



PANDEMI-PLAN

SIRDAL KOMMUNE

Skrevet av: kommuneoverlege Ivan Jovovic

Oppdatert desember 2016

HENSIKT : Pandemi-plan skal bidra til å:

- Redusere sykkelighet og død
- Ta hånd om et stort antall syke og døende pasienter
- Opprettholde nødvendige tjenester i et samfunn med meget høyt sykefravær
- Gi fortløpende, nødvendig info til helsevesenet, det offentlige , publikum og media .

ANSVAR :

- Ansvar er delt mellom en rekke kommunale og statlige institusjoner og avdelinger .
Se vedlegg 1.
- Pandemiplanen er koblet til kommunens øvrige krisehåndteringsplaner , bl. annet smittevernplanen
- Kommuneoverlegen er ansvarlig for oppdatering av planen
- Planen oppdateres årlig . Neste oppdatering innen utgangen av 2017.

DEFINISJONER :

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

FREMGANGSMÅTE :

Planen bygger på den nasjonale pandemiplan og eksisterende planverk for krisehåndtering samt smittevern i Sirdal kommune.

REFERANSER:

Smittevernloven med forskrifter
Vaksinasjonshåndboka
Smittevernhåndboka
Den nasjonale beredskapsplan for pandemisk influensa

Faser i utviklingen mot en pandemi

Verdens helseorganisasjon (WHO) deler utviklingen av pandemier i seks faser :

Perioden mellom pandemier

Fase 1. Ingen nye subtyper av influensaviruset er oppdaget blant mennesker. En influensavirus-subtype som har forårsaket infeksjon hos mennesker, kan være til stede i dyr. Risikoen for infeksjon eller sykdom av dette viruset hos mennesker regnes som liten.

Fase 2. Ingen nye subtyper av influensaviruset er oppdaget blant mennesker. Men et influensavirus som sirkulerer blant dyr utgjør en stor risiko for sykdom hos menneske.

Periode med økt årvåkenhet for pandemi

Fase 3. Infeksjoner i menneske(r) med en ny subtype av influensaviruset, men ingen smitte mellom mennesker, eventuelt sjeldne tilfeller av smitte til en nærkontakt.

Fase 4. En eller flere små klynger med begrenset menneske til menneske-smitte, men spredningen er veldig lokal, fordi viruset ikke er tilpasset mennesker.

Fase 5. En eller flere større, men fremdeles lokale, klynger med menneske til menneskesmitte, som tegn på at viruset er i ferd med å bli stadig bedre tilpasset mennesker, men fremdeles ikke fullt smittomt mellom mennesker (betydelig fare for pandemisk influensa).

Pandemiperiode

Fase 6. Pandemi: økt og vedvarende smitte i den allmenne befolkningen av en ny subtype av influensavirus som få mennesker er immune mot.

Vedlegg 2 .

Fase 1-2, Interpandemisk periode

Fase 1 Ingen nye virus

Ingen nye influensavirus subtyper er oppdaget hos mennesker.

En influensavirus subtype som kan forårsake infeksjon hos menneske kan være til stede hos dyr. I så fall anses risikoen for smitte til mennesker som lav.

Fase 2 Nytt virus hos dyr

Ingen nye influensavirus subtyper er oppdaget hos mennesker.

Imidlertid sirkulerer det dyreinfluensavirus som utgjør en reell risiko for sykdom hos mennesker.

FREMGANGSMÅTE FASE 1:

1. I fase 1 foregår vaksinasjon og informasjon etter de vanlige rutiner og retningslinjer.
2. Kommuneoverlegen i samråd med beredskapskoordinator gjennomgår beredskapsplaner og sørger for at de er oppdaterte .
3. Sørge for at denne planen er samordnet med sykehusets planer(SSF)

FREMGANGSMÅTE FASE 2:

4. I fase 2 kan kommuneoverlege og beredskapskoordinator diskutere behovet for å øke beredskapen.
5. Kommuneoverlege bør starte arbeidet med å skaffe seg oversikt over eksisterende planverk, informasjonsmateriell mv ift. en pandemi
6. Fortløpende skolering av helsepersonell i standardtiltak iht. normal drift . For øvrig skal en følge de føringer som gis fra sentrale myndigheter.

Vedlegg 3 .

Fase 3-5, Interpandemisk årvåkenhetsperiode

Fase 3 Smitte til mennesker

Sykdom hos menneske med ny subtype, men ingen spredning mellom mennesker, eller sjeldne tilfeller av smitte til nærkontakter.

Fase 4 Begrenset smitte mellom mennesker

Små klynger med begrenset spredning mellom mennesker, men geografisk begrenset, noe som antyder at viruset ikke er godt tilpasset mennesker.

Fase 5 Økende, men ikke svært smittsomt

Større klynger av personer med infeksjon, men fortsatt geografisk begrenset, noe som antyder at viruset er i ferd med å tilpasse seg mennesker, men fortsatt ikke smitter lett mellom mennesker (betydelig pandemirisiko).

FREMGANGSMÅTE:

Kommuneoverlege i samråd med ass.rådmann, beredskapskoordinator ,og ledende helsesøster :

- Vurderer etablering av kommunens kriseledelse, med tilhørende funksjoner iht. planverket
- Informasjon om sykdommens profil ved kommunelegen med ansvar for smittevern.
- Planlegge omdisponering av helsepersonell.
- Få oversikt over og kontakte lokale frivillige organisasjoner, eventuelt offentlige (Sivilforsvaret) som kan hjelpe til med pleie og stell av syke.
- Diskutere legedekning og legevakt ved sykdom
- Ta kontakt med SSF/SUS for å forberede samarbeid om bruken av sykehus mht. innleggelses- og utskrivingsrutiner.
- Diskutere lokal bruk av sykehjem og hjemmesykepleie. Vurdere muligheter for omdisponering av senger i sykehjem ved utskriving eller fortetting.
- Sørgje for at befolkningen og helsepersonell har tilgang til nødvendig utstyr som munnbind, hansker, desinfeksjonsmidler, termometer mv.
- Forberede informasjonspolitikk i kommunen.
- Forberede organisering av registreringsenhet for syke i kommunen.
- Forberede regime for massevaksinering iht. planverk og etter anvisning fra sentrale myndigheter
- Forberede regime for prioritering av medikamenter og beskyttelsesutstyr, etter anvisning fra sentrale myndigheter
- Involvere enhet PLO tidlig i prosessen ved å kontakte ledelse i PLO og planlegge isoleringstiltak , omdisponering av

medikamenter/væske/infusjonsutstyr/sengetøy/utstyr for pleie av syke pasienten som befinner seg på lageret og medisinrommet på Sirdalsheimen .

- Vurdere behov for opprettelse av kontakttelefon på legekantoret.
- Sørge for at legekantoret på Tjørhom er klar til å brukes ved behov.

Vedlegg 4

Fase 6, Pandemisk periode

Fase 6 Pandemi

Økende og vedvarende smitte i den generelle befolkningen.

FREMGANGSMÅTE:

Avholde nødvendige møter i kriseledelsen for at kommunen skal sikre forebygging, diagnostikk, behandling og pleie.

Saksliste FØR pandemien har nådd Sirdal :

- Opprette lokal registreringsenhet for daglig oppdatering av lokal situasjon (antall syke, behov for tiltak). Enheten skal rapportere til lokal informasjonsansvarlig og til fylkesmannen.
- Forberede omlegging av sykehjemsdrift og opprettelse av evt. alternative pleiesteder ved skoler/elevhjem/kulturhus mv
- Planlegge tiltak etter smittevernloven kapittel 4 og 5 ved allmenfarlig smittsom sykdom (møteforbud, stenging av virksomheter som barnehager, svømmehaller, begrense kommunikasjon).
- Opprette ambulerende helseteam for vurdering og behandling
- Oppdatere rutiner for medikament utlevering
- Gjennomføring av massevaksinasjon iht. nasjonal prioritet.
- Informasjonsansvarlig undersøker og registrerer hvordan informasjonen spres og oppfattes. Justering av informasjonen etter behov.
- Det bør gjøres nødvendige avklaringer og kartlegginger både ift. personell og økonomi for at kommunen skal kunne levere et minimum av nødvendige tjenester for at samfunnet skal fungere, når store deler av arbeidsstyrken er syke eller fraværende som følge av pandemien(F. eks hjemmesykepleie mv).
- Nøkkelpersoner i kommunen som er aktuelle for å få profylaktiske medikamenter må kartlegges
- Gjennomføring av aktuelle tiltakskort i øvrig beredskapsplanverk.
- I samarbeid med sykehuset, gjøre nødvendige forberedelser til å håndtere et stort antall døde.

Saksliste NÅR pandemien har nådd Sirdal:

- Ta i bruk alternative pleiesteder med personell som er friske.
- Innføre tiltak som nevnt i smittevernloven kapittel 4 og 5.
- Etablere en sykesal på kulturhuset på Tonstad for en periode . Der må det rekvireres feltsenger fra sivilforsvaret , eventuelt tas i bruk utstyr fra elevheimen .
- Ved et stort antall av syke , vil mange elevene reise hjem og driften ved elevhjem stoppes. Dermed , kunne elevhjem tas i bruk som sykestue i et par bygg .
- Hybler på monan kan brukes til isolering dersom praktisk mulig.
- Opprette kontakt med SUS , samt Stavanger og Sandnes kommune for å diskutere felles tiltak . Avgrense evt. bruk av hytter i en periode .
- Skjerming av vårt område mot ytre smittefare og generelle reiseønsker , bør om mulig reguleres. Både Vest-Agder og Rogaland fylke vil være sentrale i den sammenheng .
- Vurdere og sette i gang vaksinerings av nøkkelpersonell i kommunen. Det er viktig at personer som behandler eller utfører kritiske samfunnsfunksjoner blir vaksinert først. Vedlegg 5.
- Behov for stenging av klasser på skolen eller avdelinger på barnehagen må reguleres fortløpende. Det vil imidlertid være best å drifte både barnehage og skole lengst mulig , og at syke barn holdes hjemme .
- Klargjøre hvilket utstyr og ressurser disponeres i det aktuelle øyeblikket av frivillige organisasjoner i kommunen .
- Ta kontakt med speidarne på Ådneram og vurdere etablering av sykestue i deres lokaler på frikvarteret .Avklare bemanninga på stedet da dette varierer mye fra uke til uke .
- Avklare ressurser NFH disponerer samt om lokaler i Solheimsdalen er klare til å brukes som midlertidig isolasjons sted.
- Avklare ressurser med Røde kors Stavanger/Sandnes , og om lokaler på Sinnes kan brukes til isolering . Der er det lite utstyr til enhver tid , men kommunikasjonsutstyret deres kan tenkes å kunne ha betydning i en krisesituasjon .
- For øvrig skal en følge de føringer som gis av FMVA og fra sentrale myndigheter.

Vedlegg 5

Massevaksinering

Ved en pandemi er det høyst usikkert om man vil få tilstrekkelig med vaksiner. Dersom man får vaksiner er det uklart om en vil få de i porsjoner, eller alle levert samlet. Erfaringene fra tidligere viser at de vil distribueres porsjonsvis, og man må vaksinere prioriterte grupper først. Valg av strategi for vaksinering avhenger av dette.

FREMGANGSMÅTE FOR EN MASSEVAKSINERING

Scenario 1: Vaksinering i puljer og til prioriterte grupper først

1. Mobilisere aktører i helsevesenet: Legekontor, helsestasjon, PLO tjenester til felles planlegging
2. Legekontorene vaksinerer sine listepasienter, PLO tjenester vaksinerer sine brukere og ansatte. Helsestasjonen supplerer tilbudet og tilbyr vaksinasjon til skolebarn og ansatte på skolene.
3. Vaksinekort utarbeides og trykkes
4. Instruks om prioritering gis via kommuneoverlegen
5. Informasjon i media organiseres av kommuneoverlegen
6. Legekontor/Kommuneoverlegen organiserer mottak, oppbevaring og distribusjon av vaksiner og utstyr.
7. Kommunens administrasjon og politisk sekretariat fører lister over alle vaksinerte og melder videre til Sysvak.

Scenario 2: Vaksinerings av alle innbyggerne samtidig

En tar sikte på å bruke valgsystemet for å kvalitetssikre hvem som får vaksine, for å unngå forvirring om hvor og når vaksinen er gitt, samt for å unngå kaos. Valgsekretæren, ledende helsesøster og smittevernlegen er ansvarlig for organisering og gjennomføring sammen med kriseledelsen .

Følgende elementer er sentrale:

1. Folkeregisterdata må bestilles fra EDB business partner så fort som mulig.
2. En må tidligst mulig planlegge for å kunne kvalitetssikre at programvaren i valgsystemet godtar lister også for de uten stemmerett(utlendinger og barn)
3. En må utarbeide et ”valgkort”(Har du fått vaksine? Ja/nei, når, hvor etc.). Dette kan sendes ut med aktuell info i posten som ved et ordinært valg, og fungerer som en innkalling.
4. Innkalling til fremmedspråklige må i den grad det er mulig utarbeides på morsmål. Det planlegges å bruke flyktnings konsulent og voksenopplæring i Sirdal for å sikre at informasjonen når frem.
5. Bruk av valgsystemet bør sees i lys av de føringer som gis fra sentralt hold, og hvilke registreringskrav som der stilles.
6. Det vil fra FHI bli opprettet et system for online registrering i SYSVAK
7. En må skaffe tilveie kjøleskap i låsbare rom i valglokalene for å oppbevare vaksiner.
8. Sentrallager for vaksiner på legekantoret eller Sirdalsheimen.
9. Lokaler må klargjøres, utstyr må skaffes(sprøytebokser, hånddesinfeksjon, kanyler, sjokkskrin, refleksvester til merking av personell mv). Lokalene må inndeles i soner, og det må planlegges hvordan en skal unngå at publikum kommer for tett på hverandre. Dette for å skape gode smittebarrierer.
10. ”Valgpersonell” må kartlegges, organiseres og innkalles. F. eks ordinært personell ved valg + frivillige organisasjoner/sivilforsvar mv)
11. Vaksinatører må kartlegges, organiseres og innkalles (Sykepleiere i merkantile stillinger og kommunens helsesøstre brukes først, deretter beordres sykepleiere og andre som kan sette sprøyter på overtidsarbeid.) OBS! Helsepersonell er viktig

arbeidskraft også for å pleie de influensasyke, og andre bør velges som vaksinatører framfor helsepersonell som kan brukes i slik pleie)

12. Det må avklares hvilke leger som kan tilpliktes og ivareta det faglig ansvaret og medisinsk oppfølging ute på vaksinasjonslokalene.
13. Ved vaksinerings av prioriterte grupper pga. vaksinemangel, vil behovet for sikkerhet og vakthold ute hos vaksinatørene være stort, sammenliknet med om alle får tilbud om vaksine samtidig. Politiet eller frivillige kan benyttes ift. dette.
14. Transporttjeneste til og fra vaksinasjonssteder må etableres. Bruk Tonstad/Sinnes taxi samt evt. STS . Hjemmetjenesten kan organisere dette.
15. Ambulansepersonell brukes unntaksvis til transportoppdrag . Dette pga. at det kan være stort behov for deres spesialkompetanse i andre sammenheng .
16. Utarbeide flytskjema for avviksmeldinger og lage rapporteringsrutiner for vaksinatørene/vaksinasjonsstedene.
17. For øvrig skal en følge de føringer som gis av FMVA og fra sentrale myndigheter.

Tabell 2. Prioritering av målgrupper for antivirale legemidler ved en pandemi

Prioritet	Strategi	Målgruppe
1	Primærprofylakse	Vedvarende smitteeksponert personell i helsetjenesten
2	Sekundærprofylakse	Personer som har hatt tett kontakt med influensasyke i en periode hvor de var smittsomme (ringbehandling i pandemiens aller første periode)
3	Behandling	Influensasyke med økt risiko for komplikasjoner
4	Behandling	Influensasyke gravide
5	Behandling	Influensasyke uten økt risiko for komplikasjoner
6	Primærprofylakse	samfunnskritiske tjenester etter en nærmere vurdering av situasjonen (helsetjeneste, dyrehelsetjeneste, strømforsyning, vannforsyning, matforsyning, renovasjon, offentlig transport, telekommunikasjon, personell i brann- og redningstjeneste, politi, personer som arbeider med mattrygghet, sikkerhet i industrien (inklusive offshorevirksomhet), Sivilforsvaret, hjelpeorganisasjoner og annet nøkkelpersonell i samfunnskritiske posisjoner)