

22.06.18

**Nasjonal beredskapsplan
mot utbrudd
av alvorlige smittsomme sykdommer**

Innholdsfortegnelse

1. Innledning	3
2. Definisjoner, mål og strategier	4
3. Tiltak for å overvåke og oppdage utbrudd	5
3.1. Melding av smittsomme sykdommer	5
3.2. Varsling av smittsomme sykdommer	5
3.2.1. Varsling av enkeltsykdommer	6
3.2.2. Varsling om utbrudd av smittsom sykdom utenfor helseinstitusjon	6
3.2.3. Varsling om utbrudd av smittsom sykdom i helseinstitusjon	7
3.2.4. Varsling om overlagt spredning av smittestoffer	7
3.2.5. Internasjonale varslingssystemer	7
3.2.6. Varsling etter internasjonalt helsereglement (IHR)	7
3.2.7. Varsling av Oslo universitetssykehus og CBRNE-senteret	7
3.2.9. Vaksineutlevering	8
3.3. Rapportering fra helse- og omsorgstjenesten	8
4. Tiltak ved utbrudd av alvorlig smittsom sykdom	10
4.1. Generelle virkemidler ved utbrudd av alvorlig smittsom sykdom	10
4.2. Valg av smitteverntiltak	11
4.2.1. Vedtak om forskjellige smitteverntiltak	12
4.2.2. Tvangsvedtak	12
4.2.3. Hastevedtak	12
4.3. Utbruddsoppløring	12
4.4. Folkehelseinstituttets feltepidemiologiske gruppe	12
4.5. Medisinsk mikrobiologisk diagnostikk og beredskap	13
4.6. Første vurdering og undersøkelse ved alvorlig smittsom sykdom	14
4.7. Generelt om behandling, isolering og transport	15
4.8. Håndtering av alvorlig smittsom sykdom	15
4.8.1. Valg av behandlingssted	15
4.8.2. Krav til sykehusisolater	15
4.8.3. Spesialtransport av pasient med høyrisikosmitte	15
4.8.4. Nasjonalt medisinsk utrykningsteam for høyrisikosmitte	16
4.9. Behandlingskapasitet og kohortisolering ved store utbrudd	16
4.9.1. Spesialisthelsetjenesten	16
4.9.2. Den kommunale helse- og omsorgstjenesten	18
4.10. Legemidler	18
4.10.1. Beredskapslagre	18
4.10.2. Godkjenning og import	18
4.11. Vaksiner	18

4.11.1. Vedtak om vaksinerings i beredskapssituasjoner	19
4.11.2. Innkjøp av vaksine	20
4.11.3. Iverksetting av vaksinasjon.....	20
4.11.4. Prioritering av grupper for vaksinasjon	20
4.12. Biosikkerhet og biosikring.....	20
4.13. Dekontaminering (sanering)	21
4.14. Smittefarlig avfall i helse- og omsorgstjenesten: Håndtering, transport og avløpsvann.....	21
4.14.1. Håndtering og transport av avfall og farlig gods	21
4.14.2. Avløpsvann.....	21
4.15. Håndtering av døde	22
4.16. Gratis tjenester og tiltak	22
5. Kommunikasjon og informasjon.....	22
5.1. Ansvar, roller og samordning av kommunikasjonsarbeidet	22
5.2 Målgrupper	23
5.3 Kommunikasjonskanaler.....	23
5.4. Aktuelle kommunikasjons tiltak	24
5.5. Loggføring/dokumentasjon.....	24
6. Ethiske utfordringer	24
7. Psykososial støtte	25
5. Økonomiske- og administrative forhold	25
8. Øvelser og opplæring	26
9. Internasjonalt samarbeid.....	26
10. Begreper og definisjoner.....	27
11. Lovgrunnlag.....	29
Vedlegg. Viktige institusjonelle aktører og deres samhandling	31

1. Innledning

Nasjonal beredskapsplan mot alvorlige smittsomme sykdommer omhandler håndtering av utbrudd og legger føringer for hvordan de helsemessige konsekvensene skal forebygges, håndteres og begrenses i alle sektorer av samfunnet.

Planen er basert på gjeldende lovverk og er underordnet Nasjonal helseberedskapsplan, som er et nasjonalt rammeverk for alle typer helsekriser. Formålet med denne planen er å hindre sykdom og død og å legge til rette for å kunne opprettholde nødvendige samfunnsfunksjoner i alle sektorer.

Alvorlige smittsomme sykdommer er infeksjonssykdommer som kan medføre høy dødelighet eller sykkelighet i befolkningen som krever særlig omfattende tiltak. Infeksjonssykdommer utgjør en betydelig trussel mot den globale folkehelsen. Befolkningsvekst, urbanisering, klimaendringer, et globalt matmarked og økt reiseaktivitet er noen forhold som bidrar til at utbrudd oppstår hyppigere enn tidligere og raskt kan spres over store avstander.

De senere årene har flere internasjonale utbrudd av sykdommer som SARS, Middle East Respiratory Syndrom (MERS), pandemisk influensa, ebolavirus sykdom og zika krevd stor beredskapsinnsats i Norge. I tillegg har norsk helsetjeneste måttet håndtere flere innenlandske alvorlige utbrudd av sykdom som er sjeldne i vårt land som utbrudd med enterohemoragisk E.coli (EHEC), legionella og Giardia lamblia. Erfaringer fra disse utbruddene tilsier at det er nødvendig å opprettholde og forbedre vår beredskap mot utbrudd av smittsomme sykdommer. Det er i tillegg utarbeidet egne nasjonale planer og veiledere for enkelt sykdommer. Disse inneholder mer sykdomsspesifikke råd for helse- og omsorgstjenesten og befolkningen (tabell 1).

Tabell 1. Nasjonal beredskapsplan mot utbrudd av alvorlige smittsomme sykdommer



Nasjonal plan mot alvorlige smittsomme sykdommer må leses i sammenheng med underliggende nasjonale planer for henholdsvis ebola, kopper og pandemisk influensasykdom. Disse planverkene er relevante for alle nivåer av norsk helsetjeneste. I tillegg er det utgitt ulike veiledere:

Generelle relevante veiledere er: «Smittevernveilederen», «Vaksinasjonsveilederen for helsepersonell», «Isoleringsveilederen», «Utbruddsveilederen (sykdomsutbrudd forårsaket av smitte fra matvarer, drikkevarer, drikkevann eller dyr)».

Sykdomsspesifikke veiledere er: «Ebolaveilederen», «Faglige råd for prehospitaal håndtering og transport ved ebolavirus sykdom», «Forebygging av legionellasmitte – en veiledning», «Rettleiar til forskrift om smittevern i helsetenesta», «Tuberkuloseveilederen».

Ved utbrudd av andre alvorlige smittsomme sykdommer med risiko for spredning i Norge, vil det ved behov bli utarbeidet ytterligere planer og veiledere.

2. Definisjoner, mål og strategier

Begrepet "alvorlig smittsom sykdom" er ikke definert i lovverket. I denne planen brukes begrepet "alvorlig smittsom sykdom" om en sykdom som kan føre til høy dødelighet eller sykkelighet i befolkningen og som krever særlig omfattende tiltak. I praksis vil det være Folkehelseinstituttet som vurderer om en det foreligger et utbrudd av en alvorlig smittsom sykdom.

Slike sykdommer vil som oftest, men ikke alltid, være definert som allmennfarlige etter smittevernloven og fastsatt i forskrift om allmennfarlige smittsomme sykdommer. Dersom en sykdom er definert som allmennfarlig smittsom sykdom etter smittevernloven vil det være egne regler i smittevernlovens som kommer til anvendelse, når det gjelder for eksempel smitteoppsporing, hvilke smitteverntiltak som kan benyttes og bruk av tvang.

Smittevernloven skjeler mellom allmennfarlig smittsom sykdom og andre smittsomme sykdommer. En rekke av lovens bestemmelser gjelder bare for de allmennfarlige smittsomme sykdommene. Disse er regulert i egen forskrift.

Det er Helse- og omsorgsdepartementet som har myndighet til å fastsette endring i forskrift om allmennfarlige smittsomme sykdommer.¹ Ved vurderingen av hvilke sykdommer som bør regnes som allmennfarlige smittsomme sykdommer tar departementet utgangspunkt i lovens definisjon av allmennfarlig smittsom sykdom.² I vurderingen vil departementet også ta med begrunnede råd og faglige vurderinger fra Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet. Den faglige vurderingen vil være avhengig av situasjonen. Gitt den konkrete situasjonen kan en forskriftsendring skje raskt og uten forutgående høring, jf. forvaltningslovens unntaksregler omkring dette.

Målet med planen er å sikre en felles nasjonal beredskapsplanlegging for å håndtere et utbrudd av alvorlige smittsomme sykdommer og å legge til rette for at man under et utbrudd kan opprettholde nødvendige samfunnsfunksjoner innenfor alle sektorer, ved å:

- forebygge og begrense smittespredning, sykdom og død
- gi behandling og omsorg til syke og døende
- opprettholde tillit og trygghet i samfunnet ved å gi kunnskapsbasert og helhetlig informasjon og retningslinjer til befolkningen, til alle samfunnssektorer og til norske borgere i utlandet
- bidra til å opprettholde vitale samfunnsfunksjoner

Strategiene for å forebygge og møte utbrudd av alvorlige smittsomme sykdommer vil variere noe, avhengig av type utbrudd, men vil rette seg mot:

- Overvåking, varsling og klargjøring av situasjonen gjennom rapportering
- Generelle hygienetiltak (f.eks. hånd- og hostehygiene)
- Vaksinasjon
- Medisinsk behandling av syke - v/ behov omstille og omdisponere ressurser, og på den måten øke kapasiteten.
- Isolering/karantene

¹ Smittevernloven § 1-3.

² Smittevernloven § 1-3 første ledd nr. 3.

3. Tiltak for å overvåke og oppdage utbrudd

Folkehelseinstituttet har ansvaret for å overvåke den nasjonale epidemiologiske situasjonen og delta i overvåkingen av den internasjonale epidemiologiske situasjonen. Overvåkingen er regulert i forskrift om meldingssystem for smittsomme sykdommer (MSIS-forskriften) og IHR-forskriften³ som beskriver varslingsplikter for helsepersonell og andre myndigheter.

Smittevernloven § 2-2 åttende ledd gir kommunelege, fylkesmannen, Helsedirektoratet, Statens helsetilsyn og Folkehelseinstituttet adgang til å kreve opplysninger fra offentlige kilder eller privat helse- og omsorgstjeneste uten hinder av lovbestemt taushetsplikt. Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet kan i en smittesituasjon etablere utbruddsregistre med helseopplysninger for å håndtere beredskapssituasjoner, i samsvar med helseberedskapsloven § 2-4.

Overvåking ved utbrudd bør planlegges og tilrettelegges før et utbrudd oppstår. Det bør tilstrebes å bruke etablerte og kjente rapporteringsmetoder- og systemer slik at man unngår ad hoc-løsninger. I en utbruddssituasjon kan likevel nye typer overvåking startes opp. Etablering av slik overvåking bør gjøres etter at man har beskrevet og dokumentert behovet for slik overvåking.

3.1. Melding av smittsomme sykdommer

Melding av smittsomme sykdommer gjøres i utgangspunktet med ordinær MSIS-melding som sendes inn av legen og laboratoriet som påviser det aktuelle agens, ifølge MSIS-forskriften. Hvilke sykdommer som skal meldes følger av vedlegg til forskriften. Folkehelseinstituttet er databehandlingsansvarlig for innsamling og behandling av helseopplysninger i Meldingssystem for smittsomme sykdommer (MSIS). Meldingssystemet skal bidra til overvåkingen av smittsomme sykdommer hos mennesker i Norge gjennom fortløpende og systematisk innsamling, analyse, tolkning og rapportering av opplysninger om forekomst av smittsomme sykdommer og dermed legge grunnlaget for blant annet å beskrive forekomsten av smittsomme sykdommer over tid og etter geografiske og demografiske forhold. Systemet skal også oppdage og bidra til å oppklare utbrudd av smittsomme sykdommer og gi råd til befolkningen, helsepersonell og forvaltning om smitteverntiltak.

3.2. Varsling av smittsomme sykdommer

Med varsling menes en beskjed som er formidlet umiddelbart og på en slik måte at varsleren kan forvisse seg om at mottakeren har mottatt varslet. Det vises til Nasjonal helseberedskapsplan og det som der fremgår om varsling generelt. MSIS-forskriften kapittel 3 og IHR-forskriften beskriver varsling ved påvist eller mistenkt smittsom sykdom eller andre smittevernsituasjoner.

Varsling bidrar til at:

- enkelttilfeller eller utbrudd raskt kan sees i sammenheng slik at større utbrudd oppdages tidlig og smitteverntiltak kan iverksettes
- varsleren får bistand til håndtering av situasjonen, om nødvendig på stedet
- myndigheter som har ansvar for håndteringen, blir brakt inn i saken
- omfanget av utbrudd i landet kartlegges
- utenlandske myndigheter blir orientert gjennom Norges deltakelse i internasjonale varslingssystemer

³ Forskrift om varsling av og tiltak ved alvorlige hendelser av betydning for internasjonal folkehelse mv

3.2.1. Varsling av enkeltsykdommer

Lege, sykepleier, jordmor eller helsesøster som mistenker eller påviser et tilfelle av en smittsom sykdommer i gruppe A i henhold til varslingsbestemmelsene i MSIS-forskriften § 3-1, skal umiddelbart varsle kommunelegen.

Følgende sykdommer skal det per mai 2018 varsles om:

Alvorlig, akutt luftveissyndrom – SARS
Botulisme
Diareassosiert hemolytisk uremisk syndrom
Difteri
Enterohemoragisk E.coli-infeksjon
Flekktufus
Hemoragisk feber
Kolera
Kopper
Legionellose
Meningokokksykdom
Meslinger
Middle East Respiratory Syndrome – MERS
Miltbrann
Pest
Poliomyelitt
Rabies
Røde hunder
Trikinose.

Dersom kommunelegen ikke kan nås, skal Folkehelseinstituttet umiddelbart varsles. .
Folkehelseinstituttet skal varsles ved å ringe sentralbordet på tlf. 21 07 70 00. Utenfor kontortid varsles den døgnåpne Smittevernvakta, tlf. 21 07 63 48. Etter at slik varsling er gjort, skal legen sende MSIS-melding på vanlig måte. Kommuneoverlegen skal varsle fylkesmannen og Folkehelseinstituttet, som skal varsle videre til Helsedirektoratet.

Dersom den smittede oppholder seg i en annen kommune enn der vedkommende bor, skal varselet også formidles til kommunelegen i den kommunen der den smittede oppholder seg. I en situasjon hvor man får et utbrudd med et tidligere ukjent agens, og som dermed ikke er inkludert på varslingslisten, og ikke definert som allmennfarlig smittsom sykdom, kan Helse- og omsorgsdepartementet raskt gjøre nødvendige regelverksendringer.

3.2.2. Varsling om utbrudd av smittsom sykdom utenfor helseinstitusjon

Leger som mistenker eller påviser et utbrudd av smittsom sykdom utenfor helseinstitusjon, skal varsle kommunelegen. Kommunelegen skal varsle fylkesmannen og Folkehelseinstituttet.

Mattilsynet skal varsles ved mistenkt eller påvist smittsom sykdom overført med næringsmiddel eller sykdom som kan skyldes smitte fra dyr.

Fire typer utbrudd skal varsles:

- utbrudd av de sykdommene som er meldingspliktige i MSIS, jf. § 1-2,
- utbrudd av særlig alvorlige sykdommer (andre enn dem som omfattes av MSIS), det vil si sykdommer med høy dødelighet, alvorlig sykdomsbilde eller høy komplikasjonsrate,
- utbrudd som mistenkes å være næringsmiddelbårne,
- særlig omfattende utbrudd.

De tre siste kategoriene gjelder også utbrudd av smittsomme sykdommer som ikke er meldingspliktige til MSIS. Folkehelseinstituttet skal i samarbeid med kommunelegen gjøre en vurdering av utbruddets alvorlighetsgrad blant annet i forhold til dødelighet, sykkelighet og spredningsfare. Folkehelseinstituttet skal varsle Helsedirektoratet om alvorlige utbrudd.

3.2.3. Varsling om utbrudd av smittsom sykdom i helseinstitusjon

Mistenkt eller påvist utbrudd av smittsom sykdom i sykehus eller annen institusjon som er omfattet av lov om spesialisthelsetjenesten m.m. § 1-2, skal omgående varsles til fylkesmannen og til Folkehelseinstituttet med kopi til det regionale helseforetakets kompetansesenter for sykehushygiene. Mistenkt eller påvist utbrudd av smittsom sykdom i kommunal helseinstitusjon skal varsles til kommuneoverlegen og fylkesmannen. Kommuneoverlegen skal, dersom mistanken ikke raskt kan avkreftes, varsle Folkehelseinstituttet. Utbrudd kan varsles via Folkehelseinstituttets internettbaserte varslingsløsning. Ved behov for umiddelbar kontakt, skal Smittevernvakta varsles per telefon.

3.2.4. Varsling om overlagt spredning av smittestoffer

Leger som mistenker eller påviser tilfeller av smittsomme sykdommer som kan være forårsaket av overlagt spredning av smittestoffer, skal varsle kommuneoverlegen, fylkesmannen og Folkehelseinstituttet. Folkehelseinstituttet skal varsle Helsedirektoratet.

3.2.5. Internasjonale varslingsystemer

Ved hendelser som kan ha betydning for internasjonal folkehelse eller handel er Norge pålagt å varsle internasjonalt i henhold til IHR-forskriften. Det europeiske varslingssystemet EWRS () er EU-kommisjonens varslingsystem og er samkjørt med IHR. Folkehelseinstituttet er nasjonalt kontaktpunkt for internasjonal melding av hendelser både for WHO's internasjonale helsereglement IHR og EUs Early Warning and Response System (EWRS) og vil også kunne motta varsel gjennom disse systemene for hendelser som vil kunne ha betydning for Norge. Dersom Folkehelseinstituttet mottar varsel om en alvorlig hendelse som kan berøre Norge, skal instituttet umiddelbart informere departementet, Helsedirektoratet og andre relevante myndigheter om dette.

3.2.6. Varsling etter internasjonalt helsereglement (IHR)

Lege, sykepleier, jordmor eller helsesøster som mistenker eller påviser et tilfelle av smittsom sykdom som kan ha betydning for internasjonal folkehelse og som ikke allerede er varslet etter varslingsbestemmelsene i MSIS-forskriften skal umiddelbart varsle kommunelegen. Dersom det ikke er mulig å få varslet kommunelegen, skal Folkehelseinstituttet varsles direkte. Kommunelegen skal varsle fylkesmannen og Folkehelseinstituttet. Folkehelseinstituttet varsles ved å ringe den døgnåpne Smittevernvakta.

Tjenestemenn ved politiet, tollvesenet og havnevesen, på flyplasser, i Mattilsynet, Forsvaret og Kystvakten, Kystverket, Fiskeridirektoratet og Sjøfartsdirektoratet som innen sitt ansvarsområde blir kjent med informasjon som kan gi mistanke om en alvorlig hendelse av betydning for internasjonal folkehelse, skal uten hinder av lovbestemt taushetsplikt umiddelbart varsle kommunelegen. Fører av skip eller luftfartøy skal snarest mulig varsle om helsetilstanden om bord, dersom føreren har grunn til å anta at smittestoffer som kan utgjøre en alvorlig hendelse av betydning for internasjonal folkehelse, finnes om bord eller fartøyet kommer fra en havn eller lufthavn i et område som er erklært rammet av en smittsom sykdom av betydning for internasjonal folkehelse, og ankomsten skjer i inkubasjonstiden. Varselet skal gis til kontrollsentralen eller tollvesenet, som deretter varsler kommunelegen eller Folkehelseinstituttet.

3.2.7. Varsling av Oslo universitetssykehus og CBRNE-senteret

I tillegg til lovpålagt varsling, anbefales det ved mistanke om tilfelle av alvorlig smittsom sykdom at legen som har ansvar for pasienten ved lokalt sykehus umiddelbart kontakter infeksjonsmedisinsk

bakvakt ved Oslo universitetssykehus, som vurderer innleggelsesbehov og konfererer med CBRNE-senteret om mulighet for transport og andre hastetiltak. Hvis det blir besluttet å legge pasienten i høysikkerhetsisolat, koordinerer CBRNE-senteret den videre transporten.

3.2.8. Beredskapstelefoner

Nedenfor beskrives tilgjengelige beredskapstelefoner og -tjenester som kan være aktuelle ved utbrudd av alvorlige smittsomme sykdommer. De kan også finnes på lenken <https://www.fhi.no/om/om-fhi/fhi/obs-beredskapstelefoner-ved-folkehe/>.

Smittevernvakta

Smittevernvakta ved Folkehelseinstituttet har vakt hele døgnet på telefon 21 07 63 48. Telefonen skal brukes til varsling av mulige smittsomme sykdommer og av helsepersonell som trenger råd om smittsomme sykdommer og smitteverntiltak.

Mikrobiologisk beredskapsvakt

Døgnbemannet beredskapstelefon som driftes av Folkehelseinstituttet. I utgangspunktet tilgjengelig for politi og de medisinske mikrobiologiske laboratoriene. Beredskapsvakten bør kontaktes for undersøkelse av «pulverbrev» eller ved klinisk/mikrobiologisk mistanke om infeksjon med høypatogene mikrober og mulige bioterroragens (mikrober i smitteklasse 3). Telefon: 952 14 993.

3.2.9. Vaksineutlevering

Hasteutlevering er mulig alle dager, døgnet rundt. Bestilling kan gjøres over telefon. Lege skal også kunne nås for rådgivning og vurdering av indikasjoner. Folkehelseinstituttet kan i kontortiden nås på telefon 21 07 70 00: Si at det gjelder øyeblikkelig hjelp og posteksponeringsprofylakse og be om å få snakke med lege eller farmasøyt ved Avdeling for vaksine. Utenom Folkehelseinstituttets åpningstider kan leger henvende seg til Vitus apotek Jernbanetorget, Oslo, på tlf. 23 35 81 00. Apoteket har døgnåpent og kan ved behov etablere kontakt med vakthavende lege ved Smittevernvakta, Folkehelseinstituttet, for vurdering av indikasjonsstilling og dosering. Smittevernvakta, tlf. 21 07 63 48, kan ved behov kontaktes utenom arbeidstid for rådføring før bestilling fra Vitus apotek Jernbanetorget.

3.3. Rapportering fra helse- og omsorgstjenesten

Ved utbrudd av alvorlige smittsomme sykdommer skal alle aktører være organisert og trent for å kunne bidra til å klargjøre situasjonsbildet gjennom rapporteringslinjene vist i Nasjonal helseberedskapsplan. Helse- og omsorgsdepartementet kan etter planen få delegert fullmakt fra HOD til å forestå nasjonal koordinering av helse- og omsorgssektorens innsats og iverksette nødvendige tiltak når en krisesituasjon truer eller har inntruffet, herunder forestå koordinert rapportering til departementet. Rapporteringslinjene fra helse- og omsorgstjenesten i kommunene går via fylkesmannen til Helse- og omsorgsdepartementet. De regionale helseforetakene vil rapportere direkte til Helse- og omsorgsdepartementet. Det vil også andre underliggende virksomheter under Helse- og omsorgsdepartementet.

HelseCIM

HelseCIM er et elektronisk styringssystem for krisehåndtering og brukes av RHF-ene Hfene, Helse- og omsorgsdepartementet og Folkehelseinstituttet. Den enkelte virksomhet bruker systemet for å føre logg over alle avgjørelser som tas og meldinger som sendes og mottas. En viktig funksjon i HelseCIM er rapporteringsfunksjonen. De regionale helseforetakene mottar rapporter i systemet fra Hfene og samler disse til én rapport som sendes Helse- og omsorgsdepartementet. Helse- og omsorgsdepartementet mottar også rapporter fra alle Fylkesmannsembetene basert på kommunenes innrapporteringer. Ved hjelp av HelseCIM kan Helse- og omsorgsdepartementet sende en samlet rapport for hele helsesektoren til Helse- og omsorgsdepartementet. Rapporter som sendes og mottas vil være en del av den totale hendelsesloggen. Etter en krise skal det

tas ut en samlerapport fra HelseCIM som lagres i virksomhetens arkivsystem.

Figur 1 viser varslings- og kommunikasjonslinjer på utøvernivå ved utbrudd av alvorlig, smittsom sykdom.

4. Tiltak ved utbrudd av alvorlig smittsom sykdom

4.1. Generelle virkemidler ved utbrudd av alvorlig smittsom sykdom

For effektivt å begrense smittespredning er det viktig for helse- og omsorgstjenesten og andre berørte virksomheter å ha systemer som raskt kan identifisere smittede og sørge for at nødvendige tiltak iverksettes for å stoppe eller begrense smittespredningen. Tiltakene må tilpasses det aktuelle smittestoffet og sykdommens smittsomhet, smitemåte, inkubasjonstid, alvorlighetsgrad, samt utbruddets utbredelse.

Tabell 2. Oversikt over mulige smitteverntiltak

Tiltak	Beskrivelse/ virkemidler	Lovforskrift
Raskt identifisere smittede	Tilstrebe høy grad av årvåkenhet i helse- og omsorgstjenesten og befolkningen Benytte overvåkingssystemer med god varsling/ rapportering Sikre hurtig diagnostikk Gi oppdatert informasjon til primær- og spesialisthelsetjenesten. Gi målrettet informasjon til grupper med økt smitterisiko	MSIS og Smittevernloven § 2-2 og § 2-5 Smittevernloven § 2-3, MSIS-forskriften kapittel 2 og 3 Smittevernloven § 7-10 Smittevernloven § 2-1
Raskt isolere syke	Bruk av adekvat beskyttelsesutstyr i helse- og omsorgstjenesten Rask isolering av pasienter Isolering hjemme dersom pasientens tilstand tillater det. Isolering i sykehus med smitteverntiltak tilpasset sykdommen Kohortisolering i/utenfor sykehus om nødvendig Tvangsbehandling m.m.	Smittevernloven § 6-1 Smittevernloven kapittel 5
Smitte-oppsporing	Identifisere hvem eller hva pasienten er blitt smittet av Iverksette tiltak for å begrense videre smitte	Smittevernloven § 3-6
Kontaktsporing og oppfølging	Kartlegge personer som kan være smittet og gi informasjon Aktivt eller passivt overvåke utviklingen av symptomer	Smittevernloven § 3-6
Karantene	Innskrenke aktivitet i inkubasjonstiden hos mulig smittede	
Aktivitetsbegrensninger i befolkningen generelt	Kontaktreduserende tiltak for å forsinke epidemiutviklingen Stenging av skoler, barnehager etc. Møteforbud, avlyse større arrangementer. Smittevernråd for kollektivt reisende	Smittevernloven § 4-1
Kontroll av reisende	Utreisescreeing (temperatursjekk, spørreskjema) fra berørte land kan være aktuelt ved større utbrudd i avgrenset område. Ankomstscreening i spesielle tilfeller	IHR-forskriften kapittel 3

	(sjelden aktuelt).	
Generelle hygienetiltak	Info til befolkningen om sykdom, smittemåte og symptomer Informasjon om smitteforebygging ved bl.a. hånd-/hostehygiene	
Farmakologiske tiltak	Bruk av vaksiner eller medikamenter	
Informasjon til befolkningen	Ved større utbrudd er det nødvendig at befolkningen er informert og har forståelse for tiltakene som iverksettes for å kontrollere utbruddet. Kommunikasjonsarbeidet må være målrettet og kunne fange opp utfordringer eller misforståelser mht. de iverksatte tiltakene	

4.2. Valg av smitteverntiltak

Tiltakenes antatte nytte må veies mot mulige ulemper og kostnader og så langt som mulig være basert på kunnskap om tiltakenes effekt. Noen tiltak er enkle og rimelige å gjennomføre, som for eksempel informasjon om god håndhygiene og hostehygiene. Andre tiltak vil være kompliserte og ressurskrevende og vil bare anbefales i spesielle situasjoner. For eksempel vil stenging av barnehager, skoler og arbeidsplasser føre til at store deler av samfunnet vil bli rammet.

Det er fire hovedvilkår som må oppfylles før et tiltak iverksettes:

1. Frivillig medvirkning. Den som berøres av tiltaket må få tilstrekkelig informasjon og være tilbud for den enkelte og befolkningen
2. Klar medisinskfaglig begrunnelse for tiltaket. Tiltaket må ha effekt og være relevant for sykdommen
3. Nødvendig av hensyn til smittevernet. Det vil si at tiltaket må være nødvendig for å forebygge eller hindre overføring av smitte.
4. Tjenlig etter en helhetsvurdering. Det vil si at nytten av det man oppnår med å iverksette tiltaket må veies mot belastningen som påføres den enkelte.

Noen tiltak kan være aktuelle å gjennomføre i begynnelsen av et utbrudd for å forsinke smittespredningen, mens det samme tiltaket vil være lite hensiktsmessige når utbruddet har bredt seg til store deler av befolkningen (for eksempel testing av alle mistenkt smittede ved pandemisk influensa). Folkehelseinstituttet vil vurdere indikasjoner for testing og gi anbefalinger om testing, i samarbeid med blant annet laboratorier og Helsedirektoratet. Anbefalingene gjøres på bakgrunn av blant annet klinisk indikasjon, utbruddets utvikling og laboratoriekapasitet.

Det vil ikke alltid være mulig å avgjøre på forhånd hvilke smitteverntiltak som skal implementeres. Det vil være viktig å skalere responsen slik at tiltakene er i samsvar med alvorlighetsgraden og utbredelsen. Om samme nytte kan oppnås med mindre inngripende tiltak, bør disse velges.

Helsemyndighetene kan enten gi råd om eller tilby disse tiltakene, eller de kan pålegge disse tiltakene. Ved spørsmål om valg av smitteverntiltak og vurderinger rundt dette, vil Folkehelseinstituttet gjøre en risikovurdering og komme med anbefalinger som gir grunnlag for videre håndtering. Ved større utbrudd av internasjonal betydning, vil det kunne foreligge risikovurderinger og råd fra WHO og ECDC som vil bli tatt med i vurdering av tiltak i Norge.

Etter det internasjonale helsereglementet kan generaldirektøren i WHO erklære en hendelse for å være en "Public Health Emergency of International Concern" (PHEIC). Dette kan utløse en rekke midlertidige og stående tiltak som for eksempel restriksjoner for personer og gods ved grensepasseringer mv..

Når et utbrudd er på retur, er det viktig å revurdere iverksatte tiltak og eventuelt redusere eller oppheve

disse dersom det er faglig forsvarlig.

4.2.1. Vedtak om forskjellig smitteverntiltak

Ved allmennfarlig smittsom sykdom er det hjemmel for kommunestyret og Helsedirektoratet til å vedta møteforbud, stenging av virksomhet, begrensning i kommunikasjon, isolering og smittesanering finnes i smittevernloven § 4-1. Vilkåret er enten at det er nødvendig for å forebygge en allmennfarlig smittsom sykdom eller for å motvirke at den blir overført.

4.2.2 Tvangsvedtak

Dersom en smittet person eller en person som er antatt smittet med en allmennfarlig smittsom sykdom motsetter seg undersøkelse kan det gjøres vedtak om tvungen legeundersøkelse, innleggelse til undersøkelse og kortvarig isolering eller om tvungen isolering i sykehus. Se nærmere i smittevernloven § 5-2 og 5-3 om vilkårene for tvangsbruk.

En sak innledes ved at kommunelegen utarbeider begjæring om tiltak hvor det redegjøres for omstendighetene kommunelegen legger til grunn for det tiltaket som blir foreslått etter vilkårene i §§ 5-2 og 5-3. En slik begjæring skal sendes til smittevernnemnda ved Fylkesnemnda for sosiale saker i Oslo og Akershus Nemnda består av leder, fagkyndige og alminnelig medlemsutvalg. Helsedirektoratet kan selv reise sak for nemnda. Smittevernnemnda skal sørge for at det blir oppnevnt advokat for de private parter. Smittevernnemnda skal komme sammen så raskt som mulig for å drøfte saken. Dersom noen av partene ønsker det, skal de under møtet gis anledning til å føre vitner og til å legge frem annet materiale det ikke har vært mulig å presentere under saksforberedelsen. Smittevernnemnda skal foreta en selvstendig og reell vurdering av avgjørelsesgrunnlaget. Vedtaket skal gjøres umiddelbart etter at drøftingene i smittevernnemnda er slutt.

4.2.3 Hastevedtak

Etter smittevernloven § 5-8 kan kommunelegen fatte hastevedtak om at en person skal legges inn på sykehus til legeundersøkelse og eventuelt til kortvarig isolering i opptil sju dager. Slik tvungen legeundersøkelse eller kortvarig isolering kan bare gjennomføres for å klarlegge om det foreligger en allmennfarlig smittsom sykdom, og dette er nødvendig for å motvirke overføring av en slik sykdom til andre. I tillegg stilles det vilkår om at undersøkelsen skal skje uten fare.

4.3 Utbruddsoppklaring

Kommunen har ansvaret for å oppklare utbrudd av smittsomme sykdommer. Ved behov vil Folkehelseinstituttet bistå kommunen. I tilfeller hvor flere kommuner er berørt av utbruddet, har Folkehelseinstituttet ansvaret for utbruddsoppklaring, og koordineringen av denne.

Behovet for utbruddsoppklaring er avhengig av agens og smittevei eller kilde. Ved smitte fra en matvare eller annet produkt, er oppklaring et overordnet mål, slik at man kan stanse salg og inntak av det kontaminerte produktet. Ved smitte av pandemisk influensa eller andre luftveisagens som smitter lett mellom mennesker vil oppklaring ofte være underordnet, da smitekilden ikke kan fjernes. Metoder og ansvar ved oppklaring av næringsmiddelbårne utbrudd er beskrevet i utbruddsveilederen (www.utbrudd.no).

4.4 Folkehelseinstituttets feltepidemiologiske gruppe

Folkehelseinstituttet har en feltepidemiologisk gruppe som kan reise ut og bistå kommuner og sykehus ved etterforskning av utbrudd av smittsomme sykdommer uavhengig av om de skyldes uhell, overlatt spredning eller har naturlig årsak. Gruppen kan også gi assistanse utenlands etter anmodning fra WHO

og EU. Gruppen vil bli satt sammen avhengig av behov, og kan bestå av epidemiologier, mikrobiologer, ekspertise i miljømedisin, kommunikasjonspersonell og eventuelle andre interne fagpersoner eller eksterne konsulenter. Gruppen kontaktes via smittevernvakta og kan bistå med:

- Holde oversikt over utbruddets utbredelse og utvikling
- Planlegge og gjennomføre epidemiologiske undersøkelser for å identifisere årsaksforhold og smittekilder
- Bistå i kontaktsporingsarbeid
- Gi råd om miljøundersøkelser og smitteverntiltak rundt pasient og i miljø
- Gi råd i kommunikasjonsarbeidet

4.5 Medisinsk mikrobiologisk diagnostikk og beredskap

Mikrobiologisk diagnostikk er nødvendig for å stille sikker diagnose. Dette er av uvurderlig betydning både for å påvise og å overvåke utbrudd, og er i mange tilfeller også nødvendig for å gi korrekt medisinsk behandling og å utøve adekvat smittevern.

Nasjonalt beredskapslaboratorium ved Folkehelseinstituttet har beredskap for å etablere diagnostikk for nye og utbruddsaktuelle agens der det ikke ennå er utnevnt referanselaboratorium, og har i tillegg ansvar for diagnostikk av en rekke sykdommer av beredskapsmessig betydning.

Beredskapslaboratoriet ved Folkehelseinstituttet har vakttelefon med døgnberedskap, telefon 21 07 63 48. Laboratorier med nasjonal referansefunksjon i medisinsk mikrobiologi skal utføre undersøkelser på definerte agens på vegne av helsemyndighetene og alle andre laboratorier. Oversikt over referanselaboratorier er tilgjengelig på Helsedirektoratets nettsider.⁴

Nasjonale referanselaboratorier i medisinsk mikrobiologi er ifølge MSIS-forskriften tillagt følgende landsdekkende oppgaver:

- referansediagnostikk,
- opprettholde stammebank
- vitenskapelig råd og støtte, forskning
- overvåking
- beredskap og respons ved utbrudd av smittsomme sykdommer.

Referanselaboratorier kan bistå andre sykehuslaboratorier med utrulling av nye diagnostiske tester og supplering av kontrollstammer og reagenser i en utbruddssituasjon. Referanselaboratoriene forventes å etablere minimumsprosedyrer for de andre medisinsk mikrobiologiske laboratoriene i beredskapssituasjoner, samt kunne bistå med råd vedrørende biosikkerhet, inkludert inneslutningsnivå. Dette inkluderer også råd om pakking og transport av prøver i ulike kategorier.

Alle medisinsk mikrobiologiske laboratorier skal ha oversikt over aktuelle referanselaboratorier, samt ha etablert sikkerhetsregler og retningslinjer for sikring av stammebanker. Det må også foreligge planer som sørger for opplæring og vedlikehold av kompetanse på beredskap. I en beredskapssituasjon er det avgjørende at hvert laboratorium bidrar til regionalt og nasjonalt samarbeid.

I beredskapssituasjoner kreves det både kvalitativ og kvantitativ kapasitet for mikrobiologisk diagnostikk. Kvalitativ kapasitet innebærer at de mikrobiologiske laboratoriene raskt og korrekt kan identifisere og karakterisere det nye eller utbruddsaktuelle agens. Kvantitativ kapasitet innebærer at laboratoriene er i stand til å håndtere et større prøvevolum enn normalt, og laboratoriene må legge planer for hvordan dette skal muliggjøres. Mikrobiologiske laboratorier ved regionssykehusene skal ta initiativ til å etablere samarbeidsavtaler med andre laboratorier om kvalitativ og kvantitativ beredskap

⁴ <https://helsedirektoratet.no/referansefunksjoner-i-medisinsk-mikrobiologi>

innen sine regioner. De skal sørge for at mikrobiologisk beredskap samkjøres og integreres med beredskapsplanverket i helseregionen generelt⁵. Ved større utbrudd med begrenset kvantitativ kapasitet kan det for laboratoriene bli aktuelt å prioritere testing av visse pasientgrupper hvor sikker diagnose er av størst betydning. Dette kan for eksempel være pasienter med særlig høy risiko for alvorlig forløpende infeksjon.

Medisinsk mikrobiologiske laboratorier har et spesielt ansvar for biosikkerhet (biosafety) og biosikring (biosecurity). En rekke laboratorier i Norge har inneslutningsnivå 3. For diagnostikk ved laboratorium med inneslutningsnivå 4 har Norge avtale med Folkhälsomyndigheten i Sverige. I tilslutning til høysikkerhetsisolatet ved Oslo universitetssykehus finnes et laboratorium som benyttes til håndtering av prøver fra pasienter med høyriskosmitte. Dette tilfredsstillende tekniske og bygningsmessige kravene til inneslutningsnivå 4, men oppfyller ikke kravene til et inneslutningsnivå 4-laboratorium da fullstendige inneslutningstiltak kun iverksettes ved behov.

Nasjonalt beredskapslaboratorium ved Folkehelseinstituttet koordinerer beredskap blant medisinsk mikrobiologiske laboratorier i landet. Beredskapslaboratoriet samarbeider og kommuniserer med de andre medisinsk mikrobiologiske laboratoriene i Norge gjennom Nasjonal mikrobiologisk beredskapskomité som ble opprettet i 2006, samt gjennom et lukket mikrobiologisk nettverk. Instituttet samarbeider internasjonalt innen mikrobiologisk beredskap og deltar i laboratorienettverk for høyriskosmitteagens.

4.6. Første vurdering og undersøkelse ved alvorlig smittsom sykdom

Alvorlige smittsomme sykdommer smitter mellom mennesker på samme måte som andre smittsomme sykdommer. De viktigste smitteveiene vil være via direkte og indirekte kontakt, dråper eller luft. Arbeidsgiver skal sørge for at arbeidstakerne får utlevert og blir pålagt å bruke hensiktsmessig arbeidstøy og personlig verneutstyr.⁶ I enhver helsetjeneste, inklusiv ethvert legekontor, skal personalet ha tilgang på beskyttelsesutstyr som verner mot kontakt-, dråpe- eller luftsmitte.

Alle nivåer av helse- og omsorgstjenesten må være forberedt på å håndtere pasienter som kan ha alvorlige smittsomme sykdommer. Dette inkluderer både primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten som begge må ha rutiner for å håndtere smittsomme pasienter.

Alle som kan ha blitt smittet av en alvorlig smittsom sykdom som smitter mellom mennesker, skal om mulig vurderes telefonisk av lege før de oppsøker fastlegekontor, legevakt eller andre deler av helse- og omsorgstjenesten. Dette forutsetter at befolkningen på et tidlig tidspunkt er godt informert. De viktigste kommunikasjonstiltakene rettet mot hele befolkningen vil være å gi informasjon gjennom media, via nettsidene Helsenorge.no og fhi.no og gjennom spredning i sosiale medier.

Ved undersøkelse både i primær- og spesialisthelsetjenesten må arbeidet organiseres på en slik måte at smittefare for ansatte, pasienter og andre personer reduseres så langt som mulig. Pasienter bør om mulig unngå venting i felles arealer, og tas rett inn til undersøkelse. Ved større utbrudd av alvorlige smittsomme sykdommer kan det være aktuelt å ha egne innganger eller lokaler for håndtering av pasientene med mistenkt smittsom sykdom. Slike løsninger vil måtte tilpasses lokale forhold, den aktuelle situasjon og agens.

Dersom mistanken om alvorlig smittsom sykdom opprettholdes og pasienten trenger innleggelse, skal pasienten om mulig innlegges direkte i sykehusisolat. Ved mistanke om høyriskosmittesykdom, bør pasienter, om mulig, innlegges direkte fra hjemmet.

⁵ Foretaksprotokollen Regionale Helseforetak (RHF) januar 2017, side 7-8

⁶ Forskrift om utførelse av arbeid § 6-7

4.7. Generelt om behandling, isolering og transport

Som hovedregel skal pasienter med smittsomme sykdommer som trenger behandling på sykehus, isoleres og transporteres etter gjeldende regimer for kontakt-, dråpe og luftsmitte. For detaljer vises det til Nasjonal faglig retningslinje for håndtering av CBRNE-hendelser med personskaade ⁷, Isoleringsveilederen,⁸ foretakenes egne infeksjonskontrollprogram og sykdomsspesifikke veiledere fra Folkehelseinstituttet. Ved større utbrudd av alvorlig smittsom sykdom (inkludert influensapandemi) og ved høyrisikosmittesykdom kan det imidlertid være nødvendig å avvike fra vanlige rutiner.

Transport av pasienter med alvorlig smittsom sykdom gjennomføres normalt av ambulansetjeneste eller luftambulansetjeneste i henhold til vanlige varslings- og smittevern rutiner for henholdsvis kontaktsmitte, dråpesmitte og luftsmitte. For høyrisikosmitte er det utarbeidet ekstra strenge rutiner.

4.8. Håndtering av alvorlig smittsom sykdom

4.8.1. Valg av behandlingssted

Ved mistanke om alvorlig smittsom sykdom som vanskelig lar seg håndtere godt nok av lokal helsetjeneste, skal innleggelse primært skje direkte ved høysikkerhetsisolatet ved OUS så langt det er praktisk gjennomførbart. Sekundært benyttes annet regions- eller universitetssykehus med luftsmitteisolat. Dersom dette heller ikke er mulig, benyttes nærmeste sykehus med luftsmitteisolat. Etterfølgende overflytting til et større universitetssykehus eller til OUS vurderes alltid i det enkelte tilfelle. Infeksjonsmedisinsk bakvakt ved OUS skal alltid kontaktes for vurdering av innleggelse direkte ved høysikkerhetsisolatet ved OUS.

4.8.2. Krav til sykehusisolater

Selv om det er lagt opp til sentralisert behandling av høyrisikosmittesykdom ved Oslo universitetssykehus, kan behovet for rask diagnostisk avklaring, lang transportavstand eller pasientens aktuelle kliniske tilstand gjøre innleggelse ved nærmeste lokal-, regions- og universitetssykehus nødvendig.

For å kunne arbeide i isolatenheter med pasienter med sykdom forårsaket av biologiske faktorer i smitterisikogruppe 3 og 4.⁹ skal det foretas en risikovurdering av hvilke definerte tiltak som anses som nødvendige for å møte kravene i forskriften. Høysikkerhetsisolatet ved Oslo universitetssykehus tilfredsstiller alle kravene for arbeid med pasienter med sykdom forårsaket av biologiske faktorer i smitterisikogruppe 4. Alle andre sykehus må foreta en konkret risikovurdering og utføre nødvendige tiltak for å oppfylle arbeidsplassforskriftens krav.

4.8.3. Spesialtransport av pasient med høyrisikosmitte

Transport med ambulanse eller luftfartøy av en pasient med høyrisikosmittesykdom krever bruk av personlig beskyttelsesutstyr som gir større grad av beskyttelse enn det man rutinemessig bruker i helse- og omsorgstjenesten. Dette utstyret skal tilfredsstillere relevant standard for beskyttelse. Om mulig skal smitteambulansetjeneste og transportisolator (smittekuvøse) benyttes.

Utstyr for desinfeksjon og smitteavfallshåndtering skal benyttes i henhold til gjeldende nasjonale

⁷ Nasjonal faglig retningslinje for håndtering av CBRNE-hendelser med personskaade, sidene 63-64.

⁸ Isoleringsveilederen FHI Smittevern 2004:9.

⁹ Nasjonal faglig retningslinje for håndtering av CBRNE-hendelser med personskaade, sidene 63-64.

faglige råd og veiledere. Det påligger det enkelte helseforetak (sykehus- og ambulanseavdeling) å anskaffe, vedlikeholde og trene på bruk av nødvendig smittevernutstyr og å ha en regional beredskap for høyriskosmittetransport. Ved høyriskosmittetransport som haster (øyeblikkelig-hjelp-innleggelse) benyttes heldekkende beskyttelsesutstyr og eventuelt transportisolator.

De regionale helseforetakene skal¹⁰ i samarbeid, og ved bruk av CBRNE-senteret ha:

1. etablert beredskap for ambulansetransport
2. utviklet nasjonale løsninger for medisinsk evakuering med fly og helekopter

Ved høyriskosmittetransport som haster mindre (for eksempel planlagt overflytting mellom sykehus) eller ved planlagt transport over lengre avstander med bil eller fly, vil det nasjonale medisinske utrykningsteamet, fra CBRNE-senteret, kunne koordinere og om nødvendig gjennomføre transport i samarbeid med regional ambulanse- og luftambulansetjeneste, Forsvaret og andre aktører. Helsemyndighetene har avtaler med kommersielle flyselskaper og Forsvaret som kan anvendes i slike tilfeller.

4.8.4. Nasjonalt medisinsk utrykningsteam for høyriskosmitte

Ansvar for «Nasjonalt utrykningsteam for høyriskosmitte» er lagt til Ullevål sykehus/OUS og koordineres av Nasjonal behandlingstjeneste for CBRNE-medisin (CBRNE-senteret) og samarbeider tett med blant andre Infeksjonsmedisinsk avdeling og Pre-hospitalt senter ved Oslo universitetssykehus, Luftambulansetjenesten ANS, Forsvaret og Folkehelseinstituttet.

Teamet kontaktes gjennom vakthavende infeksjonslege ved Oslo universitetssykehus og kan blant annet gjøre følgende:

- Koordinere planlagt transport av en pasient med høyriskosmitte til høysikkerhetsisolat ved Oslo universitetssykehus i samarbeid med regional ambulanse-, luftambulansetjeneste og Forsvaret.
- Bemanne smitteambulanse utgående fra OUS ved høyriskosmittetransport innenlands eller om bord i Forsvarets C-130J Hercules fly (fra utlandet eller Nord-Norge).
- Bistå redningstjenesten ved planlagt smittetransport med redningshelikopter.
- Bidra i opplæring av og samtrening med personell i ambulansetjenestene som til daglig utfører smittetransport.
- Før eventuell overflytting av en pasient med høyriskosmitte til Oslo universitetssykehus kan teamet gi råd og i noen tilfeller yte praktisk bistand til lokal helsetjeneste ved isolering, prøvetaking, diagnostikk, behandling og mottak av ambulansefly eller passasjerfly med smitteførende pasient.
- For spesielle tilfeller, som for eksempel planlagt hjemtransport fra utlandet eller transport over større avstander i Norge, har helsemyndighetene avtaler med kommersielle flyselskaper og Forsvaret.

4.9. Behandlingskapasitet og kohortisolering ved store utbrudd

Helse- og omsorgstjenesten er dimensjonert og bemannet for befolkningens vanlige behov for tjenester. Store utbrudd kan medføre at den ordinære kapasiteten ikke strekker til, og det skal finnes planer for hvordan dette skal håndteres både i spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

4.9.1. Spesialisthelsetjenesten

Isolering av pasienter med alvorlige smittsomme sykdommer gjøres for å hindre smitte av ansatte og

¹⁰ Foretaks møteprotokoll 2017

andre pasienter. Ved større utbrudd av smittsomme sykdommer vil kapasiteten for isolater kunne overskrides. Alle helseforetak skal ha oversikt over egen isoleringskapasitet og ha planer for hvordan denne best kan utnyttes. Ved store utbrudd, som for eksempel pandemisk influensa, kan det oppstå en situasjon med så mange syke at det ikke er nok enerom, isolater og intensivsenger på sykehus til å behandle disse med ordinær drift. Alle sykehus må derfor ha beredskapsplaner for å endre aktivitet, bruk av lokaler og personale i en slik situasjon.

Ved uventet stor tilstrømming av pasienter er det nødvendig at sykehusene har tilfredsstillende lokaler der pasienter kan tas imot, og det skal foreligge planer for hvordan disse kan best benyttes for å øke mottakskapasiteten og å hindre smitte. Det kan f.eks. innføres rutiner som medfører at pasienter med mistenkt utbruddssykdom identifiseres tidlig (triagering) for å skille dem fra pasienter med andre sykdommer. Dersom diagnosen er kjent før innleggelsen og forholdene ellers ligger til rette for det, er det ønskelig at pasienter med sykdommer som kan smitte andre innlegges direkte på isolat og tas imot der.

For å øke kapasiteten kan det bli nødvendig å ta i bruk rom med flere senger, utpekte avdelinger eller bygninger for isolering og behandling av syke med samme diagnose (kohortisolering). Dette kan medføre at andre pasientgrupper må nedprioriteres i en periode, og det kan for eksempel bli nødvendig å redusere eller stanse poliklinisk virksomhet og elektive innleggelser. Alle helseforetak må utarbeide planer for hvordan kohortisolering kan organiseres¹¹.

Det lar seg ikke gjøre på forhånd å forutse hvor stor den økte pasienttilstrømmingen til sykehus vil bli ved forskjellige store utbrudd og pandemier. I antall pasienter vil pandemisk influensa mest sannsynlig medføre større behov for innleggelser enn ved andre sykdommer. Nasjonal beredskapsplan mot pandemisk influensa fra 2014 legger opp til at helse- og omsorgstjenesten skal planlegge for en situasjon hvor 25 prosent av befolkningen blir syke og sykehusene må kunne ta imot opptil 14-16 500 innleggelser, hvorav 1400-2800 krever intensiv behandling. Lokalt kan det forventes at snaut en ut av seks hendelser, det vil si 3-500 pasienter, har behov for mer intensiv behandling i toppuken. Dersom man regner med en gjennomsnittlig liggetid for pandemisk influensa på sju dager, vil det bety at somatisk sykehus må frigjøre anslagsvis en firedel av sine ordinære sengeplasser til behandling av pandemisk influensa. Selv om dette estimatet er forbundet med stor usikkerhet, bør helseforetakene legge planer for håndtering av en slik situasjon som er minst så krevende. Størst utfordring er det knyttet til intensivplasser, hvor kapasiteten vil bli overskredet dersom antall plasser ikke økes eller andre pasientgrupper nedprioriteres.

Større utbrudd med høyrisikosmittesykdom regnes som mindre sannsynlig, men alle regionale helseforetak skal i sine planverk utpeke enheter som på kort varsel kan benyttes til kohortisolering av pasienter med høyrisikosmitte dersom overflytting til høysikkerhetsisolat ved Oslo universitetssykehus ikke er mulig og kapasiteten ved respektive regioners luftsmittisolat overskrides. Det er knyttet svært stor usikkerhet til hvor mange kohortisoleringssenger for høyrisikosmitte det bør planlegges for, men det foreslås 50 i Helse Sør-Øst og 20 i de øvrige regionale helseforetak. Planene for kohortisolering må inkludere forhold knyttet ventilasjon av lokalene, bruk av spesialverneutstyr og trent personell. Om mulig skal personell som er vaksinert eller har gjennomgått sykdommen, settes til å arbeide med slike pasienter.

For å avlaste sykehusene i en presset situasjon med mange innleggelser som følge av alvorlig smittsom sykdom bør de lovpålagte samarbeidsavtalene¹² mellom kommuner og regionale helseforetak inneholde kriterier for innleggelse, utskrivning o.l. Helseforetakene må organisere virksomheten slik at de totale personellressurser kan utnyttes rasjonelt under et større utbrudd, og i tillegg inngå avtaler med aktuelle yrkesorganisasjoner som sikrer dette. Sykehusene må også etablere planer som sikrer forsyninger av nødvendig utstyr og materiell.

¹¹ Foretaksprotokollen for de regionale helseforetakene (RHF) 2017, side 7-8

¹² Se helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 6.

4.9.2. Den kommunale helse- og omsorgstjenesten

Under store utbrudd med alvorlig smittsom sykdom kan det bli nødvendig å isolere syke i hjemmet, sykehjem og andre bygninger i større grad enn vanlig. Dette vil skje i samarbeid med kommunens helse- og omsorgstjeneste. Kommunen skal i samarbeid med helseforetakene legge til rette for å kunne ta imot andre pasientkategorier og for å kunne ta hånd om mindre alvorlige tilfeller med alvorlig smittsom sykdom utenfor sykehus. Den kommunale helse- og omsorgstjenesten må legge planer for oppfølging av pasienter som isoleres i hjemmet eller som trenger tilsyn og pleie. Kohortisolering kan også bli aktuelt i kommunens helse- og omsorgstjeneste ved mildere forløp og for pasienter som av annen grunn må nedprioriteres. For eksempel kan hele sykehjem eller deler av disse tas i bruk til kohortisolering.

4.10. Legemidler

Et utbrudd av en alvorlig smittsom sykdom kan gi økt etterspørsel av flere legemidler. Dette kan både omfatte legemidler som er i normal omsetning, og legemidler som normalt ikke benyttes i Norge.

4.10.1. Beredskapslagre

De regionale helseforetakene skal ivareta beredskapssikring av legemidler sykehusene benytter i ordinær virksomhet og som kan få økt etterspørsel ved et utbrudd av en alvorlig smittsom sykdom.¹³ Fra 2016 plikter legemiddelgrossister å ha et ekstra lager av enkelte legemidler som er i normal omsetning i primærhelsetjenesten, med tanke på beredskapssituasjoner.¹⁴

Helsedirektoratet har et overordnet ansvar for nasjonal legemiddelberedskap, herunder legemidler som kun vil bli brukt i ekstraordinære situasjoner. Helsedirektoratet lagrer og distribuerer legemidler mot sykdommer som vil kunne ramme et stort antall mennesker, for eksempel antiviralia mot pandemisk influensa. Om det kun er nødvendig å sikre tilgang til et begrenset antall doser, vil aktuelle legemidler lagerføres i tilknytning til utpekte behandlingssteder. CBRNE-senteret har i dag et nasjonalt beredskapslager for spesielle antidoter og legemidler. Forsvaret har lager for egen legemiddelberedskap.

4.10.2. Godkjenning og import

Statens legemiddelverk kan gi tillatelse til omsetning av legemidler uten ordinær godkjenning i beredskapssituasjoner.¹⁵ Sykehusapoteket i Oslo har grossisttillatelse for innførsel av legemidler som kan benyttes i beredskapssituasjoner. Slik innførsel forutsetter likevel en særskilt importtillatelse fra Statens legemiddelverk for det enkelte legemiddelet.

4.11. Vaksiner

Folkehelseinstituttet har ansvaret for nasjonal vaksineberedskap og i denne rollen også et ansvar for å vurdere dette og foreslå tiltak. Helse- og omsorgsdepartementet beslutter om lager bør opprettes. Hvis ikke en aktuell vaksine er lett tilgjengelig, er det aktuelt å opprette et beredskapslager eller inngå en avtale om vaksineleveranse i tilfelle utbrudd.

¹³ Meld. St. 28 (2014-2015) Legemiddelmeldingen – riktig bruk – bedre helse

¹⁴ Forskrift om legemiddelgrossister § 5.

¹⁵ Legemiddelforskriften § 2-8.

Folkehelseinstituttet har minimumslagre for seks måneders normalforbruk for alle vaksiner som inngår i barnevaksinasjonsprogrammet og for immunglobuliner og sera. For andre vaksinepreparater er minimumslagrene for fire måneders normalforbruk. Norge har et lager av koppevaksine produsert på Folkehelseinstituttet på 1970-tallet. Lageret oppbevares på Folkehelseinstituttet og vil kreve reformulering før bruk.

Norge har per mai 2018 avtaler med to leverandører om innkjøp av vaksine ved en influensapandemi. Avtalen gir Norge rett til innkjøp av vaksiner som dekker hele befolkningen. Muligheten for å anskaffe en vaksine mot et influensavirus som likner det man tror kan gi neste pandemi (pre-pandemivaksine), og eventuelt vaksinere deler av befolkningen før pandemien bryter ut, har vært diskutert, men er foreløpig ikke besluttet.

Der vaksine inngår i beredskapsplanen, må det vurderes hvordan vaksinen tenkes brukt, alternativt til:

- Hele befolkningen
- Utvalgte risikogrupper (personer som har økt risiko for å bli smittet, er særlig viktige smittespredere, har økt risiko for alvorlig sykdom)
- Nøkkelpersonell med samfunnskritiske funksjoner
- Ringvaksinering: Vaksinering rundt et kjent tilfelle for å oppnå immunitet og dermed hindre videre smitte. Denne metoden ble benyttet i utrydningsfasen for kopper, og kan vurderes for andre sykdommer. En forutsetning er at det ikke finnes smittebærere som er klinisk friske eller bare har lette, ukarakteristiske symptomer.

Enkelte vaksiner kan brukes som post-eksposisjonell profylakse, og kan hindre utvikling av sykdom hvis man vaksinerer raskt etter kontakt med aktuelt agens.

Folkehelseinstituttet skal ha oversikt over tilgjengelige vaksiner. Råd om beredskapslager og tenkt bruk utarbeides av Folkehelseinstituttet, som regel i samarbeid med Helsedirektoratet og Statens legemiddelverk. Lager eller leveranseavtale må dimensjoneres avhengig av hvordan vaksinen tenkes brukt. Folkehelseinstituttet har ansvar for å anskaffe og ha på lager de vaksiner som er tilgjengelige (med eller uten markedsføringstillatelse) i Norge og vaksiner som Helse- og omsorgsdepartementet har bestemt at skal være tilgjengelige. Helsedirektoratet har ansvar for at det også finnes utstyr til å sette vaksinen (sprøyter, spisser, spesialnåler og så videre).

Det pågår et nordisk samarbeid om bedret tilgang på vaksiner og immunglobuliner som er viktige av beredskapsgrunner. I 2015 ble det opprettet et felles «virtuelt lager», der hvert land kan finne informasjon om preparater som er tilgjengelig i de andre nordiske landene.

4.11.1. Vedtak om vaksinering i beredskapssituasjoner

Både smittevernloven, Nasjonal beredskapsplan mot pandemisk influensa og Stortingsmelding 16 Pandemisk beredskap beskriver ansvar for vedtak om vaksinasjon. Prinsippene for ansvar for innkjøp av og vedtak om vaksinasjon kan også brukes for tilsvarende innkjøp av/bruk av/prioritering av legemidler. Prinsippene vil være de samme om det gjelder vaksinasjon av store deler av befolkningen («massevaksinasjon») eller vaksinering av mindre grupper.

Når det er avgjørende for å motvirke et alvorlig utbrudd av en allmennfarlig smittsom sykdom, kan Helse- og omsorgsdepartementet i forskrift fastsette at befolkningen eller deler av den skal ha plikt til å la seg vaksinere.

Når det er nødvendig å vaksinere befolkningen eller deler av den med en gang for at folkehelsen ikke skal bli vesentlig skadelidende, kan Helsedirektoratet påby vaksinering. Det kan oppstå situasjoner hvor det må handles uten opphold og hvor det ikke vil være tid til å avvente et generelt påbud fastsatt i

forskrift gitt av departementet.¹⁶ Eksempler på slike situasjoner hadde man i tidligere år ved koppealarm. Nye sykdommer kan skape liknende situasjoner i fremtiden. Vilkåret for at Helsedirektoratet skal ha denne myndigheten er at rask iverksetting antas å redusere utbruddets omfang vesentlig, eventuelt avverge alvorlig utbrudd, og at det foreligger en vaksine hvis egenskaper man er fullt fortrolig med.

4.11.2. Innkjøp av vaksine

Beslutning om innkjøp av vaksine til hele eller deler av befolkningen gjøres av Helse- og omsorgsdepartementet. Beslutningen handler også om hvor mange doser som skal kjøpes inn. Denne må fattes på bakgrunn av kunnskap om sykdommens alvorlighetsgrad, kunnskap om vaksinsens effekt og bivirkninger og tilgjengelig vaksinemengde. Folkehelseinstituttet har ansvar for at slike vurderinger blir gjennomført. Arbeidet skal skje i samarbeid med Helsedirektoratet, Legemiddelverket og eventuelle andre relevante fagmiljøer.

Kommisjonen ved DG SANTE har opprettet en mekanisme for felles anskaffelse av vaksiner og eventuelle andre medisinske mottiltak Joint Procurement Agreement (JPA). Avtalen omfatter ”all potential medicines, medical devices, other services and goods that could be used to combat/mitigate serious cross-border threats to health as defined by Decision 1082/2013/EU”. Arbeid er på gang, per april 2018, for at Norge skal sluttet seg til denne avtalen.

4.11.3. Iverksetting av vaksinasjon

Etter at innkjøp er besluttet må Helse- og omsorgsdepartementet ta stiling til gjennomføring. Beslutningen må fattes på bakgrunn av kunnskap om sykdommens alvorlighetsgrad, kunnskap om vaksinsens effekt og bivirkninger og tilgjengelig vaksinemengde. Folkehelseinstituttet har ansvar for at slike vurderinger blir gjennomført. Arbeidet skal skje i samarbeid med Helsedirektoratet, Legemiddelverket og eventuelle andre relevante fagmiljøer. Kommunene har ansvaret for å gjennomføre selve vaksineringen dersom vaksineringen er fastsatt i program eller pålagt av Helsedirektoratet.

4.11.4. Prioritering av grupper for vaksinasjon

I en situasjon med knapphet (midlertidig eller varig) på vaksine vil det være nødvendig med vedtak om å prioritere enkelte grupper. Helse- og omsorgsdepartementet/Regjeringen har ansvaret for å beslutte hvilke grupper som skal prioriteres (risikogrupper, nøkkelpersonell) samt prioriteringsrekkefølge. Beslutningen gjøres blant annet på bakgrunn av sykdommens alvorlighetsgrad, mottakelige personer, spredningspotensial, mest effektive bruk av vaksinen og mulige bivirkninger. Folkehelseinstituttet, sammen med Legemiddelverket, har ansvar for at slike vurderinger blir gjennomført. Arbeidet skal skje i samarbeid med Helsedirektoratet og eventuelle andre relevante instanser.

4.12. Biosikkerhet og biosikring

Biosikkerhet (engelsk: biosafety) er tiltak som skal hindre smitte av ansatte som følge av arbeid med smittede personer eller eksponering for biologiske materiale fra disse. Ansvaret for biosikkerhet er regulert gjennom arbeidsmiljøloven og dens forskrifter. Alle deler av helse- og omsorgstjenesten og andre virksomheter har et selvstendig ansvar for dette.

Biosikring (engelsk: biosecurity) inkluderer alle tiltak som skal hindre at biologiske faktorer benyttes til å forårsake sykdom som følge av uhell eller overlagte handlinger. Dette omfatter to hovedgrupper

¹⁶ Smittevernloven § 3-8.

av tiltak:

1. Tiltak som skal hindre at biologiske faktorer kommer på avveie, ved f.eks. å sikre at kun autorisert personell har adgang til laboratorier og lagrede prøver. Alle virksomheter som håndterer slikt biologisk materiale, herunder mikrobiologiske laboratorier og andre deler av helse- og omsorgstjenesten skal ha rutiner som hindrer misbruk og uhell.
2. Tiltak som skal hindre tilgang på utstyr som kan brukes til å produsere og spre biologiske faktorer med overlegg, for eksempel visse typer laboratorieutstyr og visse tekniske innretninger.

Det må sikres at avanserte medisinske laboratorier ikke utsettes for tyveri av farlig biologisk materiale eller misbrukes av enkeltstående forskere til å produsere farlig biologisk materiale.

4.13. Dekontaminering (sanering)

Ved alle sykehus skal det finnes prosedyrer og utstyr for dekontaminering av pasienter, helsepersonell og lokaler ved eksponering for biologisk smittestoff. Regionsykehus skal i tillegg ha egnede fasiliteter og utstyr for dekontaminering av pasienter i tilknytning til akuttmottak.

For visse alvorlige smittsomme sykdommer kan det være aktuelt å foreta vask og desinfeksjon i pasientens hjem og andre kontaminerte omgivelser før disse tas i bruk etter sykdom eller eksponering for smittestoff. Ansvar for dekontaminering ligger hos kommunen, men kommunen kan søke råd om og eventuelt assistanse til dette fra de regionale kompetansesentrene for smittevern. Ved høyrisikosmitte i bolig eller annet lokale bør lokalene stenges inntil trenet rengjøringspersonale iført personlig smittevernutstyr kan sørge for dekontaminering. For den enkelte kommune vil dekontaminering være særlig utfordrende da kompetanse og utstyr til sanering av lokaler ikke nødvendigvis er tilgjengelig på kommunalt nivå. Interkommunale avtaler eller avtaler med de regionale kompetansesentrene for smittevern vil være en måte å håndtere slike situasjoner på.

4.14. Smittefarlig avfall i helse- og omsorgstjenesten: Håndtering, transport og avløpsvann

4.14.1. Håndtering og transport av avfall og farlig gods

Smittefarlig avfall og farlig gods skal håndteres, emballeres og merkes i tråd med fastsatte krav.¹⁷ Det er krav om at avfallet skal oppbevares og håndteres, samt transporteres på en måte som verken medfører fare for henholdsvis forurensning eller spredning av smitte til mennesker, dyr eller miljø eller medfører fare for forurensning eller spredning av smitte.¹⁸

4.14.2. Avløpsvann

For laboratorier er det klare krav til håndtering av avløpsvann.¹⁹ For agens i smitterisikogruppe 3, er det anbefalt at avløpsvann skal desinfiseres før uttømming, men for smitterisikogruppe 4 er dette et krav.²⁰

¹⁷ Forskrift om smittefarlig helseavfall fra helsetjeneste og dyrehelsetjeneste mv og forskrift om landtransport av farlig gods.

¹⁸ Forskrift om smittefarlig helseavfall fra helsetjeneste og dyrehelsetjeneste mv.

¹⁹ Jf. arbeidsplassforskriften.

²⁰ Vedlegg 2 i forskrift om tiltaksverdier og grenseverdier for fysiske og kjemiske faktorer i arbeidsmiljøet, samt

I isolasjonsenheter hvor det oppholder seg mennesker eller dyr, som er eller antas å være smittet med biologiske faktorer i smitterisikogruppe 3 eller 4, er det ikke like klart definert hvordan avløpsvann skal håndteres. En eventuell desinfeksjon før uttømming bør baseres på en konkret risikovurdering.

4.15. Håndtering av døde

Ved et alvorlig utbrudd av en allmennfarlig smittsom sykdom kan kommunestyret vedta forholdsregler i forbindelse med gravferd, herunder bestemme at avdøde personer skal kremes, eller at det skal settes i verk andre spesielle tiltak i forbindelse med gravferder.²¹

Forskrift om transport, håndtering og emballering av lik samt gravferd skal sikre at transport, håndtering og emballering av lik, samt gravferd foregår hygienisk forsvarlig for å motvirke overføring av smitte fra lik. Helsedirektoratet kan gi begravellesbyråer pålegg om å ha beredskapsplaner for transport og håndtering av et større antall lik ved epidemier og større ulykker som krever mange dødsopfre.²² Tilsvarende kan den som har forvaltningsansvaret for oppbevaringsrom for lik gis pålegg om å ha en beredskapsplan for hygienisk forsvarlig oppbevaring av et større antall lik. Detaljer om håndtering av lik fremkommer i merknader til forskrift om transport, håndtering og emballering av lik samt gravferd og i retningslinjer om hygieniske forhold m.m. ved håndtering og transport av lik.

Ved høyrisikosmitte regnes de døde som fortsatt smitteførende og skal håndteres med ivaretagelse av strengt smittevernregime i samråd med kommunelege, eventuelt smittevernvakta ved Folkehelseinstituttet. Begravellesbyråer skal ikke håndtere smitteførende lik uten konferering med smittevernansvarlig i kommunen. Håndtering av døde kan medføre like stor smittefare som håndtering av syke, og må utføres av personell som har kunnskap og erfaring i korrekt bruk av beskyttelsesutstyr.

4.16. Gratis tjenester og tiltak

I henhold til smittevernloven kan Helse- og omsorgsdepartementet bestemme at tjenester eller tiltak etter smittevernloven skal være gratis for den som er i fare for å bli smittet med smittsomme sykdommer eller som allerede er det.²³

Det er per i dag gitt bestemmelser med utgangspunkt i denne hjemmelen som sikrer gratis tjenester og tiltak overfor allmennfarlig smittsom sykdom i en rekke forskrifter. Se blant annet blåreseptforskriften § 4 nr. 3 og forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos lege § 3 nr. 7.

5. Kommunikasjon og informasjon

5.1. Ansvar, roller og samordning av kommunikasjonsarbeidet

Helse- og omsorgsdepartementet er ifølge Nasjonal helseberedskapsplan ansvarlig for krisekommunikasjonen. Hver virksomhet har selvstendig ansvar for kommunikasjon om eget

smitterisikogrupper for biologiske faktorer (forskrift om tiltaks- og grenseverdier.

²¹ Smittevernloven § 4-6.

²² Forskrift om transport, håndtering og emballering av lik samt gravferd § 2-2.

²³ Smittevernloven § 6-2.

ansvarsområde. Dette gjelder også ved beredskap og kriser. Nasjonale helsemyndigheter har ansvar for helhetlig oversikt over situasjonen, for å utarbeide informasjon om sykdommen, råd og veiledning til befolkningen og til helse- og omsorgstjenesten. Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet og andre aktuelle etater skal sammen utarbeide koordinerte kommunikasjonsplaner, budskap og kommunikasjons tiltak. Dialogen mellom aktørene i kommunikasjonsarbeidet skal bidra til korrekt og samordnet kommunikasjon der det er ønskelig og naturlig.

Folkehelseinstituttet er i smittevernloven pålagt et ansvar for faglige råd til befolkningen og kommunene. Kommunene, fylkesmennene, de regionale og lokale helseforetakene, Mattilsynet, Statens legemiddelverk og Veterinærinstituttet har ansvar for å uttale seg om tiltak og observasjoner innenfor egne ansvarsområder. Kommunene har selvstendig ansvar for å gi informasjon, råd og veiledning til befolkningen i tråd med føringer fra nasjonale myndigheter.

Ved et alvorlig utbrudd av allmennfarlig smittsom sykdom kan Helse- og omsorgsdepartementet eller Helsedirektoratet pålegge ethvert innenlandsk massemedium å ta inn meldinger til hele befolkningen eller avgrensede grupper av den.²⁴

Ved utbrudd av alvorlig smittsom sykdom skal kommunikasjons-avdelingene i Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet raskt møtes og bli enige om kommunikasjons-utfordringer og fordeling av oppgaver. Ved behov etableres en felles arbeidsgruppe.

Hvordan de ulike kanalene skal benyttes i kommunikasjonsarbeidet, blir en løpende vurdering i det koordinerte kommunikasjonsarbeidet. Det er imidlertid avgjørende at sentrale myndigheter kommuniserer et felles, omforent budskap både til tjenesten og befolkningen.

5.2 Målgrupper

Målgrupper må identifiseres i den aktuelle situasjonen. Kommunikasjons tiltak tilpasses målgruppens behov. Hovedmålgrupper for informasjonen vil som regel være:

- Befolkningen generelt, herunder språklige minoriteter
- Risikogrupper
- Pasienter og pårørende
- Helse- og omsorgstjenesten (alle nivåer)
- Media

5.3 Kommunikasjonskanaler

De viktigste kommunikasjonskanalene vil som regel være:

- Kommunikasjon i linjen til spesialisthelsetjenesten, fylkesmenn, kommuner og fastleger
- www.helsenorge.no skal være felles hovedkanal til befolkningen der kvalitetssikret helsefaglig informasjon skal være lett tilgjengelig for alle
- Faglige råd og fakta til alle relevante målgrupper publiseres alltid oppdatert på fhi.no.
- Helsedirektoratets informasjonstelefon for publikum kan aktiveres ved behov
- Folkehelseinstituttets informasjonstelefoner for helsepersonell: Smittevernvakta, mikrobiologisk beredskapsvakt, rådgivningstelefon for vaksineringsinformasjonstelefon for helsepersonell angående vaksiner og smittevern
- de nasjonale myndighetenes egne nettsteder og www.kriseinfo.no
- Kommunenes egne nettsider

²⁴ Smittevernloven § 4-8.

- Mattilsynets telefontjeneste
- Tradisjonelle medier
- Sosiale medier
- Kommunikasjonsmedarbeider fra Folkehelseinstituttet deltar i feltepidemiologisk gruppe lokalt ved behov
- Helse-CIM

Kommunikasjonsavdelingene i Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet vurderer fortløpende hvilken informasjon som skal publiseres hvor og hvem som har ansvar for utbygging, oppdatering og vedlikehold av informasjonen. For å unngå ekstraarbeid med oppdatering i flere kanaler og fare for motstridende informasjon vil som regel generell og overordnet informasjon bli publisert på helsenorge.no, helsedir.no og kriseinfo.no. Informasjon med kortere levetid legges som hovedregel på fhi.no. Det bør lenkes fra de øvrige nettstedene til fhi.no.

5.4. Aktuelle kommunikasjonsiltak

Kommunikasjonstiltak vurderes ut fra den aktuelle situasjonen. Slike tiltak kan være:

- Felles budskap og talepunkter til bruk ved kontakt med media
- Faktainformasjon og råd til befolkningen – distribueres i ulike kanaler
- Befolkningsundersøkelser for å kartlegge kunnskap, holdninger, behov for informasjon og effekt av kommunikasjonsiltak
- Pressekonferanser
- Tekster til nettsider og sosiale medier
- Svarberedskap sosiale medier
- Informasjonstelefon for befolkningen
- Plakater til oppslag
- Tekster og annet materiell til distribusjon til spesifikke målgrupper
- Betalt eller pålagt kommunikasjon i radio, fjernsyn, på nettsteder, kinoer mv

5.5. Loggføring/dokumentasjon

I HelseCIM opprettes et eget område for hendelsen. Alle kommunikasjonsiltak og mediehenndelser loggføres i HelseCIM. Spesielt viktig er det at alle budskap til befolkningen og helse- og omsorgstjenesten samt eventuelle endringer av disse blir dokumentert.

6. Etiske utfordringer

De vanlige etiske prinsippene ved behandlingstiltak i helse- og omsorgstjenesten er å gjøre godt og samtidig ikke skade, retten til å bestemme selv, og rettferdighetsprinsipper. Dette gjelder for alle parter, både pasienten eller den som er truet av sykdom, pårørende, helsepersonell og samfunnet for øvrig.

I en situasjon med utbrudd av alvorlig smittsom sykdom, vil vurderinger i henhold til disse prinsippene kunne falle ut annerledes enn ellers. Gevinsten for andre parter kan også vektet tyngre enn risikoen for den enkelte for eksempel ved en pandemi.

Gjøre godt og ikke skade: Ved valg av behandling eller tiltak kan det vurderes å bruke vaksine eller behandling som er mindre dokumentert eller ha høyere risiko enn man vanligvis ville ha brukt.

Retten til å bestemme selv: Utgangspunktet er at all helsehjelp forutsetter samtykke. Smittevernloven gir imidlertid anledning til å ta i bruk tvangsmidler for å beskytte andre individer og samfunnet.

Rettferdighet:

Rett til behandling: Alle som oppholder seg i Norge har ved akutt sykdom rett til nødvendig, forsvarlig og omsorgsfull behandling. Dette gjelder også ved smittsomme sykdommer, men personellet må beskyttes.

Prioritering: Det er viktig at man ved en utbruddssituasjon er åpen om grunnlaget for beslutninger om prioriteringer, særlig ved alvorlige utbrudd der prioriteringer kan ha store konsekvenser. Tilbud om behandling eller vaksine ved ressursknapphet bør følge de samme prinsipper som ellers, der man prioriterer de grupper som er spesielt i risiko for å få sykdommen eller har sterkest medisinsk indikasjon, eventuelt nøkkelpersoner, deretter resten av befolkningen. Dette er det valgte prinsipp i pandemiplanen der måletsettingen for prioriteringen (for profylakse og behandling) fulgte tre hovedpunkter:

- Forebygge smittespredning og redusere sykkelighet og død
- Behandle og pleie syke og døende hjemme og i helseinstitusjon
- Opprettholde nødvendige samfunnstjenester innenfor alle sektorer.
- Ved alvorlige smittsomme sykdommer kan behandling av selv en eneste pasient være svært kostnadskrevende og overstige det man vanligvis aksepterer i helse- og omsorgstjenesten. Man bør i denne sammenheng anse deler av kostnaden som samfunnets behov for beskyttelse.

7. Psykososial støtte

Personer som rammes i forbindelse med en alvorlig epidemi, kan oppleve belastninger som fører til behov for bistand fra fagpersoner i kommunenes psykiske helsearbeid eller i det psykiske helsevernet i spesialisthelsetjenesten etter henvisning, slik vi også erfarer fra større katastrofer, ulykker og lignende hendelser. Kommunale kriseteam har en viktig rolle, i samarbeid med smittevernpersonell som kan gi faglige råd. Se mer i "Veileder for psykososiale tiltak ved kriser, ulykker og katastrofer" utarbeidet av Helsedirektoratet 2016²⁵

Nasjonalt og regionalt kompetansesenter om vold og traumatisk stress (NKVTS/RVTS) er en tverrdepartemental satsing for å styrke forskning, utviklingsarbeid, kunnskapsformidling og kompetanseutvikling på volds- og traumefeltet. Senteret samarbeider med regionale ressursmiljøer samt relevante kliniske miljøer, forskningsinstitusjoner og faginstanser og gir helsemyndighetene råd. De kan ved behov bistå i en katastrofesituasjon etter oppdrag fra Helsedirektoratet, eventuelt i samarbeid med Utenriksdepartementet.

5. Økonomiske- og administrative forhold

På generelt grunnlag har den enkelte virksomhet et selvstendig ansvar for å finansiere egen organisering og eget arbeid under utbrudd samt tiltak etter denne planen. Departementet kan bestemme at tjenester eller tiltak etter loven skal være gratis for den som er i fare for å bli smittet med smittsomme sykdommer, eller som allerede er det. Erstatnings- og klageregler fremgår av smittevernloven og den generelle helselovgevingen. Ved alvorlig utbrudd av allmennfarlig smittsom

²⁵ <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1166/Mestrning,-samhorighet-og-hap-veileder-for-psykososiale-tiltak-ved-kriser-ulykker-og-katastrofer-IS-2428.pdf>.

sykdom bærer staten utgiftene for rekvirerte obduksjoner.²⁶ Helse -og omsorgsdepartementet har ansvaret for å vedta kostnadsfordelingen ved vaksinasjon.

8. Øvelser og opplæring

Øvelser er et viktig virkemiddel for på generelt grunnlag å sikre og kontrollere at beredkapsplaner, varslings- og rapporteringslinjer og kommunikasjonsveier er velfungerende. Dette gjelder alle forvaltningsnivåer og alle ledd i helse- og omsorgstjenesten. Justisdepartementet er den sentrale pådriveren for at dette ivaretas på nasjonalt nivå og ikke minst i tverrsektorielle sammenhenger. Alle sektorer og virksomheter har et selvstendig ansvar for å øve egen organisasjon samt gi nødvendig opplæring til ansatte, herunder sikre samvirke med relevante virksomheter. Helse- og omsorgsdepartementet er ansvarlig for den overordnede øvelsesplanleggingen i helsesektoren. Det vises her til Nasjonal helseberedkapsplan. Håndtering av utbrudd av alvorlig smittsom sykdom må øves enten i egne øvelser eller som tema under øvelser med andre hovedmål.

9. Internasjonalt samarbeid

Norden

14. juni 2002 ble det inngått en nordisk helseberedkapsavtale mellom Sverige, Finland, Danmark, Island og Norge samt hjemmestyreområdene Færøyene, Grønland og Åland (i den grad hjemmestyreområdene har gitt samtykke til deltakelse i samarbeidet). Avtalen omfatter samarbeid om forberedelser av beredskapstiltak samt assistanse i tilfelle en kontraherende stat rammes av en krise eller katastrofe. Helsedirektoratet representerer Norge i dette arbeidet.

Verdens helseorganisasjon (WHO)

WHO oppgaver er:

1. Rådgivning: WHO gir medlemslandene råd om beredskap.
2. Internasjonal overvåking: WHO ivaretar internasjonal overvåking
3. Formelle erklæringer og anbefalinger etter Det internasjonale helsereglementet.

Ved utbrudd av alvorlige smittsomme sykdommer vil WHO kommunisere med medlemslandene gjennom nasjonale IHR-kontaktpunkter. I Norge er dette Folkehelseinstituttet.

EU-kommisjonen og Europe an Centre for Disease Prevention and Control (ECDC)

EUs rolle på helseområdet er begrenset slik at ansvaret for helsetjenester ligger i medlemslandene. Europaparlaments- og rådsbeslutning nr. 1082/2013/EU av 22. oktober 2013 om alvorlige helsetrusler over landegrensene inneholder imidlertid tiltak som skal styrke samarbeidet og koordineringen av alle typer alvorlige grensekryssende helsetrusler i EU, for på denne måten å kunne sørge for en høy beskyttelse av folkehelsen. Alle kategorier av grensekryssende trusler mot helsen dekkes av vedtaket, med unntak av stråling.

Landene skal varsle om hendelser som kan ha internasjonal betydning i EU-kommisjonens varslingsssystem EWRS, utveksle informasjon om beredkapsplanlegging samt konsultere hverandre og EU-kommisjonen om planlagte og iverksatte tiltak via Helse-sikkerhetskomiteen (HSC). I Norge er

²⁶ Smittevernloven § 4-5.

Folkehelseinstituttet varslingspunkt for EWRS. Helse- og omsorgsdepartementet deltar som observatør i HSC.

European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) er underlagt EU-kommisjonen. ECDC bidrar til overvåking, gir råd om beredskap og bidrar til kommunikasjon på smittevernområdet med WHO. ECDC bidrar til risikovurderinger og utarbeider kunnskapsbaserte faglige råd om smitteverntiltak.

10. Begreper og definisjoner

Allmennfarlig smittsom sykdom er definert i smittevernloven som en sykdom som er særlig smittsom, eller som kan opptre hyppig, eller har høy dødelighet eller kan gi alvorlige eller varige skader, og som; a) vanligvis fører til langvarig behandling, eventuelt sykehusinnleggelse, langvarig sykefravær eller rekonvalesens, eller b) kan få så stor utbredelse at sykdommen blir en vesentlig belastning for folkehelsen, eller c) utgjør en særlig belastning fordi det ikke fins effektive forebyggende tiltak eller helbredende behandling for den. Helse- og omsorgsdepartementet fastsetter i forskrift hvilke smittsomme sykdommer som skal regnes som allmennfarlige smittsomme sykdommer.²⁷ Det er egne regler i smittevernloven som gjelder for allmennfarlige smittsomme sykdommer.

Alvorlig smittsom sykdom er infeksjonssykdom som kan medføre høy dødelighet eller sykелighet i befolkningen og som krever særlig omfattende tiltak.

Alvorlig utbrudd av allmennfarlig smittsom sykdom er definert i smittevernloven som et utbrudd eller fare for utbrudd som krever særlig omfattende tiltak. Helsedirektoratet kan i tvilstilfelle avgjøre når det foreligger et alvorlig utbrudd av allmennfarlig smittsom sykdom.

Biologiske faktorer er mikroorganismer, cellekulturer og humane endoparasitter og komponenter (stoffer) fra mikroorganismer som kan forårsake helseskade hos mennesker.

Biosikkerhet (engelsk: biosafety) er tiltak som skal hindre smitte av ansatte som følge av arbeid med smittede personer eller eksponering for biologiske materiale fra disse.

Biosikring (engelsk: biosecurity) inkluderer alle tiltak som skal hindre at biologiske faktorer benyttes til å forårsake sykdom som følge av uhell eller overlagte handlinger.

CBRNE-hendelser er ulykker, uhell, tilfeldig/villet skade (terror) eller stridshandlinger som involverer særlig farlige kjemiske stoffer (Chemical), biologiske agens (Biological), radiologisk stråling (Radiation), kjernefysisk materiale (Nuclear) og/eller eksplosiver (E).

CBRNE-senteret: Nasjonal behandlingstjeneste for CBRNE-medisin.

Dekontaminering av miljø, utstyr eller mennesker innebærer mekanisk vask og desinfeksjon av overflater som kan være dekket av smittestoffer. Begrepene «dekontaminering», «sanering» og «rens» brukes ofte synonymt.

DG SANTE: Den kommisjonen i EU som har ansvaret for helsesaker.

DSB: Direktoratet for Samfunnssikkerhet og Beredskap

ECDC: European Centre for Disease Prevention and Control. Det europeiske smittevernbyrået.

²⁷ Forskrift 1.1.95 nr. 100 om allmennfarlige smittsomme sykdommer.

EHEC: Enterohemoragisk E.coli

En smittet person er definert i smittevernloven som en person som har eller det etter en faglig vurdering er grunn til å anta, har en smittsom sykdom slik det er definert i smittevernloven § 1-3 nr. 1. For kroniske infeksjonssykdommer gjelder at en person anses som en smittet person bare når vedkommende er smitteførende eller frembyr slike tegn på aktiv sykdom som medfører at personen kan være smitteførende. Som en smittet person regnes også en person som

EWRS: Early Warning and Response System. EU-kommisjonens varslingsystem for smittsomme sykdommer.

FHI: Folkehelseinstituttet.

FOH: Forsvarets operative hovedkvarter.

HelseCIM: Nettbasert verktøy som brukes for krisehåndtering.

HOD: Helse- og omsorgsdepartementet.

Høyrisikosmittesykdom er infeksjonssykdom som smitter lett mellom mennesker og som er forbundet med høy dødelighet og som det vanligvis ikke finnes effektiv behandling mot. Høyrisikosmittesykdommer er oftest forårsaket av biologiske faktorer i smitterisikogruppe 4.

IHR: Det internasjonale helsereglementet. Administreres av Verdens helseorganisasjon og har til formål å hindre spredning av smittsomme sykdommer over landegrensene gjennom kommunikasjon og handel.

Inneslutningsnivå: Fysiske og andre tiltak som skal begrense biologiske faktorerers kontakt med mennesker og miljø slik at disse sikres et høyt nivå av sikkerhet. Tiltakene er inndelt i fire nivåer, hvor 4 representerer de strengeste tiltakene.

Kohortisolering: Isolering av flere pasienter med samme smittsomme sykdom på samme rom, etasje eller bygning på en slik måte at smitten ikke spres til andre.

MERS: Middle East Respiratory Syndrome.

MSIS: Meldingssystemet for Smittsomme sykdommer. Regulert i MSIS-forskriften.

Nøkkelpersonell er personell som er nødvendige for å kunne opprettholde kritiske samfunnsfunksjoner. Dette gjelder både i og utenfor helse- og omsorgstjenesten. Den enkelte virksomhet må selv definere hvem som regnes som nøkkelpersonell.

OUS: Oslo universitetssykehus HF.

PHEIC: Public Health Emergency of International Concern. Erklæres av generaldirektøren i WHO.

Referanselaboratorier: Laboratorier som har et særskilt ansvar for diagnostikk av spesifikke agens.

RHF: Regionale helseforetak.

SARS: Severe Acute Respiratory Syndrome.

Smitterisikogruppe: Levende biologiske faktorer klassifiseres i fire smitterisikogrupper i henhold til den infeksjonsfaren de representerer:

Smitterisikogruppe 1: En biologisk faktor som vanligvis ikke forårsaker infeksjonssykdom hos mennesker.

Smitterisikogruppe 2: En biologisk faktor som kan forårsake infeksjonssykdom hos mennesker og være til fare for arbeidstakere, men som det er usannsynlig at vil spre seg til samfunnet og som det vanligvis finnes effektive forebyggende tiltak eller behandling mot.

Smitterisikogruppe 3: en biologisk faktor som kan forårsake alvorlig infeksjonssykdom hos mennesker og utgjøre en alvorlig fare for arbeidstakerne, det kan være risiko for spredning til samfunnet, men det finnes vanligvis effektive forebyggende tiltak eller behandling

Smitterisikogruppe 4: en biologisk faktor som forårsaker alvorlig infeksjonssykdom hos mennesker og utgjør en alvorlig fare for arbeidstakerne, det kan være stor risiko for spredning til samfunnet og det finnes vanligvis ingen effektive forebyggende tiltak eller behandling.

Smittsom sykdom er definert i smittevernloven § 1-3 nr. 1 som en sykdom eller smittebærertilstand som er forårsaket av en mikroorganisme (smittestoff) eller del av en slik mikroorganisme eller av en parasitt som kan overføres blant mennesker, inkludert smitte via mat, vann, dyr og vektorer. Som smittsom sykdom regnes også sykdom som er forårsaket av gift (toksin) fra mikroorganismer.

URE: Utenriksdepartementets utrykningsenhet.

Utbrudd: To eller flere tilfeller av samme sykdom med antatt felles kilde (hotell/feriested, utstyr, næringsmidler, vann eller annet), eller flere tilfeller enn forventet av en bestemt sykdom innenfor et område i et gitt tidsrom. Ett enkelt sykdomstilfelle kan også regnes som et utbrudd dersom sykdommen ikke er endemisk i Norge eller det endemiske nivået er svært lavt.

Utbruddsoppklaring er en prosess som kan anvende både mikrobiologiske, epidemiologiske og kliniske metoder parallelt, eventuelt sammen med intervjuer, miljøundersøkelser og inspeksjoner for å få kunnskap om årsaksforhold og smitemåter ved utbruddet slik at effektive tiltak kan iverksettes.

WHO: World Health Organization - Verdens Helseorganisasjon.

Zoonose: Sykdom som smitter fra dyr til mennesker.

11. Lovgrunnlag

I denne planen omtales følgende lover og forskrifter særskilt:

Lov 5. august 1994 nr. 55 om vern mot smittsomme sykdommer (smittevernloven)

Lov 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)

Lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven)

Lov 24. juni 2011 nr. 29 om folkehelsearbeid (folkehelseloven)

Lov 23. juni 2000 nr. 56 om helsemessig og sosial beredskap (helseberedskapsloven)

Lov 25. juni 2010 nr. 45 om kommunal beredskapsplikt, sivile beskyttelsestiltak og Sivilforsvaret (sivilbeskyttelsesloven)

Lov 4. august 1995 nr. 53 om politiet (politiloven)

Lov 17. juni 2005 nr. 62 om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv. (arbeidsmiljøloven)

Forskrift 1. januar 1999 nr. 100 om allmennfarlige smittsomme sykdommer

Forskrift 3. april 1998 nr. 327 om transport, håndtering og emballering av lik samt gravferd

Forskrift 17. juni 2005 nr. 610 om smittevern i helse- og omsorgstjenesten

Forskrift 6. desember 2011 nr. 1356 om utforming og innretning av arbeidsplasser og arbeidslokaler (arbeidsplassforskriften)

Forskrift 21. desember 1993 nr. 1219 om grossistvirksomhet med legemidler

Forskrift 21. desember 2007 nr. 1573 om varsling av og tiltak ved alvorlige hendelser av betydning for

internasjonal folkehelse (IHR-forskriften)

Forskrift 20. juni 2003 nr. 740 om Meldingssystem for smittsomme sykdommer(MSIS-forskriften)

Forskrift 6. desember 2011 nr. 1357 om utførelse av arbeid, bruk av arbeidsutstyr og tilhørende tekniske krav (forskrift om utførelse av arbeid)

Forskrift 18. desember 2009 nr. 1839 om legemidler (legemiddelforskriften)

Forskrift 11. oktober 2005 nr. 1196 om smittefarlig helseavfall fra helsetjeneste og dyrehelsetjeneste

Forskrift 1. april 2009 nr. 384 om landtransport av farlig gods

Forskrift 6. desember 2011 nr. 1358 om tiltaksverdier og grenseverdier for fysiske og kjemiske faktorer i arbeidsmiljøet samt smitterisikogrupper for biologiske faktorer(forskrift om tiltaks- og grenseverdier)

Vedlegg. Viktige institusjonelle aktører og deres samhandling

Det vises til *Nasjonal helseberedskapsplan* for en generell oversikt over aktører, roller, ansvar og samhandling i helse- og omsorgssektoren.

Kommunen

Kommunens oppgaver innen smittevern innebærer at kommunen blant annet skal skaffe seg oversikt over arten og omfanget av smittsomme sykdommer som forekommer i kommunen, drive opplysning om smittsomme sykdommer og gi råd og veiledning om hvordan de forebygges og sørger for at tiltak blir satt i verk.²⁸

Når det er nødvendig for å forebygge en allmennfarlig smittsom sykdom eller for å motvirke at den blir overført, kan kommunestyret fatte vedtak om møteforbud, stenging av virksomhet, begrensning i kommunikasjon, isolering og smittesanering med mer.²⁹

Ved et alvorlig utbrudd av allmennfarlig smittsom sykdom har helsepersonell som har gjennomgått nødvendig opplæring, plikt til å delta og utføre nødvendige oppgaver i smittevernarbeidet etter kommunestyrets nærmere bestemmelse.³⁰

En lege som er ansatt i kommunen eller som yter helse- og omsorgstjenester på vegne av kommunen, har plikt til å delta i forebygging av en allmennfarlig smittsom sykdom og i undersøkelse og behandling av en person som er smittet med en slik sykdom, når det er nødvendig og etter vedtak av kommunestyret.³¹

Kommunens beredskapsplikt følger av både smittevernloven, folkehelseloven, helse- og omsorgstjenesteloven, helseberedskapsloven og sivilbeskyttelsesloven som hjemler regelverket for kommunal beredskapsplikt. I en beredskapssituasjon vil kommunene i praksis iverksette sine smittevernplaner, og i en slik situasjon er det viktig at kommunen har ordninger som bidrar til at kommunelegefunksjonen kan nås. Når kommunen har lagt smittevernoppgavene til et interkommunalt organ, kan kommunestyret delegerer kommunelegens myndighet etter de bestemmelser til en eller flere leger ansatt i dette organet.

Kommunen skal ha nødvendig samfunnsmedisinsk kompetanse for å ivareta oppgaver etter folkehelseloven. Det skal ansettes en eller flere kommuneleger som medisinsk-faglig rådgivere for kommunen for å ivareta blant annet hastekompetanse på kommunens vegne i saker innen miljørettet helsevern, smittevern og helsemessig beredskap.³²

Ved ulykker og andre akutte situasjoner som forårsaker ekstraordinær pågang av pasienter, kan kommunen pålegge personell som i kommunen utfører oppgaver etter helse- og omsorgstjenesteloven å utføre nærmere tilvist arbeid.³³

²⁸Smittevernloven § 7-1.

²⁹ Smittevernloven § 4-1.

³⁰ Smittevernloven § 4-9.

³¹ Smittevernloven § 4-9.

³² Folkehelseloven § 27.

³³ Helse- og omsorgstjenesteloven § 5-3.

Kommuner med utpekte lufthavner og havner

Helsedirektoratet har i tråd med forskrift om varsling av og tiltak ved alvorlige hendelser av betydning for internasjonal folkehelse³⁴ utpekt hvilke havner, lufthavner og grensepasseringssteder som skal ivareta særskilte oppgaver, slik at de kan håndtere en alvorlig hendelse av betydning for internasjonal folkehelse.

De utpekte lufthavnene og havnene ligger i Ullensaker (Oslo lufthavn), Oslo (havn), Bergen (lufthavn og havn) og Tromsø (lufthavn og havn) kommune. Disse kommunene skal til enhver tid ha kapasitet til å sikre hensiktsmessige medisinske tjenester og personell, transportutstyr, m.m. samt kapasitet til å respondere på hendelser som kan utgjøre en alvorlig hendelse av betydning for internasjonal folkehelse i henhold til det internasjonale helsereglementet om krav til kjernekapasitet for utpekte lufthavner og havner. Regioner med ansvar for flyplasser eller havner med internasjonale ankomster generelt må kunne håndtere isolering, evakuering, sanering og transport av mistenkt smitteførende pasienter, samt registrering og oppfølging av ikke smitteførende passasjerer.

Kommunelegen

Kommunelegen skal utføre en rekke oppgaver innen smittevernet. Kommunelegen skal:

- utarbeide forslag til plan for helse- og omsorgstjenestens arbeid med vern mot smittsomme sykdommer, herunder beredskapsplaner og -tiltak og organisere og lede dette arbeidet,
- ha løpende oversikt over de infeksjonsepidemiologiske forholdene i kommunen,
- utarbeide forslag til forebyggende tiltak for kommunen,
- bistå kommunen, helsepersonell og andre i kommunen innenfor smittevern,
- gi informasjon, opplysninger og råd til befolkningen om vern mot smittsomme sykdommer m.m.³⁵

Kommunelegen kan på bestemte vilkår fatte hastevedtak om forskjellige smittevern- og tvangstiltak³⁶, samt fatte vedtak om forbud mot utførelse av arbeid³⁷.

Når behandlende lege ikke har forutsetninger for å foreta videre undersøkelser eller smitteoppsporing, skal kommunelegen overta.³⁸ Plikten inntretr når det er klart at primærlegen ikke har de rette forutsetningene for å foreta smitteoppsporing. Likeså inntretr plikten i alle tilfeller hvor det kan være mistanke om at smitten ikke skriver seg fra en person, men fra kilder i miljøet. Saken blir da et offentlig anliggende som det faller på kommunelegen å følge opp, enten selv eller ved at nødvendig fagekspertise engasjeres i arbeidet.

Kommunelegen kan vedta at en avdød med en allmennfarlig smittsom sykdom skal obduseres dersom det er nødvendig for å fastslå sykdommens art eller for å påvise andre forhold som det er viktig å kjenne til for å kunne forebygge en slik sykdom eller motvirke at den blir overført.³⁹

Regionale helseforetak og helseforetak

³⁴ IHR-forskriften.

³⁵ Smittevernloven §7-2.

³⁶ Smittevernloven §§ 4-1 og 5-8.

³⁷ Smittevernloven § 4-2.

³⁸ Smittevernloven §§3-5 og 3-6

³⁹ Smittevernloven § 4-5.

Det regionale helseforetak skal:

- sørge for at befolkningen i helseregionen er sikret nødvendig spesialistundersøkelse, laboratorieundersøkelse, poliklinisk behandling og sykehusbehandling, forsvarlig isolering i sykehus og annen spesialisthelsetjeneste når det gjelder smittsomme sykdommer
- utarbeide en plan for det regionale helseforetakets tiltak og tjenester for å forebygge smittsomme sykdommer og motvirke at de blir overført.⁴⁰
- utpeke en sykehuslege som kan gjøre vedtak etter smittevernlovens bestemmelse om forbud mot utførelse av arbeid og om hastevedtak sammen med kommunelegen.
- Det regionale helseforetak i helseregionen eller helseforetak som det regionale helseforetak bestemmer, skal inngå samarbeidsavtale med kommunestyret. Slike samarbeidsavtaler skal også omfatte omforente beredskapsplaner og planer for den akuttmedisinske kjeden. Når det avtales samarbeidstiltak, bør avtalen klargjøre ansvarsforholdene, arbeidsgiveransvaret, og hvordan samarbeidstiltaket skal organiseres og finansieres

Regionale helseforetak kan delegerer det operative samordningsansvaret for regionen til ett helseforetak.

Ved ulykker og andre akutte situasjoner som forårsaker ekstraordinær pågang av pasienter, kan det regionale helseforetak pålegge helsepersonell som tjenestegjør i det regionale helseforetak og institusjoner som det regionale helseforetak eier, å utføre nærmere tilvist arbeid. Departementet kan pålegge lege å delta i lokal redningsentral.⁴¹

Spesialisthelsetjenesten er dimensjonert og bemannet ut fra behovet for sykehustjenester i befolkningen. Den strukturen som finnes er etablert ut fra kunnskap om forekomsten av sykdommer og hendelser som krever sykehusinnleggelse. Dersom det oppstår en ekstraordinær situasjon der det er behov for en betydelig økning av kapasiteten innenfor en bestemt sykdomsgruppe (som ved en pandemi) eller dersom pasienter som innlegges lider av en tilstand som krever særlige tiltak (som ved ebolasykdom) vil sykehusenes driftssituasjon settes betydelig på strekk. Alle sykehus må ha planer for å endre aktivitet i tråd med den aktuelle situasjonen.

Ved uventet stor tilstrømning av pasienter til sykehusene, er det nødvendig at sykehusene har tilfredsstillende lokaler der pasienter kan tas imot. Ved behov må ekstra mottakskapasitet etableres i egnede lokaler. Alle helseforetak må ha planer for alternativ utnyttelse av sykehusets sengekapasitet og personellressurser tilpasset en betydelig økt pasienttilstrømning. Dette inkluderer også samarbeidsavtaler med eksterne aktører som kommuner, andre sykehus i regionen og med andre RHF. I situasjoner som krever helt ekstraordinære tiltak, må det utarbeides prosedyrer som sikrer at pasienter håndteres forsvarlig og at helsepersonell blir gitt den nødvendige opplæring. Planer for relevante sikringstiltak må utarbeides.

Det må utarbeides planer for å omdefinere driften og nærmere definere hvilke andre pasienter som midlertidig må vike når en ekstraordinær driftssituasjon oppstår og hvilke kriterier som bør være førende for hvilke pasienter som skal nedprioriteres først.

Om nødvendig må det inngås avtaler med aktuelle yrkesorganisasjoner som sikrer at de samlede personalressurser kan utnyttes mest rasjonelt. Sykehusene må etablere planer som sikrer forsyninger av nødvendig utstyr og materiell.

⁴⁰ Smittevernloven § 7-3.

⁴¹ Spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 d).

Nasjonal behandlingstjeneste for CBRNE-medisin

Nasjonal behandlingstjeneste for CBRNE-medisin er en tjeneste med særskilt kompetanse på kjemiske, biologiske, radiologiske og nukleære skader (stråleskader).

Ved utbrudd av alvorlige smittsomme sykdommer som krever ekstraordinær beredskap og kompetanse, samarbeider CBRNE-senteret bl.a. med pre-hospitale tjenester og med Infeksjonsmedisinsk avdeling ved Oslo universitetssykehus som drifter høysikkerhetsisolatet.

Regionale kompetansesentre for smittevern

De regionale kompetansesentrene for smittevern i Helse Sør-Øst, Helse Midt, Helse Nord og Helse Vest har ansvar for smittevern i sine respektive helseregioner i samarbeid med sykehusene.

Kompetansesentrene har følgende hovedoppgaver:

- Samordne smittevernarbeidet, stimulere til aktivitet og fremme fagutvikling i det regionale helseforetakets helseinstitusjoner.
- Yte sakkyndig hjelp til andre helseinstitusjoner i det regionale helseforetaket, herunder smittevernrådgivning, overvåking, kompetansehevende tiltak for personell, forskning og oppløring av utbrudd i samarbeid med Folkehelseinstituttet.

Fylkesmannen

I generelt samfunnsikkerhets- og beredskapsarbeid er Fylkesmannen en sentral koordinator, samordningsaktør og bindeledd mellom sentralt og kommunalt nivå i helse- og omsorgsberedskapen. Fylkesmannen skal ha særlig oppmerksomhet rettet mot allmennfarlige smittsomme sykdommer, og skal holde Statens helsetilsyn og Helsedirektoratet orientert om forholdene i fylket.⁴²

Helse- og omsorgsdepartementet

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.
- bestemme at lov av 23. juni 2000 nr. 56 om helsemessig og sosial beredskap helt eller delvis skal gjelde på tilsvarende måte når det er påkrevd av hensyn til smittevernet, blant annet for å kunne pålegge kommuner, fylkeskommuner, regionale helseforetak og helsepersonell nødvendig smittevernberedskap
- i forskrift fastsette nærmere bestemmelser om beredskap og beredskapsplaner i forbindelse med et alvorlig utbrudd av en allmennfarlig smittsom sykdom.⁴³
- når det er avgjørende for å motvirke et alvorlig utbrudd av en allmennfarlig smittsom sykdom, fastsette i forskrift at befolkningen eller deler av den skal ha plikt til å la seg vaksinere.
- ved et alvorlig utbrudd av en allmennfarlig smittsom sykdom i forskrift bestemme at personer som ikke er vaksinert; a) må oppholde seg innenfor bestemte områder, b) skal nektes

⁴² Smittevernloven § 7-4.

⁴³ Smittevernloven § 7-11.

deltakelse i organisert samvær med andre, f.eks. i barnehage, skole, møter eller kommunikasjonsmidler, c) må ta nødvendige forholdsregler etter kommunelegens nærmere bestemmelse.⁴⁴

For øvrig vises det til Helse- og omsorgsdepartementets hjemler i smittevernloven til å fastsette forskrifter som kan være relevante i forhold til denne planen.

Helsedirektoratet

Helsedirektoratet forvalter lov- og forskriftsverket innenfor helsesektoren og iverksetter vedtatt politikk. I tillegg har Helsedirektoratet en uavhengig rolle som faglig rådgiver. Gjennom råd, veiledning, opplysning og vedtak etter loven, skal Helsedirektoratet medvirke til at befolkningens behov for tjenester og tiltak blir dekket i forbindelse med smittsomme sykdommer.⁴⁵

Når det er nødvendig for å sikre et effektivt og forsvarlig smittevern, kan Helsedirektoratet:

- bestemme at kommuner, fylkeskommuner eller statlige institusjoner skal organisere eller utføre nærmere bestemte tjenester eller tiltak, samarbeide, eller følge nærmere bestemte retningslinjer. vilkår⁴⁶.
- ved et alvorlig utbrudd av en allmennfarlig smittsom sykdom, og når det er avgjørende å få satt tiltak i verk raskt for å motvirke overføring av sykdommen, treffe vedtak om møteforbud, stenging av virksomhet, begrensning i kommunikasjon, isolering og smittesanering for hele landet eller for deler av landet.^{45,47}

Helsepersonell har plikt til å følge Helsedirektoratets pålegg etter § 7-10 om at en ved smittsom sykdom skal følge bestemte faglige retningslinjer, eller at undersøkelser eller analyser skal gjøres slik Helsedirektoratet bestemmer eller bare må gjøres av noen som Helsedirektoratet har godkjent.⁴⁸ Helsedirektoratet kan reise tvangssak for smittevernemnda i henhold til smittevernloven kapittel 5.

Folkehelseinstituttet

Folkehelseinstituttet er statens smitteverninstitutt. Folkehelseinstituttet har ansvaret for overvåking av infeksjonssykdommer i Norge, og deltar i overvåkingen av den internasjonale epidemiologiske situasjonen, bistår i utbruddsetterforskning, har vaktordning for varsling, smittevernrådgivning, og mikrobiologisk beredskap, utfører helseanalyser, driver forskning på smittevernområdet og har ansvar for blant annet å sikre nødvendig vaksineforsyning og vaksineberedskap.

Folkehelseinstituttet skal gi bistand, råd, veiledning og informasjon til kommunale, fylkeskommunale og statlige institusjoner, helsepersonell og befolkningen om smittsomme sykdommer, smittevern, valg av smitteverntiltak mot smittsomme sykdommer, resistensutvikling, laboratorieundersøkelser m.m.⁴⁹ FHI er kontaktpunkt for EWRS og IHR.

⁴⁴ Smittevernloven § 3-8.

⁴⁵ smittevernloven § 7-10.

⁴⁶ Smittevernloven § 3-8.

⁴⁷ Smittevernloven § 4-1.

⁴⁸ Smittevernloven §§ 3-9 og 7-10.

⁴⁹ Jf. blant annet smittevernloven § 7-9.

Pandemi- og epidemikomiteén

Pandemi- og epidemikomiteén er et rådgivende organ for Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet. Komiteen er sammensatt av personer med kompetanse på smittevern, beredskap og smittsomme sykdommer, deriblant influensa. Komiteen skal gi råd om smitteverntiltak som er relevante før, under og etter utbrudd av alvorlige smittsomme sykdommer. Hensikten er å få et bredt tilfang av faglige innspill, kommentarer og råd til håndteringen av et alvorlig utbrudd eller en pandemi, samt å sikre samhandling og informasjonsutveksling mellom aktørene. Komiteens råd skal bidra til best mulig koordinering av de tiltakene som iverksettes under slike hendelser. Pandemi- og epidemikomiteén er også høringsinstans for planverk som utarbeides av Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet og som omhandler pandemier og epidemier.

Komiteen er ikke en operativ enhet som sitter sammen under et utbrudd. Ved utbrudd av sykdommer som komiteen ikke har tilstrekkelig kunnskap om, kan komiteen utvides med personer som har nødvendig kompetanse.

Pandemi- og epidemikomiteén ledes av Helsedirektøren. Folkehelseinstituttet har sekretariatet for komiteen. Komiteéns arbeidsutvalg (AU) består av komiteens medlemmer fra Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet. Arbeidsutvalget vedtar sammensetning av komiteen og supplerer med nye medlemmer ved behov. Arbeidsutvalget vedtar ved behov innkalling av møter og forbereder saker til komitémøtene.

Matsmittekomitéen

Helse- og omsorgsdepartementet, Landbruks- og matdepartementet og Fiskeri- og kystdepartementet bestemte i 2007 at det skal opprettes en tverretattlig rådgivende gruppe ved Folkehelseinstituttet for å bidra til god koordinering, samhandling og kvalitetssikring under etterforskningen av næringsmiddelbårne utbrudd.

Matsmittekomitéen er en permanent komité med faste medlemmer. Folkehelseinstituttet leder komiteen og holder et sekretariat. Arbeidet i komiteen er beskrevet i Folkehelseinstituttets utbruddsveileder. Instituttet kan på eget initiativ eller på oppfordring fra medlemmene kalle inn til møte i komiteen, dersom det er behov for komiteens kompetanse og bistand til koordinering av de involverte etatene.

Matsmittekomitéen forholder seg til ansvarsprinsippet og etatenes linjestyring. Beslutninger om tiltak, for eksempel tilbaketrekking av produkter eller stenging av virksomheter, må som før, tas av relevant myndighet, som kan være Mattilsynet, eventuelt kommuneoverlegen eller Helsedirektoratet.

Statens helsetilsyn

Statens helsetilsyn skal ha det overordnede tilsynet med at den kommunale, fylkeskommunale og statlige virksomheten er i samsvar med lovverket.⁵⁰

Mattilsynet

Mattilsynet er underlagt Landbruks -og matdepartementet, men er faglig forankret i både Landbruks-

⁵⁰ Smittevernloven § 7-10 a.

og matdepartementet, Nærings- og fiskeridepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet. Mattilsynet skal innenfor sitt ansvarsområde bidra til å hindre at det oppstår alvorlige smittsomme sykdommer som vil kunne påvirke folkehelsen. Ved utbrudd av alvorlig smittsom sykdom i befolkningen der smitten kommer fra næringsmidler, drikkevann eller dyr, har Mattilsynet ansvaret for å iverksette tiltak i matkjeden eller dyrebosetninger og for å spore smitekilden. Mattilsynet samarbeider med lokale og nasjonale smittevernmyndigheter ved næringsmiddelbårne utbrudd og zoonoser.

Veterinærinstituttet

Veterinærinstituttet har kompetanse innen veterinærmedisinsk toksikologi, mykologi, parasittologi, bakteriologi, virologi, patologi, immunologi og epidemiologi, og har landsdekkende diagnostikk, helseovervåking og rådgivning innen det veterinærmedisinske området. Instituttet samhandler aktivt med Mattilsynet i sin beredskapsrolle. En viktig oppgave for instituttet er å gi vitenskapelig baserte råd og risikovurderinger. Instituttet er utstyrt for undersøkelse av mikroorganismer som gir alvorlige smittsomme dyresykdommer og zoonoser (inneslutningsnivå 3-laboratorium) og kan bistå med råd og eventuelt bistand i felten ved mistanke om utbrudd.

Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap

Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (DSB) har ansvar for både nasjonal, regional og lokal samfunnssikkerhet og beredskap. Direktoratet har ansvar for Sivilforsvaret. DSB gir hvert år ut rapporten «Nasjonalt risikobilde» som beskriver alvorlige risikoforhold og presenterer resultater fra risikoanalyser for et utvalg uønskede hendelser med potensielt katastrofale konsekvenser for samfunnet.

DSB er kontaktpunkt for EUs krisemekanisme. Direktoratet er videre ansvarlig for å utarbeide og vedlikeholde en veileder for nasjonal kontinuitetsplanlegging om opprettholdelse av kritiske funksjoner ved høyt personellfravær både for offentlig og privat virksomhet. I tillegg er DSB en støtteressurs for lederdepartementet under utbrudd av alvorlig smittsom sykdom.

Politiet

Politiet skal iverksette og organisere redningsinnsats der menneskers liv eller helse er truet, hvis ikke en annen myndighet er pålagt ansvaret.⁵¹ Plikten til å yte bistand ved gjennomføringen av tiltak er særlig aktuell for politiet.⁵² Politiet skal om nødvendig yte bistand ved gjennomføring av forskjellige smitteverntiltak og karantenetiltak, tvungen legeundersøkelse og tvungen isolering.

I forbindelse med en terroraksjon vil politiet ha svært viktige oppgaver og ha en meget sentral rolle. I en krisesituasjon kan det være behov for forsterket ordenstjeneste. Det kan tenkes iverksatt særskilt grensekontroll, vakthold/karantene ved fly osv.

Forsvaret

Helsedirektoratet og Forsvaret ved Forsvarets operative hovedkvarter har inngått avtale om gjensidig

⁵¹ Politiloven § 27.

⁵² Jf. smittevernloven § 4-10.

bistand.⁵³ Avtalen gir retningslinjer om Forsvarets anmodning om bistand fra helse- og omsorgstjenesten og omvendt. Bistand fra Forsvaret med strategisk luftevakuering er regulert i avtale vedrørende gjensidig bistand.⁵⁴ av mellom Helsedirektoratet og Forsvaret ved Forsvarets operative hovedkvarter.

Utenriksdepartementet

Utenriksdepartementet har ansvar for på gi offisielle reiseråd og for koordinering og samhandling med myndighetene i berørte land. UD har videre ansvar for egne utenriksstasjoner og –personell. Ved hendelser eller trusselsituasjoner som kan ramme nordmenn eller norske interesser i utlandet, kan UD opprette en utrykningsenhet, Utenriksdepartementets utrykningsenhet (URE), for å forsterke utenriksstasjonenes krisehåndteringsevne. Enheten skal hjelpe utenriksstasjonen med å ivareta sine oppgaver overfor egne borgere. Utrykningsenheten består av personell fra UD, politiet og helse- og omsorgstjenesten.

Er det ytterligere behov for helsepersonell, forsterkes URE med helseteam. Helseteamenes primære oppgave er å bistå den aktuelle utenriksstasjonen med å gi medisinsk bistand til nordmenn. Ved behov skal de behandle syke og skadde og klargjøre disse for transport til Norge.

I henhold til utenriksinstruksen skal utenriksstasjonene rapportere til Folkehelseinstituttet om forekomst av smittsomme sykdommer med særlig høy alvorlighet innenfor stasjonens embetsdistrikt. Rapportene fra utenriksstasjonene kan inngå i beslutningsgrunnlaget for iverksetting av tiltak overfor reisende til Norge, tiltak overfor import av matvarer til Norge og rådgivning overfor reisende til det aktuelle land. Det er derfor viktig at innberetning til Folkehelseinstituttet skjer tidlig.

Kriseutvalg for beredskap mot biologiske hendelser med rådgivere, samt mandat for Fylkesmannen

Biologiske hendelser er naturlige utbrudd av smittsomme sykdommer og tilsiktede handlinger med biologisk materiale i fredstid, ved sikkerhetspolitiske kriser og ved væpnet konflikt, som kan ha alvorlige konsekvenser for liv, helse og miljø og andre viktige samfunnsinteresser. Forebygging og håndtering av biologiske hendelser krever samvirke mellom flere sektorer. Det etableres et tverrsektorielt samvirkeområde for biologiske hendelser på etatsnivå for å kunne stille ekspertise til rådighet og sørge for rask koordinert iverksettelse av tiltak for å beskytte liv, helse, miljø og andre viktige samfunnsinteresser ved biologiske hendelser. Samvirkeområdet består av et kriseutvalg med ledelse, rådgivere og sekretariat. Kriseutvalgets mandat omfatter biologiske hendelser som finner sted i Norge og på norsk territorium utenfor Norge og som ikke har direkte konsekvenser på norsk territorium, dersom hendelsen berører nordmenn eller norske interesser.

⁵³ 7.12 2011

⁵⁴ 12.12.2011