

Veileder

IS-xxxx

Pandemiplanlegging i kommunehelsetjenesten
Organisering, behandling, logistikk
Midlertidig utgave

Heftets tittel: Tittel

Utgitt: 26. april 2009 (midlertidig utgave)

Bestillingsnummer: IS-xxxx
[fås av Trykksaksteamet, tlf. 24 16 33 68]

ISBN-nr. xx-xxxx-xxx-x [fås av Trykksaksteamet]

Utgitt av: Helsedirektoratet
Kontakt: Avdeling
Postadresse: Pb. 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo
Besøksadresse: Universitetsgata 2, Oslo

Tlf.: 810 20 050
Faks: 24 16 30 01
www.helsedirektoratet.no

Hftet kan bestilles hos: Helsedirektoratet
v/ Trykksaksekspedisjonen
e-post: trykksak@helsedir.no
Tlf.: 24 16 33 68
Faks: 24 16 33 69
Ved bestilling, oppgi bestillingsnummer: IS-xxxx

Forfattere: Fornavn Etternavn (linjeskift mellom flere)

Illustrasjon: Fornavn Etternavn (linjeskift mellom flere)

Utgitt i samarbeid med:
Firmanavn eller logo Firmanavn eller logo Firmanavn eller logo

Forord

Med varierende tidsintervall har verden blitt rammet av influensapandemier som har gitt ekstraordinær høy sykkelighet og dødelighet. Spanskesyken var den mest alvorlige i det 20. århundret, og den demonstrerte hvor raskt, bredt og alvorlig en pandemi kan ramme. Dette, i tillegg til erfaringene fra asiasyken og Hong-Kong-syken, har gitt verdifull kunnskap som er blitt brukt i arbeidet med å lage internasjonale, nasjonale og lokale beredskapsplaner mot pandemisk influensa. Verdens Helseorganisasjon (WHO) anbefaler alle medlemsland jevnlig å oppdatere sine planer for håndtering av en slik krisesituasjon.

Helse- og omsorgsdepartementet utga i februar 2006 versjon 3.0 av Nasjonal beredskapsplan for pandemisk influensa (heretter omtalt som Pandemiplanen). Pandemiplanen beskriver oppgaver og organisering av pandemiberedskapen på nasjonalt nivå, men det er behov for mer detaljert planlegging for de ulike delene av helsetjenesten og for andre samfunnssektorer. Helsedirektoratet har derfor, på oppdrag fra den nasjonale rådgivende komité for beredskap mot pandemisk influensa (Pandemikomiteén), og med bidrag fra denne, utarbeidet denne veilederen for kommunehelsetjenesten. Veilederen skal støtte den enkelte kommune i utarbeidelsen av planverk for best mulig å kunne møte de utfordringer en influensapandemi vil representere. Det er også utarbeidet en veileder for spesialisthelsetjenesten, samt en generell beredskapsveileder. Formålet med veilederne er å bidra til at kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten utnytter tilgjengelige ressurser best mulig under de ulike faser av pandemiens forløp.

Denne veilederen bygger på et arbeid gjort av en gruppe ledet av kommuneoverlege Helge Garaasen, nedsatt av Pandemikomiteén.

Innhold

Forord	1
Innledning	3
Sammendrag	5
1 Veilederens hovedbudskap	6
2 Målsetting for veilederen	9
3 Lovgrunnlag og ansvar	10
4 Informasjon	13
5 Oppgaver under pandemiens forskjellige faser	16
5.1 Mobilisering og organisering av helsepersonell	20
5.2 Samfunnskritiske tjenester	22
5.3 Rapportering	23
5.4 Mottak, diagnostisering, behandling og pleie av pasienter	24
5.5 Samordning med spesialisthelsetjenesten	25
5.6 Virologisk diagnostikk	27
5.7 Legemidler og nødvendig medisinsk utstyr	27
5.8 Smitteverntiltak inklusive bruk av beskyttelsesutstyr	33
5.9 Opplæring og gjennomføring av øvelser	34
5.10 Oppfølging og oppdatering av planen i forhold til nasjonale råd og nye myndighetskrav	35
6 Andre forhold – omsorgstiltak andre målgrupper	36

Innledning

Helseberedskapsloven § 2-1 angir at den ansvarlige for en tjeneste ikke bare skal besørge tjenestetilbudet under normale omstendigheter, men også ivareta tjenesten i en krisesituasjon. Kommunen, som normalt har ansvaret for smittevernet på lokalt nivå, må derfor ha beredskap for å kunne håndtere en influensapandemi. Planer for ivaretagelse av dette skal forankres i kommunens smittevernplan og/eller kommunens plan for helsemessig og sosial beredskap. I en situasjon der det oppstår økt belastning på alle deler av samfunnet vil slik planlegging være nødvendig for å sikre at samfunnsviktige strukturer og tjenester ivaretas på en best mulig måte

Ved en pandemi vil antallet personer som trenger kommunale tjenester kunne øke dramatisk på kort tid. Det er derfor viktig at kommunens kriseledelse så tidlig som mulig får kunnskap om utviklingen og planlegger for ekstraordinær innsats og omdisponering av ressurser på en bred front.

Kommunens kriseledelse må snarest skaffe seg oversikt over mulig fravær av personell, for å kunne foreta omplassering, rekruttere ekstrapersonell, og aktivere kontakter med frivillige organisasjoner og lignende. Det er viktig å poengtere at dette også gjelder personell i ledende stillinger i alle ledd, og det må for disse stillingsgruppene planlegges fravær for minst samme prosentfordeling som i populasjonen forøvrig. Dette vil være avgjørende for kriseledelsen og andre i forhold til å håndtere situasjonen over tid.

Kommunen skal samarbeide med de myndigheter som har oppgaver av betydning for smittevernet. Planene bør legge opp til å benytte eksisterende kriseplaner, varslingsystemer, nettverk og organisasjoner der disse eksisterer, og søke dem tilpasset situasjonen ved en influensapandemi. Planene må også beskrive aktører, roller, ansvar og tiltak under de ulike faser av pandemiutviklingen, og ansvarsprinsippet, nærhetsprinsippet og likhetsprinsippet legges til grunn for de rollene de ulike institusjonene skal ha under pandemien.

Behovet for å be om hjelp fra nabokommune, eller muligheten for å yte støtte utenfor egen kommune i en pandemisituasjon, må vies særlig oppmerksomhet. Interkommunalt samarbeid vil kunne være svært aktuelt i en krise. Fylkeslegen bør også konsulteres. Kommando- og rapporteringslinjer må beskrives i planene, og være i samsvar med kommunens generelle beredskapsplan.

Iverksetting av planene vil være et signal om at en ekstraordinær satsing for å løse en ekstraordinær samfunnsoppgave er i gang.

Den nasjonale pandemiplanen er basert på et nærmere definert planleggingsscenario. Det anbefales at kommunene også i sine planer tar utgangspunkt i dette scenariet. Man vil på denne måten ha et tydelig utgangspunkt, og vil kunne foreta nødvendige justeringer ut fra pandemiens alvorlighetsgrad.

Elementer i disse planene vil også kunne komme til nytte under de årlige influensautbruddene, og eventuelt ved andre smittevernkriser.

Når første bølge av pandemien inntreffer er det lite sannsynlig at en effektiv influensavaksine rettet mot det aktuelle pandemiviruset vil være tilgjengelig. Medikamenter mot influensa kan være det eneste spesifikke virkemiddel man vil kunne bruke. En rask smittespredning kan sannsynligvis vanskelig forhindres, og viruset vil trolig ramme alle aldersgrupper og samfunnslag uten hensyn til personlig livsstil eller atferd.

Planen må legge til rette for et offensivt kommunikasjonsarbeid og en rask og samordnet reaksjon når det er sannsynlig at en influensapandemi kan utvikle seg.

Sammendrag

[Sammendrag sammendrag sammendrag]

[Sammendrag sammendrag sammendrag]

1 Veilederens hovedbudskap

Hva er en pandemi?

Influensapandemier er de store, verdensomspennende epidemier av influensa med et nytt og farlig virus som store deler av befolkningen mangler immunitet mot. De opptrer med varierende mellomrom og kan få omfattende skadevirkninger helsemessig og samfunnsøkonomisk. I vår del av verden regnes pandemier av smittsomme sykdommer som en av de mest sannsynlige årsaker til større akutte krisetilstander.

Aktørene ved en pandemi

Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) har det overordnede ansvaret for å håndtere en pandemi i samarbeid med underliggende etater og den utøvende helse- og omsorgstjenesten. Dersom en pandemi skulle kreve tverrsektoriell innsats, vil HOD som fag-/lederdepartement få ansvar for krisehåndteringen på departementsnivå. Dette betyr at HOD blir ansvarlig for å koordinere arbeidet med andre departementer og sektorer.

Helsedirektoratet (Helsedir) og Nasjonalt folkehelseinstitutt (FHI) har viktige roller som myndighets- og fagorganer på sentralt nivå.

Kommunene vil være blant de som får den største belastningen under en pandemi: Kommunen skal både ivareta personer som er influensasyke og andre pasientgrupper som i en normalsituasjon ville blitt behandlet på sykehus eller ivaretatt av pårørende. Kommunene er derfor gitt vide fullmakter etter smittevernloven til å iverksette tiltak for å håndtere utbrudd av allmennfarlige smittsomme sykdommer. Kommunene har også et betydelig ansvar for å opprettholde samfunnets infrastruktur og funksjoner.

De regionale helseforetakene (RHFene), helseforetakene (HFene) vil også merke en betydelig økt belastning.

Andre viktige aktører er: **Statens helsetilsyn (Htil), Statens legemiddelverk (SLV), Mattilsynet, Veterinærinstituttet (VI), Fylkesmennene, Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (DSB), Forsvaret, Politiet** samt de frivillige organisasjonene. De ulike aktørenes roller og ansvar ved krisehåndtering fremgår av den overordnede nasjonale helse- og sosialberedskapsplanen.

Momentliste for kommunal pandemiplanlegging

Følgende momenter beskrives i den kommunale pandemiplanen:

- Målsettingen og lovgrunnlaget for planen i henholdsvis kapittel 2 og kapittel 3
- Informasjons- og kommunikasjonstiltak i kapittel 4
- Ansvar, rapporteringslinjer og ledelsesforankring i kapittel 5

- En beskrivelse av de ulike fasene av en influensapandemi med en beskrivelse av hvilke tiltak som må settes inn i de ulike fasene og hvordan dette skal håndteres i kommunene i kapittel 5
- Talleksempler på hva en pandemi vil bety for ulike kommuner avhengig av størrelse i kapittel 5
- En risiko- og sårbarhetsanalyse av mulige konsekvenser for den enkelte kommune vurdert ut fra kommunestørrelsen i kapittel 5
- Mobilisering og organisering av helsepersonell i kapittel 5.1
- Ivaretagelse av samfunnskritiske tjenester i kapittel 5.2
- Rutiner for mottak, diagnostisering, behandling og pleie av pasienter i kapittel 5.4
- Samordning med andrelinjetjenesten i kapittel 5.5
- Mottak, lagring, utdeling av legemidler og nødvendig medisinsk utstyr, herunder:
 - Effektivisering av nasjonale retningslinjer for bruk av antiviralia i kapittel 5.7
 - Mottak, lagring og vaksinerings med pandemisk influensavaksine, inklusiv massevaksinerings i kapittel 5.7
- Smitteverntiltak inklusiv bruk av beskyttelsesutstyr i kapittel 5.8
- Opplæring og gjennomføring av øvelser i kapittel 5.9
- Oppfølging og oppdatering av planen i forhold til nasjonale råd og nye myndighetskrav i kapittel 5.10
- Samarbeid og håndtering av en situasjon med fugleinfluensa i kommunen i kapittel 7

Hovedtiltak

Vaksine er det beste tiltaket for å hindre at folk blir syke. Selv om sentrale helsemyndigheter vil arbeide for å ha en vaksine klar når pandemien kommer, kan en ikke forvente at en slik spesifikk vaksine er tilgjengelig med en gang. Legemidler mot influensa (antiviralia) vil da være eneste tilgjengelige medikamentelle tiltak.

Når en vaksine finnes tilgjengelig, vil kommunene ha ansvaret for å tilby og organisere vaksinerings. Kommunens planverk må derfor beskrive rutiner som sikrer at kommunen kan ivareta denne oppgaven.

Norske helsemyndigheter har kjøpt inn et beredskapslager på 1,4 millioner pakninger av legemiddelet oseltamivir (Tamiflu®). Dette beredskapslageret er ment å dekke behovet for behandling av alle i Norge som blir syke med pandemisk influensa, samt til forebyggende behandling av noen viktige grupper. I tillegg er det anskaffet et annet antiinflusamedikament, rimantadin, beregnet til forebyggende behandling av om lag 300 000 mennesker i seks uker.

Ved en pandemi må man påregne at antiviralia vil bli oppfattet som et knapphetsgode inntil vaksine foreligger i tilstrekkelig mengde. For å sikre optimal utnyttelse av tilgjengelige antiviralia er det tvingende nødvendig at helsetjenesten følger de anvisninger for bruk som vil komme fra sentrale helsemyndigheter. I den nasjonale pandemiplanen gis det visse føringer for hvilke prioriteringer som må foretas.

Vaksineproduksjon vil starte så snart Verdens helseorganisasjon (WHO) har identifisert og klargjort pandemiviruset for produksjon. Dette kan først skje når pandemien er en realitet, noe som innebærer at ingen vil ha tilgang på denne vaksinen før verden er et halvt års tid inne i pandemien. Norske myndigheter har inngått avtale med en vaksineprodusent om leveranse av tilstrekkelig antall doser av influensavaksine til å kunne gi alle innbyggere to doser. Levering av denne vaksinen til Norge forventes å begynne 4-6 måneder etter produksjonsstart. Levering vil skje over om lag 6 måneder.

Siden vaksine vil bli tilgjengelig som delleveranser over tid, må det tas stilling til i hvilken rekkefølge hver enkelt innbygger eller gruppering av personer skal vaksineres. Gjeldende versjon av Pandemiplanen gir generelle føringer. Det arbeides på sentralt hold for å gi mer detaljerte føringer, spesielt når det gjelder hvilke funksjoner som skal anses for å være av avgjørende betydning for at samfunnet skal kunne fungere tilnærmet normalt. Uansett vil prioritering på individnivå måtte skje lokalt.

Samhandling mellom sentrale helsemyndigheter og kommuner om smitteverntiltak som berører større områder

En pandemi vil ramme hele landet, men områder vil kunne være affisert i ulik grad på et gitt tidspunkt. Valg av tiltak vil måtte justeres i forhold til situasjonen. Kommuner innen samme område bør sikre enhetlig tilnærming til situasjonen. Interkommunalt samarbeid vil kunne gi god ressursutnyttelse og sikre tilgang på nødvendig ekspertise ved at smitteverntiltak som trenger lokal forankring kan gjøres gjeldende for et område som er større enn en enkelt kommune.

Kommunene bør holde seg løpende orientert om sentrale anbefalinger og pålegg, og må sikre at disse følges. Samarbeid med myndigheter som har oppgaver av betydning for smitteverntiltakene må ivaretas.

2 Målsetting for veilederen

Målsettingen med denne veilederen er å legge til rette for at kommunene under en influensapandemi kan:

- forebygge smittespredning og redusere sykkelighet og død
- behandle og pleie syke og døende hjemme og i kommunal helseinstitusjon
- opprettholde nødvendige samfunnsfunksjoner innenfor alle sektorer i kommunen til tross for stort sykefravær
- gi fortløpende kunnskapsbasert og samordnet informasjon til kommunehelsetjenesten, andre sektorer, innbyggerne, regionale og sentrale myndigheter og massemediene

3 Lovgrunnlag og ansvar

Under en pandemi vil kommunen ha ansvaret for å håndtere situasjonen lokalt. Det vil være behov for omfattende tiltak både fra kommunen, spesialisthelsetjenesten, fylkesmannen og sentrale myndigheter. Det er derfor viktig at det utarbeides et planverk som gjør aktørene i stand til å møte de utfordringer som en pandemi vil innebære.

Kommunenes planer må omfatte en pandemisituasjon

Den ansvarlige for en tjeneste skal ikke bare å besørge tjenestetilbudet under normale omstendigheter, men også ivareta tjenesten i en krisesituasjon, jf. helseberedskapsloven § 2-1. Når kommunene er pålagt ansvaret for smittevernet på lokalt nivå, så betyr dette at kommunenes planer må omfatte en pandemisituasjon.

Etter smittevernloven § 7-1 skal tiltak og tjenester for å forebygge smittsomme sykdommer eller motvirke at disse blir overført utgjøre et eget område i planen for kommunens helsetjeneste, og helseberedskapsloven § 2-2 angir at kommunene skal utarbeide en beredskapsplan for de helse- og sosialtjenestene som den er ansvarlig for. I forhold til å planlegge for en pandemisituasjon er smittevernplanen og helseberedskapsplanen svært viktige.

Viktig med samordning og samarbeid både lokalt og sentralt

For å sikre at tiltak og strategier som iverksettes under en pandemi er effektive, er det viktig å sørge for samordning av planverket. Forskrift om krav til beredskapsplanlegging og beredskapsarbeid mv. § 6 anviser at:

”Virksomheten skal samordne sine beredskapsplaner i samsvar med spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 b, lov om helsetjenesten i kommunene § 1-5, og lov om sosiale tjenester § 3-6 første ledd”. Med begrepet virksomhet menes i denne forskriften; stat, kommune, fylkeskommune, regionalt helseforetak, helseforetak, næringsmiddelkontrollen og vannverk, jf. § 1.

Samordning av planverket forutsetter stor grad av samarbeid mellom ulike aktører, og det er viktig å være oppmerksom på at grunnlaget for et godt samarbeid legges forut for en pandemi. Samordningen mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten blir helt sentral i en pandemisituasjon, og det må planlegges ut fra de lokale og regionale forhold.

Kommunene kan inngå interkommunalt samarbeid ved å delegere myndighet på smittevernområdet til et interkommunalt organ eller en annen kommune, og kommunen kan også delegere myndighet innen miljørettet helsevern til et interkommunalt organ. Se smittevernloven § 7-1 og kommunehelsetjenesteloven § 4a-3. Etter kommunehelsetjenesteloven § 1-6 annet ledd plikter helsetjenesten i kommunen, dersom forholdene tilsier det, å yte bistand til andre kommuner ved ulykker og andre akutte situasjoner.

Kommunens ansvar for smittevernet

Smittevern hjelp er en del av retten til nødvendig helsehjelp, og kommunen skal yte nødvendig smittevern hjelp til alle som bor eller midlertidig oppholder seg i kommunen, jf. smittevernloven § 6-1. I tillegg skal kommunen sikre sine innbyggere eller besøkende nødvendige forebyggende tiltak, undersøkelsesmuligheter, behandling og pleie utenfor institusjon, og pleie i sykehjem eller annen kommunal institusjon, jf. smittevernloven § 7-1 første ledd.

Kommunen har også ansvaret for:

- Vaksinasjon av befolkningen, jf. smittevernloven §§ 3-8 og 6-1.
 - Å holde oversikt over arten av og omfanget av de smittsomme sykdommene som finnes i kommunen, jf. § 7-1 annet ledd.
 - Å drive opplysning om smittsomme sykdommer, jf. § 7-1 annet ledd.
 - Å gi råd og veiledning om hvordan smittsomme sykdommer forebygges og sørge for at individuelt forebyggende tiltak settes i verk, jf. § 7-1 annet ledd.
 - Å vedta smitteverntiltak som eksempelvis møteforbud, stengning av virksomheter, begrensning i kommunikasjon og lignende, jf. smittevernloven § 4-10.
- Enkelte av disse oppgavene utføres av kommunelegen, jf. smittevernloven § 7-2.

Under en pandemi kan det bli iverksatt tiltak som innebærer at kommunen må følge angitte retningslinjer fra sentrale helsemyndigheter. Eksempler på dette kan være retningslinjer til kommunen eller helsepersonell om prioriteringer ved bruk av antiviralia og vaksine, jf. smittevernloven § 7-10 annet og tredje ledd.

Kommunelegens ansvar

Kommunelegen er etter smittevernloven § 7-2 pålagt en rekke smittevernoppgaver. Blant annet skal kommunelegen ha løpende oversikt over de infeksjonsepidemiologiske forholdene i kommunen, og etter MSIS- og Tuberkuloseregisterforskriften kapittel 3 og IHR-forskriften har kommunelegen plikt til å varsle om visse typer smittsomme sykdommer.

Fylkesmannens ansvar

Fylkesmannen skal ha særlig oppmerksomhet rettet mot allmennfarlige smittsomme sykdommer, og skal holde Helsedirektoratet orientert om forholdene i fylket, jf. smittevernloven § 7-4. Fylkesmannen er Helsedirektoratets regionale ledd for iverksetting av tiltak etter smittevernloven og forvaltning av dette lovverket. Under en pandemi kan det være aktuelt å etablere fylkesmannens samordningsfunksjon etter Retningslinjer for regionalt samordningsansvar ved kriser og katastrofer i fred. Dette gjelder særlig dersom pandemien medfører alvorlige forstyrrelser for flere viktige samfunnsfunksjoner, som går ut over det som regnes som normalbelastning i fredstid, og som krever felles krisehåndtering av flere ansvarlige instanser for å løse krisen.

Helsedirektoratet

Smittevernloven § 7-10 gir Helsedirektoratet vide fullmakter i arbeidet med smittevernet. Det fremgår av lovens forarbeider at bestemmelsen bare kommer til anvendelse dersom de tiltak som kommuner av eget initiativ skal sette i verk etter loven ikke kommer i stand (raskt nok) eller ikke strekker til. Som eksempel nevnes i forarbeidene situasjoner hvor det er behov for å gjennomføre tiltak på tvers av kommunegrensene, eller hvor det er nødvendig å gjennomføre ensartete tiltak eller

rask gjennomføring av tiltak for å sikre at disse skal bli effektive (Ot. prp. nr. 91 (1992-93) s. 175).

De øvrige aktørenes roller og ansvar ved krisehåndtering fremgår av den overordnede nasjonale helse- og sosialberedskapsplanen.

Varslingsplikten for pandemisk influensa

Pandemisk influensa er per i dag ikke varslingspliktig etter MSIS- og Tuberkuloseregisterforskriften, men vil være varslingspliktig etter IHR-forskriften kapittel 2 (varslingsplikt ved smittsom sykdom som kan ha betydning for internasjonal folkehelse). Idet en pandemisk influensa oppstår vil den umiddelbart kunne inntas på listen over varslingspliktige sykdommer også etter MSIS- og Tuberkuloseregisterforskriften.

4 Informasjon

Kommunikasjon er et virkemiddel som skal bidra til å nå målene for den aktuelle krisesituasjonen.

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

Ved en pandemi vil behovet for informasjon hos pasienter, pårørende, egne ansatte og resten av kommunens innbyggere bli stort.

Kommunikasjonsprinsipper

De overordnede prinsippene for kommunikasjon under en influensapandemi fremgår av Nasjonal beredskapsplan for pandemisk influensa, og er; tillit, aktiv informasjon, åpenhet, publikumsforståelse og samordning. Prinsippene er de samme som WHO bruker i utbruddskommunikasjon og svært viktige for godt resultat.

Plan

Kommunens kriseplan skal også inneholde en kommunikasjonsplan som inkluderer lokale tiltak, for eksempel plan for vaksinering og utdeling av antiviralia, publikums-mottak og omsorgstiltak overfor barn og voksne.

Tidlig informasjon til innbyggerne om hvem som gjør hva, hvor man får behandling osv. er helt sentralt i krisehåndteringen.

Det bør utpekes hvem som er ansvarlig for å planlegge og iverksette den samordnede kommunikasjonen i og fra kommunen og for samarbeid med spesialisthelsetjenesten.

Ansvar

Nasjonale helsemyndigheter bidrar med sentrale budskap, oversikt over situasjonen, informasjon om sykdommen og råd, føringer og avklaringer etter behov og ettersom krisen utvikler seg.

Lokale helsemyndigheter har et selvstendig ansvar for å videreformidle sentral informasjon og for kommunikasjon i sitt lokalmiljø med utgangspunkt i lokale behov.

Kommunens etablerte ansvarsstruktur for kommunikasjon skal følges også under en pandemi.

Samordning

Det er viktig at den informasjon kommunen gir om pandemi, forebygging, behandling, smittebildet m.m. er samordnet med den informasjon som gis fra sentrale myndigheter.

I tillegg må kommunen samordne sin informasjon med andre samarbeidspartnere som spesialisthelsetjenesten, Mattilsynet og andre kommuner.

Nasjonale myndigheter skal holdes løpende orientert om den lokale smitte- og beredskapssituasjonen og alltid ha viktig lokal informasjon før den når offentligheten. Helsedirektoratet koordinerer informasjon fra lokale myndigheter via fylkesmannen, og sender tilbake samlerapporter til alle kommuner som har bidratt til rapportene via fylkesmannen.

Budskap

Det sentrale innholdet i kommunikasjonen må være tilpasset situasjonen og den fasen pandemien er i.

I normalsituasjon vil budskapet normalt primært omhandle influensasykdommen.

I mellomfasen før erklæring av utbrudd vil budskapet primært omhandle smitteverntiltak og antiviralia.

Ved pandemiutbrudd vil det omhandle hvor syke kan henvende seg, massevaksinering, behandling og omsorg av syke, ivaretagelse av samfunnets infrastruktur.

Det kan imidlertid bli behov for tydelige budskap som ikke samsvarer direkte med denne inndelingen. I noen situasjoner kan en krise først og fremst være en kommunikasjonsutfordring, for eksempel hvis mediernes oppmerksomhet er større enn reell risiko tilsier.

Målgrupper og kanaler

For å nå ulike målgrupper må kommunen vurdere bruk av ulike kanaler.

Kommunens egne ansatte/egen organisasjon

- kommunikasjon langs linje, e-post, intranett, faks, telefon, trykt materiell.

Publikum – øvrige innbyggere

- Kommunens internettside med lenke til www.pandemi.no
- Trykt materiell som samsvarer med budskap fra sentrale myndigheter
- Servicetorg
- Hustandsaviser

Ved akutte situasjoner bør man også vurdere annonser, plakater, lokal informasjonstelefon og direkte informasjon til husstander i et lokalmiljø.

Media: lokalavis, lokalradio og lokal-TV

- Pressemelding
- Pressekonferanse
- Pressebriefing eller eksklusive møter

Siden media ofte tar kontakt på eget initiativ bør kommunen være forberedt ved for eksempel å ha formulert de viktigste budskapene til målgruppene sine og bruke disse aktivt også ved uplanlagte henvendelser.

Andre samarbeidspartnere (spesialisthelsetjenesten, fastlegene, lokalt mattilsyn, fylkesmannen, andre kommuner, politi, sivilforsvar, frivillige organisasjoner og andre relevante aktører etter en forløpende vurdering av aktuelt trusselbilde):

- Informasjons- og samarbeidsmøter
- E-post
- Kontakttelefon
- Internettsider

Sentrale myndigheters informasjon samles på www.pandemi.no

5 Oppgaver under pandemiens forskjellige faser

De ulike fasene før og under en pandemi beskrevet av Verdens helseorganisasjon (WHO)

Faser	Beskrivelse
Interpandemisk periode	
1. Ingen nye virus	Ingen nye influensavirussubtyper er oppdaget hos mennesker. En influensavirussubtype som kan forårsake infeksjon hos menneske kan være tilstede hos dyr. I så fall anses risikoen for smitte til mennesker som lav.
2. Nytt virus hos dyr	Ingen nye influensavirussubtyper er oppdaget hos mennesker. Imidlertid sirkulerer det dyreinfluensavirus som utgjør en reell risiko for sykdom hos mennesker.
Prepandemisk årvåkenhetsperiode	
3. Smitte til menneske(r)	Sykdom hos menneske med ny subtype, men ingen spredning mellom mennesker, eller sjeldne tilfeller av smitte til nærkontakter.
4. Begrenset smitte mellom mennesker	Små klynger med begrenset spredning mellom mennesker, men geografisk begrenset, noe som antyder at viruset ikke er godt tilpasset mennesker.
5. Økende, men ikke svært smittomt	Større klynger av personer med infeksjon, men fortsatt geografisk begrenset, noe som antyder at viruset er i ferd med å tilpasse seg mennesker, men fortsatt ikke smitter lett mellom mennesker (betydelig pandemirisiko).
Pandemisk periode	
6. Pandemi	Økende og vedvarende smitte i den generelle befolkningen.
Postpandemi	
7. Pandemi	Tilbake til interpandemisk periode

Pandemifaser og mål for innsats

Innsatsen på alle nivåer er avhengig av hvilken av pandemiutviklingens faser vi befinner oss i:

- **Fase 1-2:** I den interpandemiske perioden er hovedprioriteringen å planlegge og oppdatere beredskapsplanen som tar høyde for en mulig pandemi.
- **Fase 3-5:** I den prepandemiske årsvåkenhetsperioden er hovedprioriteringen å videreføre planleggingen, utdype planverke, øve beredskapen og ut fra dette foreta nødvendige justeringer. I den grad smitte med det aktuelle viruset skjer i Norge, begrense spredningen av dette gjennom smitteoppsporing, behandling og isolering av smittede personer og av personer som disse pasientene har vært i kontakt med (nærkontakter).
- **Fase 6:** Det antas at smitten i denne fasen vil være så utbredt i samfunnet at det ikke vil være mulig å begrense spredning gjennom isolering av smittede. Hovedprioriteringen vil da være å minimere pandemiens effekt (sykelighet og død). Virkemidlene vil være forebyggende tiltak og medisinsk behandling av sykdommen og dens komplikasjoner. Det vil være et mål for kommunene å opprettholde viktige samfunnsfunksjoner (også utover helse) .

Noen scenarier og tall

Med det *mest sannsynlige scenariet* forventer man at 30 % av hele befolkningen blir smittet i løpet av et halvt år, og at 15 % av befolkningen blir syke og sengeliggende. Om lag halvparten av de som smittes antas å bli syke. Da vil om lag 4-5 % av befolkningen være syke og sengeliggende samtidig når epidemien er på sitt verste. Overdødelighet anslås til 0,1-0,4 % av de syke. Det vil si at omkring 700 000 blir syke i løpet av perioden og at man kan forvente 700-3 000 ekstra dødsfall i forhold til en normal vintersesong.

Man må også være forberedt på det *verste scenariet* i pandemiplanleggingen, selv om dette scenariet er mindre sannsynlig. 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 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.

Scenariene beskrevet ovenfor gjelder landet som helhet. Andelen som er syke samtidig kan variere betydelig mellom ulike geografiske områder og miljøer. I en stor kommune kan det være mindre risiko enn i en mindre kommune for at alle medarbeidere i en gitt sektor skal bli syke samtidig. Dette må kommunen ta hensyn til i sitt arbeid med risiko- og sårbarhetsanalyser. Interkommunalt samarbeid bør vurderes for å sikre en best mulig utnyttelse av de samlede ressurser.

Talleksempler på hva en pandemi med det mest sannsynlige scenariet og det verste scenariet vil bety for ulike kommuner avhengig av størrelse:

	Innbygger- tall	Mest sannsynlige scenariet: antall syke samtidig	Verste scenariet: antall syke samtidig
Små kommuner 0-4999	2 500*	110	200
Mellomstore kommuner 5000-19999	10 000*	450	800
Store kommuner 20000-99000	50 000*	2 250	4 000
Stavanger	115 000	5 175	9 200
Trondheim	160 000	7 200	12 800
Bergen	242 000	10 890	19 360
Oslo	540 000	24 300	43 200

* eksempelvis innbyggertall

Risiko- og sårbarhetsanalyse av mulige konsekvenser for den enkelte kommune vurdert ut fra kommunistørrelsen

Kommune-størrelse	Små kommuner	Mellomstore kommuner	Store kommuner	Stor-byene
Antall innbyggere	0-4 999 innb.	5 000-19 999 innb.	20 000-99 999 innb.	>100 000 innb.
Stor variasjon i pandemiens lokale innvirkning	Hele befolkningen i samme fase av pandemien.	Store deler av befolkningen kan være i samme fase samtidig.	Kan ha variasjon mellom soner over noe tid, avhengig av geografi.	Kan ha variasjon mellom bydeler over noe tid.
Mobilisering og organisering av helsepersonell	Reell mulighet for at store deler av helsesektoren kan bli syke samtidig. Planlegge nabokommunehjelp, nødvendig å ha inngått avtaler før en pandemi har utviklet seg. Koordinerende kriseledelse.	Litt mindre sårbar for personellmangel, men stort press på tjenesten må påregnes. Koordinerende kriseledelse.	Kan regne med interne omfordelinger av personell, og bistand til mindre nabokommuner. Koordinerende kriseledelse.	Kan regne med interne omfordelinger av personell, og bistand til mindre nabokommuner. Koordinerende kriseledelse.
Samfunns-kritiske tjenester, jf. Kap. 7.	Stor sårbarhet. Få nøkkelpersoner. Gjøre avtaler om nabokommunehjelp.	Kan også få behov for nabokommunehjelp hvis mange i samme sektor blir syke samtidig.	Kan påregne å ha reservemannskap soner seg imellom, og evt. låne ut personell.	Må påregne å måtte hjelpe mindre nabokommuner.
Mottak, diagnose og pleie av pasienter i kommunen	Reservemottak må planlegges for aktiv behandling. Hjemmetjenesten må styrkes betydelig for et stort antall syke, og avansert pleie. Koordinerende lege.	Reservemottak. Hjemmetjeneste. Koordinerende lege.	Reservemottak. Hjemmetjeneste. Koordinerende lege.	Reservemottak. Hjemmetjeneste. Koordinerende lege.
Kapasitet Verstefall scenariet: 8% av befolkningen syke på samme tid	Planlegg ut fra verstefall scenariet: 2500 innb.: 200 syke 5000 innb.: 400 syke Medikasjon til alle!	Planlegg ut fra verstefall scenariet: 10.000 innb.: 800 syke 20.000 innb.:1600 syke Medikasjon til alle!	Planlegg ut fra verstefall scenariet: 40.000 innb.: 3200 syke 60.000 innb.:5000 syke Medikasjon til alle!	Planlegg ut fra verstefall scenariet: 100.000 innb.: 8000 syke 200.000innb.:16.000 syke Medikasjon til alle!
Samordning med sykehus Utskrivelser/ Innleggelseser	Koordinerende lege må ha: *Kontakt med fastlegene, sykehjem/reservemottak og sykehuset	Koordinerende lege. Sentral oversikt.	Koordinerende lege. Soneoversikter inkl. sentral oversikt.	Koordinerende lege. Sone- og Bydelsoversikter inkl. sentral oversikt.

	*Plassoversikt *Pleiebehovrapport *Komplikasjoner *Kriterier for bruk av sykehus(FHI) Klare rapporteringslinjer.	Klare rapporteringslinjer.	Klare rapporteringslinjer.	Klare rapporteringslinjer.
Legemidler og medisinsk utstyr	Prioriteringer etter nasjonale retningslinjer. Planer for mottak, lagring og organisering av utsendelse/ distribusjon til vaksineenhetene. Plan for organisering av en massevaksinasjon.	Nasjonale retningslinjer. Lokale planer.	Nasjonale retningslinjer. Lokale planer.	Nasjonale retningslinjer. Lokale planer.
Smittevern-tiltak/ Beskyttelses-utstyr	Informasjonsinnhenting: nasjonale retningslinjer og logistikk. Plan for mottak, lagring og utlevering/ distribusjon. Retningslinjer for bruk av beskyttelsesutstyr. Informasjon om smitteverntiltak til ansatte og befolkningen.	Nasjonale retningslinjer. Lokale planer.	Nasjonale retningslinjer. Lokale planer.	Nasjonale retningslinjer. Lokale planer.

5.1 Mobilisering og organisering av helsepersonell

Kommunehelsetjenesten vil få stor belastning under en pandemi. I tillegg til vesentlig økt press på primærhelsetjenesten, vil bemanningen bli redusert på grunn av sykdom. Det vil også være behov for ekstraordinær innsats fra personellet, blant annet i form av massevaksinering. En pandemi vil få store konsekvenser for pleie- og omsorgssektoren med dens ansvar for hjemmeboende eldre, funksjonshemmede og syke. Sykelighet, dødelighet og prioriteringsproblemer vil øke. Pandemien vil ramme faste brukere av tjenesten, tilføre nye brukere og ramme personalet. Kommunene bør derfor ha en metode for å utnytte tilgjengelige personellressurser. Helse- og omsorgstjenesten i kommunene bør så langt råd er opprettholde "normal" drift i en pandemisituasjon. Tiltak som kan gjøre helse- og pleiepersonell i stand til å yte hjelp til svært mange bør planlegges ut fra lokale forhold.

Kommunehelsetjenesten bør organisere sitt helsepersonell slik at man best mulig kan mobilisere, bevare og styrke arbeidsstokken. Det bør kartlegges hvilke ekstraressurser som finnes på personellsiden (både helsepersonell og øvrig personell).

Dette bør gjøres lokalt ut fra lokal kunnskap. Kommunehelsetjenesten bør fortrinnsvis benytte autorisert helsepersonell, men annet personell vil også kunne tas inn som medhjelpere i samsvar med reglene i helsepersonelloven § 5. Det kan videre bli aktuelt å bruke deltidsansatte i full stilling, trekke inn vikarer, rekruttere pensjonerte helsearbeidere og studenter for å øke kapasiteten.

Det er et ledelsesansvar å sikre at helsetjenestene er forsvarlige. Det vises til kommunehelsetjenesteloven § 6-3 og smittevernloven § 7-10a. Virksomhet som yter helsehjelp, skal organiseres slik at helsepersonellet blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter, jf. helsepersonelloven § 16.

Kommunelegen/kommunen kan rekvirere Fredsinnsatsgruppe (FIG) fra nærmeste sivilforsvarskrets (JD). Helsedirektoratet har inngått rammeavtaler med hhv Norske kvinners sanitetsforening og Røde Kors.

Kommunen bør etter samråd med disse organisasjonene og andre lokalt beskrive i planen hvordan samarbeidet skal følges opp.

Kriseteam

Alle enheter i kommunen bør ha en egen beredskapsplan. Enhetens beredskapsplan bør bygge på kommunens plan for kriseledelse. Ved kriser som har et slikt omfang at kommunens kriseberedskapsplan er iverksatt, som ved en pandemi, bør personell fra ulike enheter og faggrupper, i henhold til egen liste, innkalles/beordres. Varsling skjer i henhold til kommunens plan for kriseledelse gjennom for eksempel Brannvakta.

Kommunens ansvar i denne sammenheng er å sikre nødvendige og gode tiltak for psykososial omsorg for pasienter og pårørende. De kommunale kriseteamene skal være i beredskap og

- tilby krisehjelp til familier som har mistet en eller flere av sine nærmeste, eller har familier med mange syke
- informere, veilede og støtte ansatte som jobber med influensasyrke pasienter
- informere, veilede og støtte kommunens innbyggere
- motta støtte og veiledning fra kriseberedskapen ved distriktpsikiatriske sentre ved behov

Belastningen på de kommunale kriseteamene vil bli stor under en pandemi. I tillegg til vesentlig økt etterspørsel etter tjenestene vil de også kunne få redusert bemanning grunnet sykdom. Det bør derfor vurderes hvordan de frivillige organisasjonene kan bidra i dette arbeidet. Hjelp- til-selvhjelpsgrupper og nabostøtte er også aktuelle tiltak.

Mulige konsekvenser for den enkelte kommune vurdert ut fra kommunestørrelsen

I små, og delvis for mellomstore kommuner, er det en reell mulighet for at en hel sektor kan bli syk samtidig. Det kan bli aktuelt for disse kommunene å få bistand fra nabokommuner og større kommuner i slike situasjoner. Det bør gjøres avtale om dette før en pandemi har utviklet seg.

5.2 Samfunnskritiske tjenester

Den kommunale pandemiplanen bør omfatte tiltak for å sikre samfunnskritiske tjenester i samfunnet i en situasjon der nøkkelpersoner og store deler av arbeidsstokken er fraværende på grunn av sykdom. Samfunnskritiske tjenester kan i tillegg til helsetjenesten for eksempel være apotek, strømforsyning, vannforsyning, renovasjon, offentlig transport, mattransport, telekommunikasjon, personell i brann- og redningstjeneste, politi, tolletat, personer som arbeider med mattrygghet, kontrollører ved innreise fra pandemiland, sikkerhet i industrien (inklusive offshorevirksomhet), Forsvaret, Sivilforsvaret og humanitære hjelpeorganisasjoner.

Barnehager og skoler vil være blant de viktigste steder for spredning av smitte ved en pandemi. Det vil derfor være særlig viktig for kommunene å planlegge tiltak for å redusere risikoen for smittespredning på disse arenaene. Det samme gjelder for alle steder/aktiviteter hvor mange mennesker samles, så som idrettsanlegg og andre arenaer for kultur- og fritidsaktiviteter.

Det er vanskelig å lage en *samlet plan* for hvordan de ulike samfunnskritiske tjenester skal opptre under en pandemi, blant annet fordi:

- Tjenestene rapporterer til ulike forvaltningsnivåer
- Tjenestene kan rammes ulikt og må reagere ut fra den aktuelle situasjonen
- Tjenestene har ulike ressurser
- Medieoppslag, rykter mv. kan nødvendiggjøre tiltak som i praksis er umulig å planlegge på forhånd

Den helt avgjørende faktoren under en pandemi er kriseledelsens evne til å håndtere den konkrete situasjonen.

For å sikre at samfunnskritiske tjenester opprettholdes best mulig under en pandemi, anbefales:

- Beredskapsplanene bør inneholde konkrete retningslinjer for å redusere smitterisiko, for eksempel planer for stenging av barnehager, skoler og andre undervisningsinstitusjoner, kinoer og andre steder der mange samles, hvis dette anses hensiktsmessig
- Det bør ikke etableres nye organer eller fora. Eksisterende kriseledelse og kommandolinjer bør håndtere den aktuelle situasjonen
- Kommunens ledelse bør instruere de organer i kommunen som forvalter lovverk om å være smidige og foreta raske beslutninger
- Kommunen blir meget sentral i forhold til å informere befolkningen. Informasjon må være tydelig, enhetlig og konkret. Det anbefales at kun kriseledelsen eller den som kriseledelsen utpeker uttaler seg
- Kommunens eiendomsforvaltning får en sentral rolle i iverksettingen av ekstraordinære tiltak
- Kommunen bør kontinuerlig vurdere hygienisk standard i en situasjon der for eksempel vedlikehold og renhold ikke utføres forskriftsmessig
- Det anbefales at det gjennomføres beredskapsøvelser for pandemisk influensa

Mulige konsekvenser for den enkelte kommune vurdert ut fra

kommunestørrelsen

En rekke viktige samfunnsfunksjoner styres og påvirkes av ulike organer i regionene omkring de store byene. Dette gjelder for eksempel energiforsyning, vannforsyning, renovasjon, transport og lignende. I praksis vil dette kreve nær kontakt og samkjøring mellom storbyene og de omliggende, mindre kommunene. Det bør ikke etableres nye organer i en situasjon med pandemisk influensa. Den eksisterende organisasjon skal håndtere den aktuelle situasjonen, jf. ansvarsprinsippet i lov om helsemessig og sosial beredskap § 2-1. Fordi mange av disse samfunnskritiske funksjonene i praksis utføres av aksjeselskaper i konkurranseutsatt virksomhet, stiller det ekstra store krav til at kommunene opptrer som tydelige og sterke bestillere og eiere.

Det følger av kommunehelsetjenesteloven § 1-6 annet ledd at helsetjenesten i kommunen, dersom forholdene tilsier det, har plikt til å yte bistand til andre kommuner ved ulykker og andre akutte situasjoner. Anmodning om bistand fremmes av den kommunen som har bistandsbehovet.

Helsedirektoratet kan ifølge smittevernloven § 7-10 annet ledd bestemme at kommuner, fylkeskommuner eller statlige institusjoner skal organisere eller utføre nærmere bestemte tjenester eller tiltak, samarbeide, eller følge nærmere retningslinjer: Det antas at denne bestemmelsen etter forholdene kan komme til anvendelse i en krisesituasjon der det er behov for bistand fra en kommune til en annen kommune, for eksempel bistand i form av personalressurser dersom fagfolkene er syke.

Det vil særlig være aktuelt at de større kommunene hjelper de mindre, fordi ressursene i de små kommunene er mer sårbare, men det motsatte kan også være tilfellet. Man må også tenke etter en tidsakse da en pandemi vil kunne ramme tyngst i sentrale, tettbefolkede strøk først, mens områder med mer spredt befolkning vil rammes senere. Dette er et velkjent fenomen i forbindelse med de årlige influensaepidemiene.

Det er for øvrig nødvendig å ha planlagt kommunale tiltak i forhold til en situasjon der Fylkesmannens krisestab blir slått ut av sykdom. Oppgavene vil da fortrinnsvis bli ivaretatt av Fylkesmannen i et nabofylke.

5.3 Rapportering

En influensapandemi vil gi store utfordringer for alle deler av helsetjenesten. For å sikre en best mulig håndtering av situasjonen må beslutningstagere på alle nivåer sikres tilgang til gode situasjonsdata, data som ikke bare omhandler flyten av pasienter men også tar inn i seg den generelle ressursituasjonen ved sykehuset.

Rapportering skjer i henhold til overordnet nasjonal helse- og sosialberedskapsplan. Det vil bli gitt løpende oppdateringer på www.pandemi.no om eventuelle endringer i rapporteringsrutiner.

I tillegg vil de alminnelige varslingsreglene (MSIS og IHR) vil gjelde som normalt.

5.4 Mottak, diagnostisering, behandling og pleie av pasienter

Planverket bør beskrive hvordan kommunehelsetjenesten skal møte økt pasientpågang. Det bør i den forbindelse utarbeides alternative strategier for mottak, isolering og behandling. Det bør tas høyde for at sykehusene øker antall utskrivninger for å frigjøre plasser og ressurser for mottak av pasienter med influensa. Kommunen bør utrede hvorvidt ressurser kan frigjøres på kommunale institusjoner innen helse- og omsorgstjenesten og samtidig vurdere bruk av andre typer lokaler for ivaretagelse av syke og pleietrengende. Det er viktig at det undersøkes om det finnes hensiktsmessige lokaler i kommunen, at et slikt reservemottak planlegges før en pandemi har utviklet seg, og at det er definert i planen. Mange kommuner har allerede vurdert dette som et punkt i kommunens generelle beredskapsplan. Pandemien vil ramme faste brukere av tjenesten, tilføre nye brukere og ramme personalet.

Etter hvert som en influensapandemi utvikler seg, vil det sannsynligvis bli utarbeidet nye nasjonale råd og anbefalinger, og det kan komme nye myndighetskrav. Dette kan omfatte oppdatering av kasusdefinisjoner, protokoller og retningslinjer for bedre oppdagelse og behandling av tilfeller, smitteverntiltak og overvåking.

I planleggingen av kommunehelsetjenestens innsats under en pandemi bør tjenesten organiseres slik at risikoen for overføring av smitte til pasienter og personell minimaliseres. Fortrinnsvis bør man unngå at det samme personalet ivaretar influensasyke og andre pasienter. Personell som har opparbeidet immunitet etter gjennomgått sykdom eller vaksinasjon, vil etter hvert bli en nyttig ressurs i behandlingen av influensasyke.

- Eksisterende ordninger, ikke minst legevaktordningen og fastlegeordningen, bør likevel benyttes mest mulig uendret under en pandemi.
- En mulig modell for legevaktordningen er at man har et eget utrykningsteam (ambulerende helseteam) som tar hånd om mulige influensasyke.
- Influensasyke og andre pasienter bør ikke dele venterom. Det bør besluttes om det skal være egne mottak/legevakt for pasienter med antatt smittefarlig sykdom. Det må da opprettes en eller annen form for triage for å forhindre at disse pasientene kommer til den ordinære legevakten.

Forslag til organisering:

- Førstekontakt på telefon
 - Tilstrekkelig telefonkapasitet
 - Informasjon til befolkningen så de vet hvor de skal ringe
 - Betjent av opplært personell (sykepleier)
 - Delegert myndighet av lege
 - Klare prosedyrer
- Triage vurdering per telefon:
 - Trenger ikke legevurdering, kan behandles hjemme og får for eksempel Tamiflu straks

- Trenger undersøkelse av lege eller sykepleier ved konsultasjon eller sykebesøk
- Informasjon om oppfølgingskontakt
- Informasjon om smitteverntiltak, beskyttelsesutstyr
- Eventuell vurdering av nærkontakter
- Kartlegge behov for hjelp/pleie

Hendelser som fordrer straksvurderinger:

- Pasienter som meldes fra pleie- og omsorgssektoren med behov for avansert medisinsk hjelp
- Pasienter som hurtigutskrives fra sykehus
- Utbrudd blant mange beboere i bofellesskap/kommunale institusjoner, vurdering av isoleringstiltak
- Beslutning om oppgradering av hjemmebasert behandling på grunn av press på kommunale institusjoner

Mulige konsekvenser for den enkelte kommune vurdert ut fra kommunestørrelsen

Svakheter som blir stående mest tydelig, er manglende beredskap for å ta hånd om pasienter i et svært høyt antall. Det er lite eller ingen bufferkapasitet i sengeplasser i institusjonen(e) i kommunene. Det kan bli aktuelt å ta i bruk serviceareal i kommunale institusjoner, lokaler som ved normaldrift brukes til avlastningsplasser, fysikalsk institutt, møterom og kontorer osv. Mangel på senger kan bli et problem. Utfordringene med å ha ansvar for svært mange dårlige pasienter er ofte ikke tatt høyde for i kommunens beredskapsplan.

Muligheter: Økt hjemmebasert hjelp. Utvidet grad av ambulerende tjeneste kan styres via helse- og omsorgstjenesten. For prioritering av innsatsen kan lege brukes som rådgiver/koordinator. For utøvelse av tjenestene trengs personell som behersker blant annet intravenøs infusjon og subcutan injeksjon (sykepleiere) i tillegg til vanlig pleie og vurdering av allmenntilstand (erfarne hjelpepleiere og sykepleiere).

5.5 Samordning med spesialisthelsetjenesten

Samordningen mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten blir helt sentral i en pandemisituasjon, og må avklares på forhånd ut fra de stedlige forhold. Sykehusene vil ha behov for å være strengere ved innleggelser, og må eventuelt vurdere flere pasienter poliklinisk. Samtidig må man forvente at pasienter blir utskrevet raskt. Kommunehelsetjenesten bør sammen med spesialisthelsetjenesten vurdere alternative måter å utnytte knappe helseressurser på, for eksempel intermediært tilbud. Det bør vurderes egne mottak for pasienter med antatt smittsom sykdom/influenza, og det bør vurderes å opprette en triage utenfor sykehuset for å forhindre at disse pasientene kommer til det ordinære mottaket. Fylkesmannen har betydelige oppgaver i en beredskapssituasjon, men har ikke operativ kommando. Samordningen bør konkretiseres i en samhandlingskontrakt.

En **samhandlingsgruppe** der lokalsykehuset og kommunene organiserer sitt samarbeid bør etableres. Der det finnes eksisterende samarbeidsorganer, for eksempel et interkommunalt organ, vil en utvidelse av mandatet i beredskapssituasjoner være

naturlig. Ikke alle kommuner i sykehusets område kan være representert, men bykommuner i området og representanter for mindre kommuner bør være med. Fylkesmannen ved fylkeslegen bør være assosiert medlem av denne samhandlingsgruppen, enten ved fylkeslege eller ved sin beredskapsavdeling. Det vises for øvrig til reglene i kommunehelsetjenesteloven § 4a-3 og smittevernloven § 7-1 sjette ledd om delegasjon av myndighet til interkommunale organer.

Samarbeid mellom første- og annenlinjetjenesten kan for eksempel være tema på fylkesvise smittevernkonferanser. Ved øvelser bør ovennevnte samhandlingsgruppe trekkes inn.

Momentliste for samhandlingsgruppen:

Koordinering:

- Enhetlig forståelse av et felles problem
- Koordinert informasjon og pressekontakt
- Samarbeid med felles indikasjoner og formularer
 - Hvilke pasienter skal innlegges i sykehuset
 - Hvilke pasienter kan utskrives fra sykehus
- Klare beskjeder og avtaler
 - Videre behandlings- og pleiebehov
- Oppdatert kontaktnett for samhandling
 - Telefon og e-post
- Utforme, vedta og rullere en samhandlingskontrakt

Innleggelse i sykehus:

- Felles enighet om hvilke pasientkategorier som skal innlegges
- Tydelig melding til AMK
- Standard innleggesskjema
 - Adekvate funn og tilleggsdiagnoser
- Oppdatert informasjon om plassituasjon på sykehus
- Koordinatordeltakelse fra sykehus

Transport fra kommune til sykehus:

- Følger de nasjonale råd for smitteverntiltak ved transport av influensasyke pasienter

Utskrivelse fra sykehus:

- Felles enighet om hvilke pasientkategorier som kan utskrives
- Standard utskrivingsformular
- Gradering av pleiebehov ved utskrivelse
- Oppdatert plassoversikt i kommunen
 - Sykehjem
 - Eventuelle ekstra-/nødplasser
 - Hoteller
 - Feltsykehus
- Koordinatordeltakelse fra kommune

5.6 Virologisk diagnostikk

Etterspørselen etter virologisk diagnostikk vil kunne bli større enn kapasiteten under en influensapandemi. Det vil derfor være nødvendig med sentrale føringer for å sikre at tilgjengelig kapasitet blir utnyttet optimalt. Dette vil gjelde både indikasjonsstilling for prøvetaking og hvor langt man skal gå i karakterisering av det enkelt virusisolat. Det nasjonale WHO-influensasenteret ved Nasjonalt folkehelseinstitutt vil være sentralt når det gjelder vurdering av behovet for virologisk diagnostikk under pandemiens forløp. Senteret vil dessuten i stor utstrekning stå for utførelsen av mer spesialiserte undersøkelser. Oppdaterte retningslinjer vil bli gitt i henhold til situasjonen og være tilgjengelig på nett samt kommunisert til de mikrobiologiske laboratoriene.

Når de første meldinger om en mulig begynnende pandemi kommer, bør det tas luftveisprøver til viruspåvisning av pasienter som tilfredsstillende kliniske og epidemiologiske kriterier. Mikrobiologisk laboratorium bør kontaktes for råd om prøvetaking og forsendelse. Eventuelle prøver/virusisolater med funn av influensa A må sendes til influensasenteret for verifisering (trolig via det lokale mikrobiologiske laboratoriet).

Når antall pasienter begynner å bli høyt og det er verifisert at det dreier seg om det pandemiske viruset, kan virusdiagnostikk begrenses til et utvalg pasienter. Målsettingen vil være å følge utbruddet geografisk samt fange opp endringer i virusets egenskaper/genetikk. Det vil i tillegg kunne være aktuelt å understøtte klinisk diagnose ved hurtigtester og/eller PCR (hurtigtester anses kun å kunne gi en tentativ diagnose og bør verifiseres med annen test der nødvendig). Influensasenteret vil fortsette å utgi instruksjoner om diagnostiske behov etter hvert som pandemien utvikler seg. Selv der primærformålet for prøvetaking er hurtigtest eller PCR, er overvåkingen avhengig av tilgang på prøver i et format som tillater virusdyrking (f.eks. virustransportmedium heller enn lysisløsning).

Når pandemien ebber ut, midlertidig eller endelig, vil det være aktuelt å følge viruset for å se om det etablerer seg, eventuelt i en modifisert form, som sesonginfluensa.

5.7 Legemidler og nødvendig medisinsk utstyr

Generelt om distribusjon av legemidler og medisinske forbruksvarer

Etter smittevernloven, kommunehelsetjenesteloven og lov om helsemessig og sosial beredskap er det kommunen som har ansvar for å organisere helsetjenesten slik at befolkningen får tilgang til nødvendig behandling. Kommunen bør samarbeide nært med apotek, politi, spesialisthelsetjeneste, frivillige organisasjoner og andre som kan bistå med ressurser.

Den kommunale pandemiplanen bør, på grunnlag av nasjonale strategier, beskrive hvordan forsyning av legemidler og medisinske forbruksvarer skal sikres i kommunen. Dette gjelder ikke bare legemidler og utstyr som skal benyttes i den kommunale helsetjeneste for å forebygge eller behandle influensa eller følgetilstander, men også andre nødvendige legemidler og annet nødvendig utstyr.

Norsk beredskapsplanlegging tar utgangspunkt i at de ordninger som gjelder i normalsituasjonen, så vidt mulig også skal benyttes i ekstraordinære situasjoner.

Helsemyndighetene vil sørge for at statlige beredskapslagre tilføres det ordinære forsyningssystemet for legemidler og utstyr. Politiet vil gjøre de nødvendige sikkerhetsmessige vurderinger blant annet i forhold til transport.

For pandemirelaterte legemidler og legemidler mot andre sykdommer vil det være det eller de apotek som kommunens innbyggere normalt bruker, som vil være lokale distribusjonspunkter. For viktig medisinsk utstyr, der distribusjonen er mindre standardisert enn for legemidler og utstyret ofte formidles av andre aktører enn apotek og legemiddelgrossister, kan det ved en influensapandemi være behov for å etablere egne distribusjonsordninger.

Bortfall av transportkapasitet, f.eks. på grunn av sykdomsfravær, utgjør en reell risiko for den lokale forsyningssikkerheten under en influensapandemi. Sentrale helsemyndigheter vil ha fokus på legemiddeldistribusjonen og ved behov søke å tilrettelegge for at den kan skje mest mulig uhindret. Ordningene for distribusjon av annet helsepleiemateriell er mer fragmentert, og vil derfor ikke kunne følges opp på samme måte som for legemidler og materiell som formidles sammen med legemidler. Det vil derfor være kommunens oppgave å overvåke forsyningssituasjonen for slikt utstyr. Dersom eventuelle problemer ikke kan løses i samråd med lokale aktører, er det viktig at kommunen melder fra til Fylkesmannen, som videreformidler dette til sentrale helsemyndigheter. Sentrale helsemyndigheter iverksetter deretter de nødvendige tiltak, for eksempel vedtak om å båndlegge tilgjengelig transportkapasitet.

Viktig utstyr å holde under oppsyn, vil bl.a. være:

- Hjelpemidler til diabetikere
- Stomiutstyr
- Oksygen til hjemmebehandling
- MER?

Det er foreløpig (2008) ikke gjort forberedelser for forhåndsdistribusjon av antiviralia i større omfang til fylker eller kommuner. Dette vil kunne endres, men det tas sikte på at hovedtyngden av legemidlene distribueres til apotekene i samsvar med innmeldte behov. I praksis vil det si at apotekene bestiller antiviralia på samme måte som de bestiller andre varer. For å kunne motvirke eventuelle hamstringstendenser, vil sentrale helsemyndigheter følge opp legemiddelgrossistenes leveranser av slike varer, samt søke å overvåke apotekenes beholdning av de aktuelle varene.

Prioritering ved bruk av legemidler

Den nasjonale pandemiplanen har et eget kapittel om prioriteringer ved bruk av legemidler. Det henvises for til dette.

Antiviralia – forskrivning og utlevering

Først etter 4-6 måneder etter at et pandemivirus er identifisert vil vaksine mot det spesifikke pandemiviruset være tilgjengelig. Antivirale legemidler vil inntil da kunne være et hjelpemiddel til å redusere omfang og alvorlighetsgrad av influensasykdommen.

Norge har bygget opp et nasjonalt lager av antiviralia. Planleggingsforutsetningen er at oseltamivir (Tamiflu®) bare skal benyttes til behandling av påvist influensasyke og eventuelt til profylaktisk behandling av helsepersonell som har direkte kontakt med influensasyke pasienter. Rimantadin er anskaffet til *profylaktisk bruk*.

Det vil være en viktig oppgave for kommuneoverlegen å bidra til at primærlegene i kommunen praktiserer administrasjonen av antiviralia i samsvar med de sentrale retningslinjer som til enhver tid gjelder.

Ansvar for planlegging av særskilte lokale tiltak knyttet til forskrivning og utlevering ligger hos den enkelte kommune.

Antiviralia til sykdomsbehandling

I en pandemisituasjon vil rask diagnostisering fulgt av rask tilgang på relevante legemidler kunne være avgjørende for et godt behandlingsresultat. Legemiddelet Tamiflu® må normalt gis innen 48 timer etter symptomdebut for å ha tilfredsstillende effekt. Hvorvidt dette tidskravet vil være relevant også for pandemiviruset er usikkert, men kommunene bør ha planer for hvordan innbyggerne kan sikres diagnostisering og behandlingsstart innen 48 timer fra symptomdebut.

Primært planlegges det at den ordinære helsetjenesten og det ordinære distribusjonsapparatet for legemidler skal benyttes:

- Fastlegen er pasientens kontaktpunkt mot helsetjenesten
- Relevante medikamenter vil bli utlevert fra apotek etter resept
- Fra det tidspunkt pandemiltak iverksettes, vil oseltamivir og eventuelle andre antiviralia ekspederes kostnadsfritt til publikum, i samsvar med retningslinjer gitt av Helsedirektoratet

Helsemyndighetene vil utarbeide en liste over kliniske indikasjoner på når det skal gis antiviralia og evt andre legemidler. Denne listen vil være førende for legenes utskrivning av medikamentene.

Dersom tilgjengeligheten til apotek lokalt vurderes som utilstrekkelig til å sikre hurtig tilgang til Tamiflu®, kan det vurderes å etablere egne utleveringsordninger, f.eks. ved at medikamentet kan deles ut av behandlende lege, i særskilt etablerte "influensasentre", av mobile enheter el. Slike enheter vil hente ut aktuelle medikamenter ved det lokale apoteket. Løpende kommunikasjon mellom lokal helsetjeneste og apoteket vil være av stor betydning for å sikre gode bestillings- og distribusjonsrutiner, at korrekt bruksanvisning meddeles pasientene (påføres pakningene) osv. Dersom særskilt vakhold ved distribusjonspunktene vurderes som nødvendig, bør kommuneadministrasjonen drøfte saken med lokal politimyndighet.

Tilsvarende bør kommunen vurdere hvorvidt publikums tilgjengelighet til legetjenester er tilstrekkelig til å ivareta behovet for rask diagnostisering. Skulle tilgjengeligheten være utilstrekkelig, påhviler det kommunen å etablere alternative ordninger.

Kapasitetsoverskridelse i det ordinære helsetjeneste- og apoteksystemet vil kunne forårsakes både av økt etterspørsel (pasientpågang) og redusert tilbud (spesielt som følge av sykdomsfravær). To potensielt viktige knapphetsfaktorer synes å være:

- Kapasitet til diagnostisering og ordinerer av relevant behandling
- Kapasitet til å kunne utlevere legemidler med videre til smittede tilstrekkelig raskt til å oppnå best mulig sykdomsbekjempende effekt

Dersom det ikke opprettes særskilte kanaler for håndtering av smittede, øker risikoen for at apotek, legekontorer mv. blir lokale "smittesentraler". For å forebygge dette, anbefales ulike segregasjonstiltak, som alle har det til felles at de må tilpasses lokale forhold. Stikkord er:

- Egne "pandemiluker" i apotekene
- Forenklet forskrivning av pandemilegemidler, forenklet reseptekspedisjon i apotekene
- Økt bruk av telefonkonsultasjon
- Separate venterom (antatt influensasyke *versus* pasienter med andre lidelser) hos legene, eventuelt inndeling av dagen slik at influensapasienter mottas til en annen tid enn andre pasienter

Disse spørsmål må løses lokalt, dels i samhandling mellom apotek og helsetjeneste. Det nevnes ulike tiltak, eksempelvis:

- Særskilte lokaliteter for pasientmottak, diagnostisering og utlevering av relevante legemidler med videre ("feberklinikker"), eventuelt også for pleie av syke
- Tilsvarende mobile enheter innrettet på hjemmebesøk ("feberpatruljer")
- Økt kapasitet for telefonisk konsultasjon
- Bruk av sykepleiere som legens medhjelpere dersom kapasitetshensyn krever dette

Forebyggende behandling, andre beskyttelsestiltak

Smitteutsatt nøkkelpersonell bør tilbys antiviral profylakse i samsvar med retningslinjer gitt av sentrale myndigheter.

I korthet innebærer disse (pr 2008) at personell som er særskilt smitteutsatt grunnet sin profesjonelle kontakt med influensasyke, skal få den beste tilgjengelige profylakse. For personell i samfunnsviktige nøkkelfunksjoner, men som ikke i kraft av sin stilling er i nærkontakt med influensasyke, skal det tilbys profylaktisk behandling med rimantadin.

Identifisering av individer som skal tilbys antiviral profylakse må skje lokalt, basert på nasjonale retningslinjer. I eventuelt fravær av tilstrekkelig detaljerte føringer fra sentralt hold, vil det fortsatt være et kommunalt ansvar å identifisere nøkkelpersonellet.

Tildeling av antiviralia til profylaktisk bruk må skje innenfor et lege-pasient-forhold. Den praktiske tilnærmingen til dette vil kunne variere. Noen steder vil det kunne

være den enkeltes fastlege som forestår behandlingen, andre steder kan det være hensiktsmessig å benytte f.eks. en bedriftslege.

Det må påregnes at etterspørselen etter ulike beskyttelsestiltak, herunder antiviral profylakse, vil være større enn tilbudet. For å kunne oppnå tilgang til og optimal utnyttelse av de ressurser som finnes i landet, bør den enkelte kommune være forberedt på å styre bruken av slike lokalt og å formidle relevant informasjon om behov via fylkesmannen til sentrale helsemyndigheter.

Vaksine

Sentrale myndigheter har inngått avtale med legemiddelfirma om leveranse av influensavaksine i en pandemisituasjon. Gjeldende avtale (2008) omfatter levering av tilstrekkelig mengde vaksine til fullstendig immunisering av befolkningen. Levering av vaksine rettet mot "pandemiviruset" vil først kunne skje om lag fire måneder etter at viruset er identifisert og klargjort for produksjon av vaksine. Leveransene forventes å skje løpende over en periode på om lag et halvt år.

Helse- og omsorgsdepartementet kan i forskrift fastsette at befolkningen eller deler av den skal ha plikt til å la seg vaksinere, når det er avgjørende for å motvirke et alvorlig utbrudd av en allmennfarlig smittsom sykdom, jf. smittevernloven § 3-8 annet ledd. Etter § 3-8 fjerde ledd kan Helsedirektoratet påby slik vaksinering når det ved et alvorlig utbrudd av en allmennfarlig smittsom sykdom er nødvendig å vaksinere befolkningen eller deler av den med en gang. Det foreligger (pr 2008) ingen planer om å pålegge vaksinering mot pandemisk influensa.

Siden vaksine vil bli levert i mange delleveranser, må det foretas en prioritering av hvem som skal tilbys vaksine først. Denne prioriteringen vil det være HOD som står for

Ved en influensapandemi vil altså vaksinering i utgangspunktet være frivillig. Grunnet leveringsordningen vil vaksinen lenge være et knapphetsgode og prioritering av hvem som skal immuniseres tidlig, vil skje etter retningslinjer fra sentrale helsemyndigheter. Vaksinering vil være gratis for mottakeren.

Kommunen bør i sine planer beskrive hvor og hvordan vaksinene skal tas imot og hvor de skal lagres. Det vil være kommunens ansvar å sørge for tilstrekkelig kjølekapasitet til lagring av vaksine. Planene bør også beskrive hvordan massevaksinering skal gjennomføres i kommunen.

Viktige elementer i den kommunale planen er:

- Kommunen må kunne sende oversikt over hvor mange personer som tilhører de forskjellige prioriteringsgruppene til Folkehelseinstituttet så snart som mulig etter at Verdens Helseorganisasjon har erklært at det foreligger en pandemi.
- Ved utsending av vaksinene vil kommunen bli varslet fra Folkehelseinstituttet om detaljer angående forsending og levering, slik at vaksinene kan bli tatt i mot på en tilfredsstillende måte. Vaksinene leveres på et sentralt sted i hver kommune/bydel.

- Vaksinerne oppbevares etter "Retningslinjer for oppbevaring av og holdbarhet for vaksiner". Storkjøkkenen, eventuelt annen lokalitet med tilstrekkelig kjølekapasitet, kan være egnet oppbevaringssted for vaksinerne. Trygg oppbevaring av vaksinerne må sikres, eventuelt med vakthold.
- Vaksinasjonssteder må defineres, både etablerte steder som helsestasjoner og vaksinasjonskontorer i kommunen samt at kommunale enheter som har kvalifisert personell oppretter vaksinasjonssteder og vaksinerer sine egne. Prinsippet bør være at kommunens ansatte møter opp på angitt vaksinasjonssted "i rimelig nærhet" til eller på egen enhet. For vaksinerings av innbyggerne i kommunen bør det opprettes flere vaksinasjonsenheter, for eksempel helsestasjoner og vaksinasjonskontorer i kommunen, eldresenter, bo- og servicesenter/dagsenter, gymsaler, idrettshaller og forsamlingshus. I tillegg blir fastlegekontorene viktige arenaer for vaksinerings
- Ved prioritert vaksinasjon bør innkalling til vaksinasjon skje gjennom brev til den enkelte vaksinemottaker, eventuelt ved at samfunnsviktige virksomheter organiserer vaksineringsen av eget personale i samarbeid med kommunehelsetjenesten . Ved opprettelse av adresselister over personer i samfunnsviktige funksjoner, bør arbeidsgiver konsulteres. Ved bruk av flere vaksinasjonssteder bør befolkningen fordeles, slik at det vil være mulig å registrere hvem som blir vaksinert og unngå dobbeltvaksinerings. Ved fordeling av kommunens innbyggere til ulike vaksinasjonssteder kan man for eksempel ta utgangspunkt i fastlegenes lister (et gitt antall fastlegers pasienter til hvert sted). Alternativt kan man organisere vaksinasjonssted etter skolekretser som ved kommune-/ stortingsvalg. Det bør også utarbeides en plan for hvordan man tilbyr vaksiner til personer som ikke har fastlege/ fast bopel i kommunen (for eksempel studenter). Det er viktig at det framgår av innkallingen hvor den enkelte skal møte til vaksinerings. Vaksinasjon anses som nødvendig helsehjelp.
- Det bør foreligge planer for vaksinasjon av personer som på egen hånd ikke klarer å komme seg til vaksinasjonsstedet, for eksempel ved bruk av helsepersonell i hjemmetjenesten.
- Plan for pakking og fordeling til vaksinasjonsstedene etter bestilling bør utarbeides.
- Utkjøringen av vaksinerne til vaksinasjonsstedene, for eksempel av kommunens egne biler (Trygghetspatroljen) eller innleide biler fra transportbyrå. Trygg distribuering av vaksinerne må sikres, eventuelt med vakthold
- Det er viktig på forhånd å beregne hvor mange personer det er behov for i forbindelse med gjennomføringen av vaksinasjonen. Personalet må kunne ta hånd om mottak, registrering, vaksinerings og overvåking etter vaksinerings. Planene bør ta høyde for at tilgang på helsepersonell til vaksinerings vil kunne være begrenset. Antall leger og sykepleiere som er direkte involvert i vaksineringsen, bør holdes så lavt som mulig. Det må imidlertid være helsepersonell til stede for vurdering av mulige kontraindikasjoner til vaksinasjon og håndtering av eventuelle straksallergiske reaksjoner eller andre alvorlige hendelser like etter vaksinerings. Det bør identifiseres andre grupper som kan få nødvendig

opplæring og gjennomføre selve vaksinasjonen som helsepersonells medhjelper (for eksempel fra Røde kors, Sivilforsvaret, Norsk folkehjelp, Forsvaret, fysioterapeuter, akupunktører, kiropraktorer, sykepleierstudenter og pensjonert helsepersonell). For å avlaste/reducere behovet for helsepersonell er det viktig å identifisere andre grupper som kan gjøre ikke-medisinskfaglige oppgaver, som å ta imot og registrere og observere dem som skal vaksineres. Aktuelle grupper kan være frivillige og ansatte i det lokale Røde Kors, Lions, Norske kvinners sanitetsforening, idrettslag etc.

- Aktuelle vaksinatører må oppdateres på "Retningslinjer for influensavaksinering" og "Beredskap ved allergiske reaksjoner" og gis klare anvisninger om situasjoner der det ikke skal vaksineres (kontraindikasjoner) og hva man skal gjøre dersom det oppstår vaksinerereaksjoner eller andre problemer.
- Eget registrerings skjema skal benyttes. De som skal vaksineres, fyller ut med personalia og medisinske opplysninger, hvorpå vaksinatøren går gjennom disse svarene. Hvis vaksinatøren er i tvil om vedkommende skal ha vaksine, skal medisinsk ansvarlig lege kontaktes for nærmere avklaring.
- Ved bruk av en vaksine i en pandemisituasjon vil kunnskap om mulige reaksjoner på vaksinen være begrenset. Det vil derfor være viktig å ha et system for overvåking av alvorlige uønskede hendelser, slik at mulig utilsiktet effekt av vaksinen blir oppdaget. Alvorlige uønskede hendelser er hendelser som fører til sykehusinnleggelse, død eller gir langvarig nedsatt funksjon eller varig mén. Folkehelseinstituttet vil utarbeide et standardisert meldeskjema. Uønskede hendelser skal meldes skriftlig til Folkehelseinstituttet

Utarbeidelse av lokale planer for mottak, lagring, utlevering og bruk av legemidler og utstyr bør bygge på de forhold som er beskrevet i den nasjonale pandemiplanen.

Mulige konsekvenser for den enkelte kommune vurdert ut fra kommunestørrelsen

Konsekvensene her vil sannsynligvis være uavhengige av kommunestørrelsene, så fremt de nasjonale logistikkfunksjoner er opprettholdt.

5.8 Smitteverntiltak inklusive bruk av beskyttelsesutstyr

Separasjon av pasienter med luftveissymptomer og pasienter som kontakter helsetjenesten for andre årsaker, bør tenkes igjennom på forhånd. Det gjelder både for legekontorer, legevakt og langtidsinstitusjoner. Det bør besluttes om det skal være egne mottak/legevakt for pasienter med antatt smittefarlig sykdom. Det bør da opprettes en eller annen form for triage for å forhindre at disse pasientene kommer til den ordinære legevakten. Ved legekontorer bør det være egne venterom/innganger, behandlingsrom etc. for pasienter med luftveisinfeksjoner. I sykehjem bør pasienter flyttes slik at man følger prinsippene for dråpesmitteisolering. Her bør man tenke på enkeltrom, egne fløyer/avdelinger for influensapasienter, eventuell kohortisolering; jf. anbefalingene i Isoleringsveilederen fra Nasjonalt folkehelseinstitutt.

Helsepersonell som ikke har gjennomgått den nye influensaen, vil måtte beskytte seg mot dråpesmitte. Smittefrakk, hansker og munnbind vil være nødvendig, men etterspørselen slikt utstyr vil øke enormt i en pandemisituasjon. Kommunalt beredskapslager for slikt utstyr bør opprettes. Bare vedvarende eksponert helsepersonell (retningslinjer for hva som er nøkkelpersonell må utarbeides på nasjonalt nivå, men det må besluttes hvem som faktisk er nøkkelpersonell, på lokalt nivå ut fra kommunens egne behov og muligheter) med direkte pasientkontakt – som ikke selv har hatt pandemisk influensa – bør tilbys antiviral profylakse. I pandemiens forløp bør helsepersonell som selv har gjennomgått influensaen, bli prioritert for å ta seg av influensasyke.

Fordi ikke alle smittsomme influensapasienter har tydelige symptomer, er det svært viktig å følge de infeksjonsforebyggende standardtiltakene ved all pasientkontakt i helsetjenesten.

Blant disse er det særlig viktig å understreke:

- nøye håndhygiene (gjerne hånddesinfeksjon med alkoholbasert hånddesinfeksjonsmiddel)
- hansker ved kontakt med slimhinner og kroppsvæsker og kontaminert materiale og
- beskyttelsesfrakk og visir ved fare for sprut av biologisk materiale

Helsearbeidere som har kontakt med smittsomme influensapasienter, skal beskytte egne luftveier:

- **Kirurgisk munnbind** av god kvalitet brukes ved kortvarig eksponering (dvs nærkontakt med sikker eller sannsynlig smitteførende pasient i omkring 1 m avstand), inntil 20 minutter
- **Åndedrettsvern** brukes ved eksponering som forventes å vare sammenhengende over 20 minutter og ved høyrisikoprosedyrer som intubering, trakealsuging og bronkoskopi som genererer mye aerosol

Åndedrettsvernet skal tilfredsstillende kravet i klasse FFP2 (tilsvarer N95 i USA). I norsk helsetjenesten brukes som oftest åndedrettsvern i klasse FFP3 (også kalt P3) som innebærer noe strengere krav enn FFP2.

Mulige konsekvenser for den enkelte kommune vurdert ut fra kommunestørrelsen

Konsekvensene her vil sannsynligvis være uavhengige av kommunestørrelsene så fremt den nasjonale logistikkfunksjoner er opprettholdt.

5.9 Opplæring og gjennomføring av øvelser

At planen er kjent og innarbeidet i alle kommunens ledd, er en forutsetning for at det virkelig skal bli en effektiv kraftsamling når planen utløses.

Eksempler på tiltak kan være:

- Planen tas inn i introduksjonspakken ved nyttilsetting av kommunale ledere
- Ledere for kommunens fagenheter bør gjennomføre øvelser med slikt innhold, omfang og hyppighet at enhetens kompetanse utvikles og

vedlikeholdes slik at enheten skal være i stand til å løse de oppgaver den kan bli stilt ovenfor

- Årlig beredskapsseminar med bred deltagelse fra aktuelle enheter og samarbeidspartnere
- Årlig øvelse for kriseledelsen med verstefallscenario fra egen kommune

5.10 Oppfølging og oppdatering av planen i forhold til nasjonale råd og nye myndighetskrav

Ajourført plan bør være tilgjengelig på kommunens nettside under stikkordet beredskap. Enhver endring skal godkjennes av kommunelegen med ansvar for smittevernet i kommunen. Denne har også ansvar for å holde planen oppdatert. Planen bør gjennomgås og oppdateres ved behov og minst en gang i året.

6 Andre forhold – omsorgstiltak andre målgrupper

- Er kommunens planer avstemt mot eksterne planer?
- Kjenner kommunen grensesnittene mot andre myndigheter og samhandlingsparter?
- Er fylkeslegen, helseforetak eller sykehus invitert med i samarbeid?
- Det bør også lages egne beredskapstiltak for å ivareta omsorgen for:
 - Barn til syke foreldre
 - Barn til personell som beordres til ekstraordinære tjenester
 - Omsorg overfor eldre og andre pleietrengende hvor det ordinære omsorgsapparatet blir slått ut
 - Ivaretagelse av andre syke som ikke kan legges inn på sykehus pga plassmangel
 - Ivaretagelse av andre syke som skrives raskere ut enn normalt pga plassmangel på sykehus

Veiledere fra Helsedirektoratet utarbeides innenfor helsefaglige temaområder der det er behov for utdypende beskrivelser av faglige spørsmål, lovverk, administrative, organisatoriske og institusjonelle forhold. Metode for utarbeiding er beskrevet i hver enkelt veileder.

Helsedirektoratet
Pb. 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo
Tlf.: 810 20 050
Faks: 24 16 30 01
www.helsedirektoratet.no