med pressekonferansen 27. april, og dels med den generelt proaktive holdningen myndighetene la til grunn både i kommunikasjonsarbeidet og i den mer faglig rettede responsen på den mulige trusselen influensaen representerte.



## 28. Konklusjon – læringspunkter

Norge var på et overordnet plan godt forberedt på pandemien i 2009. Den nasjonale beredskapsplanen for pandemisk influensa var sist revidert i 2006, og det var i 2008 inngått avtale med GSK om levering av vaksine i tilfelle et utbrudd i den kommende treårsperioden. Det var også gjennomført en rekke øvelser både på nasjonalt, regionalt og lokalt plan.

Forberedelsene var imidlertid gjort på bakgrunn av at en anså at den alvorligste aktuelle risikoen var knyttet til en pandemi med utgangspunkt i et fugleinflusavirus A (H5N1) som hadde utviklet egenskaper som gjorde at det kunne smitte til mennesker. Dødeligheten for de som hadde blitt smittet var svært høy. Smitte mellom mennesker kunne være neste trinn i utviklingen, og det kunne forårsake en pandemi med alvorlige konsekvenser for verdenssamfunnet.

Da meldingen om influensautbruddet i Mexico og USA kom 24. april 2009, var det naturlig og forståelig at helsemyndighetene tok utgangspunkt i Pandemiplanen og de erfaringene de hadde gjort i forbindelse med forberedelsene for et mulig fugleinflusautbrudd. Mye av det som skjedde de første dagene må forstås på bakgrunn av dette. Dette gjelder for eksempel pressekonferansen 27. april der det som nevnt over ble tatt utgangspunkt i en presentasjon som var laget til bruk på møter og seminarer om Pandemiplanen.

Etter DSBs oppfatning burde FHIs vurderinger hatt en mer sentral plass i håndteringen og kommunikasjonen den første tiden. Fra første stund var det imidlertid klart at utbruddet i USA og Mexico var forårsaket av et helt annet virus enn det en hadde ansett som mest sannsynlig da Pandemiplanen ble utarbeidet. FHI, som er statens smitteverninstitutt og den fremste faglige instansen i landet på det epidemiologiske området, gikk straks i gang med å analysere informasjonen som forelå fra Mexico, USA og Canada, og vurderte det allerede i løpet av den første helgen slik at det mest sannsynlige var at influensaen ville utvikle seg til en mild pandemi med lav letalitet.

De første dages usikkerhet kan for øvrig også illustrere faren ved å ha beredskapsplaner som er laget med utgangspunkt i et spesielt scenario. Det kan fort bli slik at en reagerer ut fra planens forutsetninger og ikke ut fra de forutsetningene som gjør seg gjeldende i den aktuelle situasjonen. Pandemiplanens verstefallsscenario ble styrende for mye av planleggingen de første månedene, selv om det allerede tidlig var klart at dette scenarioet var lite sannsynlig.

Den faktiske situasjonen ble imidlertid hele tiden håndtert ut fra analyser av den løpende utviklingen. Det gjorde at virkemiddelbruken innenfor smittevernområdet var i tråd med Pandemiplanens forutsetning om at *”[t]iltak skal være tilpasset situasjonen til enhver tid og skal ikke gå ut over det som fremstår som nødvendig.”*<sup>361</sup>

Helsedirektoratet ledet og samordnet håndteringen av situasjonen med basis i delegasjon fra HOD i henhold til *Overordnet nasjonal helse- og sosialberedskapsplan* og ut fra bestemmelsene i smittevernloven. Fylkesmennene spilte sammen med regionhelseforetakene en viktig rolle som kommunikasjons- og rapporteringskanal mot helsetjenestene. På nasjonalt plan var FHI en sentral støttespiller.

Den spesielle beredskapsorganiseringen i helsesektoren besto prøven, men det ble også avdekket en del forhold som i en mer alvorlig situasjon kunne ha medført problemer. Dette knytter seg blant annet til hvor langt Helsedirektoratets fullmakter strekker seg på områder hvor andre aktører gjennom lov- og forskriftsverket er tillagt en rolle eller et ansvar. I den aktuelle situasjonen ble dette først og fremst synlig i forholdet til FHI på vaksineområdet.

---

<sup>361</sup> Nasjonal beredskapsplan for pandemisk influensa, Versjon 3.0, 16. februar 2006, HOD, s. 89

Helsedirektoratets krisestyring og -organisering bør etter DSBs oppfatning tilstrebe et tydeligere skille mellom operative, analytiske og strategiske oppgaver. Det vises i denne sammenheng til St.meld. nr. 37 (2004-2005) *Om flodbølgekatastrofen i Sør-Asia og sentral krisehåndtering* kapittel 7.1. Det er også behov for at prosessene internt i direktoratet og mellom direktoratet og andre aktører (blant annet HOD) dokumenteres bedre.

Det er også viktig å være oppmerksom på at forholdet mellom de sentrale aktørene, HOD, Helsedirektoratet og FHI, kan bli *for tett*, og at roller og prosesser i så fall kan tendere til å flyte sammen. Faren kan være at en mister den kvalitetssikringseffekten som ligger i å opprettholde et tydelig skille mellom ulike roller og funksjoner. Etter DSBs mening kan prosessen som førte frem til vedtaket om å anbefale befolkningen å vaksinere seg, være et eksempel på dette.

Håndteringen av vaksinerådene viste at det hersker ulike oppfatninger hos de sentrale aktørene om hvor ansvaret formelt sett ligger. Det er også noe uklart hvordan beslutningen om massevaksinering egentlig ble fattet, og hvilke vurderinger som egentlig lå til grunn.

Slik DSB ser det kan det være grunn til å tydeliggjøre rolledelingen mellom Helsedirektoratet og FHI ytterligere. FHIs faglige vurderinger bør veie tyngre enn de gjorde i innledningsfasen av håndteringen, men samtidig bør Helsedirektoratets ansvar for samordning og å iverksette tiltak konkretiseres.

Norske helsemyndigheter møtte pandemien proaktivt. Dette kommer til uttrykk i at man hele tiden tok høyde for et langt mer alvorlig scenario enn det som var det mest sannsynlige. Etter DSBs oppfatning er dette en riktig strategi som hadde gjort det lettere å møte en uventet negativ utvikling enn om en hadde valgt en mer passiv holdning. Konsekvensen ble imidlertid at ressursbruken, i ettertid vurdert, kan ha vært unødvendig høy, og at befolkningen kan ha fått inntrykk av at situasjonen var mer alvorlig enn det myndighetene egentlig mente den var.

Til tross for en proaktiv holdning kan det se ut som om de ble klar over viktige problemstillinger på et noe sent tidspunkt. Dette gjelder for eksempel behovene knyttet til intensivbehandling av alvorlig syke pasienter og tiltak for å avlaste fastlegene.

Helsedirektoratet og FHI har separate kommunikasjonskanaler ut til helsetjenestene. Det kan være en utfordring, særlig fordi et viktig ledd som fylkesmannen ikke fikk tilgang til denne informasjonsstrømmen.

Fylkesmennene spilte etter DSBs oppfatning en viktig rolle i den generelle regionale og lokale håndteringen av pandemien. Fylkesmennene inngår i direktoratets styrings- og rapporteringssystem. DSB mener at fylkesmennene også bør ha en rolle i å samordne smittevernarbeidet i kommunene og fordele ekstra personellressurser som studenter o.a., og at de kunne ha bidratt til at vaksinedistribusjonen skjedde på en mer smidig og fleksibel måte.

Smittevernloven bør etter DSBs mening gjennomgå med sikte på å tydeliggjøre Helsedirektoratet, FHI og fylkesmennenes rolle. Det kan også være behov for å vurdere andre sider ved loven, blant annet om den er fleksibel nok til å være et egnet virkemiddel i forbindelse med en mild eller moderat pandemi.

Kommunenes mest krevende oppgave i forbindelse med pandemien var vaksinering av først helsepersonell og risikogrupper og deretter den generelle befolkningen. Kommunene kunne i praksis organisere vaksineringen som de ville. Spørreundersøkelsene som er gjennomført hos fylkesmennene og i kommunene viser at det er stor grad av tilfredshet med hvordan vaksineringen ble ivare tatt lokalt.

Pasientorganisasjonene mottok imidlertid mange klager fra medlemmer som meldte fra om dårlig og tilfeldig organisering, køsniking og lignende. Det er vanskelig å si hvor representativt dette bildet er. DSB vil imidlertid peke på at det under pandemien ikke fantes noe felles og enhetlig system for identifisering av personer som tilhørte de prioriterte risikogruppene og hvordan disse skulle behandles.

Dette er et eksempel på en problemstilling som burde ha vært gjennomtenkt på forhånd og tatt inn i Pandemiplanen. Det er mange andre slike eksempler på at forberedelsene til tross for mange års innsats, ikke var grundige nok til at man hadde oppdaget og adressert utfordringer som viste seg å bli viktige når pandemien kom. Det kan skyldes at planleggingen ikke i stor nok grad var brakt ut i den delen av helsevesenet der de praktiske problemene skulle håndteres.

Kommunehelsetjenesten er trolig den mest sårbare delen av den nasjonale pandemiberedskapen. Det har sammenheng med at mange kommuner i Norge er små, og noen svært små. Dersom sykdomsbildet hadde vært noe i nærheten av det som er skissert i Pandemiplanens verstefallsscenario, er det fare for at kommunehelsetjenesten noen steder ville bli satt ut av funksjon for en kortere eller lengre periode. Ved denne pandemien hadde de små kommunene imidlertid snarere en fordel. De fikk bedre vaksinedekning tidlig, og de hadde små problemer med å identifisere risikogruppene.

Kommunikasjonsmessig fremsto pandemihåndteringen i stor grad som vellykket. Etter en uheldig start ble arbeidet drevet målrettet og på en tillitvekkende måte. DSB mener imidlertid at man spesielt etter sommeren i større grad burde ha differensiert innsatsen mot ulike målgrupper, og at en burde ha hatt en mer bevisst holdning til hvordan nettverk og sosiale medier kan brukes i kommunikasjonssammenheng.

I kapittel 6.1 beskrives hvilke kriterier som skal legges til grunn for vektingen av de funn som gjøres i forbindelse med denne gjennomgangen.

Kriteriene for god håndtering vil være om den bidro til at:

- antall syke ble redusert
- antall alvorlig syke og døde ble redusert
- viktige samfunnsfunksjoner ble opprettholdt
- håndteringen ikke skapte *unødig* uro i samfunnet og hos den enkelte
- samfunnets ressurser ble benyttet på en effektiv måte.

Norge hadde flere syke og noe høyere mortalitet under pandemien enn de fleste av nabolandene. Det er blitt forklart med at hovedbølgen kom noe tidligere i Norge enn i andre land i Norden, og at vaksineringsen derfor ikke fikk full effekt her i landet. Det er vanskelig å vurdere om dette er riktig, eller om det er andre grunner til forskjellene. DSB har imidlertid ikke funnet, eller blitt presentert for, noen mangler i helsemyndighetenes innsats som skulle kunne ha medført at sykkeligheten og dødeligheten i Norge ble høyere enn hva som ellers kunne ha vært tilfellet.

Pandemien i 2009 fikk ikke et omfang som kunne truet viktige samfunnsfunksjoner. Om en ser bort fra planleggingsinnsatsen de første månedene, var dette heller ikke en aktuell problemstilling i håndteringssammenheng på sentralt hold.

DSB mener at to forhold ved håndteringen kan ha bidratt til å skape større uro enn nødvendig i befolkningen. Det første er at den første pressekonferansen (27. april) kunne bidra til å forsterke det overdrevne bildet mediene allerede skapte av situasjonens alvorlighet. På et senere tidspunkt bidro organiseringen av vaksineringsen av risikogruppene til en del uro og engstelse i noen miljøer.

Det spørsmålet som er vanskeligst å svare på er om helsemyndighetene kunne oppnådd de samme resultatene med mer effektiv bruk av ressurser. Vurdert i ettertid kan det stilles spørsmål ved om innkjøpet av respiratorer og annet utstyr var overdimensjonert, og om beredskapsnivået i

spesialisthelsetjenesten var unødvendig høyt unødvendig lenge. Vurdert ut fra den usikkerheten om fremtidig utvikling som gjorde seg gjeldende da disse beslutningene måtte tas, kan imidlertid bildet bli et annet. DSB mener imidlertid det kan være grunnlag for å stille spørsmål ved om planscenarioet som lå til grunn for planleggingen kunne ha vært nedskalert ytterligere i september.

På samme måte kan det ha medført et effektivitetstap at det i perioden mai – august måtte planlegges ut fra Pandemiplanens verstefallsscenario som det allerede på et tidlig tidspunkt var klart var svært lite sannsynlig. Det var bra at det skjedde en revurdering av disse gjennom det første planscenarioet som kom 29. juli, men det hadde vært enda bedre om denne nedtrappingen hadde skjedd tidligere.

Effektiv ressursbruk dreier seg også om effektiv organisering. DSB mener at rollefordelingen mellom Helsedirektoratet og FHI kunne vært bedre avklart, men tror ikke dette forholdet hadde vesentlige effektivitetshemmende konsekvenser. Vaksinedistribusjonen og vaksineringsplanen kunne imidlertid sannsynligvis vært lagt opp mer effektivt. En distribusjonsstrategi basert på større samlede utsendelser til kommunene kunne ha medført lavere ressursbruk i vaksineringsinnsatsen, men ville også medføre en forsinkelse i vaksineringsplanen for de som trengte vaksinen mest, med de potensielle følger dette kunne ha fått for antallet alvorlig syke og antallet dødsfall.

De fleste av de svakhetene som er presentert i denne rapporten hadde etter DSBs vurdering imidlertid liten eller ingen betydning for utfallet av håndteringen. Når de likevel kan være viktige å rette oppmerksomhet mot, er det fordi de representerer sårbarheter som i en mer krevende håndteringssituasjon kan komme til å medføre problemer og som en derfor bør ta lærdom av.

### **28.1. Hvilke utfordringer ville Norge ha stått overfor ved et verstefallsscenario?**

Verstefallsscenarioet i Nasjonal beredskapsplan for pandemisk influensa tar utgangspunkt i Spanskesyken fra 1918-19. I scenarioet legges det til grunn at 50 prosent av befolkningen blir smittet i løpet av et halvt år, og at 25 prosent av befolkningen blir syke og sengeliggende. Overdødeligheten anslås til mellom 0,4 prosent og 1,1 prosent av de syke, noe som vil medføre 5 000-13 000 ekstra dødsfall i forhold til en normal vintersesong.<sup>362</sup>

I NSBR 2008 er det gjort en beregning som viser at et slikt scenario når hovedbølgen når toppen kan medføre opp til 40 prosent fravær fra arbeidsplassene.<sup>363</sup>

Erfaringene fra pandemien i 2009 viser at tidspunktet på året utbruddet skjer kan ha vesentlig betydning for mulighetene til å fremskaffe vaksiner før sykdommen når Norge. Ny influensa A (H1N1) brøt ut på et gunstig tidspunkt for oss fordi influensasesongen på den nordlige halvkule var på hell. På den sydlige halvkule skjedde utbruddet på et tilsvarende ugunstig tidspunkt, og hovedbølgen der kom derfor lenge før vaksinen var ferdig produsert.

Ved et fremtidig utbrudd av alvorlig pandemisk influensa kan vi ikke regne med å være like heldige med hensyn til utbruddstidspunktet som denne gangen. Dersom utbruddet skjer på et mindre gunstig tidspunkt, vil de generelle smitteverntiltakene og bruken av antiviralia bli vesentlig viktigere enn denne gangen. Det er for øvrig også grunn til å understreke at vi ikke kan regne med at Tamiflu og andre antiviralia vil ha virkning på et fremtidig aggressivt pandemivirus.

Et verstefallsscenario kan medføre svært store utfordringer både for kommune- og spesialisthelsetjenesten, særlig dersom vaksiner ikke er tilgjengelig når hovedbølgen slår inn.

<sup>362</sup> Nasjonal beredskapsplan for pandemisk influensa, Versjon 3.0, 16. februar 2006, HOD, s. 84

<sup>363</sup> Nasjonal sårbarhets- og beredskapsrapport (NSBR) 2008, DSB, s. 47

Intensivkapasiteten på sykehusene er begrenset, og selv om det vil være mulig å øke den gjennom bruk av alternative metoder og ved å utnytte kapasiteten i regionhelseforetakene maksimalt, er det lite sannsynlig at man vil kunne gi fullgod behandling til alle dem som vil ha behov for det.

Laboratoriekapasiteten kan også bli en flaskehals. Ved pandemien i 2009 ble flere laboratorier overbelastet.

En pandemi som beskrevet i verstefallsscenarioet, ville ha medført særlig store utfordringer for de små sykehusene fordi disse er mer sårbare med hensyn til personellfravær og har færre muligheter til å omdisponere ressurser.

Også kommunehelsetjenesten med fastleger og apotek ville måtte regne med betydelige utfordringer ved en svært alvorlig influensaepidemi. Også her ville særlig de små enhetene være sårbare. Ut fra dagens regelverk ville heller ikke fylkesmennene uten videre kunne ha styrt ressurser til kommuner og områder med spesielle behov.

Det er ikke utenkelig at helsetjenesten i enkelte områder i praksis ville kunne komme til å være satt helt eller delvis ut av funksjon.

NSBR 2008 beskriver mulige konsekvenser av et verstefallsscenario innen en rekke sektorer.<sup>364</sup> Pandemien i 2009 hadde ikke et slikt omfang at kontinuiteten i drift av samfunnskritiske funksjoner ble utfordret. Dersom en slik situasjon skal møtes med profylaktisk bruk av antiviralia til – og vaksiner av – nøkkelpersonell, ville en imidlertid stå overfor en utfordring fordi det per i dag ikke finnes noen nasjonal oversikt over hvilke funksjoner som er å anse som samfunnskritiske og hvilke oppgaver det spesielt er viktig å opprettholde kontinuitet i driften av.

Som nevnt over kan Norge ikke regne med at det ved neste pandemi lykkes å fremskaffe vaksine før hovedbølgen når landet. Dersom vaksiner skulle vise seg å være tilgjengelige, ville manglende systemer for identifisering av personer i risikogruppene medført store utfordringer. Sykdommen ville i seg selv kunne ha medført mye uro og engstelse, men dette ville ha blitt forsterket dersom folk mistet tilliten til myndighetenes evne til å sørge for at de prioriterte gruppene fikk vaksine først.

Pandemien i 2009 viste at ansvarsfordelingen mellom sentrale aktører i en slik situasjon ikke er tilstrekkelig avklart. I tillegg medfører lav grad av formalisering av fullmakter og samarbeidsforhold en sårbarhet. Det samme gjelder liten grad av samordning av kommunikasjonen mellom sentrale og regionale aktører. I en langvarig og vanskelig håndteringssituasjon ville slike forhold kunne ha medført misforståelser og konflikter som hadde bidratt til å redusere effektiviteten i arbeidet både på sentralt hold og i helsetjenestene.

DSB mener at det er viktig at Norge styrker pandemiberedskapen ytterligere. Selv om det var 30-40 år siden forrige pandemi, er sannsynligheten for at en ny skal bryte ut neste år ikke lavere enn den var i 2008. Fugleinfluenzaviruset A (H5N1) utgjør fortsatt en trussel, og det kan også dukke opp andre virus som utvikler evne til å smitte mellom mennesker.

---

<sup>364</sup> Nasjonal sårbarhets- og beredskapsrapport (NSBR) 2008, DSB, s. 54 ff.

## 29. DSBs anbefalinger

Med bakgrunn i de forholdene som er avdekket i gjennomgangen av håndteringen av pandemien, anbefaler DSB følgende:

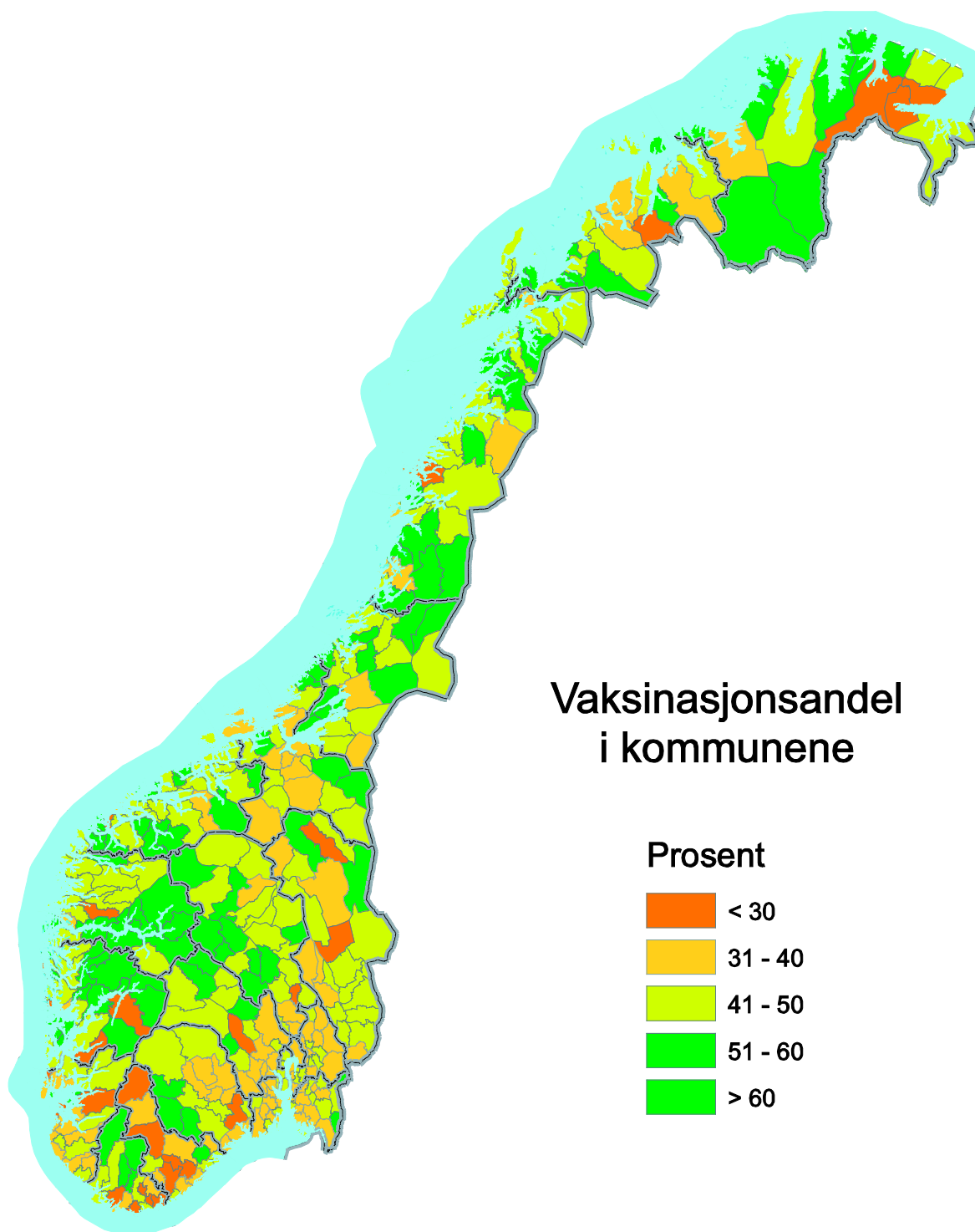
- a. Beskrivelsen av Helsedirektoratets fullmakter når HOD delegerer samordningsansvaret for håndteringen av en hendelse, bør gjøres tydeligere. Dette kan gjøres i *Overordnet nasjonal helse- og sosialberedskapsplan* eller i det enkelte tilfellet.
- b. Fremtidige delegeringer med basis i det overordnede planverket bør formaliseres på en slik måte at alle aktører får et klart og entydig bilde av hva delegasjonen innebærer.
- c. Det bør vurderes mekanismer som kan forenkle den tverrsektorielle koordineringen av håndteringen på etatsnivå (i dette tilfellet mellom Helsedirektoratet og etater i andre sektorer).
- d. Helsedirektoratets og FHIs roller som henholdsvis forvaltningsorgan og fagorgan bør i større grad rendyrkes.
- e. Det bør gjennomføres en grenseoppgang mellom Helsedirektoratets og FHIs ansvarsområder på vaksineområdet.
- f. Ved krisehåndtering innen helsesektoren bør Helsedirektoratet vurdere å opprette et formelt overordnet møteforum hvor de øvrige viktige aktørene deltar.
- g. Helsedirektoratet bør også vurdere et tydeligere skille mellom operative, analytiske og strategiske roller internt, for eksempel ved en egen kriseorganisering.
- h. Helsedirektoratet og FHIs kommunikasjonslinjer til regionalt og lokalt nivå bør ved krisehåndtering samordnes bedre. FHI bør delta i møter/telefonkonferanser med fylkesmennene og regionhelseforetakene.
- i. Det bør vurderes om situasjonsrapporteringen mellom aktørene horisontalt og vertikalt kan forenkles og gjøres mer oversiktlig, for eksempel ved å ta i bruk nettbaserte løsninger.
- j. Sentrale myndigheter bør samarbeide for å forhindre at rapporteringsbelastningen på fylkesmennene og kommune ikke blir større enn nødvendig.
- k. Fastlegenes rolle som en del av kommunehelsetjenesten må tydeliggjøres og fastsettes ved lov. Kommunikasjonslinje mellom Helsedirektorat – Fylkesmann – kommunelege – fastleger må etableres og gjennomgås.
- l. Pandemikomiteéns rolle som rådgivende organ for HOD i forbindelse med krisehåndtering bør vurderes nærmere.
- m. Smittevernloven bør gjennomgås på bakgrunn av de erfaringene pandemien gav. Fylkesmennenes rolle på smittevernområdet må gjennomgås og tydeliggjøres. Fullmaktsbestemmelsene må gjennomgås med tanke på tydelighet og fleksibilitet.
- n. Helsemyndighetene bør legge erfaringene fra pandemihåndteringen i 2009 til grunn for fremtidige pandemivaksineavtaler. Anskaffelse av prepandemivaksine basert på fugleinfluensavirus A (H5N1) bør fortsatt vurderes.

- o. Ved fremtidige pandemier bør planscenarioer utvikles tidligere og revideres med jevne mellomrom.
- p. Rapporteringssystemene for infeksjonssykdommer bør utvikles slik at de kan gi raskere og mer geografisk differensiert informasjon.
- q. Det bør gjøres en nærmere analyse av kost-/nytteforholdet ved massevaksinasjon.
- r. Distribusjonsløsninger for pandemivaksine bør utredes nærmere. Det bør særlig vurderes om det kan oppnås større robusthet, fleksibilitet og forutsigbarhet ved å basere seg på eksisterende logistikksystemer med regionale distribusjoner, og ved å gi fylkesmennene en koordinerende rolle.
- s. Nasjonal pandemiplan må revideres. Intensiv- og laboratoriekapasitet bør gis en grundigere omtale i Pandemiplanen. Sentrale helsemyndigheter må være tydelige i sine forventninger til Helseforetakene når det gjelder behandlingsskapasitet under en pandemi.
- t. Et pandemiintensivregister må være klart før utbruddet av neste pandemi.
- u. Det bør lages nasjonale retningslinjer som beskriver hvilke samfunnsfunksjoner som er mest kritiske og hvilke oppgaver det må sikres kontinuitet i driften av under en pandemi eller i andre krisesituasjoner.
- v. Det bør vurderes hvordan personer i risikogrupper skal identifiseres ved en pandemi. Systemer for uttrekk av pasientjournaler kan være en av flere mulige løsninger.
- w. Helsedirektoratet og FHI bør vurdere hvordan en ved fremtidig krisehåndtering i større grad kan bruke kanaler og metoder som åpner for dialog med berørte grupper.
- x. Det bør vurderes hvordan sårbarheten i kommunehelsetjenesten kan reduseres ved en pandemi. Interkommunalt samarbeid er en av flere mulige løsninger. Fylkesmannen bør gis muligheter til å styre ressurser mellom kommunene og vis-à-vis spesialisthelsetjenesten i en krisesituasjon.
- y. Ved fremtidige pandemier bør det fastsettes en fast og felles pris for vaksiner som gjelder for hele landet og er uavhengig av hvordan vaksineringsorganisasjonen organiseres i den enkelte kommune. Denne prisfastsettelsen må komme tidlig i planleggingsprosessen, og det er viktig å vurdere prisnivået opp mot ønsket dekningsgrad.





***Vedlegg A: Kart over vaksinasjonsandel i kommunene***





## ***Vedlegg B: Oversikt over aktører i samarbeidsgruppe og utvidet samarbeidsgruppe***

### **Samarbeidsgruppe**

Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (DSB)

Helsedirektoratet

Nasjonalt folkehelseinstitutt (FHI)

Statens legemiddelverk (SLV)

### **Utvidet samarbeidsgruppe**

Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (DSB)

Helsedirektoratet

Nasjonalt folkehelseinstitutt (FHI)

Statens legemiddelverk (SLV)

Fylkesmannen i Hordaland

Fylkesmannen i Oslo og Akershus

Fylkesmannen i Troms

RHF Helse Sør-Øst

RHF Helse Vest

Kommunelegen i Asker kommune

Kommunelegen i Lillehammer kommune



## ***Vedlegg C: Oversikt over aktører det er gjennomført møter med***

Helse- og omsorgsdepartementet  
Utenriksdepartementet  
Landbruks- og matdepartementet  
Nærings- og handelsdepartementet  
Justis- og politidepartementet

Helsedirektoratet  
Mattilsynet  
Nasjonalt folkehelseinstitutt  
Statens legemiddelverk  
Statens helsetilsyn

Fylkesmannen i Hedmark  
Fylkesmannen i Hordaland  
Fylkesmannen i Troms

Helse Nord RHF  
Helse Sør-Øst RHF  
Helse Vest RHF  
Helse Bergen HF  
Helse Førde HF  
Oslo universitetssykehus HF, Aker  
Oslo universitetssykehus HF, Rikshospitalet  
Oslo universitetssykehus HF, Ullevål  
Sykehuset i Vestfold HF, Tønsberg  
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF, Tromsø

Bergen kommune  
Bærum kommune  
Frosta kommune  
Førde kommune  
Gloppen kommune  
Levanger kommune  
Lillehammer kommune  
Oslo kommune, Grünerløkka bydel  
Radøy kommune  
Risør kommune  
Stjørdal kommune  
Skien kommune  
Tromsø kommune  
IK Samhelse Midt-Troms

Apotekforeningen  
Den norske legeförening  
Kommunesektorens interesse- og arbeidsgiverorganisasjon (KS)  
Landsforeningen for hjerte- og lungesyke  
Norges Astma- og Allergiforbund  
Norges Farmaceutiske Forening  
Norges Diabetesforbund



## Vedlegg D: Ordliste

adjuvans	hjelpestoffer som øker immunresponsen slik at mindre mengder virusmateriale er nødvendig i hver vaksinedose
afebril	feberfri
agens	noe som driver eller opprettholder en prosess, aktivt stoff
anafylaksi	alvorlig allergisk sjokk
antibiotika	bakteriedrepende legemidler
antiviralia	medikamenter som virker på virus
basal	grunnleggende
cellemediert	mediere = halvere
dialyse	metode der en med membran skiller oppløste stoffer med forskjellig molekylstørrelse fra hverandre
diskurs	samtale, drøfting
epidemi	sykdom som sprer seg hurtig
fokalpunkter	fokal = som gjelder fokus
immunsupprimerte	med svekket immunforsvar (supprimere = undertrykke)
immunitet	det å være beskyttet mot en sykdom, ikke mottakelig for smittestoff
kjemo-	med kjemiske stoffer
klinisk	som foregår på klinikk, for eksempel klinisk forskning gjort på sykehus
letalitet	dødelighet for en bestemt sykdom, spesifisert som prosent av de som er angrepet av sykdommen
mortalitet	dødstall, dødelighet i en befolkningsgruppe (andel av befolkningen som dør)
mutasjon	endring i gen eller kromosom (arveanlegg) under celledeling
narkolepsi	sykdom som medfører søvnighet og søvnanfall
pandemi	epidemisk sykdom som sprer seg fra land til land
Pandemrix	vaksine mot pandemisk influensa, utviklet og produsert av GSK
pneumoni	lungebetennelse
prediksjon	forutsigelse basert på sannsynlighet
prepandemivaksine	produksjon av vaksine før pandemien (fase 6) var erklært
profylaktisk	beskyttende, forebyggende (forebyggelse av sykdom)
pulmonal hypertensjon	forhøyet trykk i lungekretsløpet
Relenza	zanamivir (antiviralt legemiddel)
talepunkt	omforent budskap i kortfattet form, utarbeidet av kommunikasjonsansatte til bruk for talspersoner som skal uttale seg i mediene
Tamiflu	oseltamivir (antiviralt legemiddel)

unilateralet	som gjelder eller forplikter bare den ene av to eller flere parter
vaksinand	den som blir vaksinert
viral	som gjelder virus
virulent	infeksjonsfremkallende
virologi	vitenskapen om virus og virussykdommer
zoonose	sykdom som smitter fra dyr til mennesker og deretter mellom mennesker



### ***Vedlegg E: Forkortelser brukt i rapporten***

AMK	Akuttmedisinsk kommunikasjonsentral
ARDS	Adult respiratory distress syndrome, akutt lungesviktsyndrom
ASS	Allmennfarlig smittsom sykdom
CDC	Center for Disease Control and Prevention, det amerikanske smitteverninstituttet
Dnlf	Den norske legeforening
DSB	Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap
ECDC	European Centre for Disease Prevention and Control, det europeiske smittevernbyrået
ECMO	Ekstrakorporal membranoksygenering, en teknikk for å tilføre blodet oksygen utenfor kroppen
EMA	European Medicines Agency, det europeiske legemiddelkontoret
EPJ	Elektronisk pasientjournal
EU	Den europeiske union
EWRS	EUs meldingssystem for varsling av utbrudd av smittsomme sykdommer
EØS	Det europeiske økonomiske samarbeidsområdet
FAD	Fornyings- og administrasjonsdepartementet
FHI	Nasjonalt folkehelseinstitutt
GOARN	Global Outbreak Alert and Response Network, et globalt nettverks- og varslingssystem for farlige smittsomme sykdommer (opprettet av WHO)
GSK	GlaxoSmithKline (legemiddelfirma)
HF	Helseforetak
HINAS	Helseforetakenes innkjøpssentral
HOD	Helse- og omsorgsdepartementet
IHR	Det internasjonale helsereglementet
IHR-forskriften	Forskrift om varsling av og tiltak ved alvorlige hendelser av betydning for internasjonal folkehelse
JD	Justis- og politidepartementet
KS	Kommunesektorens interesse- og arbeidsgiverorganisasjon
KSE	Regjeringens krisestøtteenhet
LHL	Landsforeningen for hjerte- og lungesyke
MSIS	Meldingssystem for smittsomme sykdommer
NAV	Arbeids- og velferdsetaten
NGO	Non-governmental organization, ikke-statlige organisasjoner
NMD	Norsk medisinaldepot

NORAD	Direktoratet for utviklingssamarbeid
NSBR	Nasjonal sårbarhets- og beredskapsrapport (utarbeides årlig av DSB)
NAAF	Norges astma- og allergiforbund
NOPIR	Norsk pandemi intensivregister
PANVAK	Nasjonalt vaksinasjonsregister tilpasset pandemi
PCR	Nukleinsyreamplifiseringstester, en genteknologisk undersøkelse
POD	Politidirektoratet
RDS	Respiratory Distress Syndrome, akutt lungesviktsyndrom
RHF	Regionalt helseforetak
RKR	Regjeringens kriseråd
ROS	Risiko- og sårbarhetsanalyse
SLV	Statens legemiddelverk
SNØ	Sivil nasjonal øvelse
SYSVAK	System for vaksinasjonskontroll, landsomfattende elektronisk vaksinasjonsregister
UD	Utenriksdepartementet
WHO	World Health Organisation, verdens helseorganisasjon



# RAPPORT

---

Postboks 2014  
3103 Tønsberg

Tlf.: 33 41 25 00      [postmottak@dsb.no](mailto:postmottak@dsb.no)  
Faks: 33 31 06 60      [www.dsb.no](http://www.dsb.no)

---

HR 2190  
ISBN 978-82-7768-239-6  
November 2010