Nasjonal beredskapsplan
mot utbrudd av alvorlige smittsomme sykdommer
Innhold

1 Innledning ............................................................................................................. 5
2 Begreper og definisjoner ..................................................................................... 7
3 Mål, strategier, prinsipper og organisering ....................................................... 11
4 Tiltak for å overvåke og oppdage utbrudd ............................................................... 14
   4.1 Melding av smittsomme sykdommer ............................................................... 14
   4.2 Varsling av smittsomme sykdommer ............................................................... 14
   4.3 Rapportering fra helse- og omsorgstjenesten .................................................. 18
5 Tiltak ved utbrudd av alvorlig smittsom sykdom .................................................... 19
   5.1 Generelle virkemidler ved utbrudd av alvorlig smittsom sykdom ................. 19
   5.2 Valg av smitteverntiltak .................................................................................. 23
   5.3 Utbruddsoppklaring ......................................................................................... 24
   5.4 Folkehelseinstituttets feltepidemiologiske gruppe ............................................. 25
   5.5 Medisinsk mikrobiologisk diagnostikk og beredskap ....................................... 25
   5.6 Første vurdering og undersøkelse ved alvorlig smittsom sykdom .................. 27
   5.7 Håndtering av pasient med alvorlig smittsom sykdom ................................... 28
   5.8 Behandlingskapasitet og kohortisolering ved store utbrudd ............................ 30
   5.9 Legemidler ..................................................................................................... 32
   5.10 Vaksiner ....................................................................................................... 32
   5.11 Sanering og dekontaminering ...................................................................... 35
   5.12 Smittefarlig avfall i helse- og omsorgstjenesten: håndtering, transport og avløpsvann ........................................................................................................... 35
   5.13 Håndtering av døde ....................................................................................... 36
   5.14 Dekninger av utgifter ved smitteverntiltak ...................................................... 36
<table>
<thead>
<tr>
<th>Kapittel</th>
<th>Beskrivelse</th>
<th>Side</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>6 Kommunikasjon og informasjon</td>
<td>Ansvar, roller og samordning av kommunikasjonsarbeidet</td>
<td>37</td>
</tr>
<tr>
<td>6.2 Målgrupper</td>
<td></td>
<td>37</td>
</tr>
<tr>
<td>6.3 Kommunikasjonskanaler</td>
<td></td>
<td>37</td>
</tr>
<tr>
<td>6.4 Aktuelle kommunikasjonstiltak</td>
<td></td>
<td>38</td>
</tr>
<tr>
<td>6.5 Loggføring/dokumentasjon</td>
<td></td>
<td>38</td>
</tr>
<tr>
<td>7 Etiske utfordringer</td>
<td></td>
<td>40</td>
</tr>
<tr>
<td>8 Psykososial støtte</td>
<td></td>
<td>41</td>
</tr>
<tr>
<td>9 Økonomiske- og administrative forhold</td>
<td></td>
<td>42</td>
</tr>
<tr>
<td>10 Øvelser og opplæring</td>
<td></td>
<td>44</td>
</tr>
<tr>
<td>11 Internasjonalt samarbeid</td>
<td></td>
<td>45</td>
</tr>
<tr>
<td>11.1 Verdens helseorganisasjon (WHO)</td>
<td></td>
<td>45</td>
</tr>
<tr>
<td>3.1 EU-kommisjonen og European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC)</td>
<td></td>
<td>45</td>
</tr>
<tr>
<td>3.2 Norden</td>
<td></td>
<td>45</td>
</tr>
<tr>
<td>12 Vedlegg 1. Lovgrunnlag</td>
<td></td>
<td>46</td>
</tr>
<tr>
<td>13 Vedlegg 2. Mandat for og sammensetning av beredskapsutvalget mot biologiske hendelser, samt koordinering på regionalt nivå</td>
<td></td>
<td>47</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Innledning

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. Antimikrobiell resistens (AMR) vil bety at infeksjoner som tidligere ikke har vært assosiert med alvorlige utfall, i fremtiden vil forårsake høyere sykelighet og dødelighet i befolkningen.

De senere årene har flere internasjonale utbrudd av sykdommer som Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS), Middle East Respiratory Syndrom (MERS), pandemisk influensa, ebolavirusfeber og zikavirusfeber kreved stor beredskapsnivå i Norge. I tillegg har vi hatt flere innenlandske alvorlige utbrudd av sykdommer som enterohemoragisk E. coli (EHEC), legionella og Giardia lamblia. Erfaringer fra utbruddene tilsier at det er nødvendig å opprettholde og forbedre vår beredskap mot utbrudd av smittsomme sykdommer.

Nasjonal beredskapsplan mot utbrudd av alvorlige smittsomme sykdommer retter seg først og fremst mot ledere, leger og annet helsepersonell i primær- og spesialisthelsetjenesten, men er også relevant for andre sektorer som er involvert. Utbrudd av alvorlige smittsomme sykdommer kan potensielt få store samfunnsmessige konsekvenser og berøre etablerte og lovpålagte ordninger innen helseberedskap og samfunnssikkerhet generelt. Helse- og omsorgsdepartementet har derfor fastsatt mandat for Beredskapsutvalget mot biologiske hendelser med rådgivere samt koordinering på regionalt nivå.

Nasjonal beredskapsplan mot utbrudd av alvorlige smittsomme sykdommer er en generisk plan. Planen er basert på gjeldende lovverk og er underordnet Nasjonal helseberedskapsplan, som er et nasjonalt rammeverk for alle typer helsekriser.

1 Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten [FOR-2016-10-28-1250]

2 https://www.regjeringen.no/contentassets/17d1a438f21f4986989a3a1441ae2d79/helseberedskapsplan_010118.pdf

Nasjonal helseberedskapsplan

Mandat for Beredskapsutvalget mot biologiske hendelser med rådgivere samt koordinering på regionalt nivå

Nasjonal beredskapsplan mot utbrudd av alvorlige smittsomme sykdommer

Nasjonal plan mot pandemisk influensa

Andre sykdomsspesifikke planer

Andre generelle og sykdomsspesifikke veiledere: se Folkehelseinstituttets nettsider

Figur 1: Plassering av Nasjonal beredskapsplan mot utbrudd av alvorlige smittsomme sykdommer i forhold til Nasjonal helseberedskapsplan og andre nasjonale beredskapsplaner og veiledere.

Det er i tillegg utarbeidet en nasjonal plan for pandemisk influensa, som inneholder sykdomsspesifikke råd for helse- og omsorgstjenesten og befolkningen (Figur 1). Denne planen er relevante for alle nivåer av norsk helsetjeneste. Det er også utgitt ulike veiledere, rapporter og nasjonale retningslinjer (Tabell 1). Ved andre alvorlige utbrudd av smittsomme sykdommer med risiko for spredning i Norge, vil det ved behov bli utarbeidet ytterligere planer og veiledere.
Tabell 1: Oversikt over relevante veiledere, rapporter og retningslinjer

| Generelle veiledere                        |
|                                          |
| Smittevernveilederen                      |
| Vaksinasjonsveilederen for helsepersonell |
| Isoleringsveilederen                      |
| Utbruddsveilederen (sykdomsutbrudd forårsaket av smitte fra matvarer, drikkevarer, drikkevann eller dyr) |
| Rettleiar til forskrift om smittevern i helsetenesta |
| Veileder for mikrobiologiske laboratorieanalyser |
| Veileder for psykososiale tiltak ved kriser, ulykker og katastrofer |
| Sykdomsspesifikke veiledere               |
| Ebolaveilederen                           |
| Forebygging av legionellasmitte – en veiledning |
| Tuberkuloseveilederen                     |
| Rapporter                                |
| Faglige råd for prehospital håndtering, transport og sykehusinnlegging ved mistenkt eller bekrøftet ebolavirusykdom (EVD – Ebola Virus Disease) og andre typer viral hemoragisk feber (VHF) som smitter mellom mennesker |
| Nasjonal legemiddelberedskap – strategi og plan |
| Nasjonale retningslinjer                  |
| Nasjonal faglig retningslinje for håndtering av CBRNE-hendelser med personskade |

Lov 5. august 1994 nr. 55 om vern mot smittsomme sykdommer (smittevernloven) skiller mellom allmennfarlig smittsom sykdom og andre smittsomme sykdommer. Alvorlige smittsomme sykdommer vil som oftest, men ikke alltid, være definert som allmennfarlig smittsom sykdom etter smittevernloven og fastsatt i forskrift om allmennfarlige smittsomme sykdommer.3 Dersom en sykdom er definert som en allmennfarlig smittsom sykdom, vil det være egne bestemmelser i smittevernloven som kommer til anvendelse, når det gjelder for eksempel smitteoppsporing, hvilke smitteverntiltak som kan benyttes, gratis legehjelp og behandling samt for bruk av tvang.

Helse- og omsorgsdepartementet har myndighet til å fastsette endring i forskrift om allmennfarlige smittsomme sykdommer.4 Ved vurderingen av hvilke sykdommer som bør regnes som allmennfarlige smittsomme sykdommer, tar departementet utgangspunkt i lovens definisjon av allmennfarlig smittsom sykdom.5 I vurderingen vil departementet også ta med råd og faglige vurderinger fra Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet. Den faglige vurderingen vil være avhengig av situasjonen og en forskriftsendring kan skje raskt og uten forutgående høring, jf. forvaltningslovens unntaksregler om dette.

---

3 Forskrift om allmennfarlige smittsomme sykdommer
4 Smittevernloven § 1-3
5 Smittevernloven § 1-3 første ledd nr. 3
I denne planen brukes begrepet «alvorlig smittsom sykdom» om alle smittsomme sykdommer som kan føre til høy dødelighet eller sykelighet i befolkningen og som krever særlig omfattende tiltak. I praksis vil det være Folkehelseinstituttet som vurderer om det foreligger et utbrudd av en alvorlig smittsom sykdom.

For alvorlige smittsomme sykdommer som er forårsaket av biologiske faktorer i smitterisikogruppe 4 («Bio Safety Level (BSL) 4») – brukes ofte begrepet «høyrisikosmittesykdom». «Høyrisikosmittesykdom» er en alvorlig smittsom sykdom som smitter lett mellom mennesker og som er forbundet med høy dødelighet og som det vanligvis ikke finnes effektiv behandling mot.

Tabell 2: Begreper og definisjoner

<table>
<thead>
<tr>
<th>Begreper for allmennfarlige smittsomme sykdommer</th>
<th>Definisjon</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Allmennfarlig smittsom sykdom</strong></td>
<td>Definert i smittevernloven § 1-3 nr. 3 som en sykdom som er særlig smittsom, eller som kan oppvre hyppig, eller har høy dødelighet eller kan gi alvorlige eller varige skader, og som</td>
</tr>
<tr>
<td>a) vanligvis fører til langvarig behandling, eventuelt sykehusinnleggelse, langvarig sykefravær eller rekonvalesens, eller</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>b) kan få så stor utbredelse at sykdommen blir en vesentlig belastning for folkehelsen, eller</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>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. Det er egne bestemmelser i smittevernloven som gjelder for allmennfarlige smittsomme sykdommer.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Alvorlig smittsom sykdom</strong></td>
<td>En smittsom sykdom som kan føre til høy dødelighet eller sykelighet i befolkningen og som krever særlig omfattende tiltak.</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Alvorlig utbrudd av allmennfarlig smittsom sykdom</strong></td>
<td>Definert i smittevernloven § 1-3 nr. 4 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.</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Biologiske agens</strong></td>
<td>Mikroorganismer (bakterier, virus, sopp og mikroskopiske parasitter), cellekulturer og humane endoparasitter og komponenter (stoffer) fra mikrokorganismer som kan forårsake helseskade hos mennesker.</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Biosikkerhet (engelsk: biosafety)</strong></td>
<td>Tiltak som skal hindre smitte av ansatte som følge av arbeid med smittede personer eller eksponering for biologiske materiale fra disse.</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Biosikring (engelsk: biosecurity)</strong></td>
<td>Inkluderer alle tiltak som skal hindre at biologiske faktorer benyttes til å forårsake sykdom som følge av uhell eller overlagte handlinger.</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>CBRNE-hendelser</strong></td>
<td>Ulykker, uhell, tilfeldig eller tilsiktet skade (terror) og ulike stridshandlinger som involverer kjemiske stoffer (Chemical), biologiske agens (Biological), radioaktiv stråling (Radioactive), kjernefysisk materiale (Nuclear) og/eller eksplosiver (Explosives).</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>CBRNE-senteret</strong></td>
<td>Nasjonal behandlingstjeneste for CBRNE-medisin.</td>
</tr>
<tr>
<td>Term</td>
<td>Definition</td>
</tr>
<tr>
<td>----------------------</td>
<td>----------------------------------------------------------------------------</td>
</tr>
<tr>
<td>DG SANTE</td>
<td>Directorate-General for Health and Food Safety. Avdeling i Europakommisjonen som har ansvaret for helsesaker og mattrygghet.</td>
</tr>
<tr>
<td>DSB</td>
<td>Direktoratet for Samfunnssikkerhet og Beredskap</td>
</tr>
<tr>
<td>ECDC</td>
<td>European Centre for Disease Prevention and Control. Det europeiske smittevernsenteret.</td>
</tr>
<tr>
<td>EHEC</td>
<td>Enterohemoragisk E. coli</td>
</tr>
<tr>
<td>FABCs</td>
<td>Forsvarets ABC-skole (ABC-verneskolen)</td>
</tr>
<tr>
<td>FFI</td>
<td>Forsvarets forskningsinstitutt</td>
</tr>
<tr>
<td>FHI</td>
<td>Folkehelseinstitutt</td>
</tr>
<tr>
<td>FML</td>
<td>Forsvarets mikrobiologiske laboratorium</td>
</tr>
<tr>
<td>FOH</td>
<td>Forsvarets operative hovedkvarter</td>
</tr>
<tr>
<td>FSAN</td>
<td>Forsvarets sanitet</td>
</tr>
<tr>
<td>HOD</td>
<td>Helse- og omsorgsdepartementet</td>
</tr>
<tr>
<td>Høyrisikosmitte-</td>
<td>Er en alvorlig smittsom sykdom som smitter lett mellom mennesker og som er for bundet med høy dødelighet og som det vanligvis ikke finnes effektiv behandling mot. Høyrisikosmitte-sykdommer er oftest forårsaket av biologiske faktorer i smitterisikogruppe 4.</td>
</tr>
<tr>
<td>sykdom</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>IHR 2005</td>
<td>The International Health Regulations. Det internasjonale helsereglementet dreier seg om regler for varslings av og vorn mot internasjonale helsetrusler, blant annet av smittsomme sykdommer.</td>
</tr>
<tr>
<td>Inneslutningsnivå</td>
<td>Fysiske og andre tiltak som skal begrense biologiske faktorers 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.</td>
</tr>
<tr>
<td>Kohortisolering</td>
<td>Isolering av flere pasienter med samme smittsomme sykdom på samme rom, etasje eller bygning på en slik måte at smitten ikke spres til andre.</td>
</tr>
<tr>
<td>Krisestøtteverkøyet</td>
<td>(Crisis incident management) er et norskutviklet enhetlig krisestøtteverktøy for offentlige etater.</td>
</tr>
<tr>
<td>CIM (Crisis Incident Management)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>MERS</td>
<td>Middle East Respiratory Syndrome</td>
</tr>
<tr>
<td>MSIS</td>
<td>Meldingssystemet for Smittsomme sykdommer. Regulert i MSIS-forskriften.</td>
</tr>
<tr>
<td>OUS</td>
<td>Oslo universitetssykehus HF</td>
</tr>
<tr>
<td>PHEIC</td>
<td>Public Health Emergency of International Concern. Etter det internasjonale helsereglementet kan generaldirektøren i WHO erklære en hendelse for å være en alvorlig hendelse av betydning for folkehelsen.</td>
</tr>
<tr>
<td>Point of Entry</td>
<td>Som ledd i implementering av Internasjonal helsereglement, er Ullensaker, Oslo, Bergen og Tromsø utpekt som «Point of Entry» kommuner. Disse kommunene skal sørge for å ha utpekte havner, lufthavner og grensepasseringssteder med tilgang til lokaler, personale og utstyr som er nødvendig for å kontrollere passasjerer, bagasje, last, containere, transportmidler, humant biologisk materiale, postsendering og varer (herunder dyr og planter), for å beskytte mot en alvorlig hendelse av betydning for internasjonal folkehelse.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

8
Referanse-laboratorier | En institusjon som er tildelt en nasjonal medisinsk mikrobiologisk referansefunksjon og som har et landsdekkende ansvar for å utføre eller videreføre undersøkelser vedrørende definerte agens, på vegne av alle andre laboratorier.

RHF | Regionale helseforetak

SARS | Severe Acute Respiratory Syndrome

Smittestoff-gruppe | Levende biologiske faktorer klassifiseres i fire smittestoffgrupper i henhold til den infeksjonsfaren de representerer:

| Smittestoff-gruppe | En biologisk faktor som vanligvis ikke forårsaker infeksjonssykdom hos mennesker.
| Smittestoff-gruppe 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.
| Smittestoff-gruppe 3 | En biologisk faktor som forårsaker alvorlig infeksjonssykdom hos mennesker og utgjør en alvorlig fare for arbeidstakene, men som det er usannsynlig at vil spre seg til samfunnet og som det vanligvis finnes effektive forebyggende tiltak eller behandling.
| Smittestoff-gruppe 4 | En biologisk faktor som forårsaker alvorlig infeksjonssykdom hos mennesker og utgjør en alvorlig fare for arbeidstakene, som det er stor risiko for spredning til samfunnet og som det finnes vanligvis ingen effektive forebyggende tiltak eller behandling.

Smittet person | En person som har eller etter en faglig vurdering antas å ha en smittsom sykdom eller smittebærlighet som er forårsaket av mikroorganismer (smittestoff) som kan overføres blant mennesker, av parasitt som kan overføres blant mennesker eller av gift (toksin) fra mikroorganismer. Friske og syke smittebærere og personer som ikke er smitteførende omfattes.

Smittsom sykdom | En sykdom eller smittebærlighet som er forårsaket av mikroorganismer (smittestoff) som kan overføres blant mennesker, av parasitt som kan overføres blant mennesker eller av gift (toksin) fra mikroorganismer.

URE | Utenriksdepartementets utrykningsenhet

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

Utbrudds-opplæring | 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 smitteråder ved utbruddet slik at effektive tiltak kan iverksettes.

Vesuv | Folkehelseinstituttets web-baserte system for utbruddsvarsling som benyttes til varsling av utbrudd. Systemet ivaretar spesialisthelsetjenestenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenestens varslingsplikt og Mattilsynets varslings- og rapporteringsordning.

WHO | World Health Organization - Verdens Helseorganisasjon

Zoonose | Infeksjonssykdom som kan smitte fra dyr til menneske. Smitten kan overføres ved direkte kontakt med infiserte levende eller døde dyr, indirekte kontakt via miljø og vekter (insekter og flått), samt direkte gjennom mat produsert fra infiserte dyr, eller indirekte gjennom kontaminert vann, annen drikke eller mat.
Mål, strategier, prinsipper og organisering

Målet med planen er å sikre en felles nasjonal beredskapsplanlegging for å håndtere utbrudd av alvorlige smittsomme sykdommer.

Planen skal bidra til å:
• forebygge og begrense smittespredning, sykdom og død
• forberede god behandling og omsorg til syke og døende
• opprettholde tillit og trygghet i samfunnet gjennom kunnskapsbasert og helhetlig informasjon og retningslinjer til befolkningen og alle samfunnsetasjer
• opprettholde nødvendige samfunnssammenheng i alle sektorer

Strategiene for å forebygge og møte utbrudd av alvorlige smittsomme sykdommer vil variere noe, avhengig av type utbrudd, men vil som Regel omfatte:
• overvåking, varsling og klargjøring av situasjonen gjennom rapportering
• generelle smitteventiltak (f.eks. hånd- og hostehygiene)
• vaksinasjon
• medisinsk behandling av syke
• ved behov omstilling og omdiskonering av ressurser for å øke kapasiteten
• isolering og karantene

Planen tar utgangspunkt Nasjonal helseberedskapsplan6, som gir oversikt over prinsipper for helse- og omsorgstjenestens beredskap, regelverk, aktørenes roller og ansvar og samarbeid mellom dem om forebygging, beredskapsforberedelser og håndtering av hendelser og kriser. Formålet med helseberedskapen er å verne befolkningens liv og helse, og sørge for medisinsk behandling, pleie og omsorg til berørte personer i kriser, katastrofer og krig.

6 https://www.regjeringen.no/contentassets/17d1a438f21f4986989a1441ae2d79/helseberedskapsplan_010118.pdf

Figuur 2: Grunnleggende beredskapsprinsipper

Ansvaret: Den som har ansvar for et fagområde eller en tjeneste, har også ansvaret for nødvendige beredskapsforberedelser og håndtering av ekstraordinære hendelser. Ansvarsprinsippet er nedfelt i lov av 23. juni 2000 nr.56 om helsemessig og sosial beredskap (helseberedskapsloven) § 2-1

Nærhet: Kriser skal organisatorisk håndteres på lavest mulig nivå

Likhet: Den organisationen man etablerer under kriser skal være mest mulig lik den man opererer med til daglig. Dette følger også av ansvarsprinsippet

Samvirke: Alle virksomheter har selvstendig ansvar for å sikre best mulig samvirke med relevante aktører i forebygging, beredskap og krishåndtering

Figur 2: Grunnleggende beredskapsprinsipper

Helse- og omsorgsetasjens beredskap for å håndtere utbrudd av alvorlige smittsomme sykdommer bygger på det daglige folkehelsearbeidet og den daglige helse- og omsorgstjenesten. Den daglige tjenesten er sammen med forebygging, planlegging og øvelser grunnlaget for å håndtere alle hendelser og kriser, inkludert utbrudd av alvorlige smittsomme sykdommer.
Figur 3: Aktørene i helse- og omsorgssektoren

I denne planen beskrives hvordan håndtering av en smittesituasjon skal skje på ulike nivå.


Utbrudd av alvorlige smittsomme sykdommer kan også innebære behov for nasjonal koordinering med flere sektorer. Helse- og omsorgsdepartementet har derfor lagt til rette for at de mest sentrale beslutningstakerne på nasjonal direktoratsnivå kan komme sammen og koordinere sin innsats for å beskytte liv, helse, miljø og andre viktige samfunnsinteresser ved biologiske hendelser som krever nasjonal koordinering mellom flere sektorer. Departementet har gjort dette ved å fastsette et mandat som etablerer Beredskapsutvalget mot biologiske hendelser, med rådgivende virksomheter og sekretariat, og klargjør fylkesmennens og sysselmannens koordinerende rolle på regionalt nivå. Direktøren i Helsedirektoratet leder utvalget og samarbeider med Folkehelseinstituttet om sekretariatsfunksjonen. Øvrige deltakere er CBRNE-senteret ved Oslo Universitetssykehus HF, Mattilsynet, Statens legemiddelverk, Politidirektoratet, Direktoratet for
samfunnssikkerhet og beredskap, Forsvarsstaben, Utenriksdepartementet og Miljødirektoratet. Mandatet (Vedlegg 2) omfatter biologiske hendelser i fredstid, ved sikkerhetspolitisk kriser og væpnnet konflikt:

- i Norge og på norsk territorium
- utenfor Norge og som kan få direkte konsekvenser på norsk territorium, og
- utenfor Norge og som ikke har direkte konsekvenser på norsk territorium, dersom hendelsen berører et større antall nordmenn eller viktige norske interesser

**Beredskapsutvalget mot biologiske hendelser med rådgivere**

![Diagram av beredskapsutvalget mot biologiske hendelser med rådgivere]

**Figur 4: Aktørene i helseberedskapen**
4

Tiltak for å overvåke og oppdage utbrudd

Folkehelseinstituttet har ansvaret for å overvåke den nasjonale epidemiologiske situasjonen og delta i overvåkingen av den internasjonale situasjonen. Overvåkingen er regulert i forskrift om Meldingssystem for smittsomme sykdommer (MSIS-forskriften) og i forskrift om varsling av og tiltak ved alvorlige hendelser av betydning for internasjonal folkehelse mv. (IHR-forskriften)7 som beskriver meldings- og varslingsplikter for helsepersonell og myndigheter.

Kommunelege, fylkesmannen, Helsedirektoratet, Statens helsetilsyn og Folkehelseinstituttet kan kreve opplysninger fra offentlige kilder eller privat helse- og omsorgstjeneste uten hinder av lovbestemt taushetsplikt når det er nødvendig for iverksetting av tiltak eller for oversikt og kontroll i forbindelse med smittsomme sykdommer.8

Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet kan i en smittesituasjon etablere utbruddsregister med helseopplysninger for å håndtere beredskaps situasjoner, i samsvar med helseberedskapsloven.9


4.1 Melding av smittsomme sykdommer

Meldingssystemet for smittsomme sykdommer (MSIS) er det nasjonale overvåkingssystemet for smittsomme sykdommer. Systemet er basert på at medisinsk-mikrobiologiske laboratorier og diagnostiserende leger melder alle tilfeller av sykdommer som er meldingspliktige til MSIS.10,11 Hvilke sykdommer som skal meldes følger av vedlegg 1 til Forskrift om Meldingssystem for smittsomme sykdommer (MSIS-forskriften).

Helse- og omsorgsdepartementet avgjør hvilke sykdommer som er meldingspliktige i MSIS og hvilke sykdommer som tilhører hvilken sykdomsgruppe. Ved alvorlig hendelse av betydning for folkehelsen kan departementet gi bestemmelser om hvilke smittsomme sykdommer som tilhører hvilken sykdomsgruppe i MSIS uten forutgående forhåndsvarsling. Folkehelseinstituttet er datasansvarlig for innsamling og behandling av helseopplysninger i MSIS.

MSIS skal bidra til overvåking av smittsomme sykdommer hos mennesker i Norge gjennom fortløpende og systematisk innsamling, analyse, tolkning og rapportering av opplysninger om forekomst av smittsomme sykdommer. MSIS skal 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.

For å oppnå formålet med MSIS som et nasjonalt overvåkingssystem for smittsomme sykdommer basert på mikrobiologiske laboratoriefunn, er det innført pikt til å melde inn alle mikrobiologiske
prøvesvar (både positive og negative) fra laboratorier elektronisk til MSIS-registeret.

4.2 Varsling av smittsomme sykdommer

Med varsling menes en umiddelbart formidlet beskjed på en slik måte at varsleren umiddelbart kan forvisse seg om at mottakeren har mottatt varslet. Et varsel gis vanligvis per telefon.

Det er to typer varslinger som kan være aktuelle ved påvisning eller mistanke om smittsomme sykdommer eller andre smittevernsituasjoner:
• varsling etter MSIS-forskriften
• varsling etter IHR-forskriften

Varsling etter MSIS-forskriften

Det er varslingsplikt for enkelttilfeller av visse sykdommer og for visse typer utbrudd av smittsomme sykdommer. Med utbrudd menes to eller flere tilfeller med antatt felles kilde eller flere tilfeller enn forventet av en bestemt sykdom innenfor et område i et gitt tidsrom. Det skal også varsles om enkelttilfeller av sykdommer som normalt ikke forventes å forekomme i Norge.

Fire typer utbrudd skal varsles:
• utbrudd av de sykdommene som er meldingspliktige i MSIS
• utbrudd av særlig alvorlige sykdommer, det vil si sykdommer med høy dødelighet, alvorlig sykdomsbilde eller høy kompleksjonsrate
• utbrudd som mistenkes å være næringmiddelbårne
• særlig omfattende utbrudd.

Varsling om smittsom sykdom kommer i tillegg til den skriftlige meldingen til MSIS. Det skal bare varsles om sykdommer fastsatt på listen og der varslingen er nødvendig for at smitteventiltak umiddelbart kan iverksettes for å forebygge flere tilfeller.

Varsling skal bidra til at:
• enkelttilfeller eller utbrudd raskt kan sees i sammenheng slik at større utbrudd oppdages tidlig og smitteventiltak 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 varslingsystemer

Ved utbrudd med et tidligere ukjent agens som ikke er inkludert på varslingslisten og ikke er definert som allmennfarlig smittsom sykdom, kan Helse- og omsorgsdepartementet raskt gjøre nødvendige regelverksendringer uten forutgående høring.

Folkehelseinstituttets web-baserte system for utbruddsvarsling Vesuv benyttes ved varsling av utbrudd. Systemet ivarte spesialisthelsetjenestens og den kommunale helse- og omsorgstjenestens varslingsplikt og Mattilsynets varslings- og rapporteringsordning. Vesuv er tilgjengelig som en modul i krisestøtteverktøyet CIM, som er tatt i bruk av Helsedirektoratet og alle landets helseforetak (Helse-CIM), fylkesmenn (DSB-CIM) og er tilgjengelig for alle landets kommuner (DSB-CIM). Det er også tatt i bruk av Mattilsynet (Mat-CIM). For kommuner som ikke har tatt i bruk CIM, kan kommunelegen individuelt registrere seg som bruker ved pålogging gjennom en portal (www. vesuv.no) og varsle på samme måte.

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 varslingsystemet Early Warning and Response System (EWRS) er Europakommisjonens varslingsystem og er samkjørt med IHR. Ved varsling i EWRS-varslingsystemet kan det krysses av slik at WHO også samtidig varsles.

Folkehelseinstituttet er nasjonalt kontaktpunkt for internasjonal varsling av hendelser både for WHOs internasjonale helsereglement IHR og Europakommisjonens varslingsystem EWRS. Folkehelseinstituttet vil også kunne motta varsel gjennom disse systemene for hendelser i andre land som vil kunne ha betydning for Norge. Dersom Folkehelseinstituttet mottar slike varsler, skal instituttet umiddelbart informere Helse- og omsorgsdepartementet, Helsedirektoratet og andre relevante myndigheter.

Tiltak for å møte trusselen vil iverksettes av Helse- og omsorgsdepartementet eller Helsedirektoratet som vil ivareta koordineringen av tiltakene. Berørte kommuner må også varsles på et tidlig tidspunkt.

---

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

13 Forvaltningsloven § 37
men tiltakene som settes i verk, må samkjøres nasjonalt. Helsedirektoratet har, i tråd med forskrift om varsling av og tiltak ved alvorlige hendelser av betydning for internasjonal folkehelse, utpekt 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 årespondere på hendelser som kan utgjøre en alvorlig hendelse av betydning for internasjonal folkehelse i henhold til det internasjonale helsereglementet. 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 oppfølgning av ikke smitteførende passasjerer.

**Varsling etter internasjonal helsereglement (IHR)**

**Helsepersonells varslingsplikt**


**Varslingsplikt for andre**

Ansatte i politiet, tollvesenet, havner, flyplasser, Mattilsynet, Forsvaret, 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 kommunenelegen.15

Fører av skip eller luftfartøy skal snarest mulig og senest ved ankomst til første ankomstpunkt i Norge avgjøres om helsetilstanden om bord, dersom ett av følgende vilkår er oppfylt:

- at smittestoffer som kan utgjøre en alvorlig hendelse av betydning for internasjonal folkehelse, finnes om bord
- 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
- det finnes en person om bord som har oppholdt seg i et område som er erklært rammet av en smittsom sykdom av betydning for internasjonal folkehelse på et slikt tidspunkt at inkubasjonstiden ikke er over ved fartøyets ankomst til Norge

Varselet skal gis til kontrollcentralen, tollvesenet eller Kystverket, som varsler videre til kommunenelegen eller Folkhelseinstituttet. Andre transportører skal i slike tilfeller varsle politiet, som deretter varsler kommunenelegen eller Folkhelseinstituttet.16

Folkhelseinstituttet skal vurdere hendelser som oppstår på norsk territorium så raskt som mulig og senest innen 48 timer etter at instituttet har mottatt varselet. Folkhelseinstituttet skal så raskt som mulig, og senest innen 24 timer etter vurderingen, varsle WHO om alle hendelser som kan utgjøre en alvorlig hendelse av betydning for internasjonal folkehelse, samt om ethvert tiltak som iverksettes som en respons på disse hendelsene.

Folkhelseinstituttet skal informere Helse- og omsorgsdepartementet, Helsedirektoratet og andre relevante myndigheter om varslingen.

**Eksempel: Oppsummering etter mistanke om ebolasmitte på fly til Værnes**

11.08.14: Flydet kontaktet bakkemannskap for flyselskapene, Aviator, om mistenkt sykdom hos passasjer om bord på flyet fra Amsterdam. Flyet skal ha hatt kontakt med lege i KLM Amsterdam ca. 20 minutter

---

14 IHR forskrift §4
15 ibid

---

**Mistenkt ebolasmitte på fly til Værnes**

Kasuistikk levert av Leif Edvard Muruvik Vonen, Kommuneoverlege i Stjørdal, Meråker, Selbu og Tydal Enhetsleder – Værnesregionen, Samfunnsmedisinske enhet
før landing. Aviator melder til AMK. De har ikke kontaktinformasjon til kommuneoverlegen. AMK kontakter derfor Stjørdal ambulansestasjon. AMK ber om at kommuneoverlegen blir kontaktet via lokal legevaktcentral.


**kl 16.56:** Legevaktcentralen ringer kommuneoverlegen kontakter Avinor beredskapsansvarlig for koordinering – hun er ikke til stede, får oppgitt tlf nr. driftssentral på Værnes, der også lokalt politi er til stede.


**kl 17.25:** Lege ringer til operasjonsleder politi for å avslutte aksjon. Aksjon ikke mulig å avblåse av kommuneoverlegen uten oppmøte.

**kl 17.45:** Kommuneoverlegen ankommer Værnes. Tilstrekkelig legitimitet og informasjon blir avklart etter ca. 15 minutter reise og 15 minutter i stab.

**kl 18.20:** Evakuering.

**kl 19.00:** Debriefing av innsatspersonell.

---

**Tabell 3: Oversikt over beredskapsinstitusjoner og telefonnummer**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Institusjon</th>
<th>Telefonnummer</th>
<th>Notater</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Sentralbord, Folkehelseinstituttet</td>
<td>21 07 70 00</td>
<td>Kun i kontortid</td>
</tr>
<tr>
<td>Smittevernvakta, Folkehelseinstituttet</td>
<td>21 07 63 48</td>
<td>Døgnbemannet</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>For helsepersonell</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Varsling av mulige smittsomme sykdommer</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Rådgivning om smittsomme sykdommer og smitteverntiltak</td>
</tr>
<tr>
<td>Mikrobiologisk beredskapsvakta, Folkehelseinstituttet</td>
<td>95 21 49 93</td>
<td>Døgnbemannet</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>For politi og de medisinsk mikrobiologiske laboratoriene</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Undersøkelse av “pulverbrev”, klinisk/mikrobiologisk mistanke om infeksjon med høypatogene mikrober og mulig bioterroragens (mikrober i smitteklasse 3)</td>
</tr>
<tr>
<td>CBRNE-senteret beredskapstelefon, Oslo Universitets-sykehus HF</td>
<td>23 25 61 50</td>
<td>Døgnbemannet</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>For helsetjenesten og beredskapsaktører (alle sektorer og nivåer)</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>CBRNE-hendelser (eksponering for kjemiske, biologiske, radioaktive, nuklære eller eksplosive stoffer)</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Håndtering av pasienter med mistenkt eller bekreftet høyriskosmitteykdom</td>
</tr>
<tr>
<td>FFI, beredskapsvakta for laboratorieprøver</td>
<td>63 80 70 70</td>
<td>Døgnbemannet</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Forsvarets forskningsinstitutt</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Rådgivning, mottak og analyse av kombinerte CBR-prøver (prøver som man mistenker kan inneholde både kjemisk, biologisk og radioaktivt materiale)</td>
</tr>
<tr>
<td>Hasteutlevering av vaksiner</td>
<td>FHI: 21 07 70 00</td>
<td>FHI: Kontortider</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Vitus apotek: 23 35 81 00</td>
<td>Vitus apotek Jernbanetorget, Oslo: Døgnbemannet</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Gjelder øyeblikkelig hjelp og posteksponeringsprofylaxe</td>
</tr>
<tr>
<td>Legevakt (nasjonalt legevaktnummer i alle kommuner)</td>
<td>116117</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
4.3 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.


Rapporteringslinjene fra helse- og omsorgstjenesten i kommunene går via Folkehelseinstituttet til Helsedirektoratet. De regionale helseforetakene vil rapportere direkte til Helsedirektoratet. Det vil også andre underliggende virksomheter under Helse- og omsorgsdirektoratet samt virksomheter som staten eier slik som regionale helseforetak og Norsk Helsenett SF. Ved krise har Fylkesmannen blant annet ansvar for å samordne krisehåndteringen på regionalt nivå.19

HelseCIM

HelseCIM er et elektronisk styringssystem for krisehåndtering og brukes av de regionale helseforetakene (RHF-ene), helseforetakene (HF-ene), Helsedirektoratet 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. RHF-ene mottar fortørende rapporter fra HF-ene og samler disse til én rapport som sendes til Helsedirektoratet.


18 Stortinget har vedtatt at Fylkesmannen etter smittevernloven ikke lenger skal ha denne smittevern-/helsefaglige rollen.
19 Nasjonal helseberedskapsplan s. 41
20 Per juni 2019 er ikke alle kommuner med i HelseCIM.

Figur 5. Varslings- og rapporteringslinjer ved beredskap og kriser21

21 https://www.regjeringen.no/contentassets/17d1a438f2f4986989a9a1441ae2d79/helseberedskapsplan_010118.pdf.
5 Tiltak ved utbrudd av alvorlig smittsom sykdom

5.1 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, smittemåte, inkubasjonstid, alvorlighetsgrad samt utbruddets utbredelse.

Tabell 4: Oversikt over mulige smitteverntiltak

<table>
<thead>
<tr>
<th>Tiltak</th>
<th>Beskrivelse/ virkemidler</th>
<th>Lov/forskrift</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Raskt isolere syke</td>
<td>Bruk av adekvat beskyttelsesutstyr i helse- og omsorgstjenesten. Rask isolering av syke. Isolering hjemme dersom pasientens tilstand tillater det. Isolering i sykehus med smitteverntiltak tilpasset sykdommen Kohortisolering i/utenfor sykehus. Om nødvendig tvangsbehandling m.m.</td>
<td>Smittevernloven § 6-1 Smittevernloven kapittel 5</td>
</tr>
<tr>
<td>Smitteoppsporing</td>
<td>Identifisere smittekilde. Iverksette tiltak for å begrense videre smitte.</td>
<td>Smittevernloven § 3-6</td>
</tr>
<tr>
<td>Kontaktsporing og oppfølging</td>
<td>Kartlegge personer som kan være smittet og gi informasjon. Aktivt eller passivt overvåke utviklingen av symptomer.</td>
<td>Smittevernloven § 3-6</td>
</tr>
<tr>
<td>Tiltak med hensyn på miljø, mat, drikkevann, dyr eller dyremiljø</td>
<td>Mattilsynet kontaktes dersom det er mistanke om smitte via mat, drikkevann eller fra dyr. Mattilsynet har hjemler til å iverksette smitteforebyggende- og reduserende tiltak etter matloven.</td>
<td>Matloven §§ 23, 24 og 25 Folkehelseloven § 28 Smittevernloven § 4-10</td>
</tr>
<tr>
<td>Karantene</td>
<td>Innkreken bevegelsesfrihet i inkubasjonstiden hos mulig smittede.</td>
<td>Smittevernloven § 4-3</td>
</tr>
<tr>
<td>Tiltak</td>
<td>Beskrivelse/ virkemidler</td>
<td>Lov/forskrift</td>
</tr>
<tr>
<td>--------</td>
<td>--------------------------</td>
<td>--------------</td>
</tr>
<tr>
<td>Aktivitets-begrensninger i befolkningen generelt</td>
<td>Kontaktreduserende tiltak for å forsinké epidemiutviklingen. Stenging av skoler, barnehager etc. Møteforbud, avlyse større arrangementer. Smittevernråd for kollektivt reisende.</td>
<td>Smittevernloven § 4-1</td>
</tr>
<tr>
<td>Kontroll av reisende</td>
<td>Utreisesccreening (temperatursjekk, spørreskjema) fra berørte land kan være aktuelt ved større utbrudd i avgrenset område. Ankomstsscreening i spesielle tilfeller (sjelden aktuelt).</td>
<td>IHR-forskriften kapittel 3</td>
</tr>
<tr>
<td>Generelle hygienetiltak</td>
<td>Info til befolkningen om sykdom, smittemåte og symptomer. Informasjon om smitteforebygging ved bl.a. hånd-/hostehygiene.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Farmakologiske tiltak</td>
<td>Bruk av legemidler herunder vaksiner.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Informasjon til befolkningen</td>
<td>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.</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Responsen på et utbrudd av alvorlig smittsom sykdom kan deles inn i:

1. Behandlingssøylen har pasientene som målgruppe og skal sørge for at de blir diagnostisert, behandlet, pleiet og om mulig helbredet. Arbeidet skjer i primærhelsetjenesten; særlig fastlegene og legevaktene og i spesialisthelsetjenesten; særlig sykehusenes medisinsk-mikrobiologiske avdelinger og medisinske avdelinger. Viktige rådgivere er Helsedirektoratet, CBRNE-senteret ved Oslo universitetssykehus HF (OUS) og Folkehelseinstituttet.

2. Smittevernssøylen har befolkningen for øvrig som målgruppe og skal sørge for at befolkningen er beskyttet mot smitte ved å finne årsaken til utbruddet, vurder risiko og iverksette smitteverntiltak rundt smittsomme og mistenkt smittede personer og for befolkningen for øvrig. Arbeidet skjer særlig i kommunene, ledet av kommunale smittevernnleger. Viktige rådgivere er Folkehelseinstituttet, RHF-enes sentre for smittevern og i visse tilfeller Mattilsynet. Smittevernssøylen har også betydning for behandlingssøylen ved at pasienter skal håndteres smittevernmessig trygt i helsetjenesten og ved at riktig behandling kan gjøre dem smittefrie i tillegg til å helbrede dem.

Fire hovedfaktorer påvirker spredningspotensialet for en smittsom sykdom som smitter mellom mennesker, direkte eller indirekte:

1. Smittomheten i kontakt mellom smittsomme og mottakelige personer
2. Hyppighet av kontakt mellom smittsomme og mottakelige personer
3. Varigheten av smittsom periode hos de smittsomme
4. Andel av befolkningen som er mottakelige

Smittevernstitaket er dermed alle tiltak som kan redusere én eller flere av disse faktorene, som vist i tabell 4. Tiltakene er mest effektive dersom befolkningen kan deles i tre grupper og tiltakene skreddersys hver av disse gruppende:

A. Smittsomme personer: personer som allerede er smittet og har gjennomgått latenstiden slik at de er blitt smittsomme. For de fleste sykdommer vil de også være syke, men for noen sykdommer er inklubasjonstiden lengre enn latenstiden slik at smittomheten opptrer før symptomerne. For noen sykdommer kan infeksjon og smittsomhet oppstå uten symptomer. Smittevernstitaket er dermed å opprette aksept og forståelse for skreddersys hver av disse gruppende.

B. Mistenkt smittede personer

C. Resten av befolkningen
En slik inndeling krever enten et særpreget sykdomsbilde, god mikrobiologisk diagnostikk og helst begge deler. Smittede personer kan identifieres gjennom undersøkelse og testing på følgende indikasjoner:

A. Klinisk indikasjon: Et sykdomsbilde som indikerer sykdommen
B. Smittekontakt: Tidligere kontakt med smittsom person
C. Screening: Rutinemessig undersøkelse av alle eller basert på visse kriterier, som alder, kjønn eller oppholdssted.

Tabell 5: Hensikten med ulike smittevern tiltak, målgruppe for tiltakene og de ulike alternativene man har

<table>
<thead>
<tr>
<th>Målgruppe for tiltakene</th>
<th>Hensikt med smittevern tiltakene</th>
<th>Redusere smitteoverføring i kontakt mellom smittsomme og mottakelige personer</th>
<th>Redusere hyppigheten av kontakt mellom smittsomme og mottakelige personer</th>
<th>Redusere varigheten av smittsom periode hos smittsomme personer</th>
<th>Redusere antall mottakelige for smitte</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Smittsomme personer</td>
<td>Hygienetiltak</td>
<td>Isoleringsett</td>
<td>Andere aktivitetsbegrensninger</td>
<td>Antimikrobiell behandling</td>
<td>Ikke aktuelt (for sent)</td>
</tr>
<tr>
<td>Mistenkt smittede personer</td>
<td>Hygienetiltak</td>
<td>Karantene: aktivitetsbegrensninger inntil smittestatus er avklart</td>
<td>Postekspionerings-vaksinasjon</td>
<td>Postekspionerings-vaksinasjon</td>
<td>Postekspionerings-vaksinasjon</td>
</tr>
<tr>
<td>Resten av befolkningen</td>
<td>Hygienetiltak</td>
<td>Aktivitetsbegrensninger</td>
<td>Ikke aktuelt</td>
<td>Preeksionerings-vaksinasjon</td>
<td>Preeksionerings-vaksinasjon</td>
</tr>
</tbody>
</table>

- **Hygienetiltak** tilpasses smittemåten og kan være personlige hygienetiltak (som hostehygiene og håndhygiene), bruk av personlig beskyttelsesutstyr (som munnbind, åndedrettsvern, hansker, briller, visir og frakk) og miljøhygiene (vask og desinfeksjon av rom og gjenstander).
- **Isoleringsett** tilpasses smittemåten og kan skje i sykehus eller annen helseinstitusjon, i hjemmet eller et annet sted og eventuelt sammen med andre smittede (kohortisoleringsett).
- **Aktivitetsbegrensninger** (andre enn isolering) tilpasses smittemåten og kan være begrensninger i forsamlinger (kino, offentlige transportmidler) eller oppmøte på barnehage, skole eller arbeidsplass; begrensninger i reiser eller pålagt opphold i område avsperret med sanitærkorridor (*cordon sanitaire)*.

Kommunikasjon med publikum er viktig for å forklare bakgrunnen for, få forståelse for og oppnå medvirkning til smittevern tiltakene.

**Eksempel: Utbrudd av meslinger i Gøteborg julen 2017**

**Meslingeutbruddet i Gøteborg julen 2017**

**Begynnelsen av desember 2017:** En ung, uvaksinert mann (indeks) returnerte til Sverige etter et besøk i Sør-Europa i begynnelsen av desember 2017.

**8. desember:** Mannen kontakter primærhelsetjenesten med høy feber og luftveissymptomer.

**9.- og 10. desember:** Kontakt det lokale sykehuset med forverring av symptomene.

**11. desember:** Diagnosen meslinger bekreftet.

28 personer blir syke i løpet av en femukkers periode som følge av smitte fra indekskasus og sekundærkasus:

- 6 var barn

Kasuistikken levert av Ingemar Qvarfordt, Overlakare, docent Vårdfygiene, Sahlgrenska Universitetssjukhuset samt Enhet Patientsäkerhet, Koncernstab hälso- och sjukvård Koncernkontoret, Västra Götalandsregionen

22 Kasuistikken levert av Ingemar Qvarfordt, Overlakare, docent Vårdfygiene, Sahlgrenska Universitetssjukhuset samt Enhet Patientsäkerhet, Koncernstab hälso- och sjukvård Koncernkontoret, Västra Götalandsregionen
9 var helsepersonell
14 antatt smittet utenfor sykehus og 14 på sykehuset
5 av de syke hadde fått to doser meslingevaksine. Disse personene ga ikke opphav til sekundærtillfeller, men førte til omfattende smitteoppsporing fordi det var uklart i hvilken grad de var smittsomme.
Smitteoppsporingen omfattet til sammen 3 000 tilfeller i og utenfor sykehuset. 5 000 helsepersonell ble vaksinert.

I helseregionen ble 40 000 vaksinert utover det ordinære vaksinasjonsprogrammet. 350 personer fikk posteksponeringsprofylakse med immunglobulin.

Viruslaboratoriet undersøkte 1 600 prøver.
Mellom 50 og 70 ansatte på sykehuset kunne ikke arbeide i perioden pga. uavklart immunstatus.

Konsekvensene av utbruddet ble betydelige for en rekke helseinstitusjoner i regionen:
- Innkalling av personalet utenfor turnus
- Omfordeling av pasienter
- Etablering av provisoriske mottak for mulig meslingesmittede
- Omfattende blodprøvetaking
- Vaksinasjon
- Posteksponeringsprofylakse

Læringspunkter:
- Logistiske begrensninger i mottak av pasienter med luftsmitteproblematikk
- Manglende laboratoriekapasitet til å utføre immunstatus
- Manglende kunnskap om ansattes immunsstatus

Læringspunkter:
- Logistiske begrensninger i mottak av pasienter med luftsmitteproblematikk
- Manglende laboratoriekapasitet til å utføre immunstatus
- Manglende kunnskap om ansattes immunsstatus

5.2 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 ressurskreonte og vil bare anbefales i spesielle situasjoner. For eksempel vil stenging av barnehager, skoler og arbeidsplasser føre til at store deler av samfunnet blir rammet.

Det er fire hovedvilkår som, så langt det er mulig, må oppfylles før et tiltak iverksettes:

1. Frivillig medvirkning: Den som berøres av tiltaket må få tilstrekkelig informasjon.

Noen tiltak kan være aktuelle å gjennomføre i begynnelsen av et utbrudd for å forsinkes smittespredningen. Det samme tiltaket kan være mindre hensiktsmessige når utbruddet har bredt seg til store deler av befolkningen. Ett eksempel er testing av alle mistenkt smittede ved pandemisk influensa. Folkehelseinstituttet vil i slike tilfeller vurdere indikasjoner 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 i en gitt situasjon. Det vil være viktig å dimensjonere tiltakene i samsvar med alvorlighetsgraden og utbredelsen av sykdommen. Om samme nyttet kan oppnås med mindre inngripende tiltak, bør disse velges.

Helsemyndighetene kan enten gi råd om eller tilby tiltak, men om nødvendig også pålegge disse. Ved valg av smitteverntiltak og vurderinger rundt dette, vil Folkehelseinstituttet gjøre en risikovurdering og komme med anbefalinger som gir grunnlag for videre håndtering. Ved utbrudd av internasjonal betydning, vil det også kunne foreligge risikovurderinger og råd fra WHO og EUs smittevernbyrå (ECDC) som blir tatt med i vurdering av tiltak i Norge.

Etter det internasjonale helsereglementet kan generaldirektøren i WHO erklære en hendelse for å være en alvorlig hendelse av betydning for folkehelse (Public Health Emergency of International Concern, PHEIC). Dette kan utløse
en rekke midlertidige og varige 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.

Vedtak om forskjellige smitteverntiltak
Ved allmennfarlig smittsom sykdom kan kommune-styret og Helsedirektoratet vedta møte forbud, stenging av virksomhet, begrensning i kommunikasjon, isolering og smittesanering.\textsuperscript{23} Viklåret er enten at det er nødvendig for å forebygge en allmennfarlig smittsom sykdom eller for å motvirke at den blir overført. Kommunelegen har tilsvarende hjemmel med hensyn til tiltak overfor mat/dyr.\textsuperscript{24}

Tvangsvedtak
Smittevernloven åpner for at det i viss tilfeller kan gjennomføres tiltak med tvang overfor antatt smittede personer når det er nødvendig for å forebygge en allmennfarlig smittsom sykdom eller motvirke at den blir overført. Den smittede skal først oppfordres til å medvirke frivillig. Tvang skal bare brukes som siste utvei når frivillige tiltak ikke har ført frem. Tvangsstiltak kan være:

- Tvangen undersøkelse og eventuelt kortvarig isolering inntil syv dager for å klarlegge om det foreligger en allmennfarlig smittsom sykdom. Undersøkelsen kan skje ved sykehusinnlegging, eventuelt i kombinasjon med isolering. Hvis det vurderes som forsvarlig kan undersøkelsen også skje poliklinisk eller på annet egnet sted.\textsuperscript{25}
- Tvangen isolering i sykehus skal skje i en egnet sykehusavdeling eller sengepost. Tvangen isolering kan bare gjennomføres når dette etter en helhetsvurdering er det klart mest forsvarlige løsningen i forhold til faren for smitteoverføring og den belastningen som tvangsinnleggingen kan antas å medføre, og det er overveiende sannsynlig at andre ellers vil bli smittet.\textsuperscript{26}

En sak om bruk av tvangsvedtak innledes ved at kommunlegelegen utarbeider begjæring om tiltak hvor det redegjøres for omstendighetene som legges til grunn for det foreslåtte tiltaket. Begjæringen skal forelegges Fylkesmannen, som omgående skal sende den til smittevernemnda ved Fylkesnesemnda for sosiale saker i Oslo og Åkershus.


Hastevedtak
Kommunelegen kan sammen med den legen som det regionale helseforetaket har utpekt, fatte hastevedtak om at en person skal legges inn på sykehus til legeundersøkelse og eventuelt kortvarig isolering i opptil sju dager.\textsuperscript{27} Et slikt hastevedtak kan bare gjøres dersom de interesser som vedtaket skal ivareta, kan bli vesentlig skadelidende om vedtaket ikke blir gjennomført straks.

5.3 Utbruddsopplæring
Den kommunale helse- og omsorgstjenesten har ansvar for å håndtere utbrudd av smittsom sykdom i kommunen. Kommunelegen har ansvar for å lede og organisere oppklaringsarbeidet. Mattilsynets ansvar inntreder dersom det er mistanke om at utbruddet skyldes næringsmidler, dyr eller en annen kilde under Mattilsynets forvaltning. Mattilsynet har i så fall ansvaret for å lede og organisere oppklaringsarbeidet innen produksjons- og distribusjonskjeden (matkjeden). Effektiv oppklaring av lokale utbrudd krever tett samarbeid mellom kommunlegelegen og Mattilsynets distriktssentrale kontorer. Det er en forutsetning at disse to etatene gir hverandre informasjon, råd og bistand, slik at de kan utføre oppklaringsarbeidet innen hvert sitt ansvarsområde.

I tilfeller hvor flere kommuner er berørt av utbruddet, har Folkehelseinstituttet ansvaret for å lede og koordinere utbruddsopplæringen i samarbeid med de berørte kommunene. Ved mistanke om næringsmiddelbårne nasjonale utbrudd, vil Folkehelseinstituttet lede oppklaringen rundt pasientene mens Mattilsynet leder oppklaringsarbeidet i matkjeden.

Spesialisthelsetjenesten har ansvar for å håndtere utbrudd av smittsom sykdom i sykehus eller
annen helseinstitusjon som er omfattet av Lov om spesialisthelsetjenesten.

Folkehelseinstituttet skal bistå sentrale og lokale helsemyndigheter og regionale helseforetak i deres håndtering av utbrudd, herunder bidra til å samordne arbeidet som utføres av kommuneleger, medisinsk mikrobiologiske laboratorier og sykehusavdelinger.

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. Metoder og ansvar ved oppklaring av næringsmiddelbårne utbrudd er beskrevet i Utbruddsveilederen, utgitt av Folkehelseinstituttet.

Ved smitte av pandemisk influensa eller andre luftveisagens som smitter lett mellom mennesker, vil oppklaring ofte være underordnet ettersom smittekilden ikke kan fjernes.

5.4 Folkehelseinstituttets feltepidemiologiske gruppe


Gruppen vil bli satt sammen avhengig av behov og kan blant annet bistå med å:

• holde oversikt over utbruddets utbrede og utvikling
• planlegge og gjennomføre epidemiologiske undersøkelser for å identifisere årsaksforhold og smittekilder
• bistå i kontaktsporingsarbeid
• gi råd om miljøundersøkelser og smittevern tiltak rundt pasient og i miljø
• gi råd i kommunikasjonsarbeidet

Forsvaret ved Forsvarets sanitet (FSAN) og Forsvarets forskningsinstitutt (FFI) kan ved behov bistå Folkehelseinstituttet ved å være en ressurs i gruppen ved utbruddsoppklaringen.

5.5 Medisinsk mikrobiologisk diagnostikk og beredskap

Mikrobiologisk diagnostikk er nødvendig for å stille sikker diagnose. Dette har stor betydning både for å påvise og å overvåke utbrudd, og er i mange tilfeller også nødvendig for å gi korrekt medisinsk behandling og for å utøve adekvat smittevern. Laboratorier som mistenker eller påviser utbrudd av smittsom sykdom, skal i henhold til MSIS-forskriften varsle kommunoverlege i den eller de berørte kommunene.

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.

FFI og Forsvarets mikrobiologiske laboratorium (FML) kan også være aktuelle for visse typer biologiske undersøkelser. Se Tabell 3 for kontaktdetaljer.

Laboratorier med nasjonal referansefunksjon i medisinsk mikrobiologi skal utføre undersøkelser på definerte agens på vegne av helsemyndighetene og alle andre laboratorier og er tillagt følgende oppgaver:

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

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

De medisinske mikrobiologiske laboratoriene må varsles om mulig smittefare slik at bioingeniører og andre som utfører prøvetaking og analysering kan beskytte seg i forhold til mistenkt smitterisikogruppe.

28 https://www.fhi.no/nettpub/utbruddsveilederen/

Oversikt over nasjonale referanselaboratorier i medisinsk mikrobiologi er tilgjengelig på Helsedirektoratets nettsider.

Alle medisinske 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. I en beredskapsituasjon er det avgjørende at hvert laboratorium bidrar til regionalt og nasjonalt samarbeid.

Mikrobiologiske laboratorier ved universitetssykehusene skal ta initiativ til å etablere samarbeidsavtaler med andre laboratorier om kvalitativ og kvantitativ beredskap innen sine regioner. De skal sørge for at mikrobiologisk beredskap samkjøres og integreres med beredskapsplanverket i helseregionene generelt. 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 sykdomsforløp.

Medisinsk mikrobiologiske laboratorier har et spesielt ansvar for biosikkerhet og biosikring. 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 OUS finnes et laboratorium som benyttes til håndtering av prøver fra pasienter med høyrisikosmitte. Dette tilfredsstiller de tekniske og bygningsmessige kravene til inneslutningsnivå 4, men oppfyller ikke kravene til et inneslutningsnivå 4-laboratorium da fullstendige inneslutningstiltak kun iverksettes ved behov.


### 5.6 Første vurdering og undersøkelse ved alvorlig smittsom sykdom

Alvorlige smittsomme sykdommer smitter mellom mennesker på samme måte som andre smittsomme sykdommer. De viktigste smittenålene er direkte og indirekte kontakt-, dråpe- og luftsmitte.

Alle nivåer av helse- og omsorgstjenesten må være forberedt og ha rutiner for å håndtere pasienter som kan ha alvorlige smittsomme sykdommer. I spesialisthelsetjenesten påligger det den enkelte kliniske organisatoriske enheten i helseforetakenes sykehus- og ambulanseavdelinger å anskaffe, vedlikeholde og trene på bruk av nødvendig smittevernutstyr.

I enhver helsetjeneste, inklusiv ethvert legekontor, skal personala ha tilgang på beskyttelsesutstyr som verner mot kontakt-, dråpe- eller luftsmitte.

Alle som tror de kan ha blitt smittet av en alvorlig smittsom sykdom, skal om mulig vurderes telefonisk av lege før de oppsøker fastlegekontor, legevakt eller andre deler av helse- og omsorgstjenesten. Publikum bør ringe felles nasjonalt legevaktnummer (116117) for avtale om videre oppfølging. Dette forutsetter at befolkningen på et tidlig tidspunkt er informert om situasjonen på [Helsenorge.no](https://www.helsenorge.no).

Ved undersøkelse både i primær- og spesialist-helsetjenesten må arbeidet organiseres på en slik måte at smittefare for ansatte, pasienter og andre personer reduseres så langt som mulig. Pasienter bør 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 pasienter med mistenkt alvorlig smittsom sykdom. Slike løsninger må tilpasses lokale forhold, den aktuelle situasjon og agens.

De mikrobiologiske laboratoriene må varsles om mulig smittefare slik at de som håndterer prøvetaking og analyser vet om mistanken og kan beskytte seg.

Dersom mistanken om alvorlig smittsom sykdom oppretholdes og pasienten trenger innleggelse, skal pasienten om mulig innlegges direkte i sykehus på utpekt avdeling med smitteisoleringslokal. Dersom pasienten trenger innleggelse etter gjeldende regime for det aktuelle agens. Ved mistanke om høyrisikosmitteisolatsyndrom, bør pasienter, om mulig, innlegges direkte fra hjemmet og fortrinnsvis til høysikkerhetsisolatet ved OUS.

5.7 Håndtering av pasient med alvorlig smittsom sykdom
Pasienter med alvorlig smittsom sykdom som trenger behandling på sykehus, skal isoleres og transporteres etter gjeldende regimer for kontakt-, dråpe og luftsmitt. Transport gjennomføres normalt av ambulansetjeneste eller luftambulansetjeneste. For detaljer vises det til Nasjonal faglig retningslinje for håndtering av CBRNE-hendelser met personskade, isoleringstjeneren, helseforetakenes egne infeksjonskontrollprogram og sykdomsspesifikke veiledere fra Folkehelseinstituttet.

Valg av behandlingssted

Krav til sykehuisisolater
Selv om det er lagt opp til sentralisert behandling av høyrisikosmitteisolatsyndrom ved høysmitteisolatsen ved OUS, kan behovet for rask diagnostisk avklaring, lang transportavstand eller pasientens aktuelle kliniske tilstand gjøre innleggelse ved andre universitetssykehus eller nærmeste sykehus nødvendig. Ved flere pasienter med samme høyrisikosmitteisolatsyndrom, kan det ved OUS også bli kapasitetsproblemer. Dette må de regionale helseforetakene løse i fellesskap etter definert plan.

For å kunne arbeide i isolateneheter med pasienter med sykdom forårsaket av biologiske faktorer i smitterisikogruppe 3 og 4 (for eksempel viral hemoragisk feber og kopper), skal det foretas en risikovurdering av hvilke tiltak som anses som nødvendige for å møte kravene i arbeidsplassforskriften.

Selv om det er lagt opp til sentralisert behandling av høyrisikosmitteisolatsyndrom ved CBRNE-senteret ved OUS, kan behovet for rask diagnostisk avklaring, lang transportavstand eller pasientens aktuelle kliniske tilstand gjøre innleggelse ved universitetssykehus eller nærmeste sykehus nødvendig. Ved flere pasienter med samme høyrisikosmitteisolatsyndrom, kan det ved OUS også bli kapasitetsproblemer.

For å kunne arbeide i isolateneheter med pasienter med sykdom forårsaket av biologiske faktorer i smitterisikogruppe 3 og 4 (for eksempel viral hemoragisk feber og kopper), skal det foretas en risikovurdering av hvilke tiltak som anses som nødvendige for å møte kravene i arbeidsplassforskriften.

Høysikkerhetsisolatsen ved OUS tilfredsstiller alle kravene for arbeid med pasienter med sykdom forårsaket av biologiske faktorer i smitterisikogruppe 4.

Spesialtransport av pasient med høyrisikosmitte
Ved transport med ambulanse eller luftfartøy av en pasient med høyrisikosmitteisolatsyndrom kreves

33 Nasjonal faglig retningslinje for håndtering av CBRNE-hendelser med personskade, sidene 63-64
34 Isoleringsveilederen FHI Smittevern 2004:9
35 Nasjonal faglig retningslinje for håndtering av CBRNE-hendelser med personskade, sidene 63-64
36 Forskrift om utforming og innretning av arbeidsplasser og arbeidsplasser (arbeidsplassforskriften)
det at helsepersonell og ambulansepersonell bruker personlig beskyttelsesutstyr som gir større grad av beskyttelse enn det man rutinemessig bruker i helse- og omsorgstjenesten. Utstyret skal tilfredsstille relevante standarder for beskyttelse, og det bør foreligge nasjonale anbefalinger på hvilket utstyr som skal benyttes.

Om mulig skal smitteambulanse og/eller transportisolator (smittekvøse) benyttes, basert på en risikovurdering. Personalet skal være trent i bruk av utstyret.


De regionale helseforetakene skal i samarbeid seg imellom og med CBRNE-senteret ha:

1. beredskap for ambulansetransport
2. nasjonale løsninger for medisinsk evakuering med fly og helikopter.

Ved høyrisikosmitteambulanse 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 for høyrisikosmitte (NMUH) fra CBRNE-senteret kunne koordinere og om nødvendig gjennomføre transport i samarbeid med regional ambulanse- og luftambulansejeneste, Forsvaret og andre aktører, som for eksempel kommunalsk flyselskaper.

CBRNE-senteret distribuerer og gir opplæring i bruk av CBRNE-vernedrakter til ambulansepersonell ved de akuttmedisinske kommunikasjonssentralene (AMK).

**Nasjonalt medisinsk utrykningsteam for høyrisikosmitte**

Nasjonalt medisinsk utrykningsteam for høyrisikosmitte (NMUH) er etablert for å kunne bistå helseforetak i alle fire helseregioner med transport av pasienter med høyrisikosmitte til høysmitteisolatene ved OUS. Slik transport krever spesielt utstyr, kompetanse og forberedelser.

NMUH utfører kun transportoppdrag dersom det foreligger «høyrisikosmittegyddom» og pasienten det gjelder vurderes som transportabel av teamets infeksjons- og luftambulansejele. Oppdrag vil normalt utføres innenfor 48 timers responstid (24 timer i perioder med pågående internasjonalt pandemiutbrudd).

NMUH kan ikke erstatte helseforetakenes egen beredskap for håndtering av akutte innleggelser samt isolering og behandling av pasienter med mistenkt eller bekreftet høyrisikosmittekryd. Teamet kan imidlertid bidra med rådgivning og raskt starte nødvendige forberedelser til overflytting ved bruk av egen CBRNE-ambulanse (kombinert intensiv- og smitteambulanse) som også er kompatibel for bruk i Forsvarets C-130J Hercules transportfly.

Ansvaret for NMUH er lagt til OUS og koordineres av CBRNE-senteret. Utrykningsteamet samarbeider med bl.a. Luftforsvaret, IHR-flyplasskommunene (kommunelegene), helseforetakene, Folkhelseinstituttet og andre beredskapsaktører i gjennomføringen og planleggingen av transportoppdrag. NMUH gjennomfører to større øvelser per år der samarbeidende instanser og personell fra de fire helseregionene, som til daglig utfører smittetransport eller jobber ved isolatposter, kan delta.

**Eksempel: Norsk lege med ebolavirussykdom behandlet på OUS i 2014**

**Norsk lege med ebolavirussykdom på OUS i 2014**


Norske helsemyndigheter intensiverer derfor sitt opplysningsarbeid og spesialisthelsetjenesten forbereder seg på mulige sykdomstilfeller – også i Norge.

**Søndag 5. okt (kveld):** Utenriksdepartementets operative senter varsler sin vaktstående lege i UDUs utrykningssentral (URE) om at en norsk helsearbeider har testet positivt

---

37 Foretaksøveratprotokoll 2017
38 Kasuistikk er levert av Espen Rostrup Nakstad, Senterleder, overlege. Nasjonal behandlingsjeneste for CBRNE-medisin (CBRNE-senteret)
for ebolavirusyndrom i Vest-Afrika. Man ønsker raskest mulig transport til Norge for å optimalisere behandlingen.


Ambulansfly tar av fra Paris samme kveld.

**Mandag 6. okt kl. 09:00:** Involverte beredskapsledere planlegger mottak av ambulansfly innen 36 timer med direkte overflytting til høysikkerhetsisolatet ved CBRNE-senteret ved OUS.

**Mandag 6. okt kl. 12:00:** Ambulanseflyt tar av fra Sierra Leone med pasienten isolert i en transportkuvøse.

Helsedirektoratet varsler – via Fylkesmennene – de berørte kommunene langs E6 om at det vil bli gjennomført ambulanstransport påfølgende døgn.

**Mandag 6. okt kl. 09:00:** Involverte beredskapsledere planlegger mottak av ambulansefly innen 36 timer med direkte overflytting til høysikkerhetsisolatet ved CBRNE-senteret ved OUS.

**Mandag 6. okt kl. 12:00:** Ambulanseflyt tar av fra Sierra Leone med pasienten isolert i en transportkuvøse.

Samme ettermiddag kommer nyheten ut i media. Mange i befolkningen blir bekymret.

**Mandag 20. okt:** Pasienten utskrives fra sykehuset – friskmeldt.

### 5.8 Behandlingskapasitet og kohortisolering ved store utbrudd


#### Spesialisthelsetjenesten

Isolering av pasienter med alvorlige smittsomme sykdommer gjøres for å hindre smite av til andre pasienter og til ansatte. Ved større utbrudd av smittsomme sykdommer vil kapasiteten for isolatere kunne overskrides. Alle helseforetak må derfor ha oversikt over egen isoleringskapasitet og 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 energi, isolater og intensivsenger på sykehus til å behandle disse med ordinær drift. Alle sykehus skal derfor ha beredskapsplaner for å endre aktivitet, bruk av lokaler og personale i en slik situasjon.


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 i en periode må nedprioriteres. Det kan for eksempel bli nødvendig å redusere eller stanse poliklinisk virksomhet og elektive innleggelser. Alle helseforetak skal ha utarbeidet planer for hvordan kohortisolering skal organiseres.

Tilsvarande må helseforetakene vurdere behovet for beredskapslager eller minimumslager av personlig beskyttelsesutstyr og hva helseforetak/ sykehus skal ha av den slags utstyr. Eksempl på hansker, munnbind, smittefrakker, åndedretningsutstyr.

Større utbrudd med høyrisikosmittesykdom regnes som mindre sannsynlig. De regionale helseforetakene bør likevel i sine planverk utpeke enheter som på kort varsel kan benyttes til kohortisolering. Det kan bli bruk for slike enheter dersom overflytning til høysikkerhetsisolatet høysmitteisolatene ved OUS ikke er mulig eller at kapasiteten ved de respektive regioners luftsmitteisolater overskrides.

Det er knyttet usikkerhet til hvor mange

---

39 Smittevernloven §§ 7-1 og 7-3

40 Smittevernloven § 710 2, ledd gir Helsedirektoratet myndighet til å fastsette retningslinjer dersom det er nødvendig

41 Smittevernloven §7-3
kohortisoleringssenger for høyrisikosmitte det bør planlegges for, men Helsedirektoratet anbefaler at det foreligger planer for 50 kohortisoleringssenger for høyrisikosmitte i Helse Sør-Øst og 20 i de øvrige helseregionene basert på tidligere beregninger i forbindelse med kopperplan av 2008.

Planene for kohortisolering må inkludere forhold knyttet til ventilasjon av lokalene, bruk av spesialverneutstyr og behovet for trenet personell. Om mulig skal personell med immunitet etter å ha blitt vaksinert eller å ha gjennomgått den aktuelle sykdommen, settes til å arbeide med slike pasienter.

De lovpålagte samarbeidsavtalene[42] mellom kommuner og regionale helseforetak bør inneholde kriterier for innlegging og utskrivning for å unngå problemer, især i pressede situasjoner. Helseforetakene må organisere virksomheten slik at totale personellressurser kan utnyttes rasjonelt under et større utbrudd og i tillegg inngå avtaler med yrkesorganisasjoner som sikrer dette. Sykehusene må også etablere planer som sikrer forsyninger av nødvendig utstyr og materiell.

Den kommunale helse- og omsorgstjenesten


42 Helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 6

<table>
<thead>
<tr>
<th>Tabell 6: Hva trenger kommunene?</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Behov</strong></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>FØR UTBRUDDET</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>Overvåking av den nasjonale og internasjonale epidemiologiske situasjonen</td>
</tr>
<tr>
<td>Oversiktlig nasjonal beredskapsplan</td>
</tr>
<tr>
<td>Smittevernplan for kommunen</td>
</tr>
<tr>
<td>Planlegge for- og øve på å gjennomføre smitteverntiltak lokalt</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>UNDER UTBRUDDET</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>Bakgrunnsinformasjon om utbruddet og sykdommen</td>
</tr>
<tr>
<td>Risikovurdering for utbruddet med planscenarioer</td>
</tr>
<tr>
<td>Epidemiologisk oversikt</td>
</tr>
<tr>
<td>Situasjonsrapport for helsetjenesten</td>
</tr>
<tr>
<td>Smittevernstrategi for utbruddet</td>
</tr>
<tr>
<td>Råd om smitteverntiltak i samfunnet</td>
</tr>
<tr>
<td>Råd om hvordan kommunisere om risikovurdering, smittevernstrategi og hvilke smitteverntiltak som er aktuelle</td>
</tr>
</tbody>
</table>
5.9 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.

Beredskapslagre av legemidler
Helsedirektoratet skal bidra til å utvikle en helhetlig nasjonal helseberedskap og koordinere forsyningsssikkerhet av legemidler i samarbeid med andre aktører.

De regionale helseforetakene skal ivareta beredskapssikring av legemidler som sykehuse som benytter i ordinær virksomhet og som kan få økt etterspørsel ved et utbrudd av en alvorlig smittsom sykdom.43 Nasjonalt senter for legemiddel og legemiddelberedskap i spesialisthelsetjenesten håndterer mangelsituasjoner for legemidler i spesialisthelsetjenesten og skal delta i planlegging og oppbygging av den nasjonale legemiddelberedskapen for spesialisthelsetjenesten. Senteret skal også ha en støttefunksjon for det lokale og regionale arbeidet med legemiddel og -beredskap i helseforetakene.

For legemidler til bruk i primærhelsetjenesten, skal legemiddelgrosvisser ifølge grossistforskriften § 5 ha et ekstra lager tilsvarende to måneders normalforbruk av definerte legemidler som angitt i vedlegg til forskriften.44


Godkjenning og import
Statens legemiddelverk kan i beredskaps-situasjoner gi tillatelse til omsetning av legemidler uten markedsføringsstillatelse.45 Sykehusapotekene i Oslo har tillatelse for innførsel av legemidler og råvarer som kan benyttes i beredskapssituasjoner. Slik innførsel forutsetter likevel godkjenningsfritak fra Statens legemiddelverk for det enkelte legemiddel. Dersom sykehusapoteket skal stå for import fra land utenfor EU/EØS, kan Legemiddelverket gi spesiell importtillatelse. Sykehusapotekene i Oslo har tilvirkningstiltak og erfaringer fra produksjon i beredskapssammenheng.

5.10 Vaksiner
Folkehelseinstituttet har lager for seks måneders forbruk for alle vaksiner som ingår i barnevaksinsjonsprogrammet og for immunoglobuliner og sera. For andre vaksinepreparater er lagrene for fire måneders forbruk. Folkehelseinstituttet har et lager med koppevaksine til bruk ved eventuell utbruddssituasjon.

Det er et nordisk samarbeid om bedret tilgang på vaksiner og immunoglobuliner som er viktige av beredskapsgrunner. I 2015 ble det opprettet et felles «virtuelt vaksinelager», der hvert land kan finne informasjon om preparater som er tilgjengelig i de andre nordiske landene.48

48 https://www.fhi.no/nyheter/2016/nordisk-samarbeid-om-vaksineberedskap/

### Tabell 7: Vaksinasjon

<table>
<thead>
<tr>
<th>Oppgave</th>
<th>Utredning, råd eller utførelse</th>
<th>Eventuell beslutning</th>
<th>Kommentar</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>FØR UTBRUDDET</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Kjenne til aktuelle vaksiner og egenskaper</td>
<td>FHI</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Ha beredskapslager eller betinget innkjøpsavtale for vaksiner</td>
<td>FHI</td>
<td>HOD</td>
<td>I samarbeid med relevante etater og miljøer. Eventuelt i EU-samarbeid</td>
</tr>
<tr>
<td>Lager av vaksiner</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Ha en plan for rask vaksinasjon av mange mennesker</td>
<td>Kommunen</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>UNDER UTBRUDDET</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Vurdere plassen til vaksinasjon i smittevernstrategien mot utbruddet</td>
<td>FHI</td>
<td></td>
<td>I samarbeid med relevante etater og miljøer</td>
</tr>
<tr>
<td>Innkjøp av vaksiner</td>
<td>FHI</td>
<td>HOD</td>
<td>I samarbeid med relevante etater og miljøer. Eventuelt i EU-samarbeid</td>
</tr>
<tr>
<td>Skaffe sprøyter og spisser</td>
<td>Hdir</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Tillate bruk av vaksine uten norske markedsføringstillatelse</td>
<td>Legemiddelverket</td>
<td>Legemiddelforskriften § 2-8</td>
<td>Ved behov</td>
</tr>
<tr>
<td>Fastsette vaksinasjon som del av det nasjonale vaksinsjonsprogrammet, herunder målgrupper og prioritering</td>
<td>FHI</td>
<td>HOD</td>
<td>I samarbeid med relevante etater og miljøer</td>
</tr>
<tr>
<td>Fastsette pliktig vaksinasjon</td>
<td>FHI</td>
<td>HOD</td>
<td>Ved behov</td>
</tr>
<tr>
<td>Påby umiddelbar pliktig vaksinasjon</td>
<td>FHI</td>
<td>HOD</td>
<td>Ved behov</td>
</tr>
<tr>
<td>Gi retningslinjer for gjennomføring av vaksinasjon</td>
<td>FHI</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Distribuere vaksiner til kommunene og andre</td>
<td>FHI</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Gi råd om vaksinasjon til dem som skal vaksinere</td>
<td>FHI</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Gjennomføre vaksinasjon</td>
<td>Kommunen</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Kommunisere med publikum om vaksinasjonen</td>
<td>FHI</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Kommunisere med publikum om gjennomføring i kommunen</td>
<td>Kommunen</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Overvåke bivirkninger</td>
<td>Legemiddelverket</td>
<td></td>
<td>I samarbeid med FHI</td>
</tr>
<tr>
<td>Overvåke vaksinasjonsdekning og effekt på epidemien</td>
<td>FHI</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

### Innkjøp av vaksine og iverksetting av vaksinasjon

Beslutning om innkjøp av vaksine til hele eller deler av befolkningen, inkludert antall doser, gjøres av Helse- og omsorgsdepartementet. Helse- og omsorgsdepartementet beslutter også, ved forskrift, gjennomføring av vaksinasjon i program, inkludert spørsmålet om prioritering av målgrupper, med hjemmel i smittevernovenen § 3-8 og § 3-9. Beslutningene fattes på bakgrunn av kunnskap om sykdommens alvorlighetsgrad, kunnskap om vaksinens effekt og bivirkninger og tilgjengelig mengde vaksine. Folkhelseinstituttet har ansvar for at slike vurderinger blir gjennomført 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.

Vedtak om vaksinering i beredskapssituasjoner
Dersom det blir aktuelt å kjøpe inn en vaksine i forbindelse med en beredskapssituasjon, vil Helse- og omsorgsdepartementet gjøre endringer i forskrift om nasjonalt vaksinasjonsprogram. Vaksinen gjøres da til en del av vaksinasjonsprogrammet som et tilbud til hele befolkningen eller til en del av den.

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.\textsuperscript{49}

Det kan oppstå situasjoner hvor det må handles uten opphold og hvor det ikke vil være tid til å avvente et Påbud fastsatt i forskrift av departementet.\textsuperscript{50} I slike tilfeller kan Helsedirektoratet påby vaksinering. Vikåret 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 rimelig god dokumentasjon for vaksinens effekt og sikkerhet.

Prioritering av grupper for vaksinasjon
Det finnes ulike alternativer for bruk av vaksine i en beredskapssituasjon. Det kan være aktuelt å vaksinere:

- 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. En forutsetning er at

\textsuperscript{49} Smittevernloven § 3-8
\textsuperscript{50} Smittevernloven § 3-8
det ikke finnes smittebærere som er klinisk friske eller bare har lette, ukarakteristiske symptomer. Denne metoden ble benyttet i utrydningsfasen for kopper.

Enkelte vaksiner kan brukes som postexposisjonell profylaks, og kan hindre utvikling av sykdom hvis man vaksinerer raskt etter kontakt med aktuelt agens.

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

Kommunene og det enkelt helseforetak bør ha planer for prioritering av vaksine til sitt helsepersonell.

5.11 Sanering og dekontaminering
Ved alle sykehus skal det finnes prosedyrer og utstyr for sanering av pasienter og helsepersonell og dekontaminering av utstyr og lokaler ved eksponering for biologisk agens. Universitetssykehus skal i tillegg ha egnede fasiliteter og utstyr for sanering av pasienter i tilknytning til akuttmottak. RHF-ene har sørge-for ansvaret i helseregionen.

For visse alvorlige smittsomme sykdommer kan det være aktuelt å foreta vask og desinfeksjon i pasientens hjem og andre kontaminerede omgivelser før disse tas i bruk etter sykdom eller eksponering for smittestoff. Ansvaret for dekontaminering ligger hos kommunen, men kommunen kan søke råd fra de regionale kompetansesentrene for smittevern. Ved høyrisikosmitte i bolig eller annet lokale bør lokalene stenges inntil det er ferdig emballert, benytte personlig smittevernutstyr.

For den enkelte kommuner vil dekontaminering være særlig utfordrende da kompetanse og utstyr til dekontaminering av lokaler ikke nødvendigvis er tilgjengelig på kommunalt nivå. Interkommunale avtaler eller avtaler med nærmeste helseforetak kan være en måte å håndtere dette på.

5.12 Smittefarlig avfall i helse- og omsorgstjenesten: håndtering, transport og avløpsvann
Håndtering og transport av avfall og farlig gods

Smittefarlig avfall og farlig gods skal håndteres, emballeres og merkes i tråd med krav i forskrift om smittefarlig helseavfall og forskrift om landtransport av farlig gods.\(^{51,52}\)

Forskrift om smittefarlig avfall gir krav om at:
- avfallet håndteres, oppbevares og transporteres på en måte som ikke medfører fare for forurensning eller spredning av smitte til mennesker, dyr eller miljø
- smittefarlig avfall ikke blandes med andre typer avfall
- smitteavfall på ett tidlig som mulig behandles slik at det ikke lenger er smittefarlig
- avfallet blir levert til et anlegg med behandlings-/forbrenningsstiltatelse
- avfallet er emballert slik at det egner seg for lagring og transport uten å medføre smittefare
- emballasjen er merket slik at det tydelig fremgår at det inneholder smittefarlig avfall
- avfallet før levering er emballert og merket i tråd med krav i forskrift om landtransport av farlig gods

Personell som håndterer smittefarlig avfall skal, inntil avfallet er ferdig emballert, benytte personlig beskyttelsesutstyr.

Avløpsvann
For laboratorier er det klare krav til håndtering av avløpsvann.\(^{53}\) For agens i smitterisikogruppe 3 er det anbefalt at avløpsvann skal desinfiseres før uttømming, men for smitterisikogruppe 4 er dette et krav.\(^{54}\)

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

---

\(^{51}\) Forskrift om smittefarlig avfall fra helsetjeneste og dyrehelsetjeneste mv.
\(^{52}\) Forskrift om landtransport av farlig gods
\(^{53}\) Jf. arbeidsplassforskriften
\(^{54}\) Vedlegg 2 i forskrift om tiltaksverdier og grenseverdier for fysiske og kjemiske faktorer i arbeidsmiljøet, samt smitterisikogrupper for biologiske faktorer (forskrift om tiltaks- og grenseverdier)
5.13 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 kremeres, eller at det skal settes i verk andre spesielle tiltak i forbindelse med gravferder.\(^{55}\)

Transport, håndtering og emballering av lik samt gravferd skal utføres på en forsvarlig måte for å motvirke overføring av smitte fra lik.\(^{56}\) Detaljer om håndtering av lik fremkommer i merknader til forskriften og i retningslinjer om hygieniske forhold m.m. ved håndtering og transport av lik.

Helsedirektoratet kan gi begravelsesbyråer pålegg om å ha beredskapsplaner for transport og håndtering av et større antall lik ved epidemi og større ulykker som krever mange dødsføde.\(^{57}\) Tilsvarende kan den som har forvaltningsansvaret for oppbevaringsrom for lik, gis pålegg om å ha en beredskapsplan for forsvarlig oppbevaring av et større antall lik.

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.


5.14 Dekninger av utgifter ved smitteverntiltak
I henhold til smitteverniloven kan Helse- og omsorgsdepartementet bestemme at tjenester eller tiltak etter smitteverniloven skal være gratis for den som er i fare for å bli smittet med smittsomme sykdommer eller som allerede er det.\(^{58}\)

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.\(^{59}\)

---

55 Smitteverniloven § 4-6
56 Forskrift om transport, håndtering og emballering av lik samt gravferd
57 Forskrift om transport, håndtering og emballering av lik samt gravferd § 2-2
58 Smitteverniloven § 6-2
59 Blåreseptforskriften § 4 nr. 3, Forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos lege § 3 nr. 7
6 Kommunikasjon og informasjon

6.1 Ansvar, roller og samordning av kommunikasjonsarbeidet


Folkehelseinstituttet er i smittevernloven pålagt et ansvar for å gi 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 til nærmere definerte grupper.60

Ved utbrudd av alvorlig smittsom sykdom skal kommunikasjonsavdelingene i Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet raskt møtes og bli enige om kommunikasjonsutfordringer og fordeling av oppgaver for å sikre et koordinert kommunikasjonsarbeidet. Ved behov etableres en felles arbeidsgruppe.

Hvordan de ulike kanalene skal benyttes i kommunikasjonsarbeidet, blir en løpende vurdering. Det er imidlertid avgjørende at sentrale myndigheter kommuniserer et felles, omførend budskap både til befolkningen, helse- og omsorgstjenesten, andre departementer, underliggende etater og virksomheter.

6.2 Målgrupper

Målgrupper må identifiseres i den aktuelle situasjonen. Kommunikasjonstiltak tilpasses målgruppes behov. Hovedmålgrupper for informasjonen vil som regel være:

- befolkningen generelt, herunder språklige minoriteter
- risikogrupper
- pasienter og pårørende
- helse- og omsorgstjenesten (alle nivåer)
- samarbeidende etater og øvrige beredskapsmyndigheter
- media

6.3 Kommunikasjonskanaler

De viktigste kommunikasjonskanalene vil være:

- Kommunikasjon i linjen til de regionale helseforetakene, det enkelte helseforetak, fylkesmenn, kommuner og fastleger
- 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 på fhi.no.
- Helsedirektoratets informasjonstelefon for publikum kan aktiveres ved behov
- Folkehelseinstituttets informasjonstelefoner for helsepersonell: Smittevernvakta, mikrobiologisk beredskapsvakt, rådgivningstelefon for vaksinering

60 Smittevernloven § 4-8
• Nasjonale myndigheters egne nettsider og kriseinfo.no
• Kommunenes egne nettsider
• Mattilsynets telefontjeneste og nettsider
• Kommunikasjonsmedarbeider fra Folkehelseinstituttet deltar i feltepidemiologisk gruppe lokalt ved behov
• Helse-CIM
• Massemedier
• Sosiale medier

Kommunikasjonsavdelingene i Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet vurderer forløpende 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, helsedirektoratet.no og kriseinfo.no.

Informasjon med faglige råd, fakta med dybdeinformasjon samt innhold som krever jevnlig oppdatering, legges som hovedregel på fhi.no. Det bør lenkes fra de øvrige netttstedene til fhi.no.

6.4 Aktuelle kommunikasjonstiltak
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 kommunikasjonstiltak
• Pressekonferanser
• Tekster til nettsider og sosiale medier
• Svarberedskap på sosiale medier
• Informasjonstelefon for befolkningen
• Plakater til oppslag
• Tekster og annet materiell til distribusjon til spesifikke målgrupper inkludert sms-meldinger
• Betalt eller pålagt kommunikasjon i radio, fjernsyn, på nettsider, kinoer, sosiale medier mv.

6.5 Loggføring/dokumentasjon
I Helse-CIM opprettes et eget område for hendelsen. Alle kommunikasjonstiltak og mediehenvendelser loggføres i Helse-CIM. Spesielt viktig er det at alle budskap til befolkningen og helse- og omsorgstjenesten samt eventuelle endringer av disse blir dokumentert i Helse-CIM eller egnet arkivsystem.
Etiske utfordringer

Utgangspunktet er at all helsehjelp forutsetter samtykke. Av hensyn til å beskytte samfunnet og andre personer gir smittevernloven mulighet for å ta i bruk tvangsmidler.


I en utbruddssituasjon er det av hensyn til å få tillit fra befolkningen av betydning at det er åpenhet 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 normalt prioriterer grupper som er spesielt i risiko for å få sykdommen eller har sterkest medisinsk indikasjon, utøvende helsepersonell og definerte nøkkelpersoner, og deretter resten av befolkningen.

Dette samsvarer med det som fremgår av pandemiplanen der målsettingen for prioriteringen (for profylakse og behandling) følger tre hovedpunkter:

• Forebygge smittespredning og redusere sykdom og død
• Behandle og pleie syke og døende hjemme og i helseinstitusjon
• Opprettholde nødvendige samfunnstjenester innenfor alle sektorer

Ved utbrudd av alvorlige smittsomme sykdommer kan behandling bare av én enkelt pasient være svært kostnadskrevende og overstige det man vanligvis aksepterer i helse- og omsorgstjenesten. Samfunnets behov for beskyttelse vil telle med i vurderingen og kunne være avgjørende for utfallet.
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. Dette kan ligne på erfaringene fra større katastrofer, ulykker og lignende hendelser. Kommunale kriseteam har her en viktig rolle, i samarbeid med smittevernpersonaell som kan gi faglige råd. Se mer i «Veileder for psykososiale tiltak ved kriser, ulykker og katastrofer» utarbeidet av Helsedirektoratet 2016.61


61 https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1166/Mestring,-samhorighet-og-hap-veileder-for-psykososiale-tiltak-ved-kriser-ulykker-og-katastrofer-IS-2428.pdf
Økonomiske- og administrative forhold


Smittevernloven § 4-5
Øvelser er et viktig virkemiddel for på generelt grunnlag å sikre og kontrollere at beredskapsplaner, varslings- og rapporteringslinjer og kommunikasjonsveier fungerer. Dette gjelder alle forvaltningsnivåer og alle ledd i helse- og omsorgstjenesten. 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. Håndtering av utbrudd av alvorlig smittsom sykdom må øves enten i egne øvelser eller som tema under øvelser med andre hovedmål.

Internasjonalt samarbeid

Formålet med internasjonalt samarbeid er å styrke forebygging og sykdomsbekjempelse. Tidlig varsling, informasjon og samarbeid om tiltak kan bidra til å hindre og forsinkes smittespredning på tvers av landegrenser og bidra til effektiv hjelpeinnsats.

11.1 Verdens helseorganisasjon (WHO)
WHO's oppgaver er:

1. Gi medlemslandene råd om beredskap
2. Internasjonal overvåking
3. Formelle erklæringer og anbefalinger etter det internasjonale helsereglementet (IHR 2005)

Ved utbrudd av alvorlige smittsomme sykdommer, vil WHO kommunisere med medlemslandene gjennom nasjonale IHR-kontaktpunkter som i Norge er Folkehelseinstituttet. IHR har til formål å forebygge internasjonal spredning av sykdom og sikre koordinert internasjonal oppfølging. Det er et mål at tiltak gjennomføres på måter som unngår unødvendig forstyrrelser av internasjonal trafikk og handel. IHR har etablert et varslingssystem mellom landene og WHO. IHR gir retningslinjer for WHO og det enkelte landes håndtering av ved hendelser og forplikter landene til samarbeid om rapportering og tiltak.

3.1 Europakommisjonen og European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC)

Landene skal varsle om hendelser som kan ha internasjonal betydning i Europakommisjonen varslingssystem for smittsomme sykdommer, EWRS, utveksle informasjon om beredskapsplanlegging samt konsultere hverandre og Europakommisjonen om planlagte og iverksatte tiltak via Helsesikkerhetskommiteen (HSC). I Norge er Folkehelseinstituttet varslingspunkt for EWRS. Helse- og omsorgsdepartementet deltar som observatør i HSC.

European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) er underlagt Europakommisjonen. 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. Helse- og omsorgsdepartementet deltar som observatør i styret for ECDC. Folkehelseinstituttet er representert i ECDCs ulike faglige nettsenter.

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

Lov 19. desember 2003 nr. 124 om matproduksjon og mattrygghet mv. (matloven)

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)

Forskrift 23. juli 2001 nr. 881 om krav til beredskapsplanlegging og beredskapsarbeid mv. etter lov om helsemessig og sosial beredskap (forskrift om krav til beredskapsplanlegging)

Forskrift 22. august 2011 nr. 894 om kommunal beredskapsplikt

Forskrift 20. mars 2015 nr. 231 om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste mv. (akuttmedisinforskriften)

Forskrift 25. april 2003 nr. 486 om miljørettet helsevern
Vedlegg 2.
Mandat for og sammensetning av beredskapsutvalget mot biologiske hendelser, samt koordinering på regionalt nivå

Fastsatt av Helse- og omsorgsdepartementet i samarbeid med alle departementene.

1. Innledning

Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) har ansvaret for helseberedskapen i Norge, og ansvar for at helsesektorens beredskap er koordinert med øvrige sektorer. Dette ansvaret omfatter nasjonal beredskap for å forebygge og håndtere biologiske hendelser.

Med Biologiske hendelser menes i denne sammenheng naturlige smitteutbrudd eller tilskittede handlinger med biologisk materiale, det vil her si mikrober (virus, bakterier, sopp, toksiner), som kan spres og tas opp av mennesker fra luft, via overflater eller næringsmidler eller overføres mellom mennesker, fra insekter og dyr til mennesker. Mandatet gjelder biologiske hendelser med høyt farepotensiale og/eller som har alvorlige konsekvenser for menneskers liv og helse, miljø og andre viktige samfunnsinteresser og krever nasjonal tverrsektoriell koordinering.

Mandatet etablerer et beredskapsutvalg mot biologiske hendelser, med rådgivere og sekretariat, og klargjør fylkesmannens og sysselmannens rolle som regionalt ledd.

Mandatet tar utgangspunkt i Nasjonal helseberedskapsplan, prinsippene for nasjonal krisehåndtering og prinsippene om ansvar-, nærhet-, likhet- og samvirke. Samarbeidet innebærer ingen endring i medlemmenes ansvar, jf. ansvarsprinsippet, men innebærer en forventning om å koordinere informasjonsinnhenting, situasjonsforståelse, samt beslutning og gjennomføring av tiltak med deltakere i utvalget så langt det passer, jf. samvirkeprinsippet og ansvarsprinsippet.

Deltakende virksomheter utfører oppgaver og tar beslutninger i tråd med deres fullmakter, som blant annet er hjemlet i smittevernloven, helseberedskapsloven, matloven, legemiddelloven, apotekloven, politiloven og sivilbeskyttelsesloven.

2. Beredskapsutvalgets sammensetning og ledelse

2.1 Utvalget skal bestå av myndigheter og nasjonale funksjoner med ansvar for å beskytte liv, helse, miljø og andre viktige samfunnsinteresser ved biologiske hendelser.

Følgende virksomheter skal oppnevne representant og vararepresentant til
Beredskapsutvalget mot biologiske hendelser, blant lederne i sin virksomhet:

- Helsedirektoratet
- Folkhelseinstituttet
- CBRNE-senteret ved Oslo Universitetssykehus HF
- Mattilsynet
- Statens legemiddelverk
- Politidirektoratet
- Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap
- Forsvarsstaben
- Utenriksdepartementet
- Miljødirektoratet

2.2 Beredskapsutvalget mot biologiske hendelser ledes av direktøren i Helsedirektoratet.

3. Beredskapsutvalgets rådgivere

3.1 Beredskapsutvalgets rådgivere er virksomheter med kompetanse og ressurser, som antas å være av særlig betydning for Beredskapsutvalgets håndtering. Flere rådgivere har selvestendig ansvar for å vurdere, beslutte og gjennomføre tiltak. Dette endres ikke av rådgiverrollen. Rådgiverne forventes å være tilgjengelig med kompetanse og ressurser. Hensikten er å få et bredt tilfang av faglige råd og god informasjonsutveksling for å koordinere tiltak.

Følgende virksomheter inviteres med som rådgivere:

- Regionale helseforetak (RHF) eller de
- Helseforetak RHFene peker ut
- Statens helsetilsyn
- Politiets sikkerhetstjeneste
- Forsvarets forskningsinstitutt
- Forsvarets ABC-skole
- Forsvarets sanitet (FSAN)
- Veterinærinstituttet
- Norges miljø- og biovitenskapelige universitet (NMBU)
- Utdanningsdirektoratet
- Luftfartstilsynet
- Avinor AS
- Avinor flysikring AS
- Bane NOR SF
- Posten Norge AS
- Tolddirektoratet
- Fylkesmannen
- Sysselmannen på Svalbard

3.2 Rådgivere inngalles etter behov. Beredskapsutvalget kan på bakgrunn av nye erfaringer, organisasjonsmessige endringer innenfor samfunnssikkerhet og beredskap og endringer i trusselbildet, også invitere andre rådgivere enn de som er nevnt i 3.1.

4. Beredskapsutvalget og rådgivernes oppgaver m.v.

4.1 Ved en biologisk hendelse skal Beredskapsutvalget med støtte fra rådgiverne:

- innhente kunnskap for å ha en best mulig oversikt over situasjonen
- vurdere prognoser for hvordan situasjonen vil utvikle seg
- koordinere innsatsen med sikte på å beskytte liv, helse, miljø og andre viktige samfunnssikkerhetsinteresser
- sørge for samordnet informasjon til myndigheter, publikum og medier
- evaluere og sikre læring.

4.2 I det løpende arbeidet med forebygging og beredskap skal:

- medlemmene av Beredskapsutvalget og rådgiverne holde løpende oversikt over det relevante nasjonale og internasjonale trusselbildet på sine fagområder
- Beredskapsutvalget drøfte trusselbildet etter innspill fra deltakerne.
- medlemmene av Beredskapsutvalget og rådgiverne, i tråd med sine mandater, ta initiativ med sikte på å få bygget opp, vedlikeholdt og koordinert beredskap, materiell og tjenester med sikte på en mest mulig effektiv innsats ved en biologisk hendelse
- medlemmene av Beredskapsutvalget og rådgiverne, i tråd med sine mandater, holde kontakt med ansvarlige myndigheter på alle nivåer, bistå med informasjon og råd
- Beredskapsutvalget tjene som forum for løpende gjensidig informasjonsutveksling
- Beredskapsutvalget bistå med å forebygge og redusere konsekvensene av terrorhandlinger gjennom å legge til rette
for at relevante ressurser kan mobiliseres
• Beredskapsutvalget avholde øvelser, eventuelt i samarbeid med andre organer
• Beredskapsutvalget veilede Fylkesmannen og Sysselmannen, jf. kapittel 8.

4.3 Beredskapsutvalget skal utarbeide og vedlikeholde blant annet:
• prosedyrer for varsling/innkalling av utvalget, rådgivere og andre impliserte
• rutiner for samarbeid mellom utvalget, sekretariat, rådgivere, Fylkesmannen og Sysselmannen både ved biologiske hendelser og i det løpende beredskapsarbeidet
• prosedyrer for rask varsling og løpende informasjon til berørte departementer
• beskrivelse av ansvar og oppgavefordeling, der det ikke allerede foreligger i planer
• scenarier for å støtte relevante myndigheter med dimensjonering av sin beredskap

4.4 Samarbeidet innebærer ingen endring i det ansvar medlemmene er pålagt, jf. ansvarsprinsippet, men innebærer en forventning om å koordinere beslutning og gjennomføring av tiltak med deltakerne i utvalget, så langt det passer jf. prinsippene om samvirke og ansvar. Deltakende virksomheter utfører oppgaver og tar beslutninger i tråd med deres fullmakter, som blant annet er hjemlet i smittevernloven, helseberedskapsloven, matloven, legemiddelloven, apotekloven, politiloven og sivilbeskyttelsesloven.

4.5 Rapportering ved biologiske hendelser følger etablerte rapporteringslinjer.

4.6 Utvalget kan ved en biologisk hendelse be om bistand fra informasjonspoolen, som administreres av Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap.

5. Beredskapsutvalgets sekretariat og sekretariatets oppgaver

5.1 Sekretariat ledes av Helsedirektoratet og består av Helsedirektoratets administrative krisehåndteringsapparat og smittevernfaglig sekretariat ivaretatt av Folkehelseinstituttet.

5.2 Helsedirektoratets krisehåndteringsapparat skal understøtte Beredskapsutvalget og har ansvar for samarbeidet med Folkehelseinstituttet, kommunikasjonsarbeidet og utvalgets øvrige apparat, herunder rapportering og innspill fra medlemmene og de faglige rådgiverne.

5.3 Folkehelseinstituttet skal med utgangspunkt i sitt smittevernfaglige ansvar under-støtte Helsedirektoratet, og skal ved biologiske hendelser og i det løpende arbeidet:
• bistå Helsedirektoratet og Beredskapsutvalget med smittevernfaglige situasjonsrapporter, vurderinger, og råd om smitteverntiltak og risikokommunikasjon
• i samarbeid med Helsedirektoratet bistå virksomheter med smittevernfaglige råd
• bistå Helsedirektoratet og Beredskapsutvalget med å lage kommunikasjonsstrategier
• foreslå og iverksette besluttede kommunikasjonstiltak for direktoratet og utvalget
• bistå utvalget med formidling av koordinert informasjon til publikum og medier
• utføre andre oppgaver som er tillagt Folkehelseinstituttet i lov og forskrift.

5.4 I det løpende arbeidet skal Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet sammen:
• tilrettelegge for virksomheten i Beredskapsutvalget
• utarbeide informasjonsstrategier og standard informasjonsmateriale
• delta i det løpende beredskapsarbeidet med å formidle informasjon
• bistå institusjoner og myndigheter på alle nivåer ved aktuelle problemstillinger
• representere det løpende beredskapsarbeidet og være et bindeledd for dette
• tilrettelegge for og delta i opplæring og øvelser, samt følge opp erfaringene fra øvelser

6. Varsling og innkalling ved en biologisk hendelse

6.1 Beredskapsutvalget, rådgivere og andre impliserte varsles etter fastlagte prosedyrer.

6.2 Beredskapsutvalget konsulteres og innkalles når lederen beslutter det. Medlemmene kan
anmode leder om å innkalle. Lederen avgjør hvilke rådgivere som skal innkalles.

6.3 Ved varsling og innkalling skal Beredskapsutvalget møte så snart det lar seg gjøre.

7. Operasjonslokaler

7.1 Helsedirektoratet stiller til disposisjon og forvalter operasjonslokaler for utvalget.

7.2 Operasjonslokaler med kommunikasjons- og datasystemer bygges opp i samarbeid mellom Beredskapsutvalget, Helsedirektoratet, Folkhelseinstituttet og Helse- og omsorgsdepartementet. Sekretariatet står for vedlikehold og drift av systemene.

8. Fylkesmannen og Sysselmannen koordinerer regionalt

8.1 Fylkesmannen skal, med utgangspunkt i sitt ansvar på smittevernområdet og sin samordningsrolle, medvirke til at regionale og lokale virksomheter, har tilfredsstillende planer for biologiske hendelser som en del av et samordnet planverk og skal rapportere regelmessig om dette til Beredskapsutvalget ved Helsedirektoratet.

8.2 Ved biologiske hendelser skal fylkesmannen bidra til koordinering og iverksettelse av samordnede tiltak regionalt og lokalt i tråd med Nasjonal helseberedskapsplan.

8.3 Sysselmannen har tilsvarende rolle på Svalbard tilpasset lokale forhold der.

8.4 Regionale helseforetak rapporterer direkte til Helsedirektoratet om forhold i spesialisthelsetjenesten.

9. Administrative og økonomiske forhold

9.1 Utvalget er administrativt underlagt Helse- og omsorgsdepartementet og tar opp spørsmål av administrativ, organisatorisk og økonomisk karakter med departementet.

9.2 Etableringen av Beredskapsutvalget mot biologiske hendelser er en systematisering av samarbeidet mellom berørte virksomheter og vil medføre beskjedent merarbeid for deltagerne utenfor kriser ved at møter i Beredskapsutvalget mot biologiske hendelser hvis mulig koordineres med møter i Kriseutvalget for atomberedskap og andre møter.

9.3 I tråd med ansvar og sektorprinsippet, skal alle involverte aktører dekke egne kostnader til planlegging og gjennomføring av tiltak.

10. Ikrafttredelse

Mandatet gjøres gjeldende fra 01.06. 2019.