

Regional beredskapsplan for pandemi og alvorlig smittsom sykdom

Delplan til Regional Beredskapsplan og Regional Smittevernplan

Versjon februar 2020

Innholdsfortegnelse

Innholdsfortegnelse	1
1. Innledning	2
1.1. Oppgaver og ansvarsfordeling i Helse Sør-Øst.....	3
2. Pandemisk influensa.....	4
2.1. Beredskapshåndtering ved pandemi	5
2.2. Fordeling av pasienter mellom helseforetakene	5
2.3. Kapasitetsutnyttelse og håndtering i helseforetakene	5
2.4. Massevaksinasjon av egne ansatte	6
2.5. Informasjonsberedskap.....	6
2.6. Samhandling med kommunene	6
2.7. Regional plan for beredskapsmessig personellplanlegging	7
2.8. Regional plan for legemiddelberedskap	7
2.9. Regional plan for forsyningsberedskap.....	7
3. Alvorlig smittsom sykdom	9
3.1. Beredskapshåndtering av alvorlig smittsom sykdom	9
3.2. Beredskaps- og vakttelefoner	10
3.3. Overvåking, melding og varsling	11
3.4. Smittevernrådgivning Oslo lufthavn Gardermoen.....	11
3.5. Nasjonal behandlingstjeneste for CBRNE-medisin	11
3.6. Nasjonalt medisinsk utrykningsteam for høyrisikosmitte	12
3.7. Større utbrudd av høyrisikosmittesykdom	12

1. Innledning

Regional beredskapsplan for pandemi og alvorlig smittsom sykdom, gir føringer for hvordan helseforetakene i Helse Sør-Øst skal planlegge for, og håndtere, pandemi og ekstraordinære situasjoner med alvorlig smittsom sykdom.

Regional beredskapsplan for pandemi og alvorlig smittsom sykdom er en delplan til både [Regional smittevernplan](#) og [Regional beredskapsplan](#).

Spesialisthelsetjenestens ansvar under en pandemi eller situasjon med alvorlig smittsom sykdom, er å ha et godt og tilstrekkelig tilbud til personer som trenger innleggelse i sykehus eller annen institusjon.

Helse Sør-Øst RHF forutsetter at Regional beredskapsplan for pandemi og alvorlig smittsom sykdom legges til grunn i helseforetakenes kontinuerlige arbeid med planer for beredskap. Denne planen gjelder for helseforetak og de fem private ideelle, ikke-kommersielle sykehusene som har avtale med Helse Sør-Øst RHF.

Referanser

Konkrete krav til innholdet i planverk på området er gitt gjennom lovverk, forskrift og nasjonale dokumenter. Spesielt nevnes oversiktene i Nasjonal beredskapsplan pandemisk influensa og Nasjonal beredskapsplan mot utbrudd av alvorlige smittsomme sykdommer, samt en omfattende samling nasjonale planer og veiledere:

- Smittevernloven (§ 3)
- Forskrift om allmennfarlige smittsomme sykdommer
- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten
- [Nasjonal beredskapsplan mot utbrudd av alvorlige smittsomme sykdommer](#)
- [Nasjonal beredskapsplan for pandemisk influensasykdom](#)
- [Smittevernveilederen](#)
- [Vaksinasjonsveilederen for helsepersonell](#)
- [Isoleringsveilederen](#)
- [Utbruddsveilederen](#)
- [Ebolaveilederen](#)
- [Faglige råd for prehospital håndtering og transport ved ebolavirussykdom](#)
- [Forebygging av legionellasmitte](#)
- [Rettleiar for forskrift om smittevern i helsetenesta](#)
- [Tuberkuloseveilederen](#)
- [Nasjonal faglig retningslinje for håndtering av CBRNE-hendelser med personskade](#)

1.1. Oppgaver og ansvarsfordeling i Helse Sør-Øst

Helse Sør-Øst RHF skal sørge for at befolkningen i regionen under en pandemi eller situasjon med alvorlig smittsom sykdom får nødvendige spesialisthelsetjenester.

- Helse Sør-Øst RHF har ansvaret for å koordinere beredskapsarbeidet i helseregionen, herunder overvåke situasjonen og sikre nødvendige forberedende og koordinerende tiltak, som å koordinere ressurser, samordne rapporter fra helseforetakene og å rapportere til helsemyndighetene.
- Helse Sør-Øst RHF har særskilt ansvar og oppgaver knyttet til forsyningsberedskap, beredskapsledelse og koordinering, og skal ha interne prosedyrer som viser ansvarsforhold knyttet til dette.
- Helse Sør-Øst RHF skal fremme eventuelle behov for beredskapstiltak som krever tiltak på nasjonalt nivå.

Helseforetakenes ansvar og oppgaver under en pandemi eller situasjon med alvorlig smittsom sykdom er å ha et godt og tilstrekkelig tilbud til personer som trenger innleggelse i sykehus eller annen institusjon. Dette kan være behov for ytelse fra poliklinikk, ambulansetjeneste eller akuttmedisinsk kommunikasjonsentral. Det kan også inkludere diagnostikk, pleie, behandling og forsvarlig isolering av pasienter, analyse av mikrobiologiske og biokjemiske prøver, samt gjennomføring av radiologiske undersøkelser, rådgivning og samhandling mellom spesialist- og primærhelsetjenesten.

- Helseforetakene har ansvaret for eget beredskapsplanverk som dekker de tiltakene nasjonale og regionale planer på området angir.
- Helseforetakene har ansvar for å sikre vaksinerings av egne ansatte.

2. Pandemisk influensa

Pandemi eller en pandemisk influensa, er et krisescenario som vurderes som alvorlig i nasjonale risikovurderinger på grunn av kombinasjonen av høy sannsynlighet og stort konsekvenspotensiale. Et viktig grunnlagsdokument for denne planen er Nasjonal beredskapsplan for pandemisk influensa. For å planlegge for pandemiberedskap er det en forutsetning å ha satt seg inn i denne. Den generelle delen presenterer roller og ansvar og gir faglig utdypning og underlag som ikke gjengis her, og kapittel 15 diskuterer ulike mulige scenarier ved en pandemi.

Helsedirektoratet har gitt faglige råd om pandemiplanlegging i spesialisthelsetjenesten, som utdyper behovet for planlagte tiltak.

Spesialisthelsetjenesten vil ved en pandemi møte utfordringer på flere områder:

- Belastningen på sykehusene vil øke med økt antall innleggelser, og særlig antall pasienter med behov for intensiv behandling forventes å være krevende.
- Sykefravær hos eget personell øker, både på grunn av egen sykdom og syke familiemedlemmer.
- Kommunehelsetjenesten får også en stor økning i antall kontakter, og behovet for samhandling med kommunene vil øke for å avklare fortløpende hvilke pasienter som skal legges inn eller skrives ut av sykehus.
- Det kan oppstå forsyningsproblemer for medikamenter, medisinsk utstyr og andre varer og tjenester som er nødvendige for driften.
- Samfunnsfunksjoner som er viktige for driften i foretakene, kan bli påvirket ved for eksempel stengning av skoler og barnehager.

Planleggingsscenario

For befolkningen bosatt i Helse Sør-Øst vil planscenariet innebære at helse- og omsorgstjenestene vil ha ansvaret for om lag 90.000 til 160.000 ekstra kontakter. Sykehusene i regionen må kunne ta imot mellom 8.000 til 9.1000 innleggelser, hvorav et sted mellom 800 til 1.600 krever intensiv behandling og rundt 130 til 260 av disse samtidig i toppuken.

Det anbefalte planleggingsscenarioet baserer seg på basalt reproduksjonstall $R_0 = 1,4$ (25 % av den norske befolkningen blir syk og får symptomer, og like mange blir smittet uten å bli syke).

Det enkelte helseforetak kan ved å benytte scenariobeskrivelsen i Nasjonal beredskapsplan for pandemisk influensa regne ut tilsvarende tall for sitt opptaksområde.

Helseforetakene må sikre at deres planer er dekkende for pandemiens faser. Hovedfaser under en pandemi er beskrevet av Verdens helseorganisasjon WHO og vil være:

- interpandemisk periode (WHO Interpandemic phase)
- pandemisk årvåkenhetsperiode (WHO Alert phase)
- pandemi (WHO Pandemic phase)
- postpandemisk periode (WHO Transition phase)

2.1. Beredskapshåndtering ved pandemi

Forløpet av en pandemi vil kunne være slik at det er en periode på flere uker eller måneder fra man blir oppmerksom på en begynnende epidemi i andre deler av verden, til pandemien når et nivå i Norge som krever kontinuerlig beredskapsledelse. I denne perioden vil det være behov for å gjøre forberedelser med bl.a. å samordne behandlingsrutiner, smitteverntiltak, kommunikasjonsbudskap og annet etter hvert som ny kunnskap om den aktuelle sykdommen kommer til. Det er ledelsen i Helse Sør-Øst RHF sitt ansvar å strukturere den regionale faglige samordningen og den ledelsesmessige koordineringen.

Helseforetakene har ansvar for å supplere beredskapsledelsen med kompetanse som ivaretar god håndtering av pandemiberedskap. På samme måte bør det også suppleres med slik kompetanse i ledermøter på regionalt nivå ved behandling av saker relatert til pandemien.

Et viktig tema på de regionale ledermøtene vil være samordning mellom foretakene om reduksjon av planlagt virksomhet og om nødvendig reduksjon i tilbudet ved øyeblikkelig-hjelp.

I ukene rundt toppen av en pandemi av en størrelse som beskrevet i planleggingsscenariet, vil driften i helseforetakene forventes å være så presset at beredskapsledelse er etablert både i helseforetakene og det regionale helseforetaket. Koordinering, kommunikasjon og rapportering i en slik situasjon er beskrevet i Regional beredskapsplan for Helse Sør-Øst.

2.2. Fordeling av pasienter mellom helseforetakene

En pandemi forventes å medføre en gradvis økning av behov for behandlingsskapitet over uker til måneder og vil nå en topp (noen ganger flere) for deretter gradvis falle mot normalsituasjonen. Erfaring med tidligere pandemier tilsier at en influensapandemi og andre epidemier treffer hele helseregionen omtrent samtidig, slik at utfordringer med økt pasienttilstrømning treffer helseforetak samtidig.

I utgangspunktet opprettholdes normale rutiner for funksjonsfordeling, pasientforløp (som involverer flere helseforetak) og kriterier for overflyttinger også under en pandemi. Dette inkluderer de etablerte rutinene for intensivkoordinering ved høyt belegg.

Langvarig regional koordinering for å jevne ut pasientbelegget mellom helseforetakene er oftest ikke en god tilnærming til beredskapsledelse i regionen. Ulempene ved å flytte pasienter mellom sykehus, eller personell mellom helseforetak er betydelig. Hovedtiltaket for å håndtere en økt pasienttilstrømning er å øke kapasiteten i det enkelte helseforetak.

Helseforetakenes ansvar er ut fra tallene i planleggingsscenariet å beskrive i sine planer hvordan sengekapasiteten kan økes for å ta imot flere pasienter enn normalt. Særlig viktig er dette med tanke på et økt antall intensivpasienter.

2.3. Kapasitetsutnyttelse og håndtering i helseforetakene

Helseforetakene må ha tilfredsstillende lokaler og sengeplasser for mottak og eventuell poliklinisk vurdering.

Mange pasienter som kommer til sykehus med mistenkt influensasmitte, legges primært inn av annen årsak, for eksempel hjerteinfarkt, benbrudd eller svangerskapskomplikasjoner. Under en større influensapandemi vil pasientene i utgangspunktet måtte håndteres ved den avdelingen som behandler hovedsykdommen, selv om de samtidig er smittet av influensa.

Helseforetakene skal ha:

- planer for hvordan arealene effektivt kan benyttes for å øke kapasiteten og samtidig hindre smitte
- rutiner for å skille pasienter med mistenkt pandemisk influensa fra andre pasienter
- rutiner for kohortisolering av pasienter med influensasykdom
- rutiner for behandling av pandemisk influensa avdelinger som behandler andre typer lidelser, samt beskrivelse av tiltak for å drive nødvendig tilleggsopplæring av personalet i forbindelse med den aktuelle pandemien

2.4. Massevaksinasjon av egne ansatte

Folkehelseinstituttet har utgitt en [Planveileder for massevaksinasjon mot pandemisk influensa i kommuner og helseforetak](#). Planveilederen angir ansvar og oppgaver for de regionale helseforetakene og helseforetakene, gir råd om gjennomføringen av vaksinasjon og gir føringer for prioritering av hvem som skal vaksineres først.

Helseforetakene plikter å ha lister over de personellgrupper det er aktuelt å prioritere for vaksinasjon, og hvor mange innen hver personellgruppe som skal prioriteres ut fra hvor stor vaksinetilgangen er.

2.5. Informasjonsberedskap

Nasjonal beredskapsplan for pandemisk influensa vektlegger at kunnskapsbasert og samordnet informasjon som gis fortløpende vil ha stor betydning for å redusere de negative helse- og samfunnsmessige samt økonomiske konsekvensene av en pandemi. Planen angir overordnede prinsipper for kommunikasjon under en influensapandemi og omtaler samordning av lokalt, regionalt og nasjonalt nivå. Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet vil stå for hoveddelen av informasjons- og kommunikasjonsarbeidet.

Helseforetakene har ansvar for å gi riktig og tilstrekkelig informasjon til befolkningen, samarbeidspartnere og egne ansatte når det gjelder helseforetakets oppgaver og det lokale beredskapsarbeidet knyttet til en pandemi. I tillegg skal **Helse Sør-Øst RHF** skal holdes tilstrekkelig oppdatert til å kunne informere eier, Helsedirektoratet og andre om spørsmål knyttet til «sørge for ansvaret» og vurdere konsekvenser for virksomheten i helseforetaksgruppen som følge av beredskapssituasjonen.

2.6. Samhandling med kommunene

Helseforetakene har rutiner for den daglige samhandlingen med kommunene, inkludert hvordan overflyttinger av pasienter mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten skal avtales og gjennomføres. Ved en pandemi vil det være behov for at disse mekanismene fungerer godt slik at bl.a.

samhandling og overflyttinger kan gjennomføres hele døgnet alle dager i uken. Smittevernpersonell i helseforetakene og kommunene bør ha jevnlig kontakt gjennom en pandemi.

Helseforetakene skal ha:

Samhandlingsavtaler med kommunene som klargjør rutinene for samhandling og overflyttinger.

2.7. Regional plan for beredskapsmessig personellplanlegging

De utfordringer HR-området må planlegge beredskap for, gjelder forhold som først vil skape akutte behov etter at den aktuelle krisesituasjon har vedvart over noe tid. Pandemi er en av de mest aktuelle situasjoner som vil kreve tiltak iht. [Regional plan for beredskapsmessig personellplanlegging](#). Planen beskriver både forberedende tiltak og tiltak i en krise som er aktuelle ved en pandemi.

2.8. Regional plan for legemiddelberedskap

[Regional plan for legemiddelberedskap](#) beskriver aktører og roller, funksjoner knyttet til Nasjonalt senter for legemiddelmangel og legemiddelberedskap i spesialisthelsetjenesten, varsling og beredskapsledelse på legemiddelområdet. Sykehusapotekene HF har etter oppdrag fra Helse Sør-Øst RHF, utarbeidet [Veileder for legemiddelberedskap](#). Veilederen vedlikeholdes av Sykehusapotekene HF, og den er retningsgivende for helseforetakenes beredskapsplaner.

2.9. Regional plan for forsyningsberedskap

[Regional plan for forsyningsberedskap](#) beskriver føringer og definerer roller, ansvarsområder og kommunikasjonsveier som er nødvendig for å ivareta forsyningsikkerheten i Helse Sør-Øst. Pandemi er vurdert som det mest kritiske scenariet for vareforsyning.

Helse Sør-Øst RHF er ansvarlig for styring av felles regional forsyningslogistikk og skal bidra til at det er en robusthet og bufferkapasitet når det gjelder forsyning av helt nødvendig utstyr, slik at det i en interpandemisk periode (WHO Interpandemic phase) ikke er behov for et regionalt beredskapslager for medisinsk utstyr. I årvåkenhetsperioden (WHO Alert phase) bør det imidlertid gjøres en vurdering av om det er behov for å etablere et regionalt beredskapslager for varer det er spesielt behov for ved en pandemi.

Helseforetakene har ansvar for forsyningslogistikken internt i eget foretak.

Helse Sør-Øst Forsyningscenter er hovedleverandør av forbruksmateriell til helseforetakene i Helse Sør-Øst. Forsyningscenteret har en vakttelefon som er bemannet 24 timer i døgnet.

Følgende prinsipper legges til grunn i en beredskapssituasjon:

- Varer skal bestilles i de samme kanaler som under normaldrift.
- Hvis selger midlertidig ikke er leveringsdyktig, er selger i henhold til standard rammeavtalevilkår for varer i Helse Sør-Øst forpliktet til å levere samme eller tilsvarende produkt fra andre selgere, til uendrede betingelser.
- Ved knapphet på varer i markedet har Helse Sør-Øst RHF ansvar for prioritering av leveranser og vurdering av omfordeling av leverte varer ved behov.

- I en beredskapssituasjon der det er behov for nasjonal eller regional samordning mht. å definere vareutvalg og varevolum, er det Helse Sør-Øst RHF som har ansvar for formidling av informasjon om hvilke utstyr helseforetakene bør anskaffe. Vurderinger av dette gjøres i samråd med CBRNE-senteret når det er relevant.
- Ved behov for utstyr som ikke er omfattet av lokale eller regionale avtaler, skal det etableres avtaler. Sykehusinnkjøp HF er ansvarlig for inngåelse og koordinering av innkjøpsavtaler for alle helseforetak.
- Ledelsen i Helse Sør-Øst RHF har ansvar for å holde seg tilstrekkelig orientert om den internasjonale epidemiologiske situasjonen til å kunne gjøre denne vurderingen tidlig (om nødvendig uavhengig av WHO's erklæring av pandemifaser) og ta initiativ til innkjøp av regionalt beredskapslager.
- Ledelsen i Helse Sør-Øst RHF har ansvar for at det er etablert rutiner for raskt å kunne gjennomføre et slikt samlet regionalt innkjøp. Grunnlaget for rutinen er at varekatalogen holdes a jour med merking av aktuelle varer i beredskapskategorien «pandemi». Produktrådene ivaretar dette i praksis for sine fagområder, mens Regionalt kompetansesenter for smittevern gjør det for personlig verneutstyr.

3. Alvorlig smittsom sykdom

[Smittevernloven](#) skiller mellom [allmennfarlig smittsom sykdom](#) og andre smittsomme sykdommer. Loven gir særskilte bestemmelser for de allmennfarlige smittsomme sykdommene. I denne planen bruker vi begrepene:

- *Alvorlig smittsom sykdom* – som gir høy dødelighet eller sykelighet i befolkningen og som krever særlig omfattende tiltak i helsetjenesten.
- *Høyrisikosmitte* – ved bakterier og virus som smitter lett mellom mennesker og gir sykdom som det vanligvis ikke finnes effektiv behandling mot, og som er forbundet med høy dødelighet (f.eks. kopper og ebola).

3.1. Beredskapshåndtering av alvorlig smittsom sykdom

[Nasjonal faglig retningslinje for håndtering av CBRNE-hendelser med personskade](#) gir praktiske, faglige retningslinjer for håndtering av alvorlig sykdom og andre biologiske hendelser. Retningslinjen legges til grunn for håndteringen av denne pasientgruppen i Helse Sør-Øst. Kapittelet om biologiske hendelser beskriver:

- hovedgrupper av biologiske hendelser (naturlig smitte, uhell og villet spredning, spesielt om pulverbrev)
- når man bør mistenke noe uvanlig
- vurdering og tiltak ved biologisk hendelser (tiltak ved mistanke om smitteeksponering eller bekreftet sykdom, prøvetaking for mikrobiologisk diagnostikk, evakuering av flypassasjerer ved mistanke om høyrisikosmitte)
- isolering og beskyttelse ved kontakt-, luft- og høyrisikosmitte
- dekontaminering ved B-agens (eksponering for pulver, aerosol eller smitte fra pasient).
- pre- og posteksponeringsprofylakse
- oversikt over aktuelle sykdommer og behandling av disse

Ved mistanke om høyrisikosmittesykdom som vanskelig lar seg håndtere godt av lokal helsetjeneste, skal innleggelse primært skje direkte ved høysikkerhetsisolatet ved Oslo universitetssykehus HF. Selv om det er lagt opp til sentralisert behandling av høyrisikosmittesykdom, kan behovet for rask diagnostisk avklaring, lang transportavstand eller pasientens aktuelle kliniske tilstand gjøre at dette ikke er praktisk gjennomførbart. Sekundært benyttes annet regions- eller universitetssykehus med luftsmitteisolat. Dersom dette heller ikke er mulig, benyttes nærmeste sykehus med luftsmitteisolat. Etterfølgende overflytting til et større universitetssykehus eller til Oslo universitetssykehus HF vurderes alltid i det enkelte tilfelle. Infeksjonsmedisinsk bakvakt ved Oslo universitetssykehus HF skal alltid kontaktes for vurdering av innleggelse direkte ved høysikkerhetsisolat. Ved behov for medisinske råd om dekontaminering, profylakse eller behandling, kan CBRNE-senteret kontaktes.

Transport med ambulanse eller luftfartøy av en pasient med høyrisikosmittesykdom krever bruk av personlig beskyttelsesutstyr som gir større grad av beskyttelse enn det man rutinemessig bruker i helse-

og omsorgstjenesten. Dette utstyret skal tilfredsstillere relevant standard for beskyttelse. Om mulig skal smitteambulanseløsning og transportisolator (smittekuvøse) benyttes.

Utstyr for desinfeksjon og smitteavfallshåndtering skal benyttes i henhold til gjeldende nasjonale faglige råd og veiledere. Det påligger det enkelte helseforetak (sykehus- og ambulansesjette) å anskaffe, å vedlikeholde og å trene på bruk av nødvendig smittevernustyr. Beskyttelsesustyr av typen «CBRNE vernedrakt» kjøpes inntil videre inn av CBRNE-senteret og distribueres vederlagsfritt til alle ambulansestasjoner, helikopter/redningsbaser og akuttisikehus i Norge.

Helseforetakene skal:

Som en del av sin beredskapsplan sikre rutiner som ivaretar en akutt situasjon med alvorlig smittsom sykdom.

3.2. Beredskaps- og vakttelefoner

Smittevernvakta ved Folkehelseinstituttet	21 07 63 48	Varsling av mulige smittsomme sykdommer. Gir råd hvis helsepersonell er i behov av rådgivning om smittsomme sykdommer med tilhørende smitteverntiltak
Mikrobiologisk beredskapsvakt ved Folkehelseinstituttet	95 21 49 93	Undersøkelse av «pulverbrev» og ved klinisk eller mikrobiologisk mistanke om infeksjon med høypatogene mikrober eller mulige bioterroragens (mikrober i smitteklasse 3).
Beredskapslaboratoriet ved Forsvarets forskningsinstitutt	40 03 33 73	Beredskapsaktører innen helse- og omsorgssektoren kan kontakte Forsvarets forskningsinstitutt ved behov for analyse av prøver med ukjent innhold. Det kan også tas kontakt ved en potensiell kombinasjon av ukjente kjemiske, biologiske og radiologiske stoffer, og/eller eksplosiver i samme prøve (CBRE-prøver) og/eller spesielt farlige kjemiske stoffer.
CBRNE-senteret ved Oslo universitetssykehus HF	22 11 73 50	Ved behov for medisinske råd som omhandler dekontaminering, profylakse eller behandling kan CBRNE-senteret kontaktes.
Infeksjonsmedisinsk bakvakt ved Oslo universitetssykehus HF	22 11 73 50	
Forsyningssenterets vakttelefon	40 00 21 37	

3.3. Overvåking, melding og varsling

Folkehelseinstituttet har ansvaret for å overvåke den nasjonale epidemiologiske situasjonen og delta i overvåkingen av den internasjonale epidemiologiske situasjonen. Overvåkingen er regulert i forskrift om meldingssystem for smittsomme sykdommer ([MSIS-forskriften](#)) og [IHR-forskriften](#) som beskriver varslingsplikter for helsepersonell og andre myndigheter. Se også Folkehelseinstituttets [Utbrudd av smittsomme sykdommer – veileder for helsepersonell](#).

Melding av spesifiserte [smittsomme sykdommer](#) gjøres med ordinær MSIS-melding som sendes inn av legen og laboratoriet som påviser det aktuelle agens. Forskriften inneholder også forordninger om annen varsling, det er gjort et utvalg av relevante punkter.

Med varsling menes i denne sammenheng en beskjed som er formidlet umiddelbart og på en slik måte at varsleren kan forvisse seg om at mottakeren har mottatt varselet. Varsling vedrørende smittsomme sykdommer skal gjøres i henhold til [MSIS-forskriften](#):

- Leger som mistenker eller påviser utbrudd av smittsom sykdom utenfor helseinstitusjon, skal varsle kommuneoverlegen.
- Leger som mistenker eller påviser tilfeller av smittsomme sykdommer som kan være forårsaket av overlagt spredning av smittestoffer, skal varsle kommuneoverlegen, fylkesmannen, Folkehelseinstituttet og politiet. Dersom kommuneoverlegen ikke er mulig å nå varsles i stedet smittevernvakta ved Folkehelseinstituttet.
- Mistenkt eller påvist utbrudd av smittsom sykdom i sykehus eller annen institusjon som er omfattet av spesialisthelsetjenesteloven, skal omgående varsles til fylkesmannen og til Folkehelseinstituttet med kopi til regionalt kompetansesenter for smittevern. Det berørte helseforetaket har ansvar for varsling til andre helseforetak som har mottatt pasienter som kan være smittet i utbruddet. Helseforetakene må ha rutiner for varsling og informasjonsspredning internt.

3.4. Smittevernrådgivning Oslo lufthavn Gardermoen

Akershus universitetssykehus HF har ansvar for smittevernrådgivning til Ullensaker kommune, som ivaretar ansvaret for helseberedskap ved Oslo lufthavn Gardermoen.

3.5. Nasjonal behandlingstjeneste for CBRNE-medisin

Nasjonal behandlingstjeneste for CBRNE-medisin (CBRNE-senteret) ved Oslo universitetssykehus HF har sentralisert behandlings- og kompetansesenterfunksjon for CBRNE-skader i Norge og er faglig rådgiver for helsetjenesten og myndighetene. Se også Nasjonal faglig retningslinje for håndtering av CBRNE-hendelser. Nasjonalt medisinsk utrykningsteam for høyrisikosmitte er etablert ved Oslo universitetssykehus HF, i tilknytning til CBRNE-senteret. CBRNE-senteret er også representert i Kriseutvalg for beredskap mot biologiske hendelser.

Nasjonal beredskapsplan mot ebola viser til at høysikkerhetsisolat ved Oslo universitetssykehus HF, Ullevål, er førstevalg ved innleggelse av pasienter med ebola. Den in-hospitale behandlingen vil skje

under ledelse av avdelingsleder ved infeksjonsmedisinsk avdeling i faglig samarbeid med CBRNE-senteret og annet intensiv/støttepersonell ved Oslo universitetssykehus HF.

3.6. Nasjonalt medisinsk utrykningsteam for høyrisikosmitte

Utrykningsteamet består av en kjernegruppe tilknyttet Oslo universitetssykehus HF. Dette teamet har erstattet det tidligere «koppeteamet» (jf. Nasjonal koppeplan) og det midlertidige «ebola-evakueringsteamet» etablert i 2014.

Utrykningsteamet har følgende hovedoppgaver:

- Bemanne smitte-/intensivambulanse utgående fra Oslo universitetssykehus HF for transport av høyrisikosmittepasient fra lokalt helseforetak til høysikkerhetsisolatet ved Oslo universitetssykehus HF.
- Bemanne smitte-/intensivambulanse ved langtransport av høyrisikosmittepasient i C-130J Hercules transportfly fra Helse Nord, Helse Midt-Norge, Helse Vest og Svalbard til høysikkerhetsisolatet ved Oslo universitetssykehus HF.
- Bistå redningstjenestens helikoptre med transport av pasient(er) med mistenkt høyrisikosmittesykdom fra oljeinstallasjoner, skip og øyer uten ordinær flyforbindelse til sykehusisolat, dersom slik transport kan gjennomføres iht. gjeldende sertifiserings- og beskyttelseskrav for aktuelle luftfartøy og dersom praktisk støtte ikke kan ivaretas av regionalt helsepersonell (LA/330-skv).
- Organisere mottak av høyrisikosmittepasient i ambulansfly fra utlandet ved ankomst Oslo lufthavn, Gardermoen, med videre transport til høysikkerhetsisolat ved Oslo universitetssykehus HF
- Bistå kommunelege og ambulansetjeneste med evakuering av mistenkt høyrisikosmittepasient fra passasjerfly på Oslo lufthavn Gardermoen, dersom varslingstiden tillater det.
- Bidra i opplæring og samtrening med personell i ambulansetjeneste og luftambulansetjeneste som utfører ordinære smittetransportoppdrag i de ulike helseregionene, og som i krevende situasjoner vil måtte supplere det nasjonale medisinske utrykningsteamet med transportoppdrag.

3.7. Større utbrudd av høyrisikosmittesykdom

Større utbrudd av høyrisikosmittesykdom regnes i dag som mindre sannsynlig. Høysikkerhetsisolatet ved Oslo universitetssykehus HF har plass til flere pasienter, og det er planer for kohortisolering i adskilt bygning ved store utbrudd. Sammen med de andre ordningene nevnt ovenfor, dekker dette de oppgavene Nasjonal koppeplan, samt Nasjonal beredskapsplan mot utbrudd av alvorlig smittsom sykdom, har gitt for pasientbehandling, beredskaps- og utrykningsteam og mottak av inntil 100 pasienter for observasjon, behandling og isolering i regionen.