

# Pandemiplanlegging

Nasjonale faglige råd

---

Først publisert: 13. november 2019

Sist faglig oppdatert: 13. november 2019



# Innhold

1. Pandemiplanlegging i kommunen ..... 3
2. Pandemiplanlegging i helseforetak ... 11
3. Bakgrunn for pandemiplanlegging .... 25

## KAPITTEL: 1

# Pandemiplanlegging i kommunen

Denne publikasjonen er et en utvidet momentliste med beskrivelser av tiltak og temaer som kan tas med i pandemiplanleggingen lokalt og er et vedlegg til nasjonal beredskapsplan pandemisk influensa. Pandemiplanen må sikre at befolkningen får nødvendige helse- og omsorgstjenester uansett høyt sykefravær i kommunen og samtidig hindre bortfall av andre nødvendige tjenester.

---

### KAPITTEL: 1.1

## Diagnostikk og behandling i kommunen under en pandemi

Kommunen må ha en pandemiplan som sikrer at influensasyke blir diagnostisert og får nødvendig lege/helsehjelp uansett omfang og alvorlighet.

### Informasjon til befolkningen ved en pandemi

Kommunen må ha planer for hvordan befolkningen best kan informeres om en pandemi, hvordan befolkningen skal forholde seg om de blir syke og hvor de kan henvende seg for å få nødvendig legehjelp i kommunen.

### Organisering:

#### Personell/fastlegenes rolle ved en pandemi

Fordelingen av det diagnostiske og behandlingsmessige ansvar må være avklart mellom kommunens egne leger (sykehjemsleger, eventuelt legevaktleger og eventuelle andre private legetjenester/bedriftshelsetjenester) og fastlegene.

Kommunen må ha planer for hvordan legetjenestene organiseres ved en pandemi. Planene bør være fleksible og tilpasset den aktuelle pandemisituasjon

Kommunen bør også ha planer for å rekruttere andre leger til å bistå fastlege og legevakt. Dette kan være kommunale leger, privatpraktiserende spesialister, bedriftsleger, leger uten avtale med kommunen eller pensjonerte leger som fortsatt har autorisasjon. Medisinerstudenter og leger som venter på LIS 1-tjeneste kan også bistå, men må være under veiledning og supervisjon av fastlege eller legevaktlege.

Hvis det blir nødvendig å etablere kommunale behandlingsinstitusjoner for influensasyke vil det kreve ytterligere lege- og sykepleiekapasitet for å ivareta behandlingsansvaret ved disse institusjonene.

### Kommunen bør vurdere å etablere egne mottak for influensasyke

Egne influensamottak kan være hensiktsmessig for å unngå smitteoverføring ved alle legekantor før vaksine er tilgjengelig.

Ved de årlige influensautbruddene blir nødvendig diagnostikk og legebehandling utført av fastlegene og legevakt uten behov for ekstra legekapasitet eller endret organisering. I en pandemisituasjon kan pågangen til legetjenesten øke betydelig samtidig som kommunens legetjeneste kan være svekket på grunn av influensasykdom. Det kan da være hensiktsmessig å etablere egne mottak for influensasyke/ambulerende mottak. Man bør også vurdere egne mottak for særlig syke pasienter.

Hvis fastlegekontorene skal ha hovedansvaret vil det være fornuftig å samle influensapasientene til begynnelsen eller slutten av arbeidsdagen.

På legevakter bør det, om mulig, etableres egne mottak/venterom for influensasyke.

En utvidet sykebesøksordning bør også vurderes for å unngå smitte på venterom.

Ved en kraftig pandemi bør kommunen ha planer for eventuell etablering av egen telefonlinje for telefonkonsultasjon eller medisinsk rådgivning.

Mulighet for elektronisk konsultasjon bør også vurderes for at pasientene i størst mulig grad skal isolere seg hjemme.

## **Kapasitet:**

Kommunen bør sammen med fastlegene og legevakt legge planer for hvordan øyeblikkelig hjelp-kapasiteten kan økes.

Fastlegene kan i en periode redusere antall kontrolltimer og på denne måte frigjøre kapasitet til å ta seg av influensasyke.

Legevakten kan også prioritere strengere og avvise flere med milde symptomer/løse problemer over telefon.

Eventuelt planer for samarbeid med andre kommuner (avtaler):

- Nærliggende kommuner bør inngå samarbeidsavtaler for gjensidig bistand ved en pandemi.
- Pandemien kan ramme ulikt og til ulik tid og det bør derfor planlegges for eventuell gjensidig bistand ved stor pågang eller ved stort legefravær på grunn av sykdom
- Mindre kommuner bør også vurdere å samarbeide om eventuell etablering av felles kommunale behandlingstilbud/influensamottak

## **Samordning:**

Den interne samordningen mellom ulike legegrupper i kommunen, eventuell samordning med nabokommuner, samordning med lokalsykehuset.

### **Planer for samordning med spesialisthelsetjenesten (avtaler)**

Det er viktig at kommunens og spesialisthelsetjenestens pandemiplaner er samordnet:

- På grunn av manglende sykehuskapasitet kan det bli nødvendig å ivareta sykere pasienter i kommunen enn til vanlig og det kan bli aktuelt å etablere egne behandlingsinstitusjoner.
- Innleggelseskriterier bør i forkant være avtalt og avklart mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten slik at det er enighet om innleggelseskriterier både for influensasyke og for andre lidelser, og om hvilke pasienter som kan overflyttes til kommunen.

#### **Planer for samarbeid med frivillige organisasjoner (avtaler):**

Frivillige organisasjoner utgjør mange steder en betydelig ekstraressurs som kan trekkes inn i arbeidet allerede i planleggingsfasen.

---

## **KAPITTEL: 1.2**

### **Opprettholde andre kommunale tjenester under en pandemi**

Pandemiplanen må sikre at befolkningen får nødvendig pleie- og omsorgstjenester uansett høyt sykefravær i kommunen og større behov hos befolkningen, samt sørge for oversikt over tilgjengelige ressurser

#### **Kommunikasjon**

Det bør være planer for hvordan det kan gis løpende informasjon til pasienter, brukere og pårørende om hvordan kommunen sikrer dem tilstrekkelig og forsvarlige pleie- og omsorgstjenester, samt helsetjenester. Selv om oppgavene vil øke og behovet for personell kan øke bør organiseringen og ansvarslinjene være som normalt. Ved omgang med influensasyke vil beskyttelsesutstyr stå sentralt.

#### **Organisering**

Selv om oppgavene vil øke og behovet for personell kan øke bør organiseringen og ansvarslinjene være som normalt. Ved omgang med influensasyke vil beskyttelsesutstyr stå sentralt (se under smitteverntiltak).

Når helsepersonell som har vært influensasyke returnerer til arbeid, kan det være fornuftig å organisere dem i egne team som tar seg av influensasyke da dette personalet vil være immune.

- Planen sier hvordan helsepersonell/frivillige kan omdisponeres/mobiliseres for å utføre nødvendige oppgaver overfor syke og omsorgstrengende i kommunen uansett omfang og alvorlighet på influensa-pandemien.
- Planen beskriver forslag til hvordan man kan skaffe til veie ekstra senger/lokaler samt nødvendig og forsvarlig lege- og sykepleierdekning med tanke på behov for etablering av kommunale behandlingsinstitusjoner for influensasyke/ utvidelse av øyeblikkelig hjelp døgnplasser/ korttidsplasser

#### **Kapasitet**

Det må påregnes ekstra fravær blant ansatte innen omsorgstjenestene. Dette vil gjelde på sykehjem, innen hjemmesykepleien, innen rus- og psykisk helsefeltet i kommunen og innen omsorgen for både fysisk og psykisk utviklingshemmede.

- Mobilisering av ressurser for å dekke nødvendige behov i denne situasjonen må være et sentralt punkt i kommunens pandemiplaner.
- Dette kan innebære lengre arbeidstid, utvidelse av deltid til heltid, omplassering av kommunalt helsepersonell og ikke minst mobilisering av andre som for eksempel pensjonert helsepersonell og helsefagstudenter.
- Kommunen bør ha planer for mobilisering av pårørende og frivillig personell som kan bistå helsearbeidere (Røde Kors, Norsk Folkehjelp m.fl.)

## Lokaler

Mange innbyggere i kommunen er avhengig av omsorg. Ved en pandemi kan deres behov øke. I tillegg vil flere vil bli syke og hjelpetrengende. Det vil også være større sykefravær blant hjelpere.

- Det kan medføre behov for omdisponering av lokaler
- På grunn av manglende sykehuskapasitet kan det bli aktuelt å etablere kommunale behandlingsinstitusjoner for influensasyke eller andre som ikke klarer seg hjemme.
- Man kan eksempelvis utvide allerede eksisterende kommunale øyeblikkelig-hjelp-døgnplasser eller korttidsplasser i kommunen. Det kan også være aktuelt å leie eksisterende hotellkapasitet i krisesituasjoner.
- Man bør ha konkrete planer for lokalisering, bemanning, sengekapasitet, behov for beskyttelsesutstyr og annet nødvendig medisinsk utstyr ved slike enheter.

## Beskyttelsesutstyr og legemidler

- Planer for å sikre nok beskyttelsesutstyr til bruk for personell som er i kontakt med influensasyke. Dette gjelder både eget personell og personell ved fastlegekontor.
- Planer for lager, mottak og distribusjon av antiviralia og personlig beskyttelsesutstyr
- Plan for å sikre tilgang til andre legemidler i kommunen ved langvarig pandemi (antibiotika o.l.)

---

### KAPITTEL: 1.3

## Psykososial omsorg i kommunen ved en pandemi

Ved en alvorlig pandemi kan kommunen oppleve flere dødsfall, også blant yngre personer. Nærstående kan derfor ha behov for støtte og helsehjelp.

### Kommunikasjon

Kommunen må ha planer for informasjon til befolkningen om hvor de kan få nødvendig psykososial omsorg under en pandemi.

### Organisering, kapasitet og samordning

- Kommunen må ha planer for sikring av tilstrekkelig kapasitet for psykososial omsorg da behovet for dette kan bli større enn normalt.

- Denne tjenesten bør organiseres på samme måte som ved andre beredskapssituasjoner og under den samme ledelse som ellers.
- Det bør planlegges for hvordan andre ressurser kan rekrutteres til det psykososiale arbeid.
- Planen bør omtale samordning av kommunens psykososiale omsorg med spesialisthelsetjenesten og de frivillige organisasjonene

---

#### KAPITTEL: 1.4

### Sikring av samfunnskritiske funksjoner

Et stort sykefravær i befolkningen kan føre til svikt i samfunnskritiske funksjoner som rammer kommunen. Det kan være leveransesvikt av viktige varer, store datasystemer kan falle ut og offentlig transport kan bli hardt rammet. Dette må kommunen være forberedt på og bør være ivaretatt i kommunens generelle beredskapsplaner.

#### Kommunikasjon

Kommunen bør ha planer for samordnet informasjon hvis viktige samfunnsfunksjoner utenfor kommunen skulle stå i fare for å svikte

#### Organisering, kapasitet og samordning

- Kommunen må holde seg orientert om at sentrale samfunnsviktige virksomheter i kommunen har beredskapsplaner som ivaretar drift ved stort fravær
- Planen bør beskrive bedrifter/institusjoner i kommunen med samfunnskritiske oppgaver
- Kommunen bør etablere kontakt med tanke på eventuelt samordning beredskapsplaner
- Kommunen bør og etablere kontakt med bedriftshelsetjenesten om eksempelvis vaksinasjon av nøkkelpersonell eller av større grupper ansatte

---

#### KAPITTEL: 1.5

### Massevaksinering i kommunen ved en pandemi

Planen må sikre nødvendig kapasitet til å gjennomføre massevaksinasjon

#### Kommunikasjon

Formidling av nasjonale anbefalinger og informasjon om hvor befolkningen skal henvende seg for vaksinasjon

- Kommunelegene og andre lokale helsemyndigheter bør støtte opp om nasjonale vaksinasjonsanbefalinger gjennom lokale medier for å sikre optimal vaksinasjonsdekning.

- Kommunen må sørge for at befolkningen blir grundig informert om hvem som kan vaksineres hvor. Dette kan skje gjennom oppslag på legekontor og i institusjoner, kommunens nettsider, gjennom lokalaviser, lokalradio, sosiale medier eller andre kommunikasjonskanaler.

## Organisering

Planveileder for massevaksinasjon mot pandemisk influensa i kommuner og helseforetak gir mer detaljerte råd om planlegging og gjennomføring av massevaksinasjon. Ved en pandemi vil normalt de samme gruppene prioriteres for vaksinerings som ved vanlige influensaepidemier.

- Kommunen må ha planer for hvem som skal gjennomføre vaksinasjonen, hvordan den skal gjennomføres og hvor den skal gjennomføres.
- Kommunene må ha planer for forsvarlig håndtering av vaksinene. Dette gjelder utpeking av ansvarlig person/personer og betryggende mottak, oppbevaring og distribusjon av vaksinene ([se planveileder massevaksinasjon FHI.no](#))
- Vaksinene vil distribueres ujevnt og over tid. Det betyr at man kan ha forskjellige planer for forskjellige grupper. Eksempelvis kan risikopersoner vaksineres hos fastlegene, mens den øvrige befolkning vaksineres av helsepersonell på utpekte vaksinasjonssteder i kommunen.
- Normalt vil helsepersonell og annet nøkkelpersonell samt de med kroniske sykdommer/nedsatt immunforsvar (risikogrupper) prioriteres før resten av befolkningen ved begrenset utlevering av vaksiner. Det skal foreligge oppdaterte lister over antall personer i ulike prioriterte grupper ([se planveileder massevaksinasjon FHI.no](#))

## Kapasitet

- I en situasjon med behov for vaksinasjon av mange over kort tid (massevaksinasjon) kan det være effektivt å rekruttere både helsesøstre, andre sykepleiere og helsesekretærer til å gjennomføre vaksinasjonen.
- I tillegg kan det etableres egne vaksinasjonsteam som vaksinerer hjemmeboende pasienter og pasienter på sykehjem.
- Bedriftshelsetjenesten i større bedrifter kan vaksinere sine egne ansatte etter avtale. Det er viktig at kommunen setter av vaksinedoser til nøkkelpersonell i bedrifter dersom disse er prioritert (se samfunnskritiske funksjoner)
- Ved en massevaksinasjon vil frivillige kunne gi avgjørende hjelp i forhold til organisering av køer, registrering m.m. og dette bør inn i planene

## Lokaler

- Det må planlegges for lokaler og tidspunkter for massevaksinasjon av kommunens innbyggere

## Samordning:

- Arbeidsdelingen mellom fastlegene og kommunen rundt vaksinerings bør avklares og avtales i god tid før et pandemiutbrudd
- Nasjonale myndigheters planer for vaksinedistribusjon og kommunens planer for vaksinerings må samordnes.
- I kommuner med sykehus må vaksinerings samordnes med helseforetakenes planer for vaksinerings av pasienter og ansatte
- Det samme gjelder samarbeidet med bedriftshelsetjenester og andre private aktører



## Råd om smitteverntiltak i kommunen ved en pandemi

Behandling frem til vaksine foreligger vil i hovedsak være å prøve å utsette toppunktet i pandemien, slik at ikke alle blir syke på samme tid.

### Kommunikasjon

- Viktige smittevernråd, inkludert isolering i hjemmet og bruk av beskyttelsesutstyr må formidles til befolkningen.
- Informasjon om hvor og på hvilket grunnlag antiviralia utskrives formidles til befolkningen

### Organisering, kapasitet og samordning


Under pandemien vil det gis konkrete smittevernråd fra nasjonale helsemyndigheter. Særlig viktig vil være råd om god hoste- og håndhygiene og det er viktig at dette støttes opp av de kommunale helsemyndigheter. I tillegg kan det gis råd om hvordan syke kan unngå smitte til andre og om hvordan familiemedlemmer kan beskytte seg best mulig for å unngå smitte fra den syke. Det vil være naturlig at det er kommunelegen som formidler smittevernrådene til lokalbefolkningen. Fastleger og legevaktleger og annet helsepersonell som møter de influensasyke vil ha en avgjørende rolle som formidlere av fornuftige smittevernråd for å forhindre unødig smitte til nærpå personer.

- Planen må sikre at kommunen til enhver tid har tilgang på kommunelege eller andre med smittevernkompetanse
- Planen må sikre nok beskyttelsesutstyr til bruk for personell som er i kontakt med influensasyke
- Smittevernråd formidles fra fastleger, legevakt og smittevernansvarlig lege i kommunen.
- Også annet helsepersonell bør bidra med smittevernråd
- Planer for mottak og distribusjon av antiviralia og beskyttelsesutstyr

### Antiviralia

- Antiviralia kan benyttes for å forkorte sykdomsvarigheten og vil være et viktig tiltak før vaksine foreligger. Anbefalinger om riktig bruk og indikasjon vil bli gitt fra nasjonalt hold. Normalt skal dette forskrives av lege for deretter å hentes ut fra apotek, men under en pandemi kan det åpnes opp for andre måter for forskrivning og utlevering. Tidligst mulig diagnose vil stå sentralt for maksimal effekt av antiviralia, og vil kreve god kapasitet på legetjenesten (og mulighet for diagnostisering over telefon kan være en god metode. Det bør unngås at utleveringssteder av antiviralia blir smittesteder.
- Det kan i særlige tilfelle bli gitt anbefalinger om antiviralia i forebyggende hensikt til nøkkelpersonell og dette vil i utgangspunktet ikke distribueres via apotek og rutiner for mottak og utdeling av dette bør inn i planene.

### Beskyttelsesutstyr og basale smittevernrutiner:

- 
- Helsepersonell som omgås influensasyke må bruke beskyttelsesfrakk, munnbind og hansker for ikke å bli smittet. Kommunen må sørge for at det er planlagt for at dette er tilgjengelig. Det er viktig at også fastleger og legevaktene har tilgang på dette.
  - Videre er det sentralt at alt personell som kommer i direkte kontakt med influensasyke har god kjennskap til basale smittevernrutiner. Dette kan være håndhygiene: hostehygiene, plassering av influensasyke (avstand), renhold, avfalls- og skittentøyhåndtering

## 2

# Pandemiplanlegging i helseforetak

Denne publikasjonen er et en utvidet momentliste med beskrivelser av tiltak og temaer som kan tas med i pandemiplanleggingen lokalt og er et vedlegg til nasjonal beredskapsplan pandemisk influensa.

Med helseforetak menes statlige helseforetak, samt institusjoner som yter tilsvarende helsehjelp, jf. Helseberedskapsloven §1-3 a og b. Dette gjelder per i dag Lovisenberg sykehus, Diakonhjemmet sykehus og Haraldsplass sykehus.

### 2.1

## Behandlingskapasitet ved en pandemi

### Lokaler

- Det må utarbeides planer for hvordan man kan utnytte de eksisterende lokaler maksimalt, samt planer for etablering av andre lokaler som kan benyttes internt og eksternt når det ikke lenger er tilstrekkelig plass i de ordinære lokaler.

Helsetjenesten er dimensjonert og bemannet for befolkningens vanlige behov for tjenester. Store utbrudd kan medføre at den ordinære kapasiteten i sykehus ikke strekker til.

Det kan bli nødvendig å ta i bruk flermannsrom, utpekte avdelinger eller bygninger for mottak, isolering og behandling av syke med samme diagnose (kohortisolering).

[Nasjonal beredskapsplan pandemisk influensa \(regjeringen.no\)](#) legger opp til at helse- og omsorgstjenesten skal planlegge for en situasjon hvor 25 % av befolkningen blir syke. Beregninger viser at helseforetakene i en slik situasjon må være forberedt på opptil 14 000 - 16 500 innleggelse. Opp til 2 800 vil trenge innleggelse i toppuken, hvorav opp til 500 vil kreve mer intensiv behandling. Helseforetakene må utarbeide planer for et slikt scenarium.

### Mottakelsesavdelinger og poliklinikker

Det må utarbeides:

- planer for hvordan kapasiteten i pasientmottak og poliklinikker kan økes
- planer for alternativ mottaksavdeling og poliklinikker for pasienter med influensa
- rutiner for triage av pasienter
- avtaler som sikrer tilstrekkelig mottakskapasitet – også utenfor helseforetaket

Ved massetilstrømning av pasienter med influensa er det nødvendig at sykehusene har tilfredsstillende lokaler og sengeplasser for mottak og eventuell poliklinisk vurdering, og det skal foreligge planer for hvordan arealene mest effektivt kan benyttes for å øke kapasiteten og å hindre smitte. Det bør innføres rutiner for å skille pasienter med mistenkt pandemisk influensa og andre sykdommer. Så langt som mulig bør risiko for influensa avklares per telefon før henvisning til helseforetakene.

Pasienter bør om mulig unngå venting i fellesarealer. Behov for og mulighet for egne mottaksavdelinger og poliklinikker for pasienter med mistenkt influensa bør vurderes. Dersom diagnosen er kjent eller mistenkt før innleggelsen og forholdene ligger til rette for det kan pasienter med influensa innlegges direkte på isolat.

## Behandlingsplasser for innlagte pasienter

Frigjøring av egnede behandlingsplasser i sykehusene krever god planlegging. Momenter som er viktige er:

- spesialisthelsetjenesten må ha oversikt over eksisterende sengekapasitet og hvordan denne i en pandemisituasjon kan benyttes mest mulig effektivt.
- beregning av eksisterende sengekapasitet for behandling av isolering av pasienter med pandemisk influensa, inkludert intensivplasser
- kartlegging av hvor mange plasser, både på sengeposter og intensivavdelinger som i en normalsituasjon kan mobiliseres umiddelbart, ved 2 og 14 dagers varsel for barn og voksne, med og uten respiratorbehandling.
- planer for utvidelse av sengeplasser på ordinære sengeposter og i intensivavdelinger, og reservelokaler, om nødvendig ved kohortisolering
- planer for omdisponering av sengeplasser på ordinære sengeposter og intensivavdelinger ved omlegging av drift, inkludert kansellering eller utsettelse av elektive helsetjenester
- identifikasjon av mulige flaskehals og potensielle begrensninger i behandling av influensa, med hovedvekt på intensivbehandling, og planer for hvordan disse utfordringene kan løses i samarbeid med myndighetene og nærliggende sykehus
- kriterier for innleggelse og utskriving av pasienter med pandemisk influensa, tilpasset den til enhver tid gjeldende kapasitet
- muligheter for kapasitetsutvidelse ved behandling på lavere nivå ved å ta i bruk lokaler utenfor sykehus i samarbeid med kommunehelsetjenesten

Beregninger viser at med en gjennomsnittlig liggetid for pandemisk influensa på syv dager, vil somatiske sykehus måtte frigjøre anslagsvis en firedel av sine ordinære sengeplasser til behandling av influensapasienter. Selv om dette estimatet er forbundet med stor usikkerhet, bør helseforetakene legge planer for håndtering av en situasjon som er minst så krevende. Størst utfordring er det knyttet til intensivplasser, hvor kapasiteten vil bli overskredet dersom antall plasser ikke økes eller visse pasientgrupper nedprioriteres. Helseforetakene skal ha planer for hvordan tilgjengelige sengeplasser kan økes for pasienter med alvorlig influensa innen følgende hovedområder:

- omdisponering av sengeplasser,
- reduksjon i elektive innleggelser
- økning av totalt sengetall i eksisterende pasientarealer eller i reservelokaler
- reduksjon i liggetid ved effektivisering av diagnostikk og behandling (jf. avsnitt om laborietjenester
- tydelige kriterier for utskriving
- strengere kriterier for innleggelse både av pasienter med influensa og andre tilstander

Spesialisthelsetjenestens pandemiplaner må vise hvordan omdisponering av sengeplasser kan øke behandlingsskapasiteten for pasienter med influensa samtidig som forsvarlig smittevern ivaretas. Det kan f.eks. bli nødvendig å legge influensapasienter sammen på flermannsrom, på egne avdelinger eller bygninger som normalt ikke benyttes til smittsomme pasienter (kohortisolering).

Avlysning eller utsettelse av elektive undersøkelser og behandling kan bidra til frigiving av sengeplasser, og spesialisthelsetjenesten må ha planer for hvordan dette kan gjennomføres.

Helseforetakenes pandemiplaner må beskrive konkret hvordan sengetallet kan økes i eksisterende pasientlokaler, eller ved å ta i bruk reservelokaler om ikke omdisponering av plasser som vanligvis benyttes til andre typer pasienter er tilstrekkelig. Antallet intensivsenger kan økes ved å ta i bruk operasjonslokaler samtidig som elektive operasjoner stanses eller reduseres under pandemien.

Mulige flaskehalsar og potensielle begrensninger i behandling av influensa må identifiseres, med hovedvekt på intensivbehandling, og det må utarbeides planer for hvordan disse utfordringene kan løses.

Under en pandemi vil influensa kunne forårsake komplikasjoner, for eksempel hjerteinfarkt, med behov for behandling på avdeling eller enhet som ikke er spesielt beregnet på behandling av influensa. I tillegg vil pasienter som er innlagt med annen sykdom, kunne bli syke med influensa. Det er viktig at mistanke om eller bekreftet influensa ikke hindrer at pasienten får adekvat medisinsk behandling for andre sykdommer.

Planene bør også inneholde en vurdering av kapasitet for oppbevaring av døde, og eventuell identifisering av reservelokaler for dette formålet.

---

## 2.2

# Behov for kvalifisert personell ved en pandemi

## Tiltak for å sikre behovet for kvalifisert personell ved en pandemi

Kvalifisert personell er en forutsetning for optimal håndtering. Alle må bidra ut fra sine forutsetninger og kompetanse. Det er viktig å ha:

- rutiner for oppdatering av personell-lister
- rutiner for monitorering av arbeids- og sykefravær
- avtale med yrkesorganisasjoner og tillitsvalgte som muliggjør endringer i arbeidstid og arbeidsoppgaver
- planer og definere oppgaver og rutiner for bruk av vikarer og ekstrapersonell
- rutiner for eventuell omplassering av ansatte tilhørende risikogrupper for alvorlig forløp av influensa
- rutiner for sykefravær ved mistenkt eller bekreftet influensa hos arbeidstageren eller ved sykdom i hjemmet
- beregning av minimumsbemanning for å opprettholde drift av de enkelte enhetene og tjenestene i helseforetaket (jamfør også massevaksinasjonsplanen), inkludert direkte pasientrettet virksomhet og medisinske og ikke-medisinske støttefunksjoner
- prioritering av bemanning og planer for disponering av personell
- rekruttering og opplæring av vikarer og eksternt personell, inkludert studenter, pensjonister og andre frivillige) og Sivilforsvaret og Forsvaret.
- opplæring av personell fra andre avdelinger til funksjoner som vil bli belastet, for eksempel i mottakelse, på infeksjons- og intensivavdeling, for å sikre kompetanse og sikkerhet

Massetilstrømning av influensapasienter vil kreve økte personellressurser i mye av spesialisthelsetjenestens virksomhet. Dette kan bli særlig krevende i en situasjon der mange ansatte vil kunne være fraværende.

Ved høy angrepsrate vil man kunne forvente stort sykefravær i den yrkesaktive befolkningen (kfr DSB/Helsedirektoratet «Kontinuitetsplanlegging pandemisk influensa»). Myndighetene vil også kunne oppfordre syke personer til å holde seg hjemme for å redusere smittespredningen. I tillegg kan det ventes fravær av personer som må pleie syke familiemedlemmer. Estimerer fra Storbritannia viser at opptil 15-17 % av den yrkesaktive befolkningen vil være hjemme med sykdom i toppukene av en pandemi. En eventuell stenging av skoler og barnehager er anslått å øke sykefraværet til totalt 30-35 % på det høyeste, og planene må ta høyde for dette.

Helseforetakene må organisere virksomheten slik at de totale personellressurser kan disponeres mest mulig rasjonelt og effektivt under en pandemi. Lister over ansatte må være oppdaterte og det må finnes rutiner for å følge med på arbeids- og sykefravær. Om nødvendig må det i tillegg på forhånd inngå avtaler med aktuelle yrkesorganisasjoner som gjør det mulig å foreta endringer i arbeidstid, -planer og -oppgaver. Arbeidsgiver kan lage forhåndsavtaler med tillitsvalgte med kort varslings tid. Planene kan også inkludere retningslinjer og rutiner for bruk av vikarer og ekstrapersonell.

Tilstrekkelig personell kan sikres ved forskjellige tiltak. Et eksempel på hvilke tiltak som kan gjennomføres finnes i Regional beredskapsplan for Helse Sør-Øst – Delplan Felles regionalt rammeverk for personellplanlegging:

1. Bruke overtid og forskjøvet arbeidstid
2. Utarbeide og implementere alternative arbeidsplaner for den akutte kriseperioden
3. Omdisponere personell innenfor rammen av styringsretten
4. Rekruttere frivillig personell fra andre avdelinger og andre foretak
5. Innleie av ekstrapersonell- rutinemessige tiltak
6. Utsettelse av etterutdanning, kurs og konferanser
7. Endring/utsettelse av fastsatt ferie, avspasering og permisjon
8. Organisere opplæring og skolere opp eksternt personell i nye oppgaver
9. Aktivere kollegastøtteordninger/hente inn personell som hjelper til med å bearbeide personlige belastninger (primært personell fra psykiatrien)
10. Innleie av ekstrapersonell- særskilte tiltak
11. Beordring av eget personell/personell fra andre virksomheter

I tillegg vil det ved under en pandemi være aktuelt å iverksette særskilte tiltak innenfor personellforvaltningen. Følgende tiltak vurderes og iverksettes hvis aktuelt:

- Midlertidig omplassering og eventuell forebyggende behandling av ansatte i risikogrupper (jf. medikamentelle smitteverntiltak)
- Vaksinerings av ansatte i prioriterte grupper (jf. medikamentelle smitteverntiltak)
- Retningslinjer for ansattes fravær ved egen sykdom/sykdom i egen familie

Planene bør legge til grunn et behov for sikring av personellressurser både til direkte pasientrettet virksomhet og til medisinske støttefunksjoner, som pre-hospitale tjenester og sykehusapotek. For eksempel bør RHF og helseforetak utarbeidet planer for hvordan andre ansatte kan erstatte og avlaste medisinsk personell med spesialfunksjoner under en pandemi.

For å legge til rette for optimal pasientbehandling under en pandemi, er det videre nødvendig å identifisere og opprettholde nødvendige ikke-medisinske støttefunksjoner, for eksempel tøyvask, renhold, avfallshåndtering, sikkerhet, leveranser av mat, vann-, strøm- og oksygen, og håndtering av døde.

## Behov for legemidler og utstyr ved en pandemi

### Generelle tiltak

Tilgang til kritiske legemidler og utstyr er avgjørende for håndtering av en pandemi. Følgende bør helseforetakene ha oversikt over:

- kartlegging av behov for legemidler og utstyr det kan bli økt behov for i en pandemisituasjon
- etablering av et system som varsler ved truende mangel
- estimering av forbruk av legemidler og utstyr på basis av et sannsynlig scenario (kfr pandemiplanen)
- rutiner i helseforetakene om håndtering av mangelsituasjon, og beskrivelse av informasjons- og kommunikasjonslinjer i en slik situasjon.
- identifiserte lokaler for beredskapslagring av legemidler og utstyr
- vurdering av behov for forhåndslager av nødvendige legemidler og utstyr i samarbeid med sykehusapotekene og forsyningssettene
- rutiner for rekvirering, lagring, intern distribusjon og bruk av antiviralia og andre legemidler det kan være mangel på
- avtaler som sikrer at sykehusets drift kan opprettholdes som sikring av nødvendige forsyninger, vann og elektrisitet

Helseberedskapsloven og dertil hørende Forskrift om krav til beredskapsplanlegging og beredskapsarbeid, stiller krav til de regionale og lokale helseforetakene om å utarbeide beredskapsplaner som skal sørge for tilfredsstillende sikkerhet for forsyning av legemidler og utstyr.

En pandemi vil medføre økt forbruk av visse typer legemidler og utstyr. For å forebygge en mangelsituasjon under en pandemi, vil det være nødvendig både å forhåndslagre visse typer legemidler og utstyr, og å inngå avtaler med leverandører som kan bidra til å ivareta forsyningsikkerhet.

Hvert HF er ansvarlig for beredskap og beslutningen om hvorvidt man skal ha beredskapslager eller ikke. Et alternativ til et slikt lager er at det er gode avtaler med leverandører/andre samarbeidspartnere som sikrer aktuelle leveranser.

### Legemidler

Enkelte legemidler er særlig viktig i en beredskapssituasjon:

- avtale mellom Sykehusapotekene HF/det enkelte sykehusapotek med henholdvis RHF/HF om tilgjengelighet og leveranse av nødvendige legemidler
- beredskapslagring av definert mengde antivirale legemidler og antibiotika, eventuelt også andre legemidler som infusjonsvæsker på basis av risiko- og sårbarhetsanalyse i samarbeid med sykehusapoteket

Ansvar for legemiddelberedskap ligger hos det enkelte helseforetak med tilhørende sykehus og sykehusapotek. Det er etablert en Nasjonal legemiddelberedskapsgruppe ved Oslo Universitetssykehus.

Ansvarsforholdene er regulert i avtaleverket mellom Sykehusapotekforetakene og de Regionale helseforetakene, og mellom det enkelte sykehusapotek og helseforetak. Avtale om legemiddelberedskap skal sikre:

- tilgjengelighet og leveranse av nødvendige legemidler
- oversikt over leveringssituasjonen for legemidler
- gode varslingsrutiner

ved akutte hendelser og katastrofesituasjoner og i situasjoner som gir økt behov for legemidler over lengre tid, for eksempel en pandemi.

Håndtering av en eventuell mangelsituasjon, og beskrivelse av informasjons- og kommunikasjonslinjer i en slik situasjon, skal være en del av beredskapsplanene til HF-ene.

Helsedirektoratet har et beredskapslager av oseltamivir (Tamiflu®) og zanamivir (Relenza®). Lageret inkluderer også rimantadin som kun kan være aktuelt som forbyggende behandling. Det anbefales derfor ikke at helseforetakene på eget initiativ forhåndslagrer større mengder antivirale midler mot influensa.

Det anbefales allikevel av sykehusapotekene har en viss mengde antivirale midler tilgjengelig til bruk for eksponerte ansatte og pasienter med influensa. Denne mengden bør basere seg på en lokal risiko og sårbarhetsanalyse.

Spesialisthelsetjenesten må i sine planer for pandemisk influensa utarbeide rutiner for rekvirering, lagring, intern distribusjon og bruk av antiviralia. Bruk av antiviralia bør følge anbefalinger utarbeidet av helsemyndighetene, og være i henhold til oppdatert kunnskap om effekt, bivirkninger og resistensforhold.

En pandemi vil i tillegg til antivirale legemidler utløse økt behov for en rekke andre legemidler, spesielt antibiotika mot bakterielle luftveisinfeksjoner og enkelte legemidler til bruk ved akutt- og intensivbehandling. Dimensjonering av et antibiotika lager må samsvare med aktuelle planleggingsscenarioer. Distribusjon, rekvirering og utlevering av legemidler vil følge den alminnelige ordning for slike aktiviteter.

## Utstyr

Ledelsen ved HF/RHF må sikre tilgang til nødvendig utstyr:

- avtaler om forsyning fra leverandører i en krisesituasjon, eventuelt ved beredskapslagring hos leverandør
- rutiner for om-disponering av utstyr i en mangelsituasjon
- avtaler om reparasjon og service på essensielt utstyr

Under en pandemi kan det oppstå mangel på utstyr som er nødvendig for behandling av pasienter med influensa, for eksempel personlig beskyttelsesutstyr, sprøyter og spisser til vaksinasjon og desinfeksjonsmidler.

Tilstrekkelig mengde utstyr kan sikres gjennom avtaler om forsyning, beredskapslagring, om-disponering, service og reparasjon. Leverandører kan ha ansvar for å sikre kontinuitet i forsyning av



materiell, og kan ha ansvar for å holde eget beredskapslager hvis dette er spesifisert i innkjøpsavtalene. Det er ønskelig at utstyr som beredskapslagres, er likt det som vanligvis benyttes, for å redusere behov for ekstra opplæring i bruk.

For visse typer utstyr vil omdisponering av bruk kunne bli aktuelt for å øke behandlingsskapasiteten. For eksempel kan anesthesiapparater som normalt benyttes i kirurgisk virksomhet utnyttes dersom elektive kirurgiske inngrep utsettes. Non-invasiv ventilasjonsstøtte er mindre ressurskrevende en respiratorbehandling, og kan være et alternativ ved ressursknapphet.

Nesten alt medisinsk utstyr som trengs innen smittevern, har lang leveransetid. Krav knyttet til forsyningssikkerhet bør inkluderes i avtaler med leverandørene. For materiell er uunnværlig for å kunne opprettholde forsvarlig sykehusdrift bør det inngås parallelle avtaler med flere leverandører. Aktuelt smittevernmateriell har i hovedsak lang holdbarhet og vil være i omløp. Der det er hensiktsmessig bør det vurderes å bygge opp rullerende lagre.

Ansvar knyttet til rasjonering eller prioritering må defineres slik at ikke enkelt-sykehus "kupper" markedet ved å kjøpe inn alt tilgjengelig materiell direkte fra leverandøren. Ordninger tilsvarende Forsyningssenteret i HSØ kan ha en sentral rolle her.

---

## 2.4

# Tiltak på systemnivå i pandemiplanleggingen

## Ledelse under en pandemi

God krisehåndtering krever god og tydelig ledelse. Det er viktig at:

- Kriseledelsen har nødvendig kompetanse eller planer for supplering av personell med kompetanse som ivaretar god håndtering av pandemiberedskap
- Kriseledelsen har godt fungerende kommunikasjonskanaler internt og eksternt

Spesialisthelsetjenestens influensarelaterte oppgaver under en pandemi inkluderer diagnostikk og behandling av alvorlig syke pasienter, sikring av godt smittevern i egne institusjoner, veiledning av den kommunale helse- og omsorgstjenesten om behandling av mindre alvorlig syke, og formidling av informasjon og kunnskap til andre samarbeidende parter i pandemiberedskapen.

Ledelsen ved helseforetakene har ansvar for utarbeiding av planer for pandemisk influensa innen sitt foretak, og beslutter når disse skal iverksettes. Det må sørges for at kriseledelsen om nødvendig suppleres med nødvendig kompetanse for å ivareta alle sider av håndteringen og kompenserende tiltak dersom kriseledelsen selv rammes av sykdom.

Det må etableres mekanismer som sørger for effektiv kommunikasjon og informasjon til og fra kriseledelsen innen helseforetakene, til primærhelsetjenesten, til publikum og til helsemyndighetene.

## Prioritering av helsetjenester

Ledelsen må prioritere ressursene ut fra situasjonen. Dette innebærer å:

- utarbeide en oversikt over tjenestetilbudet i prioritert rekkefølge, fra nødvendig helsehjelp som må opprettholdes til enhver til tjenester som kan utsettes eller utgå
- utarbeide et system for "Reverse Triage" (kriterier for utskrivning eller redusert helsetilbud til pasienter som er innlagt eller under behandling i sykehus for å frigjøre ressurser for å ta hånd om mer akutte og alvorlige syke), inkludert hvilken annen aktivitet som skal reduseres / utsettes / utgå når flere influensasyke har behov for sykehusinnleggelse
- utarbeide en samlet plan for endring av ordinær drift gjennom pandemien
- anslag for ressurser som kreves for å opprettholde de helt nødvendige helsetjenester
- planene ivaretar beredskap for andre hendelser og kriser som kan oppstå også under en pandemi

For å planlegge for dette under en pandemi, må kriseledelsen kartlegge aktiviteten i en normalsituasjon, både i mottak, på vanlige sengeposter, intensivavdelinger og i poliklinikker.

Planene må inkludere en prioritert liste over pasienter som kan og må vike etter hvert som antallet pasienter med influensa som innlegges varierer under en pandemi.

Planene bør også inkludere en prioritering av pasienter som skal tilbys og som må avslås fra intensivbehandling i en situasjon med begrenset kapasitet grunnet økt pågang av influensapasienter.

Dersom pasienttilstrømningen langt overskrider den ordinære fluktusjon i pasienttilstrømningen, kan det bli nødvendig at spesialisthelsetjenesten må endre det overordnede målet for virksomheten - fra å optimalisere behandlingen av den enkelte pasient til å sørge for at de samlede tiltak som iverksettes gir mest mulig helsegevinst for en større pasientpopulasjon. I starten av pandemien kan det være mulig å øke kapasiteten i tråd med økt etterspørsel uten at det går ut over kvaliteten på tjenestene. Senere under pandemien kan det bli nødvendig å redusere kvantiteten og kvaliteten på tjenestene og foreta en streng prioritering av hva som kan gjennomføres og for hvem.

Under en influensapandemi er hovedmålet for det enkelte helseforetak så langt som mulig å opprettholde nødvendig helsehjelp. Som grunnlag for pandemiplanene bør ledelsen definere hvilke helsetjenester dette er, og kvantifisere ressursene som kreves for å opprettholde disse. Tjenester som det er mulig å utsette uten fare for liv og helse bør nedprioriteres.

## **Samhandling med kommunehelsetjenesten og andre helseforetak**

Ledelsen ved helseforetaket må ha planer for samarbeid med kommunehelsetjenesten og andre helseforetak. Dette innebærer å:

- Definere eget helseforetaks roller og ansvar innad i det regionale helseforetaket og i samarbeid med kommunehelsetjenesten
- Utarbeide samarbeidsavtaler mellom HF / RHF og kommuner
- Utarbeidelse og bekjentgjørelse av omforente beredskapsplaner som tydeliggjør roller, ansvarsfordeling og samhandlingsprosedyrer mellom primær- og spesialisthelsetjenesten, inkludert den akuttmedisinske kjeden
- Det finnes samarbeidsavtalene med kommunen som inneholder kriterier for innleggelse, utskrivning og fordeling av pasienter mellom tjenestene
- Planer som innebærer hensiktsmessig informasjonsutveksling med kommunehelsetjenesten ved deres respektive smittevernleger / leder

Lokale planverk må utarbeides slik at man tydeliggjør roller, ansvarsfordeling og samhandlingsprosedyrer mellom primær- og spesialisthelsetjenesten, og at disse blir gjort kjent.

Samhandlingen med kommunehelsetjenesten må planlegges slik at de samlede ressurser kan utnyttes optimalt gjennom de ulike fasene i en pandemi.

Det regionale helseforetaket eller det enkelte helseforetak, skal inngå samarbeidsavtale med kommunestyret selv. Slike samarbeidsavtaler skal også omfatte omforente beredskapsplaner og planer for den akuttmedisinske kjeden (Helse- og omsorgstjenesteloven § 6-2). I en pandemisituasjon bør kommunen og smittevernlege ved det lokale helseforetaket etablere en hensiktsmessig samarbeidsform for å sikre gjensidig informasjonsutveksling mellom kommunen og lokale og regionale helseforetak – herunder informasjon om planer for vaksinasjon (ref. massevaksinasjonsplanen). Når det avtales samarbeidstiltak, bør avtalen klargjøre relevante ansvarsforhold og hvordan samarbeidet skal organiseres.

Det må videre utarbeides et rammeverk som regulerer terskelen for innleggelse og utskriving av pasienter med influensa, slik at ikke pasienter blir unødvendig innlagt, og slik at liggetiden på sykehus blir kortest mulig. Disse kriteriene bør utarbeides i samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten og må bekjentgjøres begge steder. Kriteriene må fortløpende evalueres og om nødvendig justeres under en pågående pandemi.

Når sykehuskapasiteten blir overskredet, kan det bli nødvendig å ivareta sykere pasienter i kommunen enn det som til vanlig ordinært er vanlig. Planene må derfor vise hvordan kommuner og sykehus i samarbeid kan håndtere behovet for mange alvorlig syke. De lovpålagte samarbeidsavtalene mellom kommuner og regionale helseforetak bør derfor beskrive dynamikken for prioritering og samordning mellom kommune og spesialisthelsetjenesten.

Det bør være tett dialog mellom lokalsykehuset og medisinsk faglig kompetanse i kommunen, f.eks. kommuneoverlege og smittevernoverlege, under hele forløpet av pandemien.

Det kan også være aktuelt å samordne tilbudet med andre sykehus i og utenfor det regionale helseforetaket, ved at visse sykehus overtar funksjoner for andre i en periode. Etter spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 har RHF-ene ansvar for å organisere og samordne virksomheten i sine helseforetak.

## Generelle smitteverntiltak

Helseforetaket må ha en plan for hvilke smitteverntiltak som skal iverksettes ved en pandemi. Dette innebærer:

- at en lege, direkte underlagt ledelsen er ansvarlig for å koordinere smittevernet ved foretaket.
- Opplæringstiltak og rutiner for praktisering av basale smittevernrutiner hos helsepersonell, pasienter og besøkende, gjennom undervisning, muntlig instruksjon, skriftlige rutiner, plakater osv.
- opplæring og tilrettelegging for bruk av kontakt- og dråpesmitteregime ved behandling av pasienter med mistenkt eller bekreftet influensa
- tilgjengelighet av personlig beskyttelsesutstyr (kirurgiske munnbind, smittefrakker, hansker og øyebeskyttelse)
- rutiner for bruk av kirurgisk munnbind på pasienter med mistenkt og bekreftet influensa under transport i sykehus og andre helseinstitusjoner.
- rutiner for bruk av åndedrettsvern klasse FFP3 under aerosolgenererende inngrep (f.eks. suging av luftveier, intubering, recusering, bronkoskopi og obduksjon)

- skilting av rom og lokaler som benyttes til isolering av influensapasienter
- rutiner for sykmelding av personell med influensa
- vurdering av om personell med risiko for alvorlig forløp av influensa skal ha mulighet for omplassering til arbeid som ikke medfører høy risiko for å bli smittet med influensa
- adgang til isolater kun for nødvendig personell og besøkende. Besøkende skal benytte samme type personlige beskyttelsesutstyr og praktisere samme smittevernrutiner som ansatte
- rutiner for triage av pasienter med henblikk på mulig influensa, per telefon og i akuttmottak
- råd om renhold og desinfeksjon basert på nasjonale retningslinjer
- råd om avfallshåndtering

Ledelsen i helseforetaket har ansvar for organisering og ledelse av smittevern- og massevaksinasjonsarbeidet. Helseforetakene har videre en lovpålagt plikt til å samarbeide med de myndigheter som har oppgaver av betydning for de aktuelle smitteverntiltakene, og for å inngå gjensidige samarbeidsavtaler.

Undersøkelse og behandling av pasienter med influensa må organiseres på en slik måte at smittefare for ansatte, pasienter og besøkende reduseres så langt som mulig. Pasienter med influensa som trenger innleggelse på sykehus, skal så langt som mulig isoleres for å hindre smitte av ansatte, medpasienter og besøkende.

Ansatte i spesialisthelsetjenesten skal tilbys opplæring i basale smittevernrutiner. Basale smittevernrutiner er basert på prinsippet om at alle kroppsvæsker som blod, sekreter, ekskreta, slimhinner og ikke intakt hud kan inneholde smittestoffer. Gjennomføring av basale smittevernrutiner overfor alle pasienter vil redusere risikoen for smitteoverføring fra både kjente og ukjente smitekilder.

Ved kjent eller mistenkt infeksjon som kan smitte mellom mennesker, skal pasienten isoleres. I tidlig fase av en pandemi kan det bli aktuelt å iverksette strengere tiltak.

Helseforetakene må ha retningslinjer for isolering og bruk av personlig beskyttelsesutstyr.

Arbeidsgiver skal sørge for at arbeidstakerne får opplæring i riktig bruk av isolering og personlig beskyttelsesutstyr og sørge for at arbeidstakerne får utlevert og blir pålagt å bruke hensiktsmessig arbeidstøy og personlig beskyttelsesutstyr.

Ved aerosolgenererende inngrep som suging og intubering av luftveier, bør det benyttes åndedrettsvern av klasse FFP3 og øyebeskyttelse.

## **Medikamentelle smitteverntiltak**

Helseforetaket må ha en plan for hvilke medikamentelle smitteverntiltak som skal iverksettes ved en pandemi. Dette innebærer:

- å ha planer for massevaksinasjon av ansatte og pasienter basert på nasjonale retningslinjer
- etablere et kontaktpunkt for informasjon fra FHI om leveranser av vaksiner
- opprette et rådgivende vaksinasjonsutvalg
- utarbeide prioritert liste over ansatte og pasienter for vaksinasjon med overslag over hvor mange det gjelder, og rutiner for oversending av lister til RHF-ene
- prioritert liste over antall ansatte som kan være aktuelle for kontinuerlig forebyggende behandling

Spesialisthelsetjenesten skal sørge for at nasjonale retningslinjer for bruk av vaksiner og forebyggende antiviral legemiddelbehandling implementeres i sitt planverk for pandemisk influensa.

Gjennomføring av vaksinasjon mot pandemisk influensa er viktig for å beskytte så vel arbeidstakere som pasienter.

Ansvar for nasjonal vaksineforsyning og vaksineberedskap ligger hos Nasjonalt folkehelseinstitutt (FHI). Produsentene har anslått at det vil ta ca. 4-5 måneder fra oppstart av produksjon til den første vaksineleveransen er klar. Overordnede prioriteringer på gruppenivå for hvem som skal tilbys vaksine besluttet av Helse- og omsorgsdepartementet.

Helseforetakene må planlegge for mottak av vaksine og sørge for et fast kontaktpunkt for informasjon fra FHI om leveranser.

Helseforetakene må videre legge planer for massevaksinering i løpet av et relativt kort tidsrom av sine ansatte, og for inneliggende pasienter som tilhører risikogruppene.

Det anbefales at helseforetakene oppretter et rådgivende vaksinasjonsutvalg som kan bistå ledelsen med de nødvendige praktiske, administrative og koordinerende funksjoner.

Ledelsen i helseforetakene har ansvar for å lage systemer som sikrer at det er de prioriterte gruppene som får tilbud om vaksine først.

Prioriteringslistene bør inkludere en oversikt over hvor mange innen hver personellgruppe som skal prioriteres ut fra hvor stor vaksinetilgangen er.

For detaljer vedrørende massevaksinasjon henvises det til [Planveileder for massevaksinasjon mot pandemisk influensa i kommuner og helseforetak \(FHI.no\)](#).

Det kan være aktuelt å tilby kontinuerlig profylaktisk antiviral legemiddelbehandling til nøkkelpersonell og helsepersonell med spesiell stor risiko for eksponering før effektiv vaksine er tilgjengelig, om nasjonale myndigheter bestemmer dette. Det nasjonale legemiddelberedskapslageret av antiviralia er imidlertid ikke dimensjonert til profylaktisk bruk.

## Laboratorietjenester

Helseforetaket må ha en plan for å sikre nødvendige laboratorietjenester ved en pandemi. Dette innebærer:

- retningslinjer for bruk av laboratorieundersøkelser ved begrenset kapasitet
- planer for kapasitetsøkning
- utarbeide avtaler som sikrer tilstrekkelige ressurser for laboratorietjenester

En influensapandemi vil medføre økt behov for laboratorietjenester, spesielt innen medisinsk mikrobiologi, radiologi og klinisk kjemi. Den økte pågangen vil komme både fra spesialisthelsetjenesten selv og fra kommunehelsetjenesten. Planene bør inkludere retningslinjer for hvilke pasienter som skal prioriteres for undersøkelse og med hvilke laboratorieundersøkelser, både fra spesialist- og kommunehelsetjenesten, noe som er viktig for rasjonell ressursbruk i en situasjon med ressursknapphet.

Helseforetakene må samtidig utarbeide planer for hvordan laboratoriekapasiteten kan utvides ved betydelig økt pasienttilstrømming under en pandemi. Dette vil medføre behov for økt bemanning på laboratoriene, og helseforetakenes pandemiplaner må vise hvordan dette kan ivaretas (kfr. avsnitt om personell).

Planene må også inkludere tiltak for å motvirke mangel på nødvendig diagnostiske apparater, reagenser og annet utstyr (kfr. avsnitt om legemidler og utstyr).

De regionale helseforetakenes medisinsk mikrobiologiske laboratorier har som oppgave å utføre virologisk diagnostikk og bidra i nasjonal overvåking av pandemien.

Det vil bli behov for å håndtere et større antall prøver enn normalt både for influensavirus og andre mikrobiologiske analyser, og laboratoriene må legge planer for hvordan dette kan utføres. Det vil kreves både kvalitativ og kvantitativ kapasitet for mikrobiologisk diagnostikk. Kvalitativ kapasitet innebærer at de mikrobiologiske laboratoriene raskt og korrekt kan identifisere og karakterisere det nye eller utbruddsaktuelle agens. Kvantitativ kapasitet innebærer at laboratoriene er i stand til å håndtere et større prøvevolum enn normalt, og laboratoriene må legge planer for hvordan dette skal muliggjøres.

Mikrobiologiske laboratorier ved regionssykehusene bør 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 helseregionen generelt.

## Overvåking, melding og varsling om influensa-sykdom

Helseforetaket må ha en plan for hvordan smittsomme sykdommer overvåkes, meldes og varsles. Dette innebærer:

- rutiner for melding og varsling av pandemisk influensa til MSIS
- rutiner for rapportering av kliniske data, antall innlagte og døde pasienter til nasjonale helsemyndigheter
- rutiner for rapportering av virologiske data til nasjonale helsemyndigheter
- systemer for overvåking og rapportering av utbrudd på sykehus

Influensa med pandemisk potensial er meldingspliktig til MSIS, gruppe A (influensa forårsaket av virus med pandemisk potensial, inkludert blant andre fugleinfluensaviruset A(H5N1) og andre influensavirus som smitter fra dyr til menneske samt framtidige nye influensavirus).

Påvisning av influensavirus med pandemisk potensial er i tillegg varslingspliktig til FHI i henhold til IHR-forskriften.

Varsling gjøres til den døgnåpne telefonen Smittevernvakten. Pandemiplanen skal inneholde systemer for overvåking og rapportering av utbrudd på sykehus. Folkehelseinstituttet vil presisere meldingskriteriene i en aktuell situasjon. Endringer i hva som skal meldes og varsles, kan gjøres underveis i pandemien.

Influensa (sesonginfluensa) er meldingspliktig til MSIS, gruppe C. Medisinsk-mikrobiologiske laboratorier rapporterer ukentlig til Folkehelseinstituttet om funn av influensavirus eller antistoff mot viruset (serologi) i pasientprøver. I tillegg sender utvalgte leger inn prøver fra pasienter med influensalignende sykdom direkte til Folkehelseinstituttet for viruspåvisning og karakterisering. Folkehelseinstituttet utfører også karakterisering av virus som andre laboratorier sender inn. Resultater og virusstammer formidles videre til Verdens helseorganisasjon.

Utbrudd av influensa i helseinstitusjoner er varslingspliktig til kommuneoverlege, Folkehelseinstituttet og andre instanser.

I tillegg til lovpålagt melding til MSIS, kan helseforetakene bli pålagt å rapportere om antall innleggelser av pasienter med influensa, antall influensadødsfall, antall pasienter med influensa innlagt i

intensivavdeling m.m. Helseforetakene kan også bli pålagt å rapportere virologiske data til referanselaboratoriet på Folkehelseinstituttet tilsvarende den ikke-summariske rapporteringen.

Innsamling og analysering av data må gjøres fortløpende, slik at kunnskap om den aktuelle situasjon blir tilgjengelig for myndighetene. De regionale helseforetakene er ansvarlig for å overvåke situasjonen, samordne rapporter fra helseforetakene og rapportere til helsemyndighetene.

Data som samles inn via den kliniske overvåkingen i spesialisthelsetjenesten, vil blant annet brukes til å vurdere alvorlighetsgraden av sykdommen og hvilke grupper som er hardest rammet, samt vurdere om det oppstår kapasitetsproblemer til sykehus og intensivavdelinger. Dataene vil også kunne gi viktig informasjon om vaksinesvikt og eventuelt utvikling av resistente influensavirus.

## Kommunikasjon

God kommunikasjon internt og eksternt er vesentlig for god håndtering av en pandemi. Det må derfor etableres:

- mekanismer for informasjonsflyt mellom helseforetakets toppledelse, ledere for underliggende avdelinger/enheter) og arbeidstakere
- informasjon til ansatte om roller og ansvar i beredskapsplanene
- informasjon om kriterier for innleggelse og utskrivelse, smittevern, og bruk av vaksine og antiviralia hos ansatte som må kjenne til dette
- mekanismer for effektiv informasjonsflyt begge veier mellom helseforetakene til RHF-ene, til kommunehelsetjenesten og til relevante myndighetsorganer
- utkast til informasjonsmateriell til bruk internt i sykehuset
- oppdaterte kontaktlister over personell og tilgjengelighet av adekvate informasjonsteknologiske hjelpemidler som for eksempel telefoni, Internett, callingsystem, også i alternative lokaler og for innleid personell
- én utpekt informasjonsmedarbeider til å ivareta eksternt kommunikasjon

Informasjonsflyten vil prinsipielt være den samme enten en krise skyldes en pandemisk influensa eller en annen årsak. Effektiv kommunikasjon til og fra ledelsen er avgjørende for god håndtering. Det må sørges for at ansatte kjenner til sine roller og ansvar slik de fremgår av beredskapsplanene. I tillegg til at god informasjon til ansatte og frivillige er nødvendig for effektiv håndtering, er dette også av betydning for å forhindre smittefrykt. Adekvate kommunikasjonshjelpemidler må være tilgjengelig, også i alternative lokaler og for innleid personell.

Det må etableres gode informasjonskanaler til helsemyndighetene, media, eget personale og til samarbeidende kommuner og helseforetak.

## Øvelse av beredskapsplaner

Helseforetaket må øve på utførelse av beredskapsplanene og sørge for at planene er kjent i organisasjonen. Dette innebærer:

- å gjennomføre relevante øvelser
- å revidere planverk i lys av erfaringer

Det lokale planverket skal øves jevnlig og oppdateres ved behov. I inter-pandemisk fase kan det f.eks. arrangeres simuleringsøvelse. I tillegg kan den årlige influensasesongen brukes for å øve på deler av den lokale massevaksinasjonsplanen. En økning i den årlige bruken av influensavaksine vil kunne gi bedre øvelser og bedre beredskap, i tillegg til å beskytte flere mot alvorlig sykdom.

1



## Bakgrunn for pandemiplanlegging

---

### 3.1

#### Scenarier

De anbefalte nasjonale tiltak vil endres under pandemiens utvikling. Før vaksine er tilgjengelig, vil smitteverntiltak som bremser og hindrer smitte prioriteres. Når vaksine blir tilgjengelig, vil gjennomføring av vaksinasjon bli viktigere. En pandemisk influensa vil oppstå i andre verdensdeler og det vil være tid til planlegging etter at den er varslet, men enda ikke nådd landet. Like fullt bør det foreligge konkrete og operative planer for ulike pandemiscenarier. Ansvarsavklaring mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten bør være avtalt, arbeidsdeling mellom fastlegene og legevakt bør være avklart og planer for gjennomføring av vaksinasjon, eventuelt massevaksinasjon bør være operasjonelle.

Selv en ordinær influensaepidemi medfører at 5-10 % av befolkningen blir syke og gir en nasjonal overdødelighet på 7-800 personer i løpet av sesongen. En pandemi karakteriseres av at langt flere smittes, men alvorlighetsgraden av pandemien vil bero både på smittsomheten og virusets evne til å gi alvorlig sykdom. Ved høy smittsomhet, men lav alvorlighetsgrad vil det være viktig å prioritere de samfunnsmessige konsekvensene av det store sykefraværet. Ved alvorligere sykdomsforløp vil fokus rettes mot optimale smitteverntiltak, isolering og oppfølging av de syke. De nasjonale anbefalingene vil basere seg på disse egenskapene ved viruset og kommunen må ha fleksible planer som kan justeres både i forhold til tidsperspektivet og i forhold til ulik alvorlighetsgrad og smittsomhet av pandemiviruset.

#### Noen scenarier og tall:

[Nasjonal beredskapsplan mot pandemisk influensa \(2014\)](#) planlegger for et forløp som samfunnet bør ha en kapasitet til å kunne møte. Det baseres på at 25 % av befolkningen blir syke og får symptomer og vel 90 % av disse vil bli syke i løpet av en 8-ukers periode. Ca 20 % (av de 25 %) vil være syke i den uken pandemien er mest utbredt.

Det vil gi 160 000 - 280 000 ekstra legekontakter i primærhelsetjenesten, 14 000 - 16 500 innleggelses på grunn av influensa hvorav 1400 - 2800 vil kreve intensiv behandling.

Spesialisthelsetjenesten er dimensjonert for forekomsten av sykdommer og hendelser som krever sykehusinnleggelse under normale forhold.

Ved ekstraordinære akutte hendelser med mange kritisk skadde pasienter eller i situasjoner med gradvis økende tilstrømning av betydelig økt antall pasienter over en tidsperiode (eks. pandemi) vil sykehusets evne til å opprettholde den normale aktivitet og drift bli stadig mer problematisk. En slik situasjon kan i noen tilfeller kreve ekstraordinære tiltak i spesialisthelsetjenesten.

I en pandemi må derfor spesialisthelsetjenesten være forberedt på at normal kapasitet for pleie, diagnostikk og behandling av pasienter kan bli overskredet. Sykehusene må derfor ha en plan for hvordan de skal tilpasse seg det endrede behovet for helsetjenester.

Nødvendig kapasitetsøkning forutsetter at det er mulig å øke ressurstilgangen (utenfra eller ved intern omdisponering) eller å bruke ressursene mer effektivt. En forutsetning for å kunne mobilisere nødvendige ressurser er at sykehusene har utarbeidet et planverk og som gjør det mulig å iverksette tiltak når dette er nødvendig. Nøkkelområder det må utarbeides tiltaksplaner for, kan inndeles i:

- Lokaler
- Personell
- Forsyninger (legemidler og utstyr)

Planene for sikring av disse ressursene må utarbeides i interpandemisk fase, og justeres i henhold til senere faser, alvorlighetsgrad, tilgjengelige ressurser og praktiske erfaringer underveis.

Alle nødvendige helsetjenester krever en kombinasjon av disse tre ressursene. For å forhindre sykdom hos helsepersonell, pasienter og besøkende, er godt smittevern et viktig premiss som må inkorporeres i alle tiltak.

---

## 3.2

### Samhandling mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten

Ved utarbeidelse av en pandemiplan er det viktig å:

- Definere av eget helseforetaks roller og ansvar innad i det regionale helseforetaket og i samarbeid med kommunehelsetjenesten
- Utarbeide samarbeidsavtaler mellom HF / RHF og kommuner
- Utarbeide og gjøre omforente beredskapsplaner som tydeliggjør roller, ansvarsfordeling og samhandlingsprosedyrer mellom primær- og spesialisthelsetjenesten kjent, inkludert den akuttmedisinske kjeden
- Det finnes samarbeidsavtalene med kommunen som inneholder kriterier for innleggelse, utskrivning og hvordan
- Planer som innebærer hensiktsmessig informasjonsutveksling med kommunehelsetjenesten ved deres respektive smittevernleger / leder

Lokale planverk må utarbeides slik at man tydeliggjør roller, ansvarsfordeling og samhandlingsprosedyrer mellom primær- og spesialisthelsetjenesten, og at disse blir gjort kjent. Samhandlingen med kommunehelsetjenesten må planlegges slik at de samlede ressurser kan utnyttes optimalt gjennom de ulike fasene i en pandemi.

Det regionale helseforetaket eller det enkelte helseforetak, skal inngå samarbeidsavtale med kommunestyret selv. Slike samarbeidsavtaler skal også omfatte omforente beredskapsplaner og planer for den akuttmedisinske kjeden ([Helse- og omsorgstjenesteloven § 6-2](#)). I en pandemisituasjon bør kommunen og smittevernlege ved det lokale helseforetaket etablere en hensiktsmessig samarbeidsform for å sikre gjensidig informasjonsutveksling mellom kommunen og lokale og regionale helseforetak – herunder informasjon om planer for vaksinasjon ([ref. massevaksinasjonsplanen \(PDF, FHI\)](#)). Når det avtales samarbeidstiltak, bør avtalen klargjøre relevante ansvarsforhold og hvordan samarbeidet skal organiseres.

Det må videre utarbeides et rammeverk som regulerer terskelen for innleggelse og utskriving av pasienter med influensa, slik at ikke pasienter blir unødvendig innlagt, og slik at liggetiden på sykehus blir kortest mulig. Disse kriteriene bør utarbeides i samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten og må bekjentgjøres begge steder. Kriteriene må fortløpende evalueres og om nødvendig justeres under en pågående pandemi.

Når sykehuskapasiteten blir overskredet, kan det bli nødvendig å ivareta sykere pasienter i kommunen enn det som til vanlig ordinært er vanlig. Planene må derfor vise hvordan kommuner og sykehus i samarbeid kan håndtere behovet for mange alvorlig syke. De lovpålagte samarbeidsavtalene mellom kommuner og regionale helseforetak bør derfor beskrive dynamikken for prioritering og samordning mellom kommune og spesialisthelsetjenesten.

Det bør være tett dialog mellom lokalsykehuset og medisinsk faglig kompetanse i kommunen, f.eks. kommuneoverlege og smittevernoverlege, under hele forløpet av pandemien. Gjensidig bistand mellom nabokommuner i krevende situasjoner kan også tas med i planleggingen.

Det kan også være aktuelt å samordne tilbudet med andre sykehus i og utenfor det regionale helseforetaket, ved at visse sykehus overtar funksjoner for andre i en periode. Det bør være konkrete planer for intern omfordeling av arbeidskraft i kommunen. Etter spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 har RHF-ene ansvar for å organisere og samordne virksomheten i sine helseforetak.

Fordelingen av det diagnostiske og behandlingsmessige ansvar må og være avklart mellom kommunens egne leger (sykehjemsleger, eventuelt legevaktleger) og fastlegene. På grunn av sprengt sykehuskapasitet kan det bli nødvendig å ivareta sykere pasienter i kommunen enn til vanlig og å etablere egne behandlingsinstitusjoner. Dette bør i forkant være avtalt og avklart mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten slik at det er enighet om innleggelseskriterier både for influensasyke og for andre lidelser, og om hvilke pasienter som kan overflyttes til kommunen. Dette tilsier at det er viktig at kommunens og spesialisthelsetjenestens pandemiplaner.

---

### 3.3

## Kommunens plikter

### Kommunen skal:

- utføre de oppgaver innen smittevernet som pålegges i loven her eller bestemmelser i medhold av loven, herunder skaffe seg oversikt over arten og omfanget av de smittsomme sykdommer som forekommer i kommunen, drive opplysning om smittsomme sykdommer og gi råd og veiledning om hvordan de forebygges, sørge for at individuelt forebyggende tiltak blir satt i verk, sørge for at andre tiltak etter loven her, folkehelsesloven eller helse- og omsorgstjenesteloven blir satt i verk.
- Gjennomføre tiltak og tjenester for å forebygge smittsomme sykdommer eller motvirke at de blir overført skal utgjøre et eget område i planen for kommunens helse- og omsorgstjeneste. Helse- og omsorgstjenesten i kommunen skal samarbeide med myndigheter som har oppgaver av betydning for tiltakene.
- Kommunelegen er i Smittevernloven gitt særlig ansvar og oppgaver: «Kommunelegen skal utføre de oppgaver innen smittevernet som pålegges i loven her. I kommuner med flere kommuneleger skal kommunestyret utpeke en av dem til å utføre disse oppgavene. Det bør

også utpekes en stedfortreder for denne. I store bykommuner med bydelsforvaltning skal kommunestyret utpeke en lege til å utføre de av kommunelegenes oppgaver som angår hele kommunen eller store områder. Kommunelegen har ansvar for planlegging, mens innhold og gjennomføring er et kommunalt ansvar.

#### **Kommunelegen skal:**

- a) utarbeide forslag til plan for helse- og omsorgstjenestens arbeid med vern mot smittsomme sykdommer, herunder beredskapsplaner og -tiltak, og organisere og lede dette arbeidet,
- b) ha løpende oversikt over de infeksjonsepidemiologiske forholdene i kommunen,
- c) utarbeide forslag til forebyggende tiltak for kommunen,
- d) bistå kommunen, helsepersonell og andre i kommunen som har oppgaver i arbeidet med vern mot smittsomme sykdommer,
- e) gi informasjon, opplysninger og råd til befolkningen om vern mot smittsomme sykdommer,
- f) utføre alle andre oppgaver som følger av loven eller bestemmelser i medhold av loven, og medvirke til effektive tiltak for å forebygge smittsomme sykdommer og motvirke at de blir overført»

---

### 3.4

## **Ansvar og roller ved en pandemi**

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

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

De regionale helseforetakene (RHF-ene) har til enhver tid ansvar for at befolkningen får nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. Også under en pandemi må RHF-ene sørge for at befolkningen får den helsehjelp de har rett til – både for de influensasyke og som de som har andre tilstander som krever behandling i spesialisthelsetjenesten.

Det regionale helseforetaket skal etter smittevernlovens § 7-3 sørge for at befolkningen i helseregionen er sikret nødvendig spesialistundersøkelse, laboratorieundersøkelse, poliklinisk behandling og sykehusbehandling, forsvarlig isolering i sykehus, og annen spesialisthelsetjeneste med hensyn til smittsom sykdom.

Ved en influensapandemi vil mange kommunale funksjoner rammes. Kommunen skal både ivareta personer som er influensasyke og andre pasientgrupper som i en normalsituasjon ville blitt behandlet på sykehus eller ivaretatt av pårørende. Kommunen har et hovedansvar for å forhindre og forsinke smitte gjennom råd og veiledning til publikum og når tilgjengelig også for vaksinasjon. Kommunen må samtidig sikre at alle nødvendige kommunale oppgaver og tjenester blir utført. Videre må ansvaret for tilstrekkelig og saklig informasjon til publikum ivaretas. Hvis helsemyndighetene definerer pandemien som en allmennfarlig smittsom sykdom, gis kommunene vide fullmakter etter smittevernloven til å iverksette tiltak for å begrense utbredelse av sykdommen.

Kommuner og spesialisthelsetjenesten har et ansvar for å samordne sine planer. Dette understrekes i det nye samvirkeprinsippet i beredskapsplanleggingen.

Andre viktige aktører er: Statens helsetilsyn (Htil), Statens legemiddelverk (SLV), Fylkesmennene, Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (DSB), Forsvaret, Politiet samt eventuelle frivillige hjelpeorganisasjoner.

### 3.5

## Lovgrunnlag for pandemiplanlegging

Etter lov om helsemessig og sosial beredskap (helseberedskapsloven) § 2-2 og spesialisthelsetjenesteloven § 2-1b er både offentlig og privat spesialisthelsetjeneste som i henhold til lov eller avtale tilbyr helsetjenester, pliktige til å ha en beredskapsplan for virksomheten, herunder tiltak for å sikre medisinsk behandling og tjenester for å forebygge smittsomme sykdommer eller motvirke at de blir overført. Plan for influensapandemi skal inngå som en del av både de regionale helseforetakenes og de enkelte helseforetakenes ordinære beredskapsplaner, og skal være samordnet med kommunenes, fylkeskommunenes og de andre regionale helseforetakenes beredskapsplaner.

<a href="#">Nasjonal helseberedskapsplan</a>		
Plan mot alvorlige smittsomme sykdommer		
Nasjonal beredskapsplan mot kopper	Nasjonal beredskapsplan mot ebola	<a href="#">Nasjonal beredskapsplan pandemisk influensa</a>

Spesialisthelsetjenesten må legge lokale forhold og forutsetninger til grunn når pandemiplanene utarbeides, og planene skal ha som mål å bidra til at tilgjengelige ressurser utnyttes best mulig under de ulike fasene av en pandemi. Planene bør inneholde definerte kriterier for iverksettelsen av hele eller deler av beredskapsplanen.

Det nasjonale samfunnssikkerhets- og beredskapsarbeidet er basert på fire prinsipper; ansvar, nærhet, likhet og samvirke. Lokale beredskapsplaner for pandemi (ref. Meld. St. 29 (2011–2012) Samfunnssikkerhet) og spesialisthelsetjenestens beredskapsplaner for pandemi skal bygge på disse fire prinsippene.

Planverket må tydeliggjøre roller, ansvarsfordeling og samhandlingsprosedyrer mellom primær- og spesialisthelsetjenesten, og det må sørges for at planene er kjent for alle berørte (kfr. avsnitt «Samhandling med kommunehelsetjenesten»).

Erfaringer fra tidligere pandemier viser at det kan oppstå hendelser som ikke er dekket av eksisterende planverk. Planen må være fleksibel med hensyn på ressursanvendelse og foreslåtte tiltak, slik at man lettere kan løse uforutsette hendelser (ref. Planveileder for massevaksinasjon mot pandemisk influensa i kommuner og helseforetak). Planen må også ta høyde for nødvendig beredskap for andre kriser som kan oppstå under en pandemi.

## Lover helsetjenesten må forholde seg til

[Lov om kommunal beredskapsplikt, sivile beskyttelsestiltak og Sivilforsvaret](#) pålegger kommunene en generell beredskapsplikt. Loven pålegger også kommunene å utarbeide en helhetlig risiko og sårbarhetsanalyse (ROS-analyse). En influensapandemi vil være en hendelse som utgjør både en trussel for befolkningens helse og for samfunnssikkerheten og vil således kreve en ROS-analyse.

[Forskrift om kommunal beredskapsplikt](#) beskriver hva en ROS-analyse må inneholde. Resultatet fra ROS-analysen skal følges opp i kommunens beredskapsplan,. Beredskapsplanen skal være en operativ plan for kommunens håndtering av kriser. Som et minimum skal den inneholde: plan for kommunens kriseledelse, ressursoversikt, varslingslister, evakueringsplaner og plan for informasjon til befolkningen og media. Samvirkeprinsippet blir poengtert i forskriften ved at beredskapsplanen skal være samordnet med andre relevante offentlige og private krise- og beredskapsplaner. Forskriften pålegger kommunene å ha en ressursoversikt som skal inneholde opplysninger om hvilke ressurser kommunen selv har til rådighet og hvilke ressurser som er tilgjengelige hos andre aktører ved uønskede hendelser. Kommunen bør på forhånd inngå avtaler med relevante aktører om bistand under kriser.

- [Helse- og omsorgstjenesteloven](#) nevner også kravet til beredskapsplanlegging: Kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester, jfr helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 første ledd
- Plikt til beredskapsplan for sin helse og omsorgstjeneste i samsvar med helseberedskapsloven. Skal samordnes med kommunens øvrige beredskapsplaner.

[Lov om helsemessig og sosial beredskap](#) pålegger kommunene å ha planer som sikrer befolkningen nødvendige helse- og omsorgstjenester i krig og krisesituasjoner. Kommuner, fylkeskommuner, regionale helseforetak og staten plikter å utarbeide en beredskapsplan for de helse- og omsorgstjenester eller sosialtjenester de er ansvarlige for. Kommuner skal også utarbeide beredskapsplan for sine oppgaver etter **folkehelseloven**. Beredskapsplanen skal og omfatte tjenester som etter lov eller avtale tilbys av private virksomheter som en del av de respektive tjenester. Det skal også i nødvendig utstrekning utarbeides delplaner for aktuelle institusjoner og tjenesteområder.

Loven beskriver videre kommunens muligheter til å pålegge tjenesteplikt og beordre helsepersonell.

[Smittevernloven](#) pålegger kommunen å sørge for at alle som bor eller midlertidig oppholder seg i kommunen med hensyn til smittsom sykdom er sikret nødvendige forebyggende tiltak, undersøkelsesmuligheter, behandling og pleie utenfor institusjon og pleie i sykehjem eller annen kommunal helseinstitusjon.

