

Innlegg på inntil 400 ord lastes opp i <http://mc.manuscriptcentral.com/tidsskriftet>. Redaksjonen forbeholder seg retten til å foreta redaksjonelle endringer. Forfattere av vitenskapelige artikler har automatisk tilsvarsrett (jf. Vancouver-gruppens regler).

Overdramatisert pandemi

I Tidsskriftets kronikk nr. 2/2010 byr Elling Ulvestad og medarbeidere på etterpåklokkskap rundt viruspandemien (1). Internasjonale data burde ført til klokere avgjørelser fra helsemyndighetene allerede før mange av tiltakene ble satt i gang.

Influenza A(H1N1)-virus ble først påvist i Mexico i april 2009. Det spredte seg til USA, og per 28. april var det rapportert om 105 sykdomstilfeller fra sju land. Alarmen gikk fra WHO og det ble satt i gang tiltak for å stoppe spredningen, uten suksess. Viruset var fra første stund ganske smittomt. Alle-rede 1. juni, midt på vinteren på den sørlige halvkule, tydet imidlertid alle data på en fredelig pandemi med lav morbiditet og mortalitet. De første forskningsbaserte prediksjoner i begynnelsen av juli varslet en N1H1-epidemi som var mildere og mindre dødelig enn vanlig influensa (2, 3) og som svarte til de beste scenariene presentert av Eurosurveillance. Per 1. juli var det totalt 77 201 bekreftede tilfeller og kun 332 dødsfall i verden. Likevel valgte WHO og de fleste europeiske helsemyndighetene å fortsette forberedelser til det verste scenariet.

I august ble pandemiens forløp på den sørlige halvkule nøye beskrevet (4). Helse-tjenestene i land som stor sett er fattigere og har svakere helsetjeneste enn Norge hadde klart å håndtere pandemien uten vaksiner, massiv bruk av antivirale midler eller ekstra respiratorer (5). Sykefraværet hadde ikke destabilisert samfunnet, og det var færre dødsfall enn ved vanlige influensaepidemier. Denne informasjonen fikk ingen effekt på tiltaksspiralen i Norge og andre nordlige land, der trussel-bildet ble forsterket av daglig informasjon om hvert enkelt dødsfall.

Per 8. januar 2010 hadde 12 799 mennesker død i 208 land. WHO gir ikke lenger tall fra hvert land slik de gjorde i flere måneder. Pandemien er nesten glemt i Europa. Samtidig er det kommet flere stemmer som kritiserer avgjørelsene og anbefalingene tatt i WHO, og det pekes på uklare forhold mellom enkelte pandemirådgivere ved WHO og legemiddel-industrien (6). Norge fulgte WHO's anbefalinger og satte i gang drastiske tiltak som masse-

vaksinering, til tross for at anbefalingene pas-set dårlig med tilgjengelig dokumentasjon. Har Norge en fagkompetanse som selvstendig kan vurdere helse- og risikofaktorer for befolkningen, eller må vi bare dilte etter andre?

Esperanza Díaz
Bergen

Litteratur

1. Ulvestad E, Swensen E, Simonsen GS et al. Pandemien – bidrag til etterpåklokkskap. Tidsskr Nor Legeforen 2010; 130: 169–71.
2. Wilson N, Baker MG. The emerging influenza pandemic: estimating the case fatality rate. Euro Surveill 2009; 14; pii: 19255.
3. Moreno DM, Taubenberger JK. Understanding influenza backward. JAMA. 2009; 302: 679–80.
4. Department of Health and US Department White House National Security Service. Assessment of the 2009 influenza A (H1N1) pandemic on selected countries in the Southern hemisphere. Argentina, Australia, Chile, New Zealand, Uruguay. <http://flu.gov/professional/global/final.pdf> [24.2.2010].
5. The ANZIC Influenza Investigators. Critical care services and 2009 H1N1 influenza in Australia and New Zealand. N Engl J Med 2009; 361: 1925–34.
6. Carlowe J. WHO vaccine expert had conflict of interest, Danish newspaper claims. BMJ 2010; 340: c201.

Pandemiberedskapen sett fra kommunelegekontoret

Elling Ulvestad og medarbeidere belyser viktige sider ved pandemiberedskapen og tiltakene rundt svineinfluensa i sin kronikk i Tidsskriftet nr. 2/2010 (1).

Fra mitt ståsted som kommunelege fikk jeg inntrykk av at helsemyndighetene hilste mediens skrekkehistorier om pandemiens alvorlighet direkte velkommen, og til og med forsterket frykten aktivt. Det var som om myndighetene glemte at en vesentlig del av krisehåndtering i kommunene dreier seg om å forhindre panikk og gi nødvendig, saklig og ikke overdreven informasjon til både helsearbeidere og befolkningen. Helsearbeidere som ikke bedømte situasjonen like dramatisk, ble beskyldt for å sette befolkningens liv i fare.

Informasjonen som ble sendt til oss all-mennleger/kommuneleger var lite sortert og fra forskjellige instanser. Daglig mottok vi et utall e-poster av varierende kvalitet (til dels uredigerte kopier av telefonmøter). Dette bidro til enda mer forvirring. Informasjonsinnholdet og -flyten må være begrenset, samstemt og riktig kanalisert.

Pandemihåndteringen opptok helse-tjenesten gjennom hele høsten. Det ble ikke

gitt flere ressurser til å etterkomme helse-myndighetenes krav om beredskap. Man måtte forvente en betydelig reduksjon av ordinære helsetjenester. Vi har brukt store økonomiske og personellmessige ressurser for å beskytte en frisk befolkning mot en overveiende ufarlig sykdom. Muligens ble nødvendig helsehjelp til alvorlig og kronisk syke nedprioritert.

Måten man valgte å fordele et utilstrekkelig antall vaksiner fra uke til uke til mange kommuner, bør revurderes. Ved å kunne tilby vaksiner kun til noen få om gangen, selv innenfor de prioriterte grup-pene, ble helsetjenesten unødig satt i en vanskelig situasjon. Under en reell pandemi med høy dødelighet ville dette ført til kaotiske og sannsynligvis voldelige tilstander. Jeg føler et økende ubehag for å ha fulgt påleggene og mener at tilliten til helsetje-nestens faglige opptreden er svekket.

Frank Hilpüsch
Bjarkøy

Litteratur

1. Ulvestad E, Swensen E, Simonsen GS et al. Pandemien – bidrag til etterpåklokkskap. Tidsskr Nor Legeforen 2010; 130: 169–71.

Tett samarbeid, men ikke overstyring

I Tidsskriftet nr. 12/2009 er Petter Gjersvik bekymret for universitetets nye skapning, Institutt for sykehusmedisin (nylig omdøpt til Institutt for klinisk medisin), og frykter at fakultetet er i ferd med å gi fra seg styring av sin egen virksomhet til Oslo universitetssykehus (1). Vi setter pris på hans engasjement, men håper å kunne berolige ham.

Institutt for klinisk medisin er ansvarlig for universitetets virksomhet ved Oslo universitetssykehus og Akershus universitetssykehus. Det nyopprettede instituttet består av de fem tidligere fakultetsdivisjonene ved universitetssykehusene samt Institutt for psykiatri. Instituttet ledes av en institutt-

