

Plan for pandemisk influenza i Frosta kommune

Innhold

[Bakgrunn, målsetting, lovverk](#)

[Oppgavefordeling under pandemiens forskjellige faser \(Statlig ansvar/kommunalt ansvar\)](#)

[Influenza – historikk -sykdomslære](#)

[Kommunale tiltak](#)

[-massevaksinering](#)

[-pasientmottak/diagnostikk](#)

Bakgrunn

Influensapandemier er de store, verdensomspennende epidemier av influensa som opptrer med varierende mellomrom, og som kan få omfattende skadevirkninger helsemessig og økonomisk. I vår del av verden regnes pandemier av smittsomme sykdommer som en av de mest sannsynlige årsaker til akutte krisetilstander

Hvis Norge i dag skulle bli rammet av en influensapandemi kan den i verste fall bli like alvorlig som spanskesyken og føre til to millioner influensasjyke i løpet av et halvt års tid og i underkant av 30 000 dødsfall. I beste fall vil en ny pandemi ikke bli mer alvorlig enn en vanlig influensasysesong.

Svineinfluensaepidemien i 2009 illustrerte en del av problematikken.

Mer sannsynlig vil en ny pandemi ha en karakter som nettopp svineinfluensaen i 2009 , evt asiasyken i 1957–59 eller Hong Kong-syken i 1968–70. Hele samfunnet vil bli rammet og mange samfunnsfunksjoner stoppe opp. Helsevesenet vil bli overbelastet og konsekvensene for landets økonomi betydelige. Når første bølge av pandemien treffer oss, vil en nyformulert influensavaksine neppe være ferdig utviklet og tilgjengelig for alle som ønsker den, og medikamenter mot influensa vil bare i liten grad kunne dempe virkningen av sykdommen.

En influensapandemi krever en egen plan på grunn av de spesielle utfordringene som helsevesenet og myndighetene vil stå overfor både når pandemi truer, og når befolkningen angripes av sykdommen. Den raske luftbårne smittespredningen kan ikke forhindres, og viruset vil ramme alle aldersgrupper og samfunnslag uten hensyn til personlig livsstil eller atferd. Det er ikke mulig å stanse et pandemisk influensavirus ved forsterket grensekontroll eller karantenetiltak. WHO har en spesiell beredskap for influensa og anbefaler at hvert enkelt land utarbeider egne beredskapsplaner.

Norge har sin [Nasjonale Beredskapsplan for pandemisk influensa](#).

Målsetting

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

- redusere sykkelighet og død
- pleie og behandle syke og døende hjemme og på sykehus
- opprettholde nødvendige samfunnstjenester
- gi fortløpende, nødvendig informasjon til helsevesenet, det offentlige, publikum og massemediene

Kommunen- Hovedoppgaver, lovgrunnlag

Kommunehelsetjenesten skal yte nødvendig helsetjeneste for alle som bor eller oppholder seg i kommunen, jf. kommunehelsetjenesteloven § 1–1.

Ved influensapandemi skal kommunen sørge for at alle som oppholder seg i kommunen er sikret nødvendige forebyggende tiltak – herunder vaksinasjon, undersøkelsesmuligheter, behandling og pleie, jf. smittevernloven § 7–1. Kommunen eller den smittevernansvarlige kommunelegen skal videre ha oversikt over de infeksjonsepidemiologiske forholdene i kommunen, gi råd og informasjon til befolkningen og gjennomføre forebyggingstiltak, som

vaksinasjon, jf. smittevernloven §§ 7–1 og 7–2. Særlig for å ivareta forebyggingsoppgaven tilfredsstillende, må kommunene gi utstrakt publikumsinformasjon på dette området, og det må foreligge kommunale planer for dette.

Den kommunale smittevernplanen skal inneholde beredskapsplaner som inkluderer tiltak ved influensapandemi. Beredskapsplanene skal være samordnet med fylkeskommunale, helseregionale og statlige etaters planer og være forankret i Helsedepartementets kriseplan.

Kommunehelsetjenesten skal tilby berørte grupper i befolkningen det nasjonale programmet for vaksinerings mot smittsomme sykdommer, jf. smittevernloven § 3–8. Under alvorlig utbrudd av allmennfarlig smittsom sykdom kan departementet eller Sosial- og helsedirektoratet bestemme at uvaksinerte må ta nødvendige forholdsregler etter kommunelegens nærmere bestemmelse.

Kommunestyret kan når det er nødvendig for å forebygge allmennfarlig smittsom sykdom, vedta tiltak om blant annet møteforbud, stengning av virksomheter og begrensning i kommunikasjoner, jf. smittevernloven § 4–1 første ledd.

Kommunestyret kan med hjemmel i smittevernloven § 4–6 vedta forholdsregler i forbindelse med gravferd ved alvorlig utbrudd av allmennfarlig smittsom sykdom.

Kommunestyret kan pålegge helsepersonell i kommunehelsetjenesten plikt til å gjennomgå opplæring i smittevernarbeid. Ved alvorlig utbrudd av allmennfarlig smittsom sykdom kan dette personellet pålegges smittevernoppgaver av kommunestyret, jf. smittevernloven § 4–9.

Den kommunale sosial- og omsorgstjeneste har ansvaret for å forebygge sosiale problemer, jf. sosialtjenesteloven § 4–1. Dette omfatter en rekke tjenester, som praktisk bistand, avlastningstiltak, heldøgns omsorgstjenester m. fl., jf. sosialtjenesteloven § 4–2. En influensapandemi vil få store konsekvenser for pleie- og omsorgssektoren med dens ansvar for hjemmeboende eldre, funksjonshemmede og syke. Dødelighet, sykelighet og prioriteringsproblemer vil øke. Pandemien vil ramme faste brukere av tjenestene, og vil dessuten føre til nye brukere og vil ramme personalet

Statens ansvar

Helsedepartementet har det overordnede ansvaret for landets helsetjeneste, herunder smittevernet og for forskrifter om organisering, samarbeidsoppgaver, utgiftsfordeling og smittevernberedskap, jf. smittevernloven § 7–11.

Helsedepartementet har det overordnede ansvar for planlegging, iverksettelse og sentral koordinering av tiltak under en influensapandemi, og for kontakt med andre departementer. Departementet kan delegere disse oppgavene. Organiseringen av dette er forankret i Helsedepartementets kriseplan.

Helsedepartementet har ansvar for å bestemme om et beredskapslager for antivirale medikamenter skal opprettes.

Oppgavefordeling under pandemiens forskjellige faser

Kommunens rolle er uthevet skriftmessig..

Faseinndeling under pandemi

Det er hensiktsmessig for planleggingen å inndelegge utviklingen av en influensapandemi i seks faser:

Fase 0,

nivå 0: Interpandemisk periode

nivå 1: Ny subtype av virus påvist hos menneske

nivå 2: Bekreftet infeksjon hos flere mennesker

nivå 3: Smitte mellom mennesker bekreftet

Fase 1 Utbrudd bekreftet i to land utenom Norge

Fase 2 Utbrudd bekreftet i Norge

Fase 3 Første pandemibølge over i Norge

Fase 4 Andre og følgende pandemibølger i Norge

Fase 5 Postpandemisk periode (tilbake til vanlig influensaføremst)

Definisjoner på de ulike fasene

Fase 0, nivå 0 – Interpandemisk periode

Normal influensaaktivitet.

Fase 0, nivå 1 – Ny subtype av virus påvist hos menneske

Ved første rapport om isolasjon av ny subtype av influensavirus fra en person og uten at det finnes klare holdepunkter for spredning av dette viruset eller av utbrudd.

Fase 0, nivå 2 – Bekreftet infeksjon hos flere mennesker

Når det er bekreftet at to eller flere mennesker er blitt infisert av en ny subtype av virus med mulig epidemisk potensiale, men hvor virusets evne til spredning mellom mennesker fortsatt er uklar.

Fase 0, nivå 3 – Smitte mellom mennesker bekreftet

Når det er bekreftet at en ny subtype av virus smitter fra menneske til menneske.

Fase 1 – Utbrudd bekreftet i to land utenom Norge

Når WHO har stadfestet utbrudd med en ny subtype av virus i minst et annet land enn i det landet det først ble påvist og at denne subtypen sprer seg.

Fase 2 – Utbrudd bekreftet i Norge

Når Nasjonalt folkehelseinstitutt stadfester tilfeller med en ny subtype av virus i Norge eller påvisning i Norge av ny subtype av virus som har forårsaket utbrudd i utlandet.

Fase 3 – Første pandemibølge over i Norge

Når Nasjonalt folkehelseinstitutt stadfester at spredning av ny subtype av virus har stoppet opp i landet og sykdomsaktiviteten er normalisert, men hvor det fortsatt forekommer utbrudd i andre deler av verden.

Fase 4 – Andre og følgende pandemibølger i Norge

Når Nasjonalt folkehelseinstitutt stadfester nytt/nye utbrudd med den nye subtypen av virus i Norge.

Fase 5 – Postpandemisk periode (tilbake til vanlig influensaforekomst)

Når influensaaktiviteten går tilbake til normale interpandemiske nivåer og immuniteten i befolkningen er utbredt.

Overgangen mellom fasene er ikke alltid helt skarpe. En mulig pandemi kan stoppe opp i en tidlig fase og gå tilbake til fase 0, den kan også hoppe over en fase eller et nivå under fase 0. I bedømmelsen av overgangen til et høyere nivå i fase 0 må det også tas hensyn til hvor alvorlig syke de bekreftede tilfellene er og – etter en helhetsvurdering – hvor berettiget mistanken er om viruset har epidemisk potensiale.

Dersom en mulig pandemi stopper opp på et nivå under fase 0, vil Nasjonalt folkehelseinstitutt etter råd fra WHO og i samråd med Sosial- og helsedirektoratet avgjøre når beredskapen skal trappes ned til Fase 0, nivå 0 igjen.

Det er ikke mulig å forutsi hvor lang tid det tar fra fase 0 til fase 2. Basert på tidligere erfaringer kan det ta 1/2 – 1 år. Bedre influensaovervåking i dag tilsier tidligere varsling, mens økt internasjonal reisevirksomhet kan bety raskere spredning. Spredningshastigheten har ikke minst betydning for mulighetene til å produsere vaksine.

Fase 0, nivå 0 – Interpandemisk periode

Normal influensaaktivitet

Mellom pandemiene vil institusjonene utføre alle sine vanlige gjøremål. Spesielle oppgaver i forhold til influensapandemi vil være:

Helsedepartementet skal

- fastsette en oppdatert nasjonal beredskapsplan for pandemisk influensa –
- opprette og løpende supplere en Pandemikomite

Pandemikomiteen skal

- minst én gang årlig og senest ved utgangen av mai ved sitt arbeidsutvalg utarbeide en rapport om nødvendigheten av å endre Pandemiplanen på bakgrunn av siste års hendelser. Denne rapporten skal sendes til Helsedepartementet.

Nasjonalt folkehelseinstitutt skal

- sikre nødvendig vaksineberedskap (herunder spesielt beredskap for pandemi)
-

Fase 0, nivå 1 – Ny subtype av virus påvist hos menneske

Fase 0, nivå 1 inntreffer når første rapport om isolasjon av ny subtype av influensavirus fra en person uten at det finnes klare holdepunkter for spredning av dette viruset eller av utbrudd. WHO vil primært informere WHO's influensasentre og helsemyndighetene i alle land.

Tiltakene som er listet opp nedenfor kommer i tillegg til det som er oppgitt for de ulike institusjonene i kapittel 3 og i fase 0, nivå 0.

Sosial- og helsedirektoratet skal

- gjennomgå beredskapsplanen for å vurdere om den er oppdatert –
- i samarbeid med Nasjonalt folkehelseinstitutt orientere Pandemikomiteens medlemmer

Nasjonalt folkehelseinstitutt skal

- samle tilgjengelig informasjon og – i samråd med Sosial- og helsedirektoratet – eventuelt sende ut informasjon til helsevesenet og publikum om situasjonen –
- gjennomgå beredskapsplanen for å vurdere om den er oppdatert –
- i samarbeid med Sosial- og helsedirektoratet orientere Pandemikomiteens medlemmer

Fase 0, nivå 2 – Bekreftet infeksjon hos flere mennesker

Når det er bekreftet at to eller flere mennesker er blitt infisert av en ny subtype av virus med mulig epidemisk potensiale, men hvor virusets evne til spredning mellom mennesker fortsatt er uklar.

Tiltakene som er listet opp nedenfor kommer i tillegg til det som er oppgitt for tidligere faser.

Sosial- og helsedirektoratet skal

- vurdere å kontakte produsenter og andre med tanke på tilgang på antiinfektiva og andre nødvendige legemidler –
- vurdere å kontakte Statens legemiddelverk for å diskutere mulighetene for godkjenning av nye antiviralia og eventuelt andre antiinfektiva

Nasjonalt folkehelseinstitutt skal

- kontakte de vaksineprodusenter det foreligger kontrakt med om deres mulighet til å levere vaksine, evt. vurdere også å kontakte andre vaksineprodusenter –
- vurdere å kontakte WHO (og evt. andre leverandører) med tanke på leveranser av «seed virus» til eventuell egenproduksjon av ny vaksine,
- vurdere å kontakte Statens legemiddelverk for å diskutere mulighetene for godkjenning av nye vaksiner

Fase 0, nivå 3 – Smitte mellom mennesker bekreftet

Når det er bekreftet at en ny subtype av virus smitter fra menneske til menneske.

Tiltakene som er listet opp nedenfor kommer i tillegg til det som er oppgitt for tidligere faser.

Pandemikomiteen skal

- møte for å drøfte situasjonen, gjennomgå beredskapsplanen og komme med anbefalinger til Helsedepartementet om eventuelle endringer av planen, herunder en oppdatert helseberedskapsstrategi og om nødvendig foreslå videre utredninger og forberedende tiltak.

Sosial- og helsedirektoratet skal

- gi ut nødvendig informasjon til helsevesenet og publikum innenfor eget ansvarsområde i samråd med Nasjonalt folkehelseinstitutt –
- kontakte produsenter og andre med tanke på tilgang på antiinfektiva og andre nødvendige legemidler og etterstrebe nødvendige beredskapslagre av disse –
- kontakte Statens legemiddelverk for å diskutere mulighetene for godkjenning av nye antiviralia og eventuelt andre antiinfektiva –
- innhente informasjon om helseberedskapen i landet og be de ulike institusjonene i helsevesenet gjennomgå og aktivisere sine egne beredskapsplaner dersom de ikke allerede har gjort det

Nasjonalt folkehelseinstitutt skal

- gi ut nødvendig informasjon til helsevesenet og publikum innenfor eget ansvarsområde i samråd med Sosial- og helsedirektoratet –
- iverksette første fase av eventuell egenproduksjon av ny vaksine,
- vurdere å iverksette ukentlig rapportering av resultater av klinisk og virologisk* overvåkning av influensa, jf. forskrift av 20. juni 2003 om innsamling og behandling av helseopplysninger i Meldingssystem for smittsomme sykdommer og i Tuberkuloseregisteret og om varsling om smittsomme sykdommer (MSIS- og Tuberkuloseregisterforskriften) § 2-1. –
- i samarbeid med landets medisinske mikrobiologiske laboratorier øke den diagnostiske beredskap for influensavirus-* og andre aktuelle infeksjoner ved pandemi –
- rapportere om kliniske og epidemiologiske trekk ved den nye influensa i utlandet *

* utføres i samarbeid med WHO's influensasenter.

Regionale helseforetak og kommunen skal

- gå gjennom og eventuelt oppdatere egne beredskapsplaner,

Fase 1 – Utbrudd bekreftet i to land utenom Norge

Når WHO har stadfestet utbrudd med en ny subtype av virus i minst ett annet land enn i det landet det først ble påvist og at denne subtypen sprer seg.

Tiltakene som er listet opp nedenfor kommer i tillegg til det som er oppgitt for tidligere faser.

Helsedepartementet skal

- sikre at det blir gitt adekvat og samordnet informasjon til helsevesen og publikum om pandemiens utvikling –
- sikre at det blir iverksatt adekvate tiltak, herunder foreløpige prioriteringer om bruk av vaksiner (inkludert pneumokokkvaksine) og antivirale midler –
- vurdere ut fra foreløpige rapporter om sykkelighet og dødelighet om influensa med den nye subtypen av virus skal defineres som en allmennfarlig smittsom sykdom i henhold til smittevernloven § 1–3. En rekke mulige tiltak etter smittevernloven betinger at sykdommen er definert som allmennfarlig smittsom sykdom og enkelte tiltak betinger også at det er et alvorlig utbrudd av allmennfarlig smittsom sykdom

Pandemikomiteen skal

- møtes dersom det kommer til nye opplysninger som nødvendiggjør endringer i beredskapsplanen

Sosial- og helsedirektoratet skal

- foreta ytterligere skritt for å sikre helsetjenesten tilgang til legemidler –
- i samarbeid med fylkesmannens helseavdeling vurdere å iverksette tiltak for å øke behandlingsskapiteten i kommunehelsetjenesten og sykehusene, jf. smittevernloven § 7–10 annet ledd –

- ved utbrudd av allmennfarlig smittsom sykdom vurdere om de med øyeblikkelig virkning skal pålegge midlertidig meldings- og varslingsplikt –
- vurdere å pålegge laboratorier kartleggingsundersøkelser, jf. smittevernloven § 3–7 –
- forberede eventuelt vedtak eller pålegg med hjemmel i smittevernloven dersom dette finnes nødvendig –
- gjennom fylkesmannens helseavdeling peke på de oppgavene og den myndighet som er tillagt kommunene

Nasjonalt folkehelseinstitutt skal

- starte eventuell egenproduksjon av vaksine mot det nye viruset så snart det er praktisk muligeventuelt importere ytterligere vaksine mot det nye viruset –
- vurdere klinisk og epidemiologisk informasjon med tanke på framtidig belastning på helsevesenet og andre deler av samfunnet –
- iverksette ukentlig rapportering av resultater av klinisk og virologisk* overvåkning av influensa

* utføres i samarbeid med WHO's influensasenter.

Statens legemiddelverk skal

- vurdere godkjenning av nye vaksiner –
- vurdere søknader om markedsføringstillatelse eller godkjenningsfritak for eventuelle nye vaksiner mot influensa eller pneumokokker, antivirale midler og andre aktuelle antiinfektiva –
- analysere nye legemidler og eventuelt foreta produksjonspartifrigjøring («batch release») for norskprodusert vaksine

Regionale helseforetak og kommunen skal

- klargjøre gjennomføring av sine beredskapsplaner
- prioritere virologiske undersøkelser av pasienter som har influensaliknende - symptomer

Fase 2 – Utbrudd bekreftet i Norge

Når Nasjonalt folkehelseinstitutt stadfester utbrudd med en ny subtype av virus i Norge eller påvisning i Norge av ny subtype av virus som har forårsaket utbrudd i utlandet.

Tiltakene som er listet opp nedenfor kommer i tillegg til det som er oppgitt for tidligere faser.

Helsedepartementet skal

- holde seg løpende orientert og vurdere om det skal iverksettes spesielle kriseplaner for hele eller deler av samfunnet eller tas i bruk hjemler for rekvisisjon, beordring og andre beredskapstiltak –
- ta endelige avgjørelser om prioriteringer og bruk av tilgjengelig vaksine og antivirale midler –

- vurdere å lage forskrift om påbudt vaksinerings av utsatte grupper, jf. smittevernloven § 3–8, andre ledd, forutsatt at influensa er definert som allmennfarlig smittsom sykdom –
- vurdere å lette legers arbeid ved å utvide arbeidstakeres egenmeldingsperiode for sykmelding utover tre dager, dvs. gjøre unntak fra hovedregelen i folketrygdloven § 8–24. Et slikt vedtak kan fattes av Kongen ved utbrudd av allmennfarlig smittsom sykdom som truer folkehelsen, jf. smittevernloven § 7–12 –
- sikre at det opprettes en sentral for samling av all relevant informasjon med tanke på daglig produksjon av en offisiell bulletin om situasjonen –
- sikre at det opprettes tilgjengelig informasjonssentraler for publikum og presse –
- vurdere å gi andre forskrifter og pålegg etter smittevernloven kapittel 4 og 5 som beskrevet i planens kapittel 3

Pandemikomiteen skal

- ha møter ved behov.

Sosial- og helsedirektoratet skal

- i samarbeid med Nasjonalt folkehelseinstitutt holde Helsedepartementet løpende orientert, samt fremme eventuelle anbefalinger –
- i samarbeid med Nasjonalt folkehelseinstitutt forestå den daglige håndteringen av pandemien –
- etablere midlertidig meldingssystem for dødsfall som skyldes influensa –
- gjennom fylkesmannens helseavdeling ta initiativ til å opprette lokale tilgjengelige informasjonssentraler for publikum og presse –
- vurdere om det er nødvendig å påby vaksinerings med en gang for at ikke folkehelsen skal bli skadelidende, jf. smittevernloven § 3–8 –
- vurdere å treffe vedtak etter smittevernloven kapittel 4 og 5 som beskrevet i planens kapittel 3 –
- pålegge kommuner og fylkeskommuner å iverksette sine beredskapsplaner

Nasjonalt folkehelseinstitutt skal

- i samarbeid med Sosial- og helsedirektoratet holde Helsedepartementet løpende orientert, samt fremme eventuelle anbefalinger –
- i samarbeid med Sosial- og helsedirektoratet forestå den daglige håndteringen av pandemien –
- gi råd om vaksinasjon som skal sikre at prioriterte grupper tilbys vaksinasjon –
- øke overvåkingen av influensaviruset *, særlig i forbindelse med alvorlige/fatale tilfelle av sykdom –
- øke overvåkingen av den epidemiologiske situasjon, spesielt med hensyn til andre virus/bakterier i forbindelse med alvorlige/fatale tilfelle av sykdom –
- øke bistand til virologisk diagnostikk i samarbeid med region- og fylkeslaboratoriene i medisinsk mikrobiologi, herunder undersøkelse av resistens hos virus * –
- økt bistand til bakteriologisk overvåking og diagnostikk, spesielt med tanke på overvåking av antibiotikaresistens

* utføres i samarbeid med WHO's influensasenter.

Regionale helseforetak skal

- sikre diagnostikk, forebygging, behandling og pleie i henhold til egne planer jf. kapittel 6.1.2

Kommunen skal

- sikre forebygging, behandling og pleie i henhold til egne planer
- vurdere å treffe beslutninger i kommunestyret etter smittevernloven kapittel 4 og 5 som beskrevet i planens kapittel 3 forutsatt at influensa er definert som allmennfarlig smittsom sykdom

Fase 3 -- Første pandemibølge over i Norge

Når Nasjonalt folkehelseinstitutt stadfester at spredning av ny subtype av virus har stoppet opp i landet og sykdomsaktiviteten er normalisert, men hvor det fortsatt forekommer utbrudd i andre deler av verden.

Helsedepartementet skal

- motta og vurdere foreløpige rapporter om pandemien fra Pandemikomiteen, Sosial- og helsedirektoratet og Nasjonalt folkehelseinstitutt.

Pandemikomiteen skal

- raskt samle sammen erfaringene fra første bølge av pandemien –
- møte for å vurdere de erfaringene som er gjort og komme med anbefalinger om eventuelle nye og endrede tiltak –
- drøfte situasjonen, gjennomgå beredskapsplanen og komme med anbefalinger til Helsedepartementet om nødvendige videre utredninger og forberedende tiltak

Sosial- og helsedirektoratet skal

- utarbeide en foreløpig rapport om eget ansvarsområde av pandemien, dens virkninger og spesielt vurdere erfaringer som bør føre til revisjon av egne beredskapsplaner for å forberede neste bølge av pandemien

Nasjonalt folkehelseinstitutt skal

- utarbeide en foreløpig rapport om eget ansvarsområde av pandemien, dens virkninger og spesielt vurdere erfaringer som bør føre til revisjon av egne beredskapsplaner for å forberede neste bølge av pandemien

Fase 4 – Andre og følgende pandemibølger i Norge

Når Nasjonalt folkehelseinstitutt stadfester nytt/nye utbrudd med den ny subtypen av virus i Norge.

Alle aktørene skal

- iverksette relevante tiltak som under fase 2 med de revisjoner som ble foretatt under fase 3

Fase 5 – Postpandemisk periode (tilbake til vanlig influensaforekomst)

Når influensaaktiviteten går tilbake til normale interpandemiske nivåer og immuniteten i befolkningen er utbredt.

Helsedepartementet skal

- erklære at pandemien er over –
- motta og vurdere endelige rapporter om pandemien fra Pandemikomiteen, Sosial- og helsedirektoratet og Nasjonalt folkehelseinstitutt –
- påse at aktuelle etater og fagmiljøer forbereder overgang til normaldrift og evaluerer og eventuelt reviderer sine beredskapsplaner

Pandemikomiteen skal

- lage en endelig rapport om erfaringene fra hele pandemien –
- foreslå endringer i beredskapsplanen

Sosial- og helsedirektoratet skal

- utarbeide en endelig rapport om eget ansvarsområde av pandemien, dens virkninger og spesielt vurdere erfaringer som bør føre til revisjon av egne beredskapsplaner

Nasjonalt folkehelseinstitutt skal

- utarbeide en endelig rapport om eget ansvarsområde av pandemien, dens virkninger og spesielt vurdere erfaringer som bør føre til revisjon av egne beredskapsplaner

Statens legemiddelverk skal

- gjennomgå og eventuelt oppdatere egne beredskapsplaner

Regionale helseforetak og kommunen skal

- gjennomgå og eventuelt oppdatere egne beredskapsplaner

Forebygging, diagnostikk og behandling

De viktigste tiltakene for forebygging av influensa er vaksinasjon og profylaktisk behandling med medisiner mot influensavirus. På grunn av de spesielle forholdene ved en influensapandemi forventes behovet for vaksine så vel som for medikamenter langt å overstige tilbudet. Prioritering av vaksine og medikamenter for spesielle befolkningsgrupper blir en viktig del av beredskapsarbeidet. Det må også tas i betraktning hvordan smitteoverføring kan begrenses.

Vaksinasjon

Vaksinasjon med en riktig sammensatt influensavaksine kan minske effekten av sykdommen, særlig i de befolkningsgruppene som har størst risiko for alvorlig sykdom og død forårsaket av influensa. I perioden mellom pandemiene anbefales disse risikogrupperne å la seg vaksinere hver høst før influensasesongen. Disse anbefalingene publiseres i MSIS-rapport. Folkehelsas "Veiledning om vaksinasjon 1998" fra Statens institutt for folkehelse inneholder også råd om bruk av influensavaksine.

Under ordinære, ikke-pandemiske forhold vil vaksinen gi beskyttelse mot influensa etter en ukes tid. Hos yngre personer angis vaksinen å gi ca. 80 % beskyttelse, hos eldre noe dårligere (50–60 %). Beskyttelsen synes imidlertid å være noe bedre mot alvorlig sykdom og død enn mot infeksjon.

Ved en pandemi vil hele eller store deler av befolkningen mangle immunitet mot det aktuelle viruset. Dette kan føre til at beskyttelse kan inntre senere eller kreve to doser vaksine. Erfaringene fra bruk av vaksine i en interpandemisk fase kan ikke uten videre overføres til vaksinebruk under en pandemi.

Tilgang på vaksine i Norge.

Norge har pr i dag ingen egenproduksjon av influensavaksine, men kan sette i gang produksjon etter gammeldagse produksjonsprinsipper og således sannsynligvis med dårlig kvalitet. Norge kjøper vaksinen fra private firmaer i utlandet. Man har avtale om å kunne få kjøpe dobbelt så mye i en pandemisituasjon, men avtalen vil høyst sannsynlig bli overprøvd av myndighetene i produksjonslandet. Vår tilgang til vaksiner ved en virkelig dramatisk pandemi kan således synes noe tvilsom...

Kommunelege I ser for seg, muligens på noe tynt grunnlag at tilgjengelige vaksiner i stor grad vil bli fordelt til kommunene avhengig av innbyggerantall. Det blir da opp til kommuneledelsen/kriseledelsen sammen med Kommunelege I å vurdere hvem som skal vaksineres. Naturlig nok basert på anbefalinger fra statlig hold. Dette gjør følgende tema, vaksinasjonsstrategier, aktuelt.

Ulike strategier for bruk av vaksinen

Tilgjengelig influensavaksine må benyttes for å nå Influensapandemiplanens målsettinger, hvorav den viktigste er å redusere sykkelighet og død.

Vaksinasjon kan skje etter fire ulike hovedstrategier. Disse strategiene er satt opp for å synliggjøre de ulike valgmulighetene en vil stå overfor. Dersom influensavaksine blir tilgjengelig under en pandemi, vil en sannsynligvis ikke velge bare én av strategiene, men deler av flere.

Strategi 1: Ikke vaksinere noen, ingen vaksine tilgjengelig

Denne situasjonen oppstår dersom det ikke er mulig å skaffe vaksine ved import eller egenproduksjon.

Strategi 2: Vaksinasjon av personer som ivaretar viktige samfunnsfunksjoner

Vaksinasjon av personer med viktige samfunnsfunksjoner skal dels bidra til å redusere sykelighet og død (indirekte) og dels bidra til opprettholde nødvendige samfunnsfunksjoner. Følgende personer kan det være nødvendig å vaksinere for å opprettholde funksjoner som sikrer liv og helse:

- helsepersonell, i første rekke leger, sykepleiere og bioingeniører som arbeider i kommunehelsetjenesten og ved mottaksavdelinger, medisinske avdelinger, barneavdelinger og medisinsk mikrobiologiske avdelinger i sykehus
- ambulanspersonell –
- personell i vaksine- og legemiddelproduksjon og forsyning (fra fabrikk til apotek) –
- nøkkelpersonell i landets ledelse –
- nøkkelpersonell i strømforsyningen, vannforsyningen, offentlig transport og telekommunikasjonen –
- personell i brannvesen og politi

I tillegg kan følgende nøkkelpersonell som utfører viktige tjenester for samfunn og næringsliv være aktuelle å tilby vaksinasjon:

- renovasjonspersonell –
- personell i kommunenes tekniske etater –
- personell i begravellesbyråer –
- forsvarrets og sivilforsvarets personell –
- nøkkelpersonell og sikkerhetspersonell i industrien, herunder offshorevirksomheten

Strategi 3: Vaksinasjon av grupper med økt risiko for komplikasjoner ved influensa

Her er siktemålet å gi direkte beskyttelse til personer som av erfaring er mer utsatt for komplikasjoner, herunder død, i forbindelse med influensa. Dette er stort sett de samme gruppene som anbefales influensavaksine foran hver sesong.

Under en influensapandemi kan det vise seg at også andre grupper er særlig utsatt for komplikasjoner, for eksempel små barn og gravide kvinner. Opplysninger fra land som allerede er rammet og fra immunstatusundersøkelser, kan gi holdepunkter for hvilke andre grupper som eventuelt bør inkluderes i denne strategien.

For tiden er de anbefalte gruppene som følger:

Influensavaksine anbefales spesielt for:

- [Gravide etter 12. svangerskapsuke](#) (2. og 3. trimester). Gravide i 1. trimester med annen tilleggsrisiko skal også få tilbud om influensavaksine
- Beboere i omsorgsboliger og sykehjem

- Alle fra fylte 65 år
- Barn og voksne med:
 - diabetes type 1 og 2
 - kronisk lungesykdom, hjerte- og karsykdom, leversvikt eller nyresvikt
 - kronisk nevrologisk sykdom eller skade
 - nedsatt immunforsvar
 - svært alvorlig fedme (KMI over 40)
 - annen alvorlig og/eller kronisk sykdom der influensa utgjør en alvorlig helserisiko, etter individuell vurdering av lege

I tillegg anbefales influensavaksine til:

- [Helsepersonell som har pasientkontakt.](#)
- Husstandskontakter til immunosupprimerte pasienter
- [Svinerøkttere og andre som har regelmessig kontakt med levende griser](#)

Strategi 4: Vaksinasjon av alle

Dersom vaksinetilgangen er ubegrenset kan vaksinen – i den grad det offentlige og private helsevesenet har kapasitet – tilbys hele befolkningen. Helsevesenets primæroppgave vil likevel være å først tilby vaksine til personer nevnt under strategi 2 og 3.

I tillegg til disse fire hovedstrategiene er det to andre strategier å foreta vaksinasjon etter. Disse strategiene vil delvis overlappe gruppene nevnt under strategi 2.

Strategi 5: Vaksinasjon av personer som kan overføre influensa til personer med høy risiko for komplikasjoner

Etter som vaksinen ikke gir full beskyttelse hos alle vaksinerte i risikogruppene, kan man ytterligere redusere smitterisikoen for risikogruppene ved å redusere eksponeringsfaren fra pleiepersonellet og familien (flokkbeskyttelsen i alders-, syke- og pleiehjem blir betydelig bare dersom vaksinasjonsdekningen blant både personell og beboere er meget høy). Formålet med denne strategien er dermed å gi indirekte beskyttelse til risikogruppene. Følgende grupper vaksineres etter denne strategien:

- helsepersonell med pasientkontakt i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten –
- ansatte med beboerkontakt i alders-, syke- og pleiehjem –
- hjemmesykepleiere og hjemmehjelpere, inkludert frivillige pleiere og andre mannskaper som kalles inn i en beredskapssituasjon –
- husstandsmedlemmer til personer nevnt under strategi 3

Strategi 6: Vaksinasjon av personer som kan overføre influensa til mange andre

Enkelte personer med influensa kan på grunn av sin aktivitet eller sitt yrke smitte mange andre personer med viruset. Teoretisk sett skulle man kunne sinke smittespredningen, eventuelt redusere pandemiens omfang gjennom å vaksinere personer som kan bli viktige smittespredere. Dette kan være:

- personell i skoler og barnehager –
- skole- og barnehagebarn –
- sjåførar og andre med kundekontakt i kollektivtransporten –
- skrankepersonell i banker, postkontorer, offentlege kontorer og butikker

Ut fra samme resonnement kan man også tenke seg å prioritere folk som bor tett framfor folk som bor mer spredt.

Prioritering og valg av vaksinasjonsstrategi

Uansett mengde vaksine som blir tilgjengelig, må man velge en vaksinasjonsstrategi eller en kombinasjon av strategier, og prioritere innenfor hver strategi. Begrenset vaksinetilgjengelighet vil by på en rekke medisinsk-etiske problemer. Hvordan skal man prioritere mellom en stor fordel for et lite antall personer og en liten fordel for et stort antall personer? Skal man prioritere å øke forventet gjenstående levetid hos yngre og middelaldrende eller å redusere dødeligheten hos eldre med kort forventet gjenstående levetid? Vil det være riktig å søke å opprettholde viktige samfunnsfunksjoner eller redusere dødeligheten hos de eldste?

Det bør utarbeides en oversikt over antall personer i kommunen for de ulike vaksinasjonsstrategiene.

Pneumokokkvaksine

Vaksinasjon mot pneumokokksykdom antas å redusere insidensen av pneumokokkpneumoni etter influensasykdom, en alvorlig tilstand. De vanlige anbefalingene for bruk av pneumokokkvaksine bør følges. Man bør i inter pandemiske perioder anstrenge seg for å få høyest mulig vaksinasjonsdekning i risikogrupperne (jf. at vaksinasjon mot pneumokokksykdom for de fleste er en engangsforeteelse, i motsetning til mot influensa). Det er lite trolig at vaksineprodusentene vil være i stand til å kunne dekke opp for en plutselig økning i etterspørsel etter pneumokokkvaksine i forbindelse med en influensapandemi. Dette bør også vurderes ifm inngåelse av eventuelle internasjonale avtaler.

Innbyggerne og i hvert fall risikogrupper, utsatte grupper og strategiske personer bør således stimuleres til pneumokokkvaksinering i ”fredelige” perioder.

Bruk an antivirale medikamenter.

Det finnes to preparater, Tamiflu og Relenza. Disse har begrenset effekt, men kan i noen grad også brukes til forebygging.

Virologisk diagnostikk

Det dreier seg om blodprøver, svelgskyllevannsprøver, prøver fra nesen og prøver av oppspytt. Kommunen/helsetjenesten har pr 11/2019 ingen beredskapslager for diagnostisk materiell og utstyr. Man forventer, som ved svineinfluensaepidemien, at staten stiller opp med materielle ressurser.

Man hadde på Frosta gode erfaringer med bruk av hurtigtester under svineinfluensaepidemien. Ellers må vi sende prøver til omliggende sykehus.

Hvordan redusere infeksjonens spredningshastighet

I sin alminnelighet er det lite sannsynlig at spredningen av influensa kan stoppes, men en viss reduksjon av spredningshastigheten kan muligens oppnås ved å redusere unødvendige reiser, særlig over lange avstander. Likevel vil det ikke ha noen effekt å stenge grensene, innføre tvungen karantene av reisende eller liknende. Syke bør anbefales å holde seg hjemme. Begrensning av store sosiale sammenkomster som møter, idrettsstevner og liknende kan vurderes. Man bør unngå busser, tog, fly, kjøpesentra i størst mulig grad. Stengning av barnehager og skoler må vurderes. Hva med restauranter, puber etc?

Influensa – historikk -sykdomslære

Definisjoner

Epidemi

En epidemi er opptreden eller utbrudd i et samfunn eller region av en sykdom som i antall tilfeller klart overskrider hva som normalt er forventet. For influensa er dette et diffust begrep, idet vi oftest hver eneste vinter forventer forekomst av influensa. I mange land benytter man derfor uttrykkene sporadiske utbrudd, lokale utbrudd, regionale utbrudd og omfattende utbrudd. En influensaepidemi vil nok passe som beskrivelse av fasene regionale - og omfattende utbrudd.

En influensaepidemi forårsakes oftest av en ny variant av influensavirus, men samme variant har noen gang hjemsoekt befolkningen i mer enn én sesong. I løpet av slikt utbrudd kan 5–10% av befolkningen bli syke i løpet av 6–12 uker. I hvilken grad epidemien får feste i befolkningen vil blant annet avhenge av hvor stor del av befolkningen som er helt eller delvis immun på grunn av tidligere smitte eller vaksinerings med nært beslektede virusvarianter.

Pandemi

En pandemi er en epidemi som opptrer i et stort område og vanligvis affiserer en stor andel av befolkningen. For influensa kan en pandemi beskrives som en verdensomspennende epidemi, global spredning av et «nytt» virus (ny subtype) der ingen eller bare ganske få kan forventes å ha immunitet mot det nye viruset. En betydelig andel av jordens befolkning kan forventes å bli smittet allerede i løpet av den første sesongen (20–40%) fordi det ikke finnes noen flokkimmunitet.

Når kommer den?

Siden 1510 er det kjent 18 pandemier. Avstanden mellom disse har variert betydelig, men de fleste har kommet med 10 til 40 års mellomrom.

Spredningsmønster og hastighet

Det typiske forløpet ved tidligere pandemier har vært at de etter start i det fjerne østen har spredt seg langs handels- og transportruter over hele verden. Pandemiske virusstammer har spredt seg over hele kloden i løpet av ca. 6 måneder. Pandemiene etterfølges ofte av flere influensabølger.

Årstid

Tidligere erfaringer har vist at pandemiene kan slå til på andre tider av året enn epidemiene som gjerne starter omkring årsskiftet. Bare to av elleve pandemier siden 1782 har oppstått på vinteren (nordlig halvkule), mens de resterende fordelte seg jevnt over de tre andre årstidene

Pandemiens lengde

Under tidligere pandemier har det verste utbruddet pågått 6–8 uker, men mindre aktivitet har fortsatt i noen måneder

Sykdomsinsidens

30-80% av befolkningen kan bli rammet.

Alder og kjønn

Under en vanlig influensaepidemi vil de fleste tilfellene opptre hos barn, men langt de fleste tilfellene av alvorlig sykdom og død vil opptre hos eldre og personer med underliggende kroniske sykdommer. *Forløp under en pandemi kan imidlertid avvike til dels betydelig og ofte er barn og yngre mennesker hardest rammet og med høy dødelighet.* Mange statistikker bekrefter dette og ikke minst siste tids SARS fugleinfluensaepidemier.

Sykelighet og dødelighet

Fremskriving av tallende for sykelighet og dødelighet under de siste fire influensapandemiene sees i nedenstående tabell.

Scenario	Andel angrepet	Antall syke	Døde per 1 000	Antall døde
<i>Spanskesyken (1918)</i>	45%	2,0 mill	6,45	28 574
<i>Asiasyken (1957)</i>	30-80%	1,3 – 3,5 mill	0,59	2 632
<i>Hong Kong-syke (1969)</i>	15-40%	665 000-1,8 mill	0,74	3 291
<i>Russerinfluensa (1977)</i>	9%	400 000	0,00	0

En ny spanskesyke i dag (siste gang i 1918) ville for Frosta i dag statistisk sett ha medført 16 dødsfall. 1100 personer ville blitt syke og sannsynligvis ute av stand til å gjøre jobben sin noen dager.

Konsekvenser og forebyggende tiltak

En ny pandemi kan i beste fall bli som en influensaseson i et normalår. Da vil det ikke være behov for spesielle kriseplaner og tiltakene som settes i verk vil kunne være som de som anbefales hver høst før influensasesonen. I verste fall kan det komme en ny spanskesyke med betydelig sykelighet og dødelighet og med stor innvirkning på mange samfunnsfunksjoner (se nedenstående tabell). Mest sannsynlig vil en ny pandemi bli som under asiasyken eller Hong Kong-syken. Omfanget av en ny pandemi vil ha betydning for en rekke tiltak, deriblant vaksinasjonsprioriteringen.

Tabell VI.4 Skjematisk oppstilling av scenarier, konsekvenser og tiltak for å redusere sårbarhet.

Scenario	Beskrivelse	Konsekvens	Tiltak
<i>Spanskesyken</i>	Forårsaket av særlig ondartet virus. Unormal distribusjon av sykелighet og dødelighet: Høy sykелighet og dødelighet i gruppen 20-40 år.	Stort sykefravær. Høy dødelighet. Vanskelig å holde sentrale samfunnsfunksjoner i gang.	Behov for kriseplaner for å frigjøre sykehussenger. Krever apparat for å takle et stort antall døde mennesker. Prioritere tilgjengelig vaksine og antivirale midler.
<i>Asiasyken</i>	Høy sykелighet. Normal distribusjon av dødelighet. Lav dødelighet. Mange barn og soldater rammes.	Økt behov for sykehusinnleggelse. Økt dødelighet i risikogrupper for influensa. Mange barn og soldater rammes. Smitte blant personell i barnehager, skoler og militærleire.	Behov for kriseplaner for bemanning innen helsevesen, skoler, barnehager og militære forlegninger.
<i>Hong Kong-syken</i>	Få døde i 1968/69. Overdødelighet observert vinteren 1969/70	Noe økt behov for sykehusinnleggelse.	Distribuere tilgjengelig vaksine

Pandemisk influensa - tiltak

Ved en konkret situasjon skal Kommuneoverlege/Smittevernlege/stedfortreder kontakte Enhetsleder for Helse og Omsorg og øvrig relevant adm. ledelse i kommunene. Disse har oversikt over kommunens helsepersonellressurser. Man bør møtes og diskutere videre tiltak.

Det må innkalles til møte i Ressursgruppe for krisehåndtering. Rådmann og Ordfører må informeres. Disse må igjen vurdere om en kriseledelse skal etableres jfr.

Plan for kriseledelse i Frosta Kommune. Kommunelege I vil være rådgiver for denne kriseledelsen.

Møtested:

Dette avtales. Helsepersonell med mistenkt influensa bør ikke møte personlig.

Enhet for masseinntak/undersøkelse/vaksinering.

Det naturlige er her å bruke legekantoret og helsestasjonen. Kantina og kommunestyresal kan brukes som venterom og observasjonsområde etter f.eks. vaksinasjon.

Eksempelvis kan legekantorets 3 leger + 2 sykepleiere og helsesøster i tillegg til 2 sekretærer vaksinere/dokumentere anslagsvis 70 pasienter i timen, hvis dette prioriteres fullstendig.

Det kan alternativt opprettes vaksinasjonsenheter rundt omkring, ledet av en lege, men gjerne med mange sykepleiere som vaksinatorer. Det må sørges for tilgjengelighet av medikamenter mot anafylaktisk sjokk og andre vaksineresaksjoner (Adrenalin, kortison og antihistaminer).

Innkallelse til f.eks. vaksine bør inneholde moment om at mulig syke ikke må komme.

System for masseregistrering og melding (msis)

Legekantorets journalsystem er godt egnet for dette.

Retningslinjer for vaksinasjon og evt. forebyggende behandling av friske, inkludert helsepersonell.

Dette vil være avhengig av vaksinetilgang og statlige anbefalinger.

Retningslinjer for behandling og innleggelse i sykehus.

Allerede ved en vanlig influensaepidemi kan sykehusene bli overfylte. Alvorlige komplikasjoner i luftveiene kan være en innleggeleseindikasjon. Dette vil i stor grad måtte baseres på statlige retningslinjer, som igjen baseres på tilbakemeldinger fra land som allerede er rammet av epidemien.

Informasjon til eget personale.

Hyppige møter. E-mail. Oppheng/plakater på strategiske steder. Kommunen har ikke flere helsepersonell enn at telefon også kan benyttes.

Informasjon til befolkningen.

Veldig viktig.

Rent medisinske forhold bør det informeres om av kommuneoverlege/smittevernlege, mens annen informasjon skal ordfører ta seg av jfr Plan for kriseledelse.

Det bør opprettes en egen internettside lokalt mtp. informasjon. Kommuneoverlegen vurderer det som ønskelig at kommunen prøver å registrere innbyggernes e-mail adresser for senere å kunne bruke dem for å overbringe informasjon i en slik situasjon.

Varslingssystemet GEMINI kan brukes

Massemedia i form av aviser, tv, radio kan være aktuelt å benytte. Oppheng/plakater på strategiske steder kan igjen være nyttig.

Psykososial omsorg ovenfor pasienter/pårørende

Dette administreres av ressursgruppe for krisehåndtering

Anbringelse og indentifisering av døde.

Man viser her til politiets og kirkens planverk

Frigjøring av plasser i sykehjem

Usikkert hvor aktuelt dette vil bli. Hvis mange pasienter med sekundære pneumonier i forbindelse med influensa vil trenge intravenøs behandling, så kan det bli aktuelt å ta i bruk deler av Frostatunet som et slaga sykehus. Det kan bli aktuelt å komprimere pasientene på færre rom for å frigjøre plass. Sykehjemmet oppfordres hermed til å gjære seg noen tanker rundt aktuelle løsninger.

Beredskapslager/forsyning av legemidler og smittevernsutstyr.

Den vanligste behandlingen er kun symptomlindrende i form av febernedssettende medikamenter. Kommunen har intet lager av dette utover det som måtte befinne seg på apotek.

Befolkningen bør oppfordres til selv å ha et aldri så lite forråd av f.eks. paracet eller lignende. Kommunen har heller intet beredskapslager med antibiotika eller andre legemidler, utover lager på apoteket. Kommunen har videre intet beredskapslager av munnbind, beskyttelsesfrakker, diagnostisk utstyr eller lignende, utover det som er beregnet til ordinært bruk under normale forhold på legekantoret og på Frostatunet.

Ved svineinfluensaepidemien i 2009 distribuerte staten slikt utstyr i bra omfang.

Aksjonsliste – faseavhengig

Fase 0 – Interpandemisk periode

Vaksinasjon mot influensa og pneumokokksykdom etter nasjonale retningslinjer

Fase 0, nivå 3

– Ved smitte mellom mennesker bekreftet av ny subtype influensavirus

Kommunelegen med ansvar for smittevern ber rådmannen vurdere å etablere kriseledelsen og at det innkalles til møte i ressursgruppa for krisehåndtering.

Saksliste:

- Avklare sekretariat og pressekontaktfunksjon. -

Gjennomgang og oppdatering av beredskapsplanen.

Fase 1

- Utbrudd utenom Norge
-

Holde møte i ressursgruppa. Planlegge for eventuelt utbrudd i Norge.

Saksliste:

- Informasjon om sykdommens profil ved kommunelegen med ansvar for smittevern.
- Planlegge omdisponering av helsepersonell. Hvilke vedtak må gjøres i kommunestyret?
- Få oversikt over og kontakte lokale frivillige organisasjoner, eventuelt offentlige (Sivilforsvaret) som kan hjelpe til med pleie og stell av syke.
- Diskutere legedekning og legevakt ved sykdom. Vurdere om det kan bli nødvendig med samarbeid med nabokommuner.
- Ta kontakt med lokalsykehus for å forberede samarbeid om bruken av sykehus mht. innleggelses- og utskrivingsrutiner.
- Diskutere lokal bruk av sykehjem og hjemmesykepleie. Vurdere muligheter for omdisponering av senger i sykehjem ved utskrivning eller fortetting.
- Forberede informasjonspolitikk i kommunen: Hvordan? (internett, lokalavis, radio) Hva? (lokal, fylke og nasjonal tilstand. Sykdommens ytringsformer, når søke lege, behandlingsalternativer).
- Forberede organisering av registreringsenhet i kommunen.

Fase 2

- Utbrudd i Norge
-

Holde møte i ressursgruppa for at kommunen skal sikre forebygging, diagnostikk, behandling og pleie.

Saksliste:

- Opprette lokal registreringsenhet for daglig oppdatering av lokal situasjon (antall syke, behov for tiltak). Enheten skal rapportere til lokal informasjonsansvarlig og til fylkesmannen.
- Forberede omlegging av sykehjemsdrift og opprettelse av evt. alternative pleiesteder.
- Planlegge tiltak etter smittevernloven kap 4 og 5 ved allmenfarlig smittsom sykdom (møteforbud, stenging av virksomheter som barnehager, svømmehaller, begrense kommunikasjon).
- Gjennomføring av massevaksinasjon etter nasjonal prioritet.
- Informasjonsansvarlig undersøker og registrerer hvordan informasjonen spres og oppfattes. Justering av informasjonen etter behov.

Fase 3

- Første pandemibølge over Norge
- Sette i verk planlagte tiltak.

Saksliste:

- Ta i bruk alternative pleiesteder med personell som er friske.
- Innføre tiltak som nevnt i smittevernloven kap. 4 og 5.

Fase 4

- Andre og følgende pandemibølger

Tiltak som i fase to og tre med korreksjon for erfaringer fra fase 3.

Fase 5

– Postpandemisk periode

Evaluere de tiltakene som ble foretatt og de rammebetingelser man hadde, gjennomføre eventuelle endringer i rammebetingelsene og oppdatere planen

Pasientmottak/diagnostikk

Under svineinfluensaepidemien hadde man gode erfaringer med å ta i bruk det «ytterste» kontoret på helsestasjonen, som da var bemannet med en lege i fullt beskyttelsesutstyr deler av dagen. Delvis ble pasienter undersøkt i bilene. Begge tiltak for å redusere smitterisiko for øvrige pasienter. En instruert sykepleier kunne ha gjort samme jobben. Man hadde også gode erfaringer med bruk av hurtigtester. Dette rommet bør utrustes med eget crp-apparat for måling av sykdomsaktivitet i blodet.