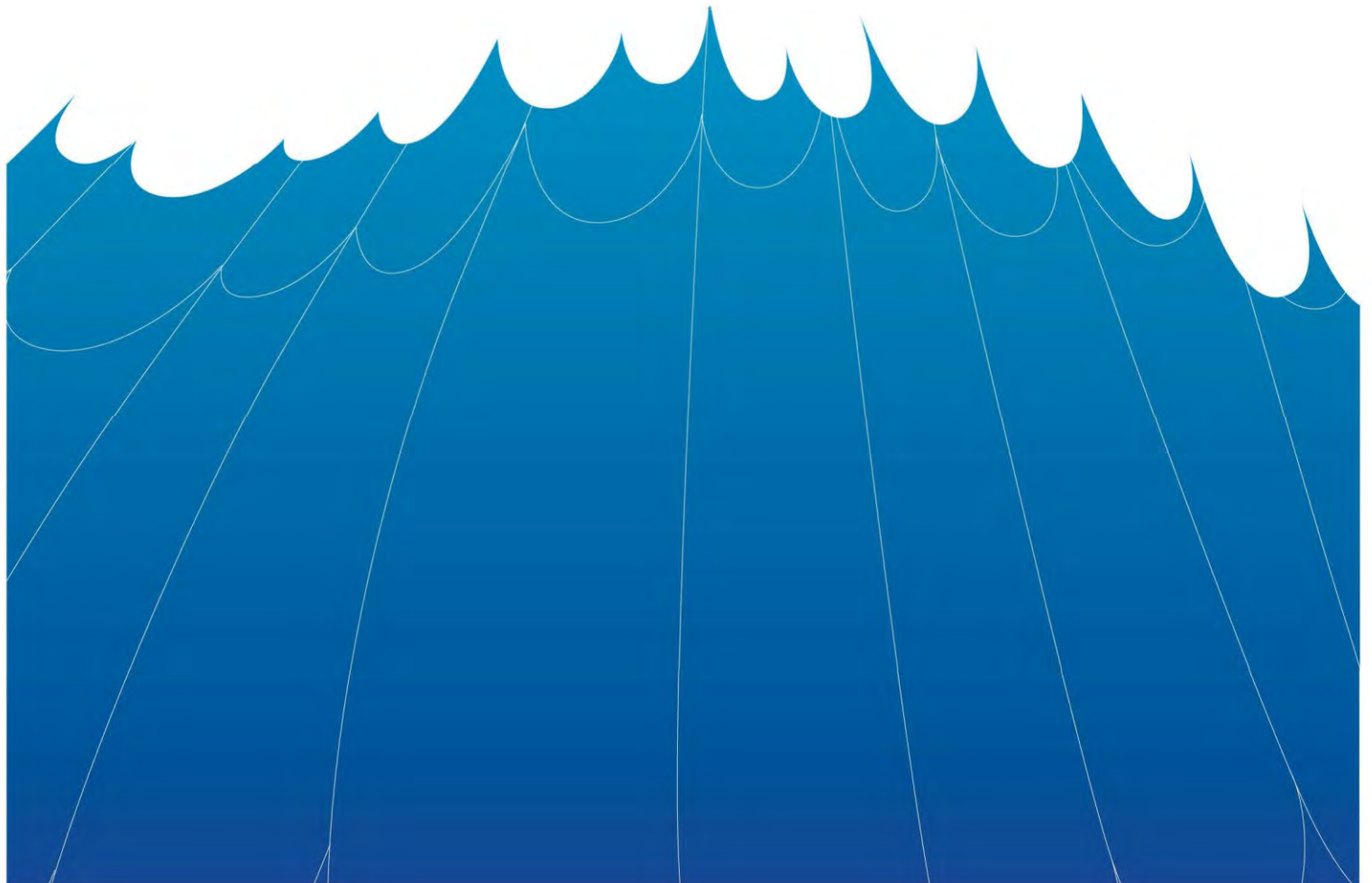


Kommunal beredskapsplan ved pandemisk influensa

Gjøvik kommune 18.02.2020



GJØVIK KOMMUNE



1 INNLEDNING

Kommunen skal ha beredskap for å kunne håndtere en influensapandemi og pandemier forårsaket av andre smitteagens. Planer for dette skal forankres i kommunens smittevernplan, kommunens plan for helsemessig og sosial beredskap og kommunens kriseplan. I denne planen brukes en influensapandemi som utgangspunkt, men planen kan like gjerne brukes ved andre typer smittestoffer som fører til pandemi. Forskjellen blir at man da kanskje ikke klarer å utvikle vaksiner eller skaffe virkningsfulle medikamenter. I tillegg kan det være stor variasjon i sykkelighet og dødelighet.

Det spesielle med en influensapandemi eller pandemi med annet agens sammenliknet med andre beredskapssituasjoner er at alle deler av samfunnet vil være berørt. En pandemi vil medføre en økt belastning på alle deler av samfunnet samtidig som det i kommunehelsetjenesten kan bli mangel på personell pga sykdom. Dette medfører at pandemiplanen må være en integrert del av kommunens beredskapsplaner slik at kritiske samfunnsfunksjoner og tjenester ivaretas på en best mulig måte og synliggjør den helhetlige tenkningen som kommunen må ha.

Ved en pandemi vil antallet som trenger kommunal tjenesteyting, kunne øke dramatisk på kort tid. Kommunens kriseledelse må derfor, så tidlig som mulig, få kunnskap om utviklingen og planlegge for ekstraordinær innsats på en bred front.

Kommunens eget personell kan og bli satt ut av spill på grunn av sykdom. Det er derfor viktig at kommunens kriseledelse så tidlig som mulig får kunnskap om mulig bortfall av personell, for å kunne foreta omplassering av eget personell, rekruttere ekstrapersonell og aktivere kontakt med frivillige organisasjonene og lignende. Dette gjelder også personell i ledende stillinger i alle ledd, og det må planlegges frafall for minst samme prosentfordeling som i populasjonen forøvrig. Dette vil være avgjørende for kriseledelsens utholdenhet og mulighet til å håndtere situasjonen over tid.

Ansvar for utarbeiding av forslag til kommunal smittevernplan, inkludert pandemiplan, ligger hos kommunelegen med ansvar for smittevernet i kommunen. Kommunen skal samarbeide med de myndigheter som har oppgaver av betydning for smittevernet. Beredskapsplanen legger opp til å benytte eksisterende kriseplaner, varslingssystemer, nettverk og organisasjoner der disse eksisterer og søke dem tilpasset situasjonen ved en influensapandemi. Behovet for å be om hjelp fra nabokommune, eller muligheten for å yte støtte utenfor egen kommune, må vies særlig oppmerksomhet i en pandemisituasjon. Kommando- og rapporteringslinjer må beskrives i planen og være i samsvar med kommunens generelle beredskapsplan.

Planen må beskrive aktører, roller, ansvar og tiltak under de ulike faser av pandemiutviklingen.

Ansvarsprinsippet, likhetsprinsippet, nærhetsprinsippet og samvirkeprinsippet legges til grunn for de rollene de ulike institusjonene skal ha under pandemien.

[\(https://www.fhi.no/nettpub/planveileder-for-massevaksinasjon-mot-pandemisk-influensa-i-kommuner-og-hel/strategier-for-vaksinasjon-ved-pandemi/overordnede-prinsipper-for-beredskapsarbeidet/\)](https://www.fhi.no/nettpub/planveileder-for-massevaksinasjon-mot-pandemisk-influensa-i-kommuner-og-hel/strategier-for-vaksinasjon-ved-pandemi/overordnede-prinsipper-for-beredskapsarbeidet/)

Beredskapsplanen legger opp til å samordne viktige beslutninger og informasjon under en pandemi. Når planen iverksettes, er det et signal ut i organisasjonen og til omverdenen om at nå er det satt i gang en ekstraordinær satsing for å løse en ekstraordinær samfunnsoppgave. Planen skal kunne brukes både ved et verstefallsscenario og ved en relativt mild pandemi, og kan således med fordel også benyttes under de årlige influensautbruddene og eventuelt ved andre smittevernkriser så langt det er formålstjenlig.

Når første bølge av pandemien inntreffer, er det usikkert om en tilpasset influensavaksine vil være ferdig utviklet og tilgjengelig for alle som ønsker den.

Medikamenter mot influensa kan være det eneste som vil dempe virkningen av sykdommen.

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.

2 HOVEDPUNKTENE I PLANEN

Hva er en pandemi

Influensapandemier er de store, verdensomspennende epidemier av influensa med et nytt 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. Smittestoffene kan være influensavirus eller andre smittestoffer, som f.eks. coronavirus (SARS-CoV, MERS-CoV, 2019-nCoV mm).

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 få ansvar som fag/lederdepartement i krisehåndteringen på departementsnivå. Dette betyr at HOD blir ansvarlig for å koordinere arbeidet med andre departementer og sektorer.

Helsedirektoratet (Hdir) og Folkehelseinstituttet (FHI) har viktige roller som myndighets- og fagorganer på sentralt nivå.

Kommunene vil være blant dem som får den største belastningen under en pandemi både når det gjelder å ivareta personer som er influensasyke, men også ivareta 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 smittsom sykdom. Kommunene har også et betydelig ansvar for å opprettholde samfunnets infrastruktur og funksjoner.

De regionale helseforetakene (RHFene) vil også merke en stor økning i belastningen.

Andre viktige aktører er: **Helsetilsynet, Statens legemiddelverk (SLV), Mattilsynet, Veterinærinstituttet (VI), fylkesmennene, Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (DSB), Forsvaret, Politiet samt de frivillige organisasjonene.**

Momentliste

Følgende momenter beskrives i den kommunale pandemiplanen:

- Lovgrunnlaget og målsettingen for planen i henholdsvis kapittel 3 og kapittel 4
- Ansvar, rapporteringslinjer og ledelsesforankring i kapittel 5
- Informasjons- og kommunikasjonstiltak i kapittel 6
- 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 7
- Talleksempler på hva en pandemi vil bety for ulike kommuner avhengig av størrelse i kapittel 7
- En risiko- og sårbarhetsanalyse av mulige konsekvenser for den enkelte kommune vurdert ut fra kommunestørrelsen i kapittel 7
- Mobilisering og organisering av helsepersonell i kapittel 7.1

- Ivaretagelse av kritiske samfunnsfunksjoner i kapittel 7.2
- Rutiner for mottak, diagnostisering, behandling og pleie av pasienter i kapittel 7.3
- Samordning med andrelinjetjenesten i kapittel 7.4
- Mottak, lagring, utdeling av legemidler og nødvendig medisinsk utstyr, herunder:
 - Effektivisering av nasjonale retningslinjer for bruk av antiviralia i kapittel 7.5
 - Mottak, lagring og vaksinerings med pandemisk influensavaksine, inklusiv massevaksinerings i kapittel 7.5
 - Smitteverntiltak inklusive bruk av beskyttelsesutstyr i kapittel 7.6
 - Opplæring og gjennomføring av øvelser i kapittel 7.7
 - Oppfølging og oppdatering av planen i forhold til nasjonale råd og nye myndighetskrav i kapittel 7.8
 - Samarbeid og håndtering av en situasjon med fugleinfluensa i kommunen i kapittel 9.1

Hovedtiltak

Vaksine er det beste tiltaket for å hindre at folk blir syke. Selv om sentrale helsemyndigheter vil gjøre alt 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 tiltaket. Ved andre agens har man kanskje ingen medikamenter tilgjengelig.

Norske helsemyndigheter har et beredskapslager av antivirale legemidler. I 2014 bestod lageret av oseltamivir (Tamiflu®) og zanamivir (Relenza®). I tillegg har de en beholdning av det antivirale middelet rimantadin (Rimantadin, Amantadin) beregnet til kun forebyggende behandling. De vurderer løpende behovet for endringer i lagerets sammensetning.

Norge har inngått avtaler om levering av pandemivaksine til hele befolkningen. Levering blir først 4-6 måneder etter produksjonsstart gitt normale produksjonsforutsetninger. Vaksineproduksjon vil starte så snart Verdens helseorganisasjon (WHO) har identifisert og klargjort pandemiviruset.

Dersom det av ulike årsaker likevel blir mangel på vaksine eller antivirale medikamenter, må det konkret vurderes hvem som skal prioriteres. Før og under en pandemi kan en også få kunnskaper som tilsier at noen av prioriteringene må endres og legemiddellagrene omdisponeres for å oppfylle målsettingen. Fordi pandemien kan pågå over tid og komme i flere bølger, kan det bli nødvendig å prioritere for å unngå at lagrene brukes opp tidlig i pandemien selv om tilgangen på antivirale legemidler og vaksine vurderes som god.

Samhandling mellom sentrale helsemyndigheter og kommuner om smitteverntiltak som berører større områder, men som trenger lokal forankring.

Smitteverntiltak som trenger lokal forankring, kan gjøres gjeldende for et område som er større enn en enkelt kommune. Dette kan også formaliseres som en fast ordning uavhengig av om det foreligger en pandemisituasjon eller en annen situasjon som har med smittsomme sykdommer å gjøre. Smittevernlovens § 7-1, sjette ledd hjemler dette: ”Kommunens myndighet etter denne lov kan delegeres etter reglene i kommuneloven, eller til et interkommunalt organ.» Smittevernproblematikk kan på denne måten løses lokalt og på ett sted selv om utfordringen strekker seg ut over en enkelt kommune.

Selv om kommunene i et område ikke har gjort bruk av muligheten for interkommunalt samarbeid om smittevern, vil sentrale helsemyndigheter allikevel ha den nødvendige handlefrihet til å sørge for nødvendige lokale tiltak som omfatter flere kommuner. Det siktes i første rekke til Smittevernlovens § 7- 10, annet ledd: «Helsedirektoratet kan bestemme at kommuner, fylkeskommuner eller statlige institusjoner skal organisere eller utføre nærmere bestemte tjenester eller tiltak, samarbeide, eller utføre nærmere bestemte retningslinjer når det er nødvendig for å sikre et effektivt og forsvarlig smittevern». Lignende mulighet går frem av Smittevernlovens § 7-11: ”Departementet kan i forskrift gi bestemmelser om samarbeid, og om hvilket ansvar og hvilke oppgaver kommuner, fylkeskommuner og regionale helseforetak skal ha etter denne loven, helse- og omsorgstjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven i forbindelse med smittsomme sykdommer”.

I smittevernlovens § 7-12 er det i tillegg gitt særlig fullmakt til Kongen til å gi bestemmelser når utbrudd av en allmennfarlig smittsom sykdom truer folkehelsen. Slike bestemmelser vil ved behov også kunne gjelde lokale tiltak som er felles for flere kommuner, og som Kongen bestemmer skal løses ved hjelp av én utpekt instans, f. eks. en utpekt kommune.

Departementet kan bestemme at lov om helsemessig og sosial beredskap helt eller delvis skal gjelde på tilsvarende måte når det er påkrevd av hensyn til smittevernet, bl.a. for å kunne pålegge kommuner, fylkeskommuner, regionale helseforetak og helsepersonell nødvendig smittevernberedskap. Departementet kan i forskrift fastsette nærmere bestemmelser om beredskap og beredskapsplaner i forbindelse med et alvorlig utbrudd av allmennfarlig smittsom sykdom.

3 LOVGRUNNLAG

Pandemiplanen bygger på at det kan være behov for omfattende tiltak både fra kommuner, spesialisthelsetjenesten, fylkesmannen og sentrale myndigheter dersom det bryter ut en pandemi. Tiltakene er relatert til smittevern og helsemessig og sosial beredskap, men vil også gjelde andre sektorer i samfunnet. Beredskapsplaner må forankres i det lovverk som gir hjemmel for de tiltak det er aktuelt å bruke i slike situasjoner. Sett på bakgrunn av de tiltak

denne planen beskriver, må pandemiplaner hos de myndigheter som er berørt, knyttes både til smittevernloven med forskrifter og til lov om helsemessig og sosial beredskap med forskrifter.

Imidlertid finnes det ikke noe eget lovgrunnlag som pålegger kommunene å ha en generell beredskapsplan for alle kommunale ansvars- og virksomhetsområder. Dette kan i en pandemisituasjon bli en utfordring i enkelte kommuner.

4 MÅLSETTING

Målsettingen med denne beredskapsplanen er å legge til rette for at man under en influensapandemi kan:

- forebygge smittespredning og redusere sykkelighet og død
 - behandle og pleie syke og døende hjemme og i helseinstitusjon
 - opprettholde nødvendige samfunnsfunksjoner innenfor alle sektorer til tross for stort sykefravær
 - gi fortløpende kunnskapsbasert og samordnet informasjon til helsetjenesten, andre samfunnssektorer, det offentlige, publikum og massemediene
-

5 ANSVAR

Under en pandemi vil et stort ansvar ligge på kommunene som har ansvaret for å håndtere situasjonen lokalt. Ansvaret skal utøves på grunnlag av gjeldende regelverk, blant annet kommunens helse- og sosialberedskapsplan etter lov om helsemessig og sosial beredskap og smittevernplan etter smittevernloven. Kommunen har ansvar for at de som oppholder seg i kommunen, sikres nødvendige forebyggende tiltak; herunder vaksinasjon, undersøkelsesmuligheter, behandling og pleie, jf. smittevernlovens § 7–1. I følge kommunehelsetjenestelovens § 1–1 skal kommunen yte nødvendig kommunal helsetjeneste for alle som bor eller oppholder seg i kommunen.

Kommunen, eller kommunelegen med ansvar for smittevernet i kommunen, skal ha oversikt over de infeksjonsepidemiologiske forholdene i kommunen, gi råd og informasjon til befolkningen og bidra til gjennomføring av forebyggende tiltak; som for eksempel vaksinasjon, jf. smittevernlovens §§ 7–1 og 7–2.

Kommunestyret har vide fullmakter til å vedta tiltak om blant annet møteforbud, stengning av virksomheter og begrensning i kommunikasjon når det er nødvendig for å forebygge allmennfarlig smittsom sykdom. I hastesaker kan kommunelegen utøve denne myndigheten.

Ved en pandemi kan det bli iverksatt tiltak som innebærer at kommunen må følge angitte retningslinjer fra sentrale helsemyndigheter, eller følge opp på annen nærmere angitt måte. Eksempel på dette er prioriteringer ved bruk av antiviralia og vaksine, jf. smittevernlovens § 7-10.

Ansvar for utarbeiding av forslag til kommunal smittevernplan, inkludert pandemiplan, ligger hos kommunelegen med ansvar for smittevernet i kommunen. Den kommunale pandemiplanen skal forankres i kommunens ledelse, og kommunen har ansvar for å vedta kommunens pandemiplan.

I en beredskapssituasjon:

- Kommunelegen med ansvar for smittevernet i kommunen har ansvar for å vurdere hvor kritisk situasjonen er i egen kommune i samråd med Nasjonalt Folkehelseinstitutt
- Hvis smitten vurderes som kritisk farlig/katastrofal, skal kommunelegen varsle kommuneledelsen
- Kommunelegen er ansvarlig for å håndtere krisen i samråd med kommunens kriseledelse
- Kommunelegen kan opprette en smitteverngruppe med medlemmer fra bl.a. miljørettet helsevern, beredskapsrådgiver, kommunikasjonsrådgiver og helsesykepleiertjenesten i kommunen, smittevernlege og infeksjonsmedisiner fra sykehus, og representanter fra lokalt mattilsyn.
- Smitteverngruppa skal gi faglige råd til kriseledelsen i kommunen

6 INFORMASJON

Det må skilles mellom to hovedtyper av informasjon:

- Informasjon som omfatter alle innbyggere i Norge
- Informasjon om lokale forhold i den enkelte kommune

Kommunelegen må før og under en pandemi holde seg oppdatert om risikosituasjonen og gi nødvendig informasjon til kommunens ledelse, beredskapsråd og andre berørte etater. Det er viktig at kommunens eksterne informasjon om pandemi/behandling/forebygging/smittebildet m.m. er samordnet med den informasjon som gis fra sentrale myndigheter. I tillegg bør man tilstrebe en samordning av informasjonen med andre samarbeidspartnere som for eksempel spesialisthelsetjenesten, Mattilsynet og andre kommuner slik at befolkningen ikke må forholde seg til motstridende budskap.

I tillegg må det lages egen informasjonsplan for lokale tiltak så som vaksinasjonssteder, publikumsmottak, omsorgstiltak overfor barn og voksne m.v.

Tidlig informasjon til innbyggerne om hvem som gjør hva, hvor man får behandling, informasjon etc. er noen av suksesskriteriene for god krisehåndtering!

Budskap

Informasjonen må tilpasses hver fase (se punkt 7) i pandemiutviklingen

- Fase 1-3: Informasjon om sykdommen
- Fase 4-5: Informasjon om smitteverntiltak og om bruk av antiviralia
- Fase 6: Informasjon om hvor en skal henvende seg ved sykdom, behandling og omsorg av syke og ivaretagelse av samfunnets infrastruktur og om massevaksinering

Ansvar

- Rådmannen aktiverer informasjonsplan for kriseledelsen; dvs. politisk og administrativ ledelse som har det overordnede informasjonsansvaret
- Kommunalsjef for tjenesten hvor krisen har oppstått, skal uttale seg i media (kan delegeres)

- Kommunikasjonsenheten skal i hovedsak rådggi kriseledelsen og initiere hvilke tiltak som skal gjøres
- Opprette kontaktnett for samhandling med spesialisthelsetjenesten
- Motta og videreformidle informasjon fra sentrale myndigheter. Dette må skje via Rådmannen som distribuerer det ut til aktuelle mottakere gjennom kommunikasjon langs linjen i organisasjonen. Kommunelegen som har ansvar for smittevernet i kommunen, skal holde seg oppdatert om situasjonen og gi nødvendig informasjon til berørte etater i kommunen og til andre aktuelle mottakere, for eksempel fastlegene og legevakt

Målgrupper og kanaler

- Internt i egen organisasjon (politisk og administrative ledelse med kriseledelsen i kommunen v/Rådmannen, beredskapsrådgiver, alle kommunale enheter)
 1. Kommunikasjon langs linje
 2. Gruppe-E-post – fane ” høy viktighet”
 3. intranett
 4. Telefon
 5. Trykt informasjonsmateriale
- Eksternt til publikum
 1. Hjemmeside med oppdatert informasjon med link til sentral internettportal, www.pandemi.no
 - a. Publikumstelefon
 2. Trykt informasjonsmateriale fra sentrale myndigheter
 3. Media: aktuelle nyheter, pressemelding, pressekonferanse i henhold til kommunens kriseplan
- Eksternt til andre samarbeidspartnere (Spesialisthelsetjenesten, fastlegene, legevakt, lokalt mattilsyn, Fylkesmannen, andre kommuner, politi, sivilforsvaret, frivillige organisasjoner og andre relevante etter en fortløpende vurdering av aktuelt trusselbilde)
 1. Informasjonsmøter/ samarbeidsmøter
 2. E-post

- 3. Kontakttelefon
 - 4. Nettsider
- Media
 - 1. Pressemelding
 - 2. Pressekonferanse
 - 3. Pressebriefing
 - 4. Eksklusivt møte

7 OPPGAVER UNDER PANDEMIENS FORSKJELLIGE FASER

De ulike fasene 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 smittsomt	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		

Pandemifaser og mål for innsats

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

- **Fase 1-3:** I den interpandemiske perioden er hovedprioriteringen å planlegge og oppdatere beredskapsplanen som tar høyde for en mulig pandemi.

- **Fase 4-5:** I den prepandemiske alarmperioden er hovedprioriteringen å begrense spredningen av det nye viruset i Norge gjennom smitteoppsporing, behandling og isolering av smittede personer og av personer som disse pasientene har vært i kontakt med (nærkontakter). Ved å begrense smittespredningen forsøker man å forsinke pandemiens initiale fase for å oppnå tid til å iverksette forholdsregler, inkl.
 - vaksinefremstilling.
- **Fase 6:** Under selve pandemien er hovedprioriteringen å minimere pandemiens effekt (sykelighet og død), særlig når det gjelder de grupper som vil være mest sårbare overfor følgene av influensa (risikogrupper). Minimering av skade skjer gjennom forebyggende behandling (profylakse) og medisinsk behandling av sykdommen og dens komplikasjoner. Det vil antas at smitten vil være så utbredt i samfunnet at det ikke vil være mulig å begrense smitten gjennom isolering av smittede.

Noen scenarier og tall

Med det *mest sannsynlige scenariet* forventer vi 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 % 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 vi kan forvente 700-3 000 ekstra dødsfall sammenliknet med en normal vintersesong.

Vi må også være forberedt på det *verste scenariet* i pandemiplanleggingen, selv om dette scenariet er mindre sannsynlig. Her forventer vi 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 % 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 sammenliknet med en normal vintersesong.

Dette gjelder landet som helhet. Det kan være betydelige forskjeller geografisk og innen visse miljøer hvor en langt høyere andel kan være syke samtidig. Det vil også være avhengig av kommunestørrelse, tilgjengelig personell og lokaler. I en stor kommune er det mindre sjanse for at en hel sektor skal bli syke samtidig, men dette er en reell mulighet i en liten kommune. Det kan også bli aktuelt for større kommuner å bistå nabokommuner og mindre kommuner i slike situasjoner.

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

	Innbyggertall	Mest sannsynlige scenariet: antall syke samtidig	Verste scenariet: antall syke samtidig
Små kommuner 0-4.999	2.500*	110	200
Mellomstore kommuner 5.000-19.999	10.000*	450	800
Store kommuner 20.000-99.000	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 kommunestørrelsen**

Kommunestørrelse	Små kommuner	Mellomstore kommuner	Store kommuner	Storbyene
Antall innbyggere	0-4.999	5.000-19.999	20.000-99.999	>100.000
Stor variasjon i pandemien 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, samt bistand til mindre nabokommuner. Koordinerende kriseledelse.
Samfunnskritiske tjenester (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 reserve-mannskaper 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 for 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: 2.500 innb.: 200 syke 5.000 innb.: 400 syke Medikasjon til alle	Planlegg ut fra verstefall- scenariet: 10.000 innb.: 800 syke 20.000 innb.: 1.600 syke Medikasjon til alle	Planlegg ut fra verstefall- scenariet: 40.000 innb.: 3.200 syke 60.000 innb.: 5.000 syke Medikasjon til alle	Planlegg ut fra verstefall- scenariet: 100.000 innb.: 8.000 syke 200.000 innb.: 16.000 syke Medikasjon til alle
Samordning med sykehus Utskrivelser/ innleggelser	Koordinerende lege må ha kontakt med fastlegene, sykehjem/ reservemottak og sykehuset: plassoversikt, pleiebehov, komplikasjoner, kriterier for bruk av sykehus (FHI) Klare rapporteringslinjer.	Koordinerende lege. Sentral oversikt. Klare rapporterings- linjer.	Koordinerende lege. Soneoversikt inkl. sentral oversikt. Klare rapporterings- linjer.	Koordinerende lege. Sone- og bydelsoversikter inkl. sentral oversikt. Klare rapporterings- linjer.
Legemidler og medisinsk utstyr	Prioriteringer etter nasjonale retningslinjer. Planer for mottak, lagring og organisering/ distribusjon til vaksineenhetene. Plan for organisering av en massevaksinasjon.	Nasjonale retningslinjer. Lokale planer.	Nasjonale retningslinjer. Lokale planer.	Nasjonale retningslinjer. Lokale planer.

Smitteverntiltak/ beskyttelsesutstyr	Informasjons- innhenting: 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.

7.1 Mobilisering og organisering av helsepersonell

Kommunehelsetjenesten vil få stor belastning under en pandemi. I tillegg til vesentlig økt press på primærhelsetjenesten, vil denne ha redusert bemanning grunnet sykdom. Det vil også kunne være behov for ekstraordinær innsats, 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 må sikre en metode for å utnytte all tilgjengelig personellressurs. Helse- og omsorgstjenesten skal 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 må planlegges ut i fra lokale forhold.

Kommunehelsetjenesten må organisere sitt helsepersonell slik at man best mulig kan mobilisere, bevare og styrke arbeidsstokken. Det må kartlegges hvilke ekstraressurser som finnes på personellsiden (både helsepersonell og øvrig personell). Dette må gjøres lokalt ut i fra lokal kunnskap. Dette bør fortrinnsvis være autorisert helsepersonell, men annet personell vil også kunne tas inn som medhjelpere. Det vil være et arbeidsgiveransvar å sikre at forsvarlighetskravet ivaretas, og at personellet bare settes til å utføre oppgaver som vedkommende er kvalifisert for, under nødvendig overoppsyn av kompetent personell. Det kan

bli aktuelt å bruke deltidsansatte i full stilling, trekke inn vikarer, rekruttere pensjonerte helsearbeidere og studenter for å øke kapasiteten, jf. helsepersonelloven. Det kan bli økt behov for tjenester som hjemmehjelp og hjemmesykepleie, samtidig som man må regne med sykdom også innen disse gruppene. Det må vurderes økning av egenmeldingsdager for å lette presset på primærhelsetjenesten (jf. § 7-12 i Smittevernloven).

Kommunelegen/kommunen kan rekvirere Fredsinnsatsgruppe (FIG) fra nærmeste sivilforsvarskrets (JD). Kommunen må vurdere å søke bistand fra frivilligheten.

Helhetlig omsorg

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

Kommunens ansvar i denne sammenheng er å sikre nødvendige og gode tiltak for helhetlig omsorg for pasienter og pårørende. Kommunen bør bruke egne ressurser til å

- tilby støtte/omsorg 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 influensasyke pasienter
- informere, veilede og støtte kommunens innbyggere
- og i tillegg motta støtte og veiledning fra beredskapen ved distriktpspsykiatriske sentre ved behov

I tillegg til vesentlig økt etterspørsel etter kommunale omsorgstjenester vil de også kunne få redusert bemanning grunnet sykdom. Det bør derfor vurderes hvordan de frivillige organisasjonene kan bidra i dette arbeidet og befolkningen kan oppfordres til nabostøtte o.l.

Mulige konsekvenser for den enkelte kommune vurdert ut fra kommunestørrelsen

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

Dette kan også formaliseres som en fast ordning uavhengig av om det foreligger en pandemisituasjon eller en annen situasjon som har med smittsomme sykdommer å gjøre. Det betyr at smitteverntiltak som trenger lokal forankring, vil kunne gjøres gjeldende for et område som er større enn en enkelt kommune. Smittevernlovens § 7-1, sjette ledd hjemler dette: ”Kommunens myndighet etter denne lov kan delegeres etter reglene i kommuneloven til et interkommunalt organ eller til en annen kommune. Når kommunen har delegertmyndighet til en annen kommune, skal vedtak fattet av denne stadfestes av kommunen der saken har sin opprinnelse.” Smittevernproblematikk kan på denne måten løses lokalt og på ett sted selv om utfordringen strekker seg ut over en enkelt kommune.

7.2 Kritiske samfunnsfunksjoner

En samfunnsfunksjon anses som kritisk dersom et avbrudd i sju døgn eller mindre vil true befolkningens grunnleggende behov, og det legges til grunn at beredskapsressurser blir

utfordret innenfor denne perioden. Definerte kritiske samfunnsfunksjoner og tilhørende funksjonsevne framgår av tabellene s 9 i:

https://www.dsb.no/globalassets/dokumenter/rapporter/kiks-2_januar.pdf

Den kommunale planen skal omfatte tiltak for å sikre kritiske samfunnsfunksjoner i en situasjon der nøkkelpersoner og store deler av arbeidsstokken er fraværende på grunn av sykdom. Kritiske samfunnsfunksjoner kan være forsyning av mat og medisiner, ivaretagelse av behov for husly og varme, forsyning av energi, forsyning av drivstoff, forsyning av vann, avløpshåndtering, fremkommelighet for personer og gods, oppfølging av særlig sårbare grupper, nødvendige helse- og omsorgstjenester, nød- og redningstjeneste og kommunens kriseledelse og krisehåndtering (<https://www.dsb.no/globalassets/dokumenter/veiledere-handboker-og-informasjonsmaterieell/veiledere/veileder-til-helhetlig-risiko-og-sarbarhetsanalyse-i-kommunen.pdf>).

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 denne risikoen. 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:

- Tjenestene rapporterer til ulike forvaltningsnivå
- Tjenestene kan rammes ulikt og må reagere i forhold til aktuell situasjon
- Tjenestene har ulike ressurser
- Medieoppslag, rykter og ulike ”irrasjonelle” årsaker 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 kritiske samfunnsfunksjoner opprettholdes best mulig under en pandemi anbefales:

- Kriseplanene må 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 må ikke etableres nye organ eller fora. Eksisterende kriseledelse og kommandolinjer skal håndtere den aktuelle situasjonen
- Kommunens ledelse må instruere de organ i kommunen som forvalter lovverk om å være smidige, foreta raske beslutninger og unngå prinsipptryteri
- Kommunen blir meget sentral når det gjelder 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 med iverksetting av ekstraordinære tiltak
- Kommunen må 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 kommuner. Det bør ikke etableres nye organer i en situasjon med pandemisk influensa, men den eksisterende organisasjon skal håndtere den aktuelle situasjonen. Fordi mange av disse samfunnskritiske funksjoner i praksis utføres av aksjeselskap i konkurranseutsatt virksomhet, stiller det ekstra store krav til kommunene som tydelige og sterke bestillere og eiere.

I en krisesituasjon vil statlige myndigheter kunne overstyre kommuneledelsen og sørge for at for eksempel fagfolk fra vannverket i en kommune trår til i en annen kommune dersom fagfolkene der er syke. Dette vil rimeligvis bety at de større kommunene i mange tilfelle må hjelpe de mindre, fordi ressursene i de små kommunene er mer sårbare, men det motsatte kan også være tilfelle. 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. Hovedgrepet vil være at kommunegrensene i en pandemisituasjon vil måtte ”oppheves”, og Fylkesmannen med sin krisestab må ta sitt lovgitte ansvar.

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

7.3 Mottak, diagnostisering, behandling og pleie av pasienter

De kommunale planene må beskrive hvordan kommunehelsetjenesten skal møte økt pasientpågang og utarbeide alternative strategier for mottak, isolering og behandling.

Det må 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, og 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 smitte av pasienter og personell minimaliseres. Fortrinnsvis bør man unngå at det samme personalet ivaretar influensasjyke og andre pasienter. Personell som har opparbeidet immunitet etter gjennomgått sykdom eller vaksinasjon, vil etter hvert bli en nyttig ressurs i behandlingen av influensasjyke.

- 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 influensasjyke.

- 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
 - a. Tilstrekkelig telefonkapasitet
 - b. Informasjon til befolkningen så de vet hvor de skal ringe
 - c. Betjent av opplært personell (sykepleier)
 - d. Delegert myndighet av lege
 - e. Klare prosedyrer
- Triage - vurdering per telefon:
 - a. Trenger ikke legevurdering, kan behandles hjemme og får for eksempel Tamiflu straks
 - b. Trenger undersøkelse av lege eller sykepleier ved konsultasjon eller sykebesøk
 - c. Informasjon om oppfølgingskontakt
 - d. Informasjon om smitteverntiltak, beskyttelsesutstyr
 - e. Evt. vurdering av nærkontakter
 - f. 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 ”fullt hus” på kommunal institusjon(er)

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. Disponering av serviceareal i kommunale institusjoner, lokaler som ved normaldrift brukes til avlastningsplasser, fysikalsk institutt, møterom og kontorer osv. kan bli aktuelt å ta i bruk. Mangel på senger kan bli et problem. Utfordringen ved å stå med 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. Lege kan brukes som rådgiver/koordinator for prioritering av innsatsen. For utøvelse av tjenestene trengs personell som behersker blant annet intravenøs infusjon og subcutan injeksjon (sykepleiere) i tillegg til vanlig pleie og vurdering av allmenmedisinsk situasjon (erfarne hjelpepleiere og sykepleiere).

7.4 Samordning med andrelinjetjenesten

Samordningen mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten blir helt sentral i en pandemisituasjon og må avklares lokalt ut fra lokale forhold. Sykehusene vil ha behov for å være strengere ved innleggelser og eventuelt vurdere flere pasienter poliklinisk. Samtidig må en forvente at pasienter blir utskrevet raskt. Kommunehelsetjenesten må sammen med

spesialisthelsetjenesten vurdere alternative måter å utnytte knappe helseressurser på, for eksempel intermediært tilbud i grenseland mellom kommunehelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste må diskuteres. Det bør vurderes om det bør være egne mottak for pasienter med antatt smittefarlig sykdom, og det må vurderes å opprette en triage utenfor sykehuset for å forhindre at disse pasientene kommer til det ordinære mottaket. Folkehelseinstituttet bør utarbeide kriterier for hvilke pasienter som skal overføres fra kommunehelsetjenesten til sykehus. Disse kriteriene vil om nødvendig bli endret i løpet av pandemien. Fylkesmannen ved fylkeslegen vil bli viktig samarbeidspartner i dette samarbeidet. Fylkesmannen har betydelige oppgaver i en beredskapssituasjon, men har ikke operativ kommando.

En samhandlingsgruppe der lokalsykehuset og kommunene organiserer sitt samarbeid bør etableres. Der det finnes eksisterende samarbeidsorganer, 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. Smittevernlovens § 7-1, sjette ledd hjemler dette: ”Kommunens myndighet etter denne lov kan delegeres etter reglene i kommuneloven eller til et interkommunalt organ.” Fylkesmannen ved fylkeslegen bør være assosiert medlem av denne samhandlingsgruppen, enten ved fylkeslege eller ved sin beredskapsavdeling.

Fylkesmannen bør gjøre kommunene i området og deres beredskapsavdelinger oppmerksom på problematikken i form av øvelser, konferanser eller lignende.

Momentliste for samhandlingsorganet:

Koordinasjon:

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

Innleggelse i sykehus:

- Felles enighet om hvilke pasientkategorier som skal innlegges
- Tydelig melding til AMK
- Standard innleggelsesskjema
 - a. Adekvate funn og tilleggsdiagnoser
- Oppdatert informasjon om plassituasjon på sykehus
- Koordinator deltakelse 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
 - a. Sykehjem
 - b. Eventuelle ekstra-/nødplasser
 - c. Hoteller
 - d. Feltsykehus
- Koordinator deltakelse fra kommune

7.5 Legemidler og nødvendig medisinsk utstyr

Antiviralia

Det kommunale planverk må på grunnlag av nasjonale strategier beskrive hvordan forsyning av legemidler og beskyttelsesutstyr skal sikres i kommunen. Kommunen skal sørge for at forsyningssikkerheten for viktig materiell, utstyr og legemidler er tilfredsstillende, eventuelt med bruk av vaktthold.

I tidlige faser av en influensapandemi vil vaksine mot det spesifikke pandemiviruset antakelig ikke være tilgjengelig. Antivirale legemidler vil da kunne være et hjelpemiddel til å redusere omfang og alvorlighetsgrad av influensasykdommen. Planleggingsforutsetningen er at oseltamivir (Tamiflu) bare skal benyttes til behandling av påvist influensasyke og evt. til profylaktisk behandling av helsepersonell som har direkte kontakt med influensasyke pasienter. Adamantanene (rimantadin, amantadin) er anskaffet til *profylaktisk bruk*.

Norge har bygget opp et nasjonalt lager av antiviralia. Det er viktig at den kommunale planen beskriver hvordan antiviralia skal distribueres til kommunens innbyggere.

Distribusjonsform vil avhenge av pandemiens omfang og dermed behovet i ulike grupper av befolkningen. Ved utdeling av antiviralia skal kommunen følge sentrale myndigheters retningslinjer for hvem som skal prioriteres. Det forutsettes at kommunen samrår seg med lokale apotek når plan for lokal transport og utlevering utarbeides.

Tidsfaktoren vil være kritisk for planlegging av distribusjonen. Oseltamivir virker ved å hemme virusreplikasjonen i cellene og denne virusreplikasjonen er størst i begynnelsen av infeksjonen. Legemiddelet har best effekt når behandling påbegynnes innen seks timer etter symptomdebut, og det er ikke dokumentert effekt når behandling påbegynnes mer enn 48 timer etter symptomdebut. Primært planlegges det at det ordinære distribusjonsapparatet for legemidler skal benyttes:

- Relevante medikamenter vil bli utlevert fra apotek etter resept
- Fra det tidspunkt pandemiltak iverksettes, vil oseltamivir og rimantadin ekspederes i samsvar med retningslinjer gitt av Hdir
- Skulle kapasiteten for individuell ekspedisjon av resepter på ”pandemimedisin” ved apotekene overskrides, vil det måtte opprettes egne utleveringspunkter for antiviralia. Distribusjon av antiviralia vil da skje slik:

- a. Fra legemiddelgrossist til apotek til utdelingspunkt til sluttbruker. Den enkelte kommune må, i samråd med lokale apotek, planlegge lokal transport og utlevering.

Det må iverksettes tiltak for å sikre at de som er prioritert til å motta antiviralia virkelig får tilbud om dette fremfor andre ikke-prioriterte grupper/individer.

Sannsynligvis bør alt personell i smitteutsatte/smittetruede kommuner tilbys antiviral profylakse, da en velfungerende helse- og omsorgstjeneste i kommunene vil være av avgjørende betydning for å kunne ivareta et stort antall syke utenfor sykehus.

Under en pandemi vil det også bli økt behov for medisinsk utstyr og forbruksmateriell som munnbind, åndedrettsvern, beskyttelsesfrakk, visir og hansker. Slike lagre bør ikke etableres lokalt i hver enkelt kommune pga begrenset holdbarhet og usikkerheter knyttet til et eventuelt behov lokalt.

Vaksine

Sentrale myndigheter har inngått avtaler med leverandører om leveranse av influensavaksine i en pandemisituasjon. Ved en influensapandemi vil det sannsynligvis gå ut et tilbud om vaksiner til hele eller deler av befolkningen. All vaksiner vil i utgangspunktet være frivillig.

Etter smittevernlovens § 3-8 kan HOD fastsette plikt til vaksiner for hele eller deler av befolkningen. Hvis det haster, kan Hdir fastsette en slik plikt. Det blir sannsynligvis ikke nødvendig å benytte denne hjemmelen. Kommunen må i sin beredskapsplan beskrive hvor og hvordan vaksinene skal tas i mot og hvor de skal lagres (*Plan for massevaksinasjon ved pandemisk influensa*). Kommunen må sørge for tilstrekkelig kjølekapasitet til lagring av vaksine. Planen må også beskrive hvordan massevaksiner skal gjennomføres i kommunen:

- Kommunen må 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
- Hvis vaksinene kommer til landet i flere omganger, vil kommunene motta vaksinene i flere omganger. Vaksinene vil da bli sendt ut i henhold til de prioriteringer som er gjort om hvem som skal ha vaksine først. Sentrale myndigheter vil lage retningslinjer for hvem som skal prioriteres. Det andre alternativet er at alle vaksinene blir levert samtidig og kommunene mottar en leveranse
- Ved utsending av vaksinene vil kommunen bli varslet fra FHI 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
- Storkjøkken eventuelt annen lokalitet med tilstrekkelig kjølekapasitet er mottaker for vaksinene og her oppbevares vaksinene etter ”Retningslinjer for oppbevaring av og holdbarhet for vaksiner” frem til utkjøring. Trygg oppbevaring av vaksinene må sikres, eventuelt med vakthold
- Definere vaksinasjonssteder, både etablerte steder som helsestasjoner og vaksinasjonskontorer i kommunen samt at kommunale enheter som har kvalifisert personell oppretter vaksinasjonssteder og vaksinerer sine egne. Prinsippet må være at kommunens ansatte skal

møte opp på angitt vaksinasjonssted ” i rimelig nærhet ” til eller på egen enhet. For vaksinerings av innbyggerne i kommunen kan det opprettes flere vaksinasjonsenheter, for eksempel helsestasjoner og vaksinasjonskontorer i kommunen, eldrecenter, bo- og servicesenter/dagsenter, gymsaler, idrettshaller og forsamlingshus. Vurder også bruk av fastleger.

- For en massevaksinasjon vil innkalling via lokal presse/oppslag være hensiktsmessig. Ved prioritert vaksinasjon bør innkalling til vaksinasjon skje gjennom brev til den enkelte vaksinand. Opprettelse av adresselister må tilpasses de grupper som skal innkalles fra arbeidsgivere hvis det er snakk om kritiske yrkesgrupper, fra fastlegene hvis det er snakk om pasienter i spesielle risikogrupper etc. Ved bruk av flere
 - vaksinasjonssteder må 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 en for eksempel organisere vaksinasjonssted etter skolekretser som ved kommune/ stortingsvalg. Det må også lages en plan for hvordan en tilbyr vaksine til personer som ikke har fastlege/fast bopel i kommunen (for eksempel studenter). Det må framgå av innkallingen hvor den enkelte skal møte til vaksinerings. Vaksinasjon anses som nødvendig helsehjelp
- Det bør foreligge planer for vaksinasjon av personer som på egenhånd ikke klarer å komme seg til vaksinasjonsstedet, for eksempel ved bruk av helsepersonell i hjemmetjenesten
- Pakking og fordeling til vaksinasjonsstedene etter bestilling
- Utkjøringen av vaksinene til vaksinasjonsstedene for eksempel av kommunens egne biler eller innleide biler fra transportbyrå. Trygg distribuerings av vaksinene må sikres, eventuelt med vakthold
- Det er viktig å beregne på forhånd 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 må ta høyde for at tilgang på helsepersonell til vaksinerings kan være begrenset. Antall leger og sykepleiere som er direkte involvert i vaksinasjonen 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 medhjelpere (for eksempel fra Røde kors, Sivildforsvaret, Norsk folkehjelp, Forsvaret, fysioterapeuter, akupunktører, kiropraktorer, sykepleierstudenter og pensjonert helsepersonell). For å avlaste/ redusere behovet for helsepersonell, er det viktig å identifisere andre grupper som kan gjøre ”ikke-medisinske” oppgaver som å ta imot og registrere og observere de som skal vaksineres. Aktuelle grupper kan være frivillige og ansatte i det lokale Røde Kors, Lions, Norske kvinners sanitetsforening, idrettslag etc.
- Aktuelle vaksinatører blir oppdatert på ”Retningslinjer for influensavaksinerings” og ”Beredskap ved allergiske reaksjoner”, med klare retningslinjer for hvilke situasjoner det ikke skal vaksineres (kontraindikasjoner) og hva man skal gjøre ved reaksjoner/problemer.
- Eget registreringsskjema skal benyttes, med personalia og medisinske opplysninger. Vaksinatørene går gjennom disse svarene og hvis vaksinatøren etter en vurdering er i tvil om vedkommende skal ha vaksine, skal vaksinatør ta kontakt med medisinsk ansvarlig lege som skal vurdere om vedkommende skal vaksineres ut i fra en medisinsk vurdering
- Ved bruk av en vaksine i en pandemisituasjon, vil kunnskap om mulige reaksjoner på vaksinen være begrenset. Det vil derfor være viktig å ha en 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. FHI vil utarbeide et standardisert meldeskjema. Uønskede hendelser skal meldes skriftlig

til FHI. Utarbeiding av lokale planer for mottak, lagring, utlevering og bruk av legemidler og utstyr må bygge på de forhold som er beskrevet i den nasjonale planen.

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.

7.6 Smitteverntiltak inklusive bruk av beskyttelsesutstyr

Man må på forhånd vurdere om pasienter med luftveissymptomer og pasienter som kontakter helsetjenesten for andre årsaker, skal holdes atskilt. 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 må 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 tilrettelegge med enkeltrom, egne fløyer/avdelinger for influensapasienter, eventuell kohortisolering; jf. Isolasjonsveilederen utgitt av FHI.

Helsepersonell som ikke har gjennomgått den nye influensaen, vil måtte beskytte seg mot dråpesmitte. Smittefrakk, hansker, munnbind og øyebeskyttelse vil være nødvendig, men etterspørselen etter disse vil øke enormt i en pandemisituasjon. Beredskapslager for slikt utstyr bør opprettes. Bare vedvarende eksponert helsepersonell med direkte pasientkontakt og som ikke selv har hatt pandemisk influensa, bør tilbys antiviral profylakse. Retningslinjer for hva som er nøkkelpersonell må utarbeides på nasjonalt nivå, men avgjørelser om hvem som faktisk er nøkkelpersonell skjer på lokalt nivå ut fra kommunens egne behov og muligheter. 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)
- beskyttelsesfrakk, munnbind og hansker ved kontakt med slimhinner, kroppsvæsker og kontaminert materiale
- beskyttelsesfrakk, hansker, munnbind 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.

7.7 Opplæring og gjennomføring av øvelser

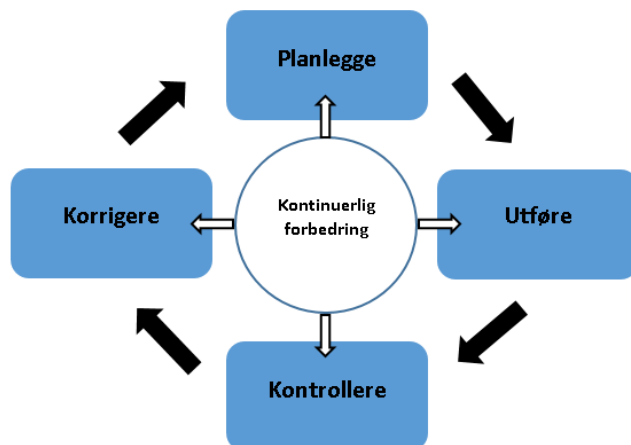
Planen må være kjent og innarbeidet i alle kommunens ledd dersom det virkelig skal bli en effektiv kraftsamling når planen utløses.

Eksempler på tiltak kan være:

- Planen tas inn i introduksjonspakken ved nytilsetting av kommunale ledere
- Ledere for kommunens fagenheter skal 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 verstefallsscenario fra egen kommune

7.8 Oppfølging og oppdatering av planen etter nasjonale råd og nye myndighetskrav

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



Figur 1.1: PUKK-hjulet, basert på figur funnet i Karlsen (2011:156).

Figur 1.1 illustrerer PUKK-hjulet, og viser den kontinuerlige og sykliske prosessen mellom **Planlegging**, **Utførelse**, **Kontrollering** og **Korrigerings**. PUKK-hjulet utgjør 4 trinn i et systematisk arbeid, og benyttes for læring og kontinuerlig forbedring.

8 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:
 - a. Barn til syke foreldre
 - b. Barn til personell som beordres til ekstraordinære tjenester
 - c. Omsorg overfor eldre og andre pleietrengende hvor det ordinære omsorgsapparatet blir slått ut
 - d. Ivaretakelse av andre syke som ikke kan legges inn på sykehus pga plassmangel
 - e. Ivaretakelse av andre syke som skrives raskere ut enn normalt pga plassmangel på sykehus

9 VEDLEGG

9.1 Spesielle forhold.

Eksempel: Samarbeid og håndtering av en situasjon med fugleinfluensa i kommunen

Bakgrunn

Veterinærinstituttet vurderer risikoen for at fugleinfluensa introduseres med villfugl til Norge. Tett kontakt og godt samarbeid mellom kommune, lokalt mattilsyn og andre berørte etater for å vurdere beredskapen lokalt. Feks kan egen arbeidsgruppe koordinere tiltak og avklarer behov for kommunal bistand til Mattilsynet ved et eventuelt utbrudd med dyresykdommen fugleinfluensa i kommunen. Det bør også være med lokale representanter fra andre berørte etater på noen av disse møtene, for eksempel Politi, Statens naturoppsyn (SNO).

Det er viktig å se på følgende oppgaver:

- Sikre god situasjonsoversikt og risikovurdering lokalt
- Klargjøring av roller og ansvar, samordne tiltak
- Samordne informasjonsstrategi for kommunen og lokalt mattilsyn

- Utarbeide og formidle informasjon til publikum generelt og til nøkkelpersonell i berørte enheter

Mattilsynets *Plan for forebygging og bekjempelse av aviær influensa* og kommunens beredskapsplan og smittevernplan bør legges til grunn ved avklaring av roller og ansvar.

Kartlegging

- Oppdatere oversikter over fjørfehold:
 - a. kommunens landbruksforvaltning har kart over besetninger med kalkun, slaktekylling og verpehøns
 - b. lokalt mattilsyn har oversikt over fuglehold på hobbybasis
 - c. kommunen har oversikt over skoler og barnehager som har husdyrhold
- Viltforvaltningen i kommunen har oversikt over de viktigste ankomstområdene for trekkfugl

Bruk av personell

Det er gjort avtale mellom Direktoratet for naturforvaltning (DN) og Mattilsynet sentralt der SNO er DN sitt utøvende ledd og skal drive lokal overvåking av villfugl spesielt med tanke på vannlevende fugler. Når det gjelder håndtering av fugl i forbindelse med sanering av kommersielt fjørfehold skal det vurderes om det skal leies inn personell som er vant til oppgaven. Disse skal bruke beskyttelsesutstyr, jf. *Plan for forebygging og bekjempelse av aviær influensa*.

Destruksjon av smittet fugl

Transportløsninger og behandlingsmuligheter for smittet fugler ved godkjente anlegg for destruksjon må gjennomgås. Avstanden til anlegg som er godkjent for destruksjon av høyrisikomateriale er ofte stor og det må også vurderes muligheter for lokal destruksjon eller nedgraving. Øvelser som Mattilsynet har gjennomført, har vist at når det gjelder sanering av store kommersielle fjørfehold så er nedgraving av destruert materiale det mest aktuelle. For små mengder høyrisikomateriale så kan det være aktuelt å bruke sykehus som har utstyr til å nedgradere høyrisikomateriale slik at det videre kan forbrennes i vanlig destruksjonsanlegg. Kommunen må vurdere om det finnes arealer for nedgraving av slikt materiale i kommunen.

Informasjon og interne retningslinjer

Riktig informasjon til riktig tid blir ansett som en av de største utfordringene. Samordning av informasjon fra lokalt mattilsyn og kommunen er viktig.

- oppdaterte lister over kontaktpersoner hos lokalt mattilsyn og kommune
- kommunen må ha oversikt over enheter og nøkkelpersonell med særlig behov for informasjon i en situasjon med fugleinfluensa i kommunen
- kommunen utarbeider orienteringer og retningslinjer for skoler, barnehager, helsepersonell og annet nødvendig personell

- kommunen formidler aktuell informasjon til befolkningen på sine eksterne nettsider. Her er det viktig å formidle at dette er en dyresykdom med lav risiko for overføring til mennesker og at enkle hygieneregler er viktig forebyggende tiltak.