



DØNNA KOMMUNE

Smittevernplan

2010

Vedtatt av kommunestyret 27.4.10

INNHOLDSFORTEGNELSE

Forord		
1.	Innledning	s. 4
1.1	Målsetting med smittevernarbeidet	s. 5
1.2	Definisjoner	s. 5
1.3	Ansvar og arbeidsfordeling	s. 5
1.4	Kartlegging og vurdering	s. 5
1.5	Informasjon	s. 7
1.6	Ansvar for utarbeidelse, revisjon og tilgjengelighet	s. 7
	1.6.1 Distribuering	s. 7
	1.6.2 Revisjon	s. 7
2.	Grunnleggende oppgaver	
2.1	Kommunale oppgaver	s. 8
	2.1.1 Kommunens oppgaver (smittevernloven §7-1)	s. 8
	2.1.2 Kommunelegens oppgaver (smittevernloven § 7-2)	s. 8
2.2	Meldingssystem for smittsomme sykdommer	s. 9
2.3	Utbrudd av smittsom sykdom	s. 10
2.4	Opplæring av utbrudd med næringsmiddelbåren sykdom	s. 13
3.	Ressurser, ansvar og oppgaver	
3.1	Kommunale ressurser	s. 16
	3.1.1 Enheter og tjenester	s. 16
	3.1.2 Nøkkelpersonell i smittevernarbeidet i Dønna kommune	s. 16
3.2	Statlige ressurser	s. 17
4.	Prosedyrer i normalsituasjon, forebyggende arbeid	
4.1	Vurdering av status for smittsomme sykdommer	s. 21
4.2	Særskilte oppgaver i smittevernet	s. 21
	4.2.1 Prosedyre for informasjon	s. 21
	4.2.2 Vaksinerings og immunisering av befolkningen	s. 21
	4.2.3 Smittevern ved mottak av asylsøkere, flyktninger og familiegjenforening	s. 22
	4.2.4 Forhåndsundersøkelse av pasienter ved innleggelse i kommunale helseinstitusjoner	s. 23
4.3	Luftsmitte/dråpesmitte	s. 23
	4.3.1 Plan for tuberkulosekontroll i Dønna kommune	s. 24
	4.3.2 Smittsom hjernehinnebetennelse og blodforgiftning	s. 24
	4.3.3 Forebyggelse av influensa til risikogrupper	s. 31
	4.3.4 Kikhoste	s. 31
	4.3.5 Liste over sykdommer	s. 32
4.4	Blodsmitte	s. 34
	4.4.1 Retningslinjer ved blodsøl og stikkuhell	s. 35
	4.4.2 Hepatitt B	s. 35
	4.4.3 Liste over sykdommer	s. 35
4.5	Mat/vannbåren smitte	s. 37
	4.5.1 Generelle miljøtiltak ved mat/vannbåren smitte	s. 38
	4.5.2 Næringsmiddelbårne sykdommer og zoonoser	s. 38
	4.5.3 Spesielle yrkesgrupper og Hepatitt A	s. 39
		s. 40

4.5.4	Liste over sykdommer	s. 41
4.6	Kontaktsmitte	s. 42
4.6.1	Infeksjon med visse resistente bakterier	s. 42
4.6.2	Øyebetennelse hos barn i barnehage	s. 42
4.6.3	Puss-sekresjon fra sår	s. 42
5.	Smittevern i beredsskapssituasjoner	s. 43
5.1	Generell aksjonsplan	s. 43
5.2	Melding om infeksjonssykdom (Nominativ melding)	s. 44
5.3	Aksjonsplan ved vannbåren infeksjon	s. 45
5.4	Matbåren sykdom	s. 46
5.5	Infeksjon med dråpesmitte	s. 46
5.6	Legionella utbrudd	s. 48
5.7	Tuberkulose	s. 49
5.8	Meningitt	s. 50
5.9	Influensa	s. 51
5.9.1	Influensasykdommen	s. 51
5.9.2	Pandemisk influensa	s. 55
6.	Tilsyn	s. 57
6.1	Tilsyn med næringsmidler	s. 57
6.2	Drikkevann	s. 57
6.3	Forebyggende tiltak i skoler og barnehager	s. 57
7.	Lovverk og referanser	s. 60
7.1	Lover	s. 60
7.2	Forskrifter	s. 60

FORORD

Lov om vern mot smittsomme sykdommer trådte i kraft 1. januar 1995.

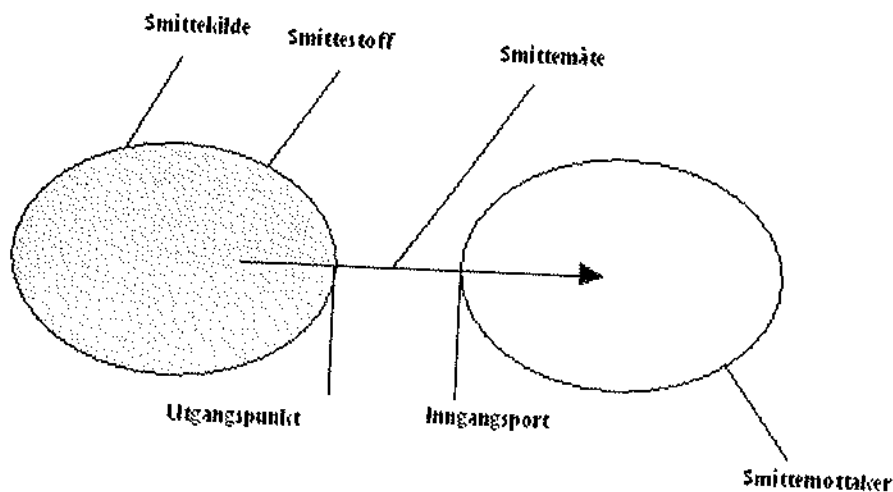
www.lovdata.no/all/nl-19940805-055.html

Smittevernloven bygger på det syn at smittsomme sykdommer fortsatt bør være gjenstand for en særomsorg fra det offentliges side. Som sykdomsgruppe betraktet utgjør det et alvorlig folkehelseproblem. De påfører årlig mange mennesker store lidelser og flere får varig helseskade eller de dør av en slik sykdom. For samfunnet betyr smittsomme sykdommer en stor belastning.

Vi vet at utstrakt kommunikasjon over landegrensene, slik vi opplever den i våre dager, sammen med endret adferd er faktorer av stor betydning for smittespredning.

I den senere tid har også smittestoffenes utvikling av resistens (motstandsdyktighet), blitt en stor utfordring for infeksjonsmedisin og smittevernet.

Hovedprinsippet ved smittevern er å bryte smittekjeden:



Aktuelle tiltak kan være informasjon, forebygging, behandling, sanering, isolering og kan etter behov settes inn mot:

- smitekilden
- smittestoffet
- smittemåten
- smitemottaker

Smittevernplanen forutsettes brukt sammen med smittevernhåndbok for kommunehelsetjenesten (Smittevern 12).

Planen skal være laget med sikte på å finne fram til en rask og korrekt håndtering av et problem innen smittsomme sykdommer i Dønna kommune.

1. INNLEDNING

1.1 MÅLSETTING MED SMITTEVERNARBEIDET

- Smittevernarbeidet har som målsetting å sikre befolkningen et vern mot smittsomme sykdommer ved å forebygge dem og motvirke smitteoverføring i befolkningen når sykdom har oppstått.
- Planen skal beskrive de tiltak og tjenester kommunene har for å forebygge smittsomme sykdommer og motvirke at de blir overført, både i det daglige rutinearbeid og i beredskapssituasjoner. Planen skal sikre at smittevernlovens krav til kommuner oppfylles, og vi får en god samordning av tiltak og ressurser.

1.2 DEFINISJONER

- **smittsom sykdom:** en sykdom eller smittebærertilstand som er forårsaket av en mikroorganisme (smittestoff) eller del av en slik mikroorganisme eller av en parasitt som kan overføres blant mennesker. Som smittsom sykdom regnes også sykdom som er forårsaket av gift (toksin) fra mikroorganismer
- **en smittet person:** en person som har en smittsom sykdom. For kroniske infeksjons-sykdommer gjelder at en person anses som en smittet person bare når vedkommende er smittefører eller frembyr slike tegn på aktiv sykdom som medfører at personen kan være smitteførende. Som en smittet person regnes også en person som det etter en faglig vurdering er grunn til å anta er en smittet person.
- **allmennfarlig smittsom sykdom:** en sykdom som er særlig smittsom, eller som kan opptre hyppig, eller har høy dødelighet eller kan gi alvorlige eller varige skader.
- **smittevernlege:** bruker vi i planen som betegnelse på den kommunelege med stedfortreder som i kommunen er tillagt ansvar for smittevernarbeidet, jfr § 7-2, og som i loven omtales som smittevernlegen.

01.01.95 nr 100 forskrift om allmennfarlige smittsomme sykdommer.

1.3 ANSVAR OG ARBEIDSFORDELING

Kommunen er pålagt å utpeke en ansvarlig lege for smittevernarbeidet. I Dønna kommune er det naturlig at kommunelege I er smittevernansvarlig lege og kommunelege II er hans/hennes stedfortreder.

Smittevernlegen er tillagt oppgaver i henhold til smittevernloven med forskrifter, og leder smittevernarbeidet i kommunen. Hvis ikke smittevernlegen eller stedfortreder er tilgjengelig, utpeker rådmannen en lege til å ta ansvar for å ivareta smittevernarbeidet i henhold til smittevernplan og faglige retningslinjer.

Smittevernarbeidet kan kreve drastiske tiltak, som loven gir mulighet til, men dette er sjelden nødvendig. Smittevernlegen må da forberede sak til politisk organ eller fatte **hastevedtak** med hjemmel i smittevernloven om nødvendig. Myndighetsdeling i kommunen til å fatte vedtak om bruk av særlig virkemidler i smittevernarbeidet er listet opp med henvisninger til § i smittevernloven:

KOMMUNESTYRET:

- Vedta div smitteverntiltak: møteforbud, stenging av virksomhet, isolering, desinfeksjon
m.m (jfr. Smittevernloven §4-1)
- Bruke og skade andres eiendom (jfr. Smittevernloven §4-1)
- Vedta forhåndsregler ved gravferd (jfr. Smittevernloven §4-6)
- Pålegge helsepersonell å ta opplæring (jfr. Smittevernloven §4-9)
- Pålegge deltagelse i smittevernarbeid (jfr. Smittevernloven § 4-9)
- Pålegge leger å delta i forebyggende arbeid, undersøkelse, behandling etc (jfr smittevernloven § 4-9)
- Bruke og skade andres eiendom i sammenheng med tiltak etter smittevernlovens § 3-1 og 3-8 (undersøkelse og vaksinerings)

SMITTEVERNLEGEN:

- Kreve taushetsbelagte opplysninger (jfr. Smittevernloven § 2-2)
- Treffe forholdsregler for uvaksinerte (jfr. Smittevernloven § 3-8)
- Handle på vegne av kommunestyret i hastesaker (jfr. Smittevernloven §4-1) om div. smitteverntiltak etter §4 (i forhold til næringsmiddelvirksomhet kan hastevedtak på samme måte iverksettes av mattilsynet).
- Nedlegge arbeidsforbud (jfr. Smittevernloven § 4-2)
- Vedta obduksjon av avdød smittet person (jfr. Smittevernloven §4-5)
- Treffe hastevedtak om tvangsundersøkelse (jfr. Smittevernloven §5-8)

I særlige tilfeller der det kan bli aktuelt med tvangstiltak må smittevernlegen kontakte fylkeslege og fylkets smittevernlege.

- **Lov om vern mot smittsomme sykdommer (1994)** (smittevernloven) er basis for smittevernarbeidet i kommunen. Loven gir klare oppgaver til helsepersonell, kommunelege med særskilt ansvar for smittevern, kommunestyret og andre offentlige etater. Det forutsettes at alle aktører i smittevernarbeidet har kjennskap til loven og aktuelle forskrifter (1)
- **Lov om helsetjenesten i kommunen(1982)**- Gir en del generelle føringer til kommunens helsetjeneste. Lovens § 4a vedrører miljørettet helsevern og setter krav til kommunen om årvåkenhet for forhold som kan innvirke på helsen, deriblant forhold som kan øke risiko for smitteoverføring. En rekke forskrifter som har betydning for å forebygge overføring av smittsomme sykdommer som bl.a drikkevann, kloakk og avfallsbehandling er hjemlet i kommunehelseloven.
- **Lov om tilsyn med næringsmidler (1933)**- Loven danner den rettslige basis for et omfattende regelverk om bl.a smitteforebyggende tiltak knyttet til produksjon og fremstilling av næringsmidler. Under loven sorterer bl.a **drikkevannsforskriften** (også hjemlet i kommunehelsetjenesteloven og helseberedskapsloven). Loven forvaltes lokalt av kommunestyret og av mattilsynet som har delegerte fullmakter.
- **Lov om helsemessig beredskap** –Hjemler nødvendige tiltak i forhold til befolkningshygiene og helsetjeneste i en beredskapssituasjon.
- **Lov om vern mot forurensning og om avfall (1981)** (forurensningsloven)-Teknisk

sektor er delegert myndighet etter § 35, siste ledd, og §37 i forhold til avfall i samband med utsalgssteder, turistanlegg, utfartssteder m.v., inkludert myndighet til å begjære påtale etter § 79, siste ledd.

1.4 KARTLEGGING OG VURDERING

Smittevernlegen må kartlegge grad av utbrudd og lokale forhold som har betydning for fare for videre utbrudd av sykdom. Smittevernlegen må innhente opplysninger fra lege som har diagnostisert sykdom, annet helsepersonell, konsultere gjeldende retningslinjer eller rådgivende instutisjoner som folkehelsa. På bakgrunn av denne informasjon må smittevernlegen vurdere om lokale smitteverntiltak skal settes i verk.

1.5 INFORMASJON

Det er svært viktig med tidlig informasjon til ulike instanser. Smittevernlegen har ansvar for informasjon utad etter å ha kartlagt og vurdert situasjonen. Omfanget av informasjon avhenger av situasjon, men rask informasjon er erfaringsmessig viktig. Det er også viktig å vurdere om informasjon kan gis offentlig, da selv anonymisert informasjon kan være på kant med taushetsplikten. Det må raskt vurderes om kriseledelsen skal kalles sammen for å takle informasjonsbehovet. Råmann informeres løpende.

1.6 ANSVAR FOR UTARBEIDELSE, REVISJON OG TILGJENGELIGHET

1.6.1 Distribuering

Smittevernplanen skal distribueres til følgende steder:

- Rådmannen
- Avdelingsleder ved Dønna omsorgssenter
- Helsesøster
- Kommunelege II / stedfortreder for smittevernlege
- Fylkesmannen i Nordland ved Helseavdelingen

Smittevernplanen skal være tilgjengelig for alle som ønsker å gjennomgå den. Planen bør legges ut på kommunens internettside.

1.6.2 Revisjon

Kommunelege I / smitteansvarlig lege er ansvarlig for utarbeidelse av forslag til smittevernplan. Oppdatering av planen bør skje ved endringer i lover, forskrifter og når faglige endringer gjør det nødvendig.

Planen skal revideres hvert tredje år.

Kommunelege I kan delegere arbeidsoppgaver vedrørende revisjon/ oppdatering til helsesøster og kommunelege II.

2. GRUNNLEGGENDE INFORMASJON

2.1 KOMMUNALE OPPGAVER

Kommunale instanser

Følgende kommunale instanser utfører oppgaver i forhold til vern mot smittsomme sykdommer:

Instans	Oppgaver
Helsestasjon/ Helsesøstertjenesten	Vaksinasjon av utenlandsreisende Influensavaksinerings Helsekontroll for flyktninger Tuberkulosekontroll Helsestasjon (vaksinerings og helsekontroll) Skolehelsetjeneste (vaksinerings og undervisning om forebygging av kjønnsykdommer) Anbefalt vaksinasjonsprogram: se kap 4.2.2
Allmennlegen, Legevakten	Diagnose, melding og behandling/oppfølging av sykdomstilfeller, Influensavaksinerings, evt. annen vaksinerings. Helsekontroll av flyktninger
Miljørettet helsevern	Klagebehandling Støy/luftforurensning/stråling. Hygieneoppfølging av campingplasser, div. hygienekontroller Skadedyr, tilsyn/rådgivning/godkjenning
Pleie- og omsorgstjenesten	MRSA- kartlegging Infeksjonskontrollprogram for Dønna omsorgssenter.
Mattilsynet	Offentlig kjøttkontroll Næringsmiddelkontroll, herunder drikkevannskontroller

2.1.1 Kommunens oppgaver (smittevernloven §7-1)

Kommunen skal 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 helseinstitusjon

Kommunen skal også utføre de oppgaver innen smittevernet som pålegges i loven her eller etter 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 denne loven eller kommunehelsetjenesteloven blir satt i verk.

Tiltak og tjenester for å forebygge smittsomme sykdommer eller motvirke at de blir overført, skal utgjøre et eget område i planen for kommunenes helsetjeneste. Helsetjenesten i kommunen skal samarbeide med myndigheter som har oppgaver av betydning for tiltakene.

Kommunen skal føre tilsyn og sørge for at reglene i loven blir overholdt og at vedtak i medhold av loven blir gjennomført.

Ved iverksetting av tiltak etter paragrafene 3-1 og 3-8 kan kommunen mot vederlag bruke og om nødvendig skade andres eiendom.

2.1.2 Kommunelegens oppgaver (smittevernloven §7-2)

Smittevernlegen skal:

- A: Utarbeide forslag til plan for helsetjenestens arbeid med vern mot smittsomme sykdommer herunder beredskapsplan og tiltak og organisere og lede dette arbeide.
- 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, opplysning og råd til befolkningen om vern mot smittsomme sykdommer.
- F: Utføre oppgaver som vil følge av lov eller bestemmelser i medhold av loven og medvirke til effektive tiltak for å forebygge smittsomme sykdommer og motvirke at de blir overført.

Departementet kan i forskrift bestemme at kommunelegen også skal ha andre oppgaver og herunder angi det nærmere innholdet i de enkelte oppgaver.

Materielle ressurser

Dønna legekantor har enklere laboratorieutstyr for oppfølging av smittsomme sykdommer. Det finnes ikke utstyr til personvern mot smitte i luft, gass eller aerosol. Det finnes ikke eget utstyr, eller tilrettelagte lokaler for isolering av personer. Sykehuset vil måtte brukes ved behov for isolering av pasienter.

På alle arbeidsplasser innen helse- og omsorgstjenesten finnes det gummihandsker og munnbind tilgjengelig for ansatte. Brann og redningstjenesten har røykdykker og dykkerutstyr/ vann.

Økonomi

Smittevernarbeidet dekkes normalt innen ordinær kommunal drift. Personer som har allmennfarlig smittsom sykdom skal ha nødvendig helsehjelp uten begrensninger av eventuell svak kommunal økonomi, og har rett på gratis legehjelp og behandling jfr forskrifter om legehjelp m.m.

2.2 MELDINGSSYSTEM FOR SMITTSOMME SYKDOMMER

Forskrift om innsamling og behandling av helseopplysninger i meldessystemet for smittsomme sykdommer og i tuberkuloseregisteret og om varsling om smittsomme sykdommer (MSIS- og tuberkuloseregisterforskriften) trådte i kraft 1 juli 2003.

Helseregisterloven forutsetter at det skal være to smittevernregistre, og dette er bakgrunnen for en felles forskrift hvor MSIS og tuberkuloseregisteret opprettholdes som to registre.

Skjema for melding til tuberkuloseregistret, skjema for melding om smitteoppsporing omkring tuberkuløs/tuberkulosesmittet person og rapport om tuberkulin/BCG-status i 10 klasse er reviderte og tilpasset den nye forskriften om tuberkulosekontroll. Kan bestilles fra trykksak@fhi.no, telefax 23 40 81 05, tlf 23 40 82 00.

Innholdet i registrene:

MSIS inneholder personidentifiserbare opplysninger om personer i Norge som er smittet med sykdommer som omfattes av gruppe B eller gruppe C. (MSIS- og tuberkuloseregisterforskriften § 1-2 jfr. §§ 1-7 og 1-8.

Sykdommene deles inn i tre grupper A,B og C.

Gruppe A

Inneholder sykdommer som det er nødvendig å overvåke med detaljerte opplysninger om hvert tilfelle av hensyn til smittevernet og internasjonale forpliktelser. Forskriften nevner de ulike kategoriene av sykdommene og eksempler på dette er sykdommer som kan forebygges gjennom barnevaksinasjonsprogrammet, alvorlige systemiske sykdommer forårsaket av resistente bakterier.

Gruppe B

Inneholder de seksuelt overførbare sykdommene gonore, hiv-infeksjon og syfilis.

Gruppe C

Inneholder sykdommer fra kategoriene i gruppe A eller B der det er nødvendig med en oversikt over situasjonen, men der det ikke er nødvendig med registrering av detaljerte opplysninger om enkelttilfeller.

Departementet gir nærmere bestemmelser om hvilke smittsomme sykdommer som tilhører gruppe A, B eller C. (se side 196 i Smittevern 12)

Tuberkuloseregisteret inneholder personidentifiserbare opplysninger om personer som er smittet med tuberkulose, personer som får forebyggende behandling mot tuberkulose eller personer som oppdages som omslagere ved tuberkulinundersøkelse i grunnskolens 10.klasse.

Informasjonsplikt (jfr. MSIS- og Tuberkuloseregisterforskriften § 6-1)

Når en lege som har meldingsplikt etter § 2-1 gir melding om smittsom sykdom i gruppe A eller B, skal legen informere den meldingen angår om hvem som skal få meldingen og hva meldingen skal brukes til. Legen bør søke pasientens medvirkning til å gjøre opplysningene i meldingsskjemaet så korrekt som mulig.

Sykdommer i gruppe A

Sykdommer i gruppe A er sykdommer som etter forskriften skal meldes med full pasientidentitet: navn, fødselsnummer og bostedsadresse. Av hensyn til smittevernet er det viktig å overvåke disse sykdommene nøye.

Leger som oppdager eller får mistanke om sykdommer i gruppe A, skal uten hensyn til taushetsplikt skriftlig melde opplysninger som nevnt i § 1-7 jfr § 2-2 i SML til Nasjonalt Folkehelseinstitutt og smittevernlegen i den kommunen der den smittede bor. Dersom den smittede oppholder seg i annen kommune, skal det gis også gis melding til kommunelegen der. Melding om smittsom sykdom i gruppe A skal **sendes samme dag** som sykdommen er oppdaget eller mistenkt. Melding om tuberkulose skal sendes på samme måte, men melding skal i tillegg sendes **tuberkulosekoordinator**.

Oversikt over meldingspliktige sykdommer finnes på side 196 i Smittevern 12.

Sykdommer i gruppe B

Sykdommer i gruppe B er sykdommer som etter forskriften skal meldes med avidentifiserte opplysninger, men med en melding per pasient: fødselsmåned og år, kjønn og bostedskommune.

Melding om smittsom sykdom i gruppe B skal sendes samme dag som sykdommen er oppdaget eller mistenkt. Skjema sendes til smittevernlege og Nasjonalt Folkehelseinstitutt i henhold til § 1-7 jfr. § 2-2.

Skjema oppbevares ved medisinsk-mikrobiologiske laboratorier. Grunnen til at lege også skal sende opplysninger er behov for å påføre nødvendige epidemiologiske opplysninger.

Sykdommen framgår av forskriften §1-2 fjerde ledd og er anført på side 196 i Smittevern 12.

Sykdommer i gruppe C

Sykdommer i gruppe C meldes som summariske tabeller over antall tilfeller av legekantor utpekt av Nasjonalt Folkehelseinstitutt.

Meldingssystem for smittsomme sykdommer (MSIS) er det offisielle norske overvåkningssystem for smittsomme sykdommer.

Adresse: Nasjonalt Fokehelseinstitutt, Postboks 4404, Nydalen, 0403 Oslo.

VARSLINGSPLIKT

I den nye forskriften er varslingsplikten betydelig utvidet og omfatter varsling til flere myndigheter, bl.a. fylkesmannen. Varslingen inngår ikke i registrene, men kommer i tillegg og skal blant annet bidra til at enkelttilfeller eller utbrudd av sykdom oppdages tidlig.

Det er **leger, sykepleier, jordmor, helsesøster og virksomheter** som har varslingsplikt etter MSIS- og Tuberkuloseregisterforskriften, kapittel 3.

Varsling om smittsomme sykdommer (jfr. MSIS- og Tuberkuloseforskriften § 3-1)

Varsling om smittsom sykdom kommer i tillegg til den skriftlige meldingen, jfr. Kapittel 3. Det skal varsles om smittsomme sykdommer i gruppe A og B jfr. § 1-2, der varsling er nødvendig for at smitteverntiltak umiddelbart kan iverksettes for å forebygge flere tilfeller. Varslet kan inneholde de opplysninger som går frem av § 1-7.

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

Varsling skal bidra til at:

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

Det er etablert en døgnåpen sentral for mottak av varsler på Nasjonalt folkehelseinstitutt (**Smittevernvakta telefon: 22 04 23 48**)

Det er departementet som i henhold til annet ledd nærmere bestemmer hvilke sykdommer innen gruppe A og B jfr. § 1-2 det skal varsles om.

Følgende sykdommer skal det pr. 15.03.06 varsles om:

- Alvorlig akutt luftveissyndrom – SARS
- Botulisme
- Difteri
- Flekktyfus
- Hemoragisk feber
- Kolera
- Kopper
- Legionellose
- Meningokokksykdom
- Meslinger
- Miltbrann
- Pest
- Poliomyelitt
- Rabies
- Røde hunder
- Trikinose

Smittevernlegen skal varsle **fylkesmannen og Nasjonalt folkehelseinstitutt**. Nasjonalt folkehelseinstitutt skal, dersom mistanken ikke raskt kan avkreftes, varsle Sosial- og helsedirektoratet om de samme sykdomstilfeller.

Varsling om utbrudd av smittsom sykdom utenfor helseinstitusjon (jfr. MSIS- og Tuberkuloseregisterforskriften §3-3)

Utbrudd av fire typer skal varsles til **smittevernlegen**, jfr. Helsepersonellets varslingsplikt, se ovenfor:

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

De tre siste kategoriene gjelder også utbrudd av smittsomme sykdommer som ikke er meldingspliktige til MSIS.

Smittevernlegen skal, dersom mistanken ikke raskt kan avkrefte, varsle **fylkesmannen og Nasjonalt folkehelseinstitutt**. Nasjonalt folkehelseinstitutt skal varsle Sosial- og helsedirektoratet om de samme utbrudd, dersom de er alvorlige.

Et eget skjema for utbruddsvarsling benyttes.

Mistenkte eller påviste utbrudd av smittsomme sykdommer i kommunal helseinstitusjon skal varsles til **smittevernlegen og fylkesmannen**. Smittevernlegen skal, dersom mistanken ikke raskt kan avkrefte, varsle **Nasjonalt folkehelseinstitutt**. Nasjonalt folkehelseinstitutt skal varsle Sosial- og helsedirektoratet om de samme utbrudd, dersom de er alvorlige.

Varsling om mulig smitte fra næringsmidler (jfr. MSIS- og Tuberkuloseregisterforskriften §3-9)

Smittevernleger som får opplysninger om mistenkt eller påvist smittsom sykdom som kan være overført med næringsmidler, skal varsle **Mattilsynet**.

Varslet skal inneholde opplysninger om den antatte sykdommen, det antatte smittetidspunktet, pasientens alder og bostedskommune, samt eventuelt hvilket næringsmiddel som er mistenkt og hvor det ble frambudt.

Varsling om mulig smitte fra dyr (jfr. MSIS- og Tuberkuloseregisterforskriften §3-10)

Smittevernleger som får opplysninger om mistenkt eller påvist smittsom sykdom som kan skyldes smitte fra dyr, skal varsle **Mattilsynet**. Varslet skal inneholde opplysninger om den antatte smittsomme sykdommen, det antatte smittetidspunktet, pasientens alder og bostedskommune, samt eventuelt hvilket dyr som er mistenkt og hvor det befinner seg.

2.3 UTBRUDD AV SMITTSOM SYKDOM

Nasjonalt folkehelseinstitutt skal etter smittevernloven gi råd og bistand ved oppklaring og kontroll av utbrudd av smittsom sykdom i og utenfor helseinstitusjoner. Ansvaret for å organisere og lede selve oppklaringsarbeidet og iverksetting av nødvendige tiltak er lagt til smittevernlegen.

<http://www.fhi.no/artikler/?id=28764>

Varsling av utbrudd

Tidlig varsling av utbrudd til Nasjonalt folkehelseinstitutt gir instituttet mulighet til å bistå med oppklaringsarbeid, gi råd om prøvetaking og andre forhold og hjelp til å håndtere spørsmål fra pressen. Rask rapportering fra lokalt nivå til nasjonalt nivå gir samtidig grunnlag for å vurdere om flere små geografisk spredte utbrudd kan ha en sammenheng, for eksempel hvis et markedsført næringsmiddel er årsaken til utbruddet. Et sentralt register over alle sykdomsutbrudd gir i tillegg et grunnlag for å øke kunnskapen rundt årsaksforhold og smitteverntiltak, slik at fremtidige sykdomsutbrudd bedre kan forebygges.

Varsling om utbrudd er fra 1. juli 2003 regulert i Forskrift om innsamling og behandling av helseopplysninger i Meldingssystem for smittsomme sykdommer og i Tuberkuloseregisteret og om varsling om smittsomme sykdommer (MSIS- og Tuberkuloseregisterforskriften). Det er utarbeidet et eget varslingskjema for utbrudd (kan lastes ned i word eller pdf-format fra aktuell fil ovenfor).

Hva skal varsles?

Følgende utbrudd av smittsomme sykdommer skal varsles (MSIS- og Tuberkuloseregisterforskriften §3-3 og 3-4):

- utbrudd av de sykdommer som er meldingspliktige i MSIS
- utbrudd som mistenkes å ha sammenheng med næringsmidler, inkludert drikkevann
- utbrudd av særlig alvorlige sykdommer (andre enn dem som omfattes av MSIS), dvs. sykdommer med høy dødelighet, alvorlig sykdomsbilde eller høy komplikasjonsrate
- særlig omfattende utbrudd
- utbrudd i helseinstitusjoner

2.4 OPPKLARING AV UTBRUDD MED NÆRINGSMIDDELBÅREN SYKDOM

Oppklaring av utbrudd med næringsmiddelbåren sykdom er et viktig bidrag til forebyggende helsearbeid. Hensikten er å stanse det aktuelle utbruddet og samtidig legge grunnlaget for å hindre fremtidige sykdomstilfeller ved å avsløre de årsaker som gjorde utbruddet mulig. Ifølge smittevernloven (§7-2) er det smittevernlegens oppgave å organisere og lede arbeidet med å etterforske og oppklare utbrudd, samt utarbeide beredskapsplaner for dette arbeidet. Effektiv etterforskning av utbrudd krever imidlertid tett tverrfaglig samarbeid lokalt og sentralt mellom helsevesenet, mattilsynet og iblant også andre enheter/instanser. Både utbruddet selv og de tiltak som iverksettes som følge av etterforskningen, kan ha store helsemessige, økonomiske og handelspolitiske konsekvenser.

Nasjonalt folkehelseinstitutt og Statens Næringsmiddeltilsyn utarbeidet i 2009 et felles veiledningshefte "Utbruddshåndboka", kalt Smittevern 17. Formålet med dette veiledningsheftet er å beskrive fremgangsmåten ved etterforskning og oppklaring av sykdomsutbrudd hvor næringsmidler (mat- og drikkevarer, inkludert drikkevann) er den mest sannsynlige kilden. Velfungerende informasjonsveier er en vesentlig forutsetning for at det hurtig kan iverksettes en effektiv, koordinert innsats. Veiledningen beskriver derfor også hvilke myndigheter og institusjoner som skal varsles i tilfelle av utbrudd.

Av og til er det nødvendig med intervju av pasienter om matvarer de har spist og evt. andre risikofaktorer de har vært utsatt for i tiden før de ble syke. Hvis man ikke har noen mistanke

om smittekilden, brukes ofte et relativt omfattende skjema for å kunne identifisere evt. fellesfaktorer pasientene har vært eksponert for.

Se kap. 4.5.2 for nærmere opplysninger.

3. RESSURSER, ANSVAR OG OPPGAVER

3.1 KOMMUNALE RESSURSER

3.1.1 Enheter og tjenester

Enheter og tjenester	Ansvar og oppgaver	Ressurser
Kommunelegen i Dønna Telefon 75055116 Telefax 75055178	Allmennleger: Diagnostisering, melding og behandling/oppfølging av smittsomme pasienter. Vaksinering av pasienter.	Enklere laboratorieutstyr for diagnostisering og oppfølging av smittsomme sykdommer. Lager av enkelte vaksiner.
Helsesøster i Dønna kommune Telefon 75052244 Telefax 75055178 E-post: lise.alfheim@donna.nhn.no	Vaksinering av småbarn, barn i barne- og ungdomsskole. Bistå i arbeidet med smitteoppsporing, oppfølging av kommunens kontrollrutiner i tuberkulosearbeide. Bistå i arbeidet med tuberkulosekontroll av flyktninger, asylsøkere og familiegjenforeninger. Forebyggende arbeid. Vaksinering mot influensa og pneumokokker. Reisevaksinering. Yrkesvaksinasjon.	Vaksinelager i henhold til anbefalte vaksinasjonsprogram.
Kommunelege I / smitteansvarlig lege	Hovedansvar for kommunens smittevernarbeid. Tuberkulosekontroll i henhold til tuberkulosekontroll-program. Kreve taushetsbelagte opplysninger - §2-2 Treffe forholdsregler for uvaksinerte - § 3-8 Handle på vegne av kommunestyret i hastesaker - § 4-1 Treffe vedtak om tvangsundersøkelse - § 5-8 Vedta obduksjon over avdød smittet person – smittevernloven § 4-5. Utarbeide plan for kommunens smittevern, lede og organisere dette. Administrative ansvar for iverksetting av kommunens vedtak innen smittevern.	

Miljørettet helsevern	Overvåknings- og tilsynsansvar vedr. innelima, vann, støy, stråling, ulykker og skader i hjem, skole og fritid.	Utstyr til innelima målinger.
Kriseteam i Dønna kommune	Psykososial intervensjon ved kriser og katastrofer der det kreves innsats utover enhetens egne ressurser for håndtering av kriser. Ny plan vedtatt. Leder for tida er psykiatrisk sykepleier.	
Næringsmiddelkontrollen	Bidra til å trygge næringsmidler, vann, hygiene og miljø. Foreta aktuelle analyser av vann, næringsmidler, renhold i produksjonsmiljø og andre prøvetyper.	
Kommunestyret i Dønna	Vedta smittevernplan. Vedta diverse smitteverntiltak: møteforbud, stenging, isolering, desinfeksjon m.m. (Smittevernloven § 4-1)	

3.1.2 Nøkkelpersonell i smittevernarbeidet i Dønna kommune:

Funksjon/adresse	Navn	Telefon	Telefax	E-post
Kommunelege I/ smitteansvarlig lege	Einar Høydahl	75 05 51 16	75 05 51 78	einar.hoydahl@donna.nhn.no
Kommunelege II/ Fast stedfortreder for kommunelege I	Heidrun Stene	75 05 51 16	75 05 51 78	
Helsesøster	Lise L. Alfheim	75 05 22 44		lise.alfheim@donna.nhn.no
Avd.leder sykehjemmet	Rune Ånes	75 05 21 46		
Avd.leder hjemmebasert omsorg	Aino Eide	75 05 21 44		
Kommunalsjef Administrativ leder for etaten.	Pål Bleka	75 05 22 50		pai.bleka@donna.kommune.no
Rådmann Administrativ leder i kommunen Nestleder i kriserådet	Tore Westin	75 05 22 06		tore.westin@donna.kommune.no
Ordfører Leder i kriserådet.	Ingunn Laumann	75 05 22 14		

3.2 STATLIGE RESSURSER

Instanser	Ansvar og oppgaver	Ressurser
Helgelandssykehuset Sandnessjøen Tlf 75065100	Diagnostisering, melding, behandling, oppfølging, isolering av personer med smittsomme sykdommer. Isolering av pasienter med smitteførende tuberkulose. Ansvar for gjennomføring av smittevernplanen for det regionale helseforetaket. Veiledningsplikt overfor kommunehelsetjenesten. Smittevernlege Frode Arstad Hygienesykepleier Kari Grytdal Tb koordinator Mai-Liss Aleksandersen, tlf 75065244	Behandlings- og isolasjonskapasitet.
Nordlandssykehuset Bodø	Mikrobiologisk avdeling Smittevernlege Torun Nygård	Dyrkningsmessig, serologisk og annen mikrobiologisk diagnostikk av prøver fra allmennhelsetjenesten.
Universitetssykehuset i Nord Norge – Tromsø	Ansvar for å behandle pasienter med multiresistent tuberkulose i helseregionen. Smittevernlege Karina Olsen	Mikrobiologisk diagnostikk Behandlings- og isoleringskapasitet.
KORSN – Kompetansesenter i smittevern Helse Nord HF Tlf 77755823	Regional smittevernlege, Kirsten Gravningen. Sykehuslege som kan gjøre tvangsvedtak etter Smittevernlovens § 4-2 og § 5-8 sammen med kommunelegen. Spesialrådgiver Unni Sørensen	Kompetansesenter som yter sakkyndig hjelp i smittevernspørsmål, kompetanseheving, styrke samarbeidet mellom primær- og spesialisthelsetjenesten.
Fylkesmannen i Nordland Statens hus Moloveien 10 8002 Bodø Telefon: 75 53 15 00 Telefax: 75 52 09 77 E-post: postmottak@fmno.no	Fylkesmannen gir råd om forhold som gjelder helsetjenester og helsetilstand til nasjonale, regionale og lokale myndigheter, til helsepersonell og til innbyggere i de enkelte fylker iflg. gjeldende lovverk, erfaring fra tilsyn med helsetjenester og helsepersonell, fakta om helsetilstand og helsetjenester i eget fylke og på kunnskap om god	Fagpersonell Kompetanse innen helsefag, helserett og forvaltning

	<p>praksis. Som tilsynsmyndighet opptrer Sosial- og helseavdelingen som Helsetilsynet i de respektive fylker der fylkeslegens tilsynsvirksomhet er direkte underlagt Statens Helsetilsyn.</p> <p>Blant tilsynsoppgaver er:</p> <ul style="list-style-type: none"> *Overordnet faglig tilsyn med helsetjenesten *Tilsyn med virksomheter – systemrevisjoner *Tilsyn med helsepersonell og virksomheter – enkeltsaker *Rettighetsklager etter pasientrettighets- og kommunehelsetjenesteloven. <p>Helsetilsynet i fylket og fylkesmannen skal ha særlig oppmerksomhet rettet mot allmennfarlige smittsomme sykdommer, og skal holde Statens helsetilsyn og Sosial- og helsedirektoratet orientert om forholdene i fylket. Jfr. lov om statlig tilsyn med helsetjenesten.</p>	
<p>Nasjonalt Folkehelseinstitutt Postboks 4404 Nydal 0403 Oslo</p> <p>Telefon 22 04 22 00 Telefax 22 35 05 06</p> <p>E-post: folkehelseinstituttet@fhi.no</p>	<p>Overvåke den nasjonale epidemiologiske situasjonen gjennom det nasjonale overvåkningssystemet for smittsomme sykdommer (MSIS). Delta i overvåkingen av den internasjonale epidemiologiske situasjonen og drive forskning på smittevernområdet. Sikre nødvendig vaksineforsyning og vaksineberedskap, herunder egen vaksineproduksjon. Gi bistand, råd, veiledning og informasjon til kommunale, fylkeskommunale og statlige institusjoner, helsepersonell og befolkningen om smittsomme sykdommer, smittevern og valg av smitteverntiltak (jfr. Smittevernloven §7-9)</p> <p>Ansvar for en Nasjonal beredskapsplan for influensapandemi.</p> <p>Overvåking av tuberkulose, herunder drift og føring av Det sentrale tuberkuloseregisteret, rådgivning og veiledning til helsetjenesten om forebygging og kontroll av tuberkulose.</p>	<p>Dyrkningsmessig, serologisk og annen mikrobiologisk diagnostisering av visse typer prøver.</p>

	<p>Drift av det nasjonale referanselaboratoriet for tuberkulose. Forsyner helsetjenesten med BCG-vaksine og tuberkulin. Gi opplysninger om hvilke land som har høy forekomst av tuberkulose (jfr. Smittevernloven § 7-9 og forskrift om tuberkulosekontroll § 4-5)</p>	
<p>Mattilsynet – Distriktskontoret for Ytre Helgeland</p>	<p>Tilsynet er hjemlet i Matloven av des.2003 Fører tilsyn med alle virksomheter som produserer, bearbeider, pakker, lagrer, frembyr eller importerer næringsmidler, inkludert vannverk. Utfører kjøttkontroll ved slakteri og annen kjøttindustri. Tilsyn med plante-helse (både matvarer og ikke-spiselige planter). Tilsyn med dyrehelse (herunder smittsomme dyresykdommer) og dyrevern. Import- og eksportkontroll for planter, dyr og næringsmidler</p>	<p>Tilsynspersonell med fagkompetanse</p>

4. PROSEDYRER I NORMALSITUASJON, FOREBYGGENDE ARBEID

4.1 VURDERING AV STATUS FOR SMITTSOMME SYKDOMMER

Risikoen for smittsomme sykdommer avviker ikke fra landsgjennomsnittet.

Vaksinasjonsdekningen er høy – tilnærmet 100% - og oppslutningen om helsekontroller ved helsestasjonen er også tilnærmet 100%.

Folketallet er i betydelig nedgang og den eldre del av befolkningen utgjør en forholdsvis høy andel.

Oppslutningen om vaksinasjon mot influensa og pneumokokksykdom er fortsatt lav og bør forsøkes økt i samsvar med nasjonale målsettinger.

Lav forekomst av seksuelt overførbare sykdommer.

Ingen diagnostiserte tilfeller av Tuberkuløs sykdom eller systemisk meningokokksykdom de siste fem årene.

Enkeltilfeller av kikhoste har opptrådt de siste årene.

Streptokokkinfeksjoner i gruppe B utgjøres i hovedsak av halsbetennelser, brennkopper, ørebetennelser og skarlagensfeber. Ingen tilfeller av alvorlig invasiv streptokokkinfeksjoner.

Sjeldne tilfeller av kroniske virusinfeksjoner. Som hepatitt B og C samt HIV infeksjoner.

4.2 SÆRSKILTE OPPGAVER I SMITTEVERNET

4.2.1 Prosedyre for informasjon

Informasjon skal hindre unødig angst i befolkningen og unngå ryktespredning på ikke faglig grunnlag. Informasjon skal motivere til forebyggende tiltak som vaksinasjon, god hygiene og sunne forholdsregler mot smitte. Informasjon foregår ved konsultasjon med helsesøster, allmennpraktiserende lege og sykehuslege. Ansvar for at smittevernforebyggende tiltak blir iverksatt ligger hos smittevernlegen som altså har et overordnet ansvar og koordinerende funksjon i forhold til at informasjonen kommer ut til befolkningen generelt og til personer som er i smittesituasjon. Enhver lege har i sin virksomhet ansvar for å informere sine pasienter. Kontakt med medier, som ofte er viktig og nyttig, foregår via smittevernlegen eller stedfortreder for smittevernlegen. Smittevernlegen informerer om aktuelle forhold til aktuelle samarbeidspartnere.

Informasjon for (holdnings- og) atferdsendring, må ut til befolkningen i forhold til:

- Alminnelig hygiene
- Vaksinasjoner
- Reisehygiene og vaksinasjoner
- Seksuelt overførbare sykdommer
- Spesielt risikoutsatte grupper som for eksempel stoffmisbrukere, homofile menn.

Videre må kommunehelsetjenesten drive opplysningsvirksomhet i forhold til institusjoner og bedrifter hvor hygieniske forhold er viktig:

- Butikker
- Helseinstitusjoner
- Vannverk
- Skoler og barnehager

4.2.2 Vaksinerings og immunisering av befolkningen

Kommunen skal i sin helsetjeneste tilby og gjennomføre vaksinerings i henhold til det nasjonale programmet for vaksinerings mot smittsomme sykdommer.

Barnevaksinasjonsprogrammet skal tilbys alle barn i førskole- og grunnskolealder og gjennomføres i helsestasjons- og skolehelsetjenesten.

Barnevaksinasjonsprogrammet:

Alder	Vaksinasjon mot	Antall stikk
3 mnd	Difteri, stivkrampe, kikhoste, poliomyelitt og Hib-infeksjon (DTP-IPV-Hib) Pneumokokksykdom	2
5 mnd	Difteri, stivkrampe, kikhoste, poliomyelitt og Hib-infeksjon (DTP-IPV-Hib) Pneumokokksykdom	2
12 mnd	Difteri, stivkrampe, kikhoste, poliomyelitt og Hib-infeksjon (DTP-IPV-Hib) Pneumokokksykdom	2
15 mnd	Meslinger, kusma og røde hunder (MMR)	1
2. klasse (7-8 år)	Difteri, stivkrampe, kikhoste og poliomyelitt (DTP-IPV)	1
6. klasse (11-12 år)	Meslinger, kusma, røde hunder (MMR)	1
7.klasse -jenter (12-13 år)	Humant papillomavirus (HPV), 3 doser (Vaksine mot livmorhalskreft)	1
10. klasse (15-15 år)	Poliomyelitt (til og med årskullet født 1997) Difteri, stivkrampe, poliomyelitt (fra årskullet født 1998)	1
	Tuberkulose (BCG), 1 dose*	
	Hepatitt B, 3 eller 4 doser*	

* For barn i definerte risikogrupper.

Vaksinasjon av reisende og andre personer som utsettes for økt smittefare

Barn av foreldre fra land utenfor lavendemisk område får tilbud om gratis hepatitt B-vaksine og vaksine mot tuberkulose. Vaksinasjon av nyfødte gjøres på hjemmebesøk eller innen barnet er seks uker.

Vaksinasjon og revaksinerings i voksen alder er aktuelt for personer som utsettes for økt smittefare. Dette er aktuelt i forbindelse med reiser, ved spesiell risikoatferd og ved visse yrker.

Vaksinasjon og reisemedisinsk rådgivning, blant annet smittevern hjelp utføres ved helsestasjon og legekontor, i henhold til retningslinjer fra Nasjonalt folkehelseinstitutt. Smittevern 14 – Vaksinasjonsboka gir veiledning om vaksinasjonsvirksomhet.

4.2.3 Smittevern ved mottak av asylsøkere, flyktninger og familiegjenforening

Grunnlagsinformasjon:

Første gangs helseundersøkelse av flyktninger foregår etter Statens Helsetilsyns veileder 15-1022 (2003) :

”Forebyggende infeksjonsforebyggende arbeid ved førstegangs helseundersøkelse av nyankomne asylsøkere, flyktninger og andre innvandrere.”

Førstegangs helseundersøkelse tilbys kort tid etter ankomst til Norge.

Screeningsundersøkelse for smittsomme sykdommer:

Alle flyktninger uansett alder har plikt til så snart som mulig etter ankomst til Norge, og senest 14 dager etter innreise å gjennomgå tuberkulinprøving. Røntgen thorax skal i tillegg tas av alle personer over 15 år.

Det er aktuelt å informere om og tilby undersøkelse for HIV-infeksjon, Hepatitt-B, og patogene tarmparasitter etter retningslinjene i Statens Helsetilsyns veileder.

Flyktninger med symptom på smittsomme sykdommer utredes etter gjeldene retningslinjer. (Se smittevern 12 – 2005)

Flyktninger med smittsomme sykdommer gis behandling og smittevernveiledning og følges opp av fastlege hvis de har fått det. Ved behov for spesialistundersøkelse henvises de til videre undersøkelse ved Helgelandssykehuset avd Sandnessjøen.

4.2.4 Forhåndsundersøkelse av pasienter ved innleggelse i kommunale helseinstitusjoner

Grunnlagsinformasjon

Smittevernloven § 3-3 omhandler forhåndsundersøkelse av pasienter.

www.lovdato.no/all/nl-19940805-055.html

Statens helsetilsyn har gitt ut rundskriv IK-28/96: ”Råd for anvendelse av smittevernloven §3-3, forhåndsundersøkelser av pasienter – smittsomme sykdommer.”

En helseinstitusjon kan kreve at en pasient skal la seg forhåndsundersøke når det gjelder en smittsom sykdom, før det blir foretatt diagnostisk utredning, og før pasienten får behandling eller pleie. Forhåndsundersøkelse kan kreves bare når en slik sykdom vil forårsake ekstraordinære forebyggende tiltak av hensyn til faren for overføringer til andre pasienter eller til personalet, og såfremt tiltakene kan gi vesentlig større sikkerhet mot smitteoverføring eller bety en vesentlig lettelse eller besparelse for helsetjenesten, jfr. Smittevernloven §3-3.

Ansvar for gjennomføringen:

- Tilsynslegen ved institusjonen

Anbefalinger for å hindre overføring av metacillinresistente gule stafylokokker (MRSA)

MRSA overføres primært ved kontaktsmitte. Luftsmitte kan forekomme ved lungeinfeksjoner. Pasienter og personale kan være smitteførende uten å ha symptom eller infeksjon. OBS bl.a pasienter som har vært til behandling i helseinstitusjon utenfor Norden siste 6 mnd. Disse bør behandles som om de kan være smittebærere inntil dette kan avkreftes.

Dersom prøvetaking ikke er mulig å gjennomføre før innleggelse, bør pasienten ved ankomst transporteres korteste vei til enerom. Andre prosedyrer bør foregå på enerommet. Pasienten skal ikke forlate isoleringsrommet uten i forbindelse med nødvendig undersøkelse/behandling som ikke kan foregå på rommet.

- Ved mistenkt eller påvist infeksjon med MRSA, skal streng isolasjon benyttes
- Ved mistenkt eller påvist bærertilstand, skal kontaktsmitteregime følges.

Henvisning:

Rundskriv Sos.dep. I-26/96 om forskrift om forhåndsundersøkelse av arbeidstakere inne helsevesenet antibiotikaresistente bakterier.

Smittevern 16 – MRSA veilederen.

Prosedyrer for isolering av pasienter i sykehjem

Nasjonalt fkehelseinstitutt har i samarbeide med Sosial- og helsedirektoratet utarbeidet Isoleringsveilederen: "Bruk av isolering til å forebygge smittespredning i helseinstitusjoner", og ble utgitt i folkehelseinstituttets smittevernserie i 2004 (smittevern 9).

Veilederen består av to deler, en tekstdel med selve veilederen og en alfabetisk liste over isoleringskravene ved noen viktige infeksjonssykdommer. www.fhi.no

4.3 LUFTSMITTE/DRÅPESMITTE

4.3.1 Plan for Tuberkulosekontroll i Dønna kommune

I henhold til smittevernlovens § 7-1 og § 7-3 er alle kommuner pålagt å ha kontrollprogram for tuberkulose.

Kontrollprogrammet skal utgjøre en del av kommunens smittevernplan.

Kommunen ved kommunelege I er ansvarlig for etablering, tilrettelegging, gjennomføring og oppfølging av kommunens kontrollprogram.

Som et minimum skal programmet inneholde:

- I. Tiltak overfor **kjente risikogrupper** for å oppdage tilfeller som er smitteførende eller kan bli det.
- II. Tiltak som sikrer at **personer med aktiv tuberkulose** får adekvat behandling.
- III. **Melding** i henhold til gjeldende rutiner.

- IV. **Smitteoppsporing**
- V. Gjennomføring av **tuberkulintesting**.
- VI. Tilbud om **vaksinasjon** mot tuberkulose for å motvirke utvikling av sykdom hos usmittede.
- VII. **Forebyggende behandling** for å hindre utvikling av sykdom hos enkelte grupper.

Tuberkulose sykdommen og situasjonen i dag

- Luftbåren spredning fra en person med lungetuberkulose
- Nesten bare nærkontakter smitter
- 10% av smittede utvikler aktiv sykdom (50% innen to år, de øvrige reaktivering senere i livet)
- Ofte positiv tuberkulinreaksjon eneste markør på gjennomgått sykdom
- 25% av tuberkulose tilfeller blant personer født i Norge (hyppigst reaktivering av tidligere sykdom)
- 75% av tilfellene blant tidligere smittede utlendinger som utvikler tuberkulose etter innvandring til Norge
- Viktig med klinisk oppmerksomhet ved symptomer på mulig tuberkulose som langvarig hoste, oppspytt, feber, vekttap, nedsatt matlyst, brystmerter og nattesvette.
- Særlige risikogrupper er eldre nordmenn (sykehjemspasienter), stoffmisbrukere, alkoholikere, innvandrere fra land med høy tuberkuloseforekomst.
- Land med høy forekomst av tuberkulose defineres av Folkehelse som alle land utenfor Vest-Europa, USA, Canada, Australia, New-Zealand og Japan
- Totalt ca 300 nye tilfeller i Norge årlig.

I. Tiltak overfor kjente risikogrupper

- a) **Personer fra land med høy forekomst av tuberkulose** som skal oppholde seg mer enn tre måneder i landet. Politiet skal gi helsemyndighetene melding om navn og adresse på utlendingen. Tuberkuloseundersøkelsen omfatter tuberkulintesting og røntgenundersøkelse av personer som har fylt 15 år. Skal utføres innen to uker etter innreise.
- b) Personer som kommer fra eller har **oppholdt seg i minst tre måneder i land med høy forekomst av tuberkulose** og som skal gjeninntre i stilling i helse- og sosialtjenesten, i lærerstilling eller i andre stillinger knyttet til barneomsorg.
- c) Personer som det er **medisinsk mistanke om er heller har vært i risiko for å bli smittet**
- d) **Klinisk oppmerksomhet ved aktuelle symptomer over kjente risikogrupper** som eldre med svekket immunforsvar, eldre med nedsatt allmenntilstand, misbrukere og HIV-infiserte.

Ved sannsynlig lungetuberkulose skal pasienten henvises lungepoliklinikk/ spesialist som øyeblikkelig hjelp.

De øvrige pasienter bør undersøkes innen to uker.

Personer der tuberkulinprøven tyder på tuberkuløs smitte skal henvises til spesialist for vurdering (se egen tabell/skjema i veileder).

II. Tiltak som sikrer at personer med aktiv tuberkulose får adekvat behandling.

- a) Pasienten henvises i henhold til retningslinjer i punkt I.

- b) Behandlingen institueres på sykehuset og **tuberkulosekoordinator** innkaller så snart diagnosen er stilt til et møte mellom pasient, familiemedlemmer, kommunehelsetjenesten og behandlende spesialist
- c) All behandling skal foregå som **direkte observert behandling**
- d) **Kommunehelsetjenesten ved smitteansvarlig lege er ansvarlig** for gjennomføringen av behandlingen, men kan delegere oppgaver til helsesøster/ hjemmesykepleien
- e) Det skal utarbeides en **behandlingsplan** hvor oppfølging og de enkelte parters oppgaver og ansvar kartlegges

III. Melding i henhold til meldingsforskrifter

- a) **Nominativ melding** sendes på fastsatt skjema som for alle nominativt meldingspliktige sykdommer.
- b) Melding om **smitteoppsporing** rundt tuberkulose/tuberkulosesmitte sendes på eget skjema til lungelege som påfører resultatet av undersøkelsen og videresender dette til Folkehelsa, kommunelege I og tuberkulosekoordinator.
- c) Rapport om resultat av smitteoppsporing skal etter at det er utført sendes tuberkulosekoordinator og Folkehelsa

IV. Smitteoppsporing

- a) **Smittevernansvarlig lege** har sammen med **helsesøster** hovedansvaret for dette.
- b) **Smittekilden** er en pasient med smitteførende lungetuberkulose som regel.
- c) Vurdering av **smittefare** basert på direkte mikroskopi og dyrkning.
- d) Vurdere **tidsrommet** pasienten kan ha vært smitteførende.
- e) Smittekilden og sekundærkontakter finnes nesten utelukkende blant de som har oppholdt seg **tett sammen med pasienten over tid** (husstandsmedlemmer og nær omgangskrets).
- f) Bruk **ringprinsippet** ved smitteoppsporing.
- g) Umiddelbar **tuberkulinprøving av nærkontakter**, prøven skal gjentas etter åtte uker hos nærkontakter med negativ prøve eller ikke signifikant økning
- h) Smittekilden er som regel en pasient **med symptomer** og vil **alltid ha synlige røntgenforandringer**.

V. Gjennomføring av tuberkulintesting

Positiv tuberkulinprøve innebærer at en persons immunforsvar har reagert mot mykobakterier og kan skyldes tre forhold:

- Følge av smitte med tuberkelbakterier
- Atypiske mykobakterier
- BCG-vaksinasjon

Fra 01.04.05 bruker Norge Purified Protein Derivative ikke old tuberculin og metoden kalles Mantoux. Klare millimeterdefinisjoner på hva som er positivt er erstattet med mer individuelle vurderinger ut fra forhåndssannsynlighet for at pasienten virkelig er smittet (utarbeidet egne skjema av Folkehelsa som finnes i veileder).

Negativ prøve utelukker ikke tuberkuløs sykdom.

Ca 15% av pasienter med tuberkuløs sykdom har negativ tuberkulinprøve.

De viktigste årsakene til negative prøver er:

- Alvorlig tuberkuløs sykdom
- HIV-infeksjon eller andre sykdommer som svekker immunapparatet
- Immunsupprimerende behandling
- Enkelte virusinfeksjoner og nylig gjennomgått vaksinasjon med MMR
- Underernæring
- Høy alder
- Svangerskap (usikkert)
- Barn under seks måneder

Anvendelse

- a) **Smitteoppsporing** rundt en tuberkulosepasient
- b) Undersøkelse av pasienter som er pålagt **tuberkulosekontroll**
- c) Utredning av mulig **klinisk sykdom** hos en pasient

Helsesøster utfører tuberkulinprøvingene.

Veileder inneholder egne skjema for vurdering av henvisning til spesialist for ulike grupper med plikt til tuberkuloseundersøkelse.

VI. Tilbud om vaksinasjon

BCG-vaksinasjon tilbys i dag til friske personer for å redusere risikoen for sykdom dersom de senere skulle bli smittet.

BCG-vaksinasjon har sannsynligvis en klart beskyttende effekt særlig på de alvorlige former for tuberkulose hos barn.

Vaksine tilbys i dag følgende grupper:

- a) Barn og voksne med tuberkulose i nærmiljøet
- b) Barn og voksne som skal reise til land med høy forekomst av tuberkulose
- c) Barn og voksne hvor mor er fra land med høy forekomst av tuberkulose, på grunn av ofte langvarige opphold i opprinnelsesland
- d) Nyfødte barn av foreldre fra land med høy tuberkuloseforekomst før seks ukers alder

Helsesøster er delegert oppgaven med å utføre tuberkulintesting.

Alle utgifter knyttet til tuberkulosekontroll dekkes av kommunen og vaksine tilbys gratis av Folkehelsen

VII. Forebyggende behandling

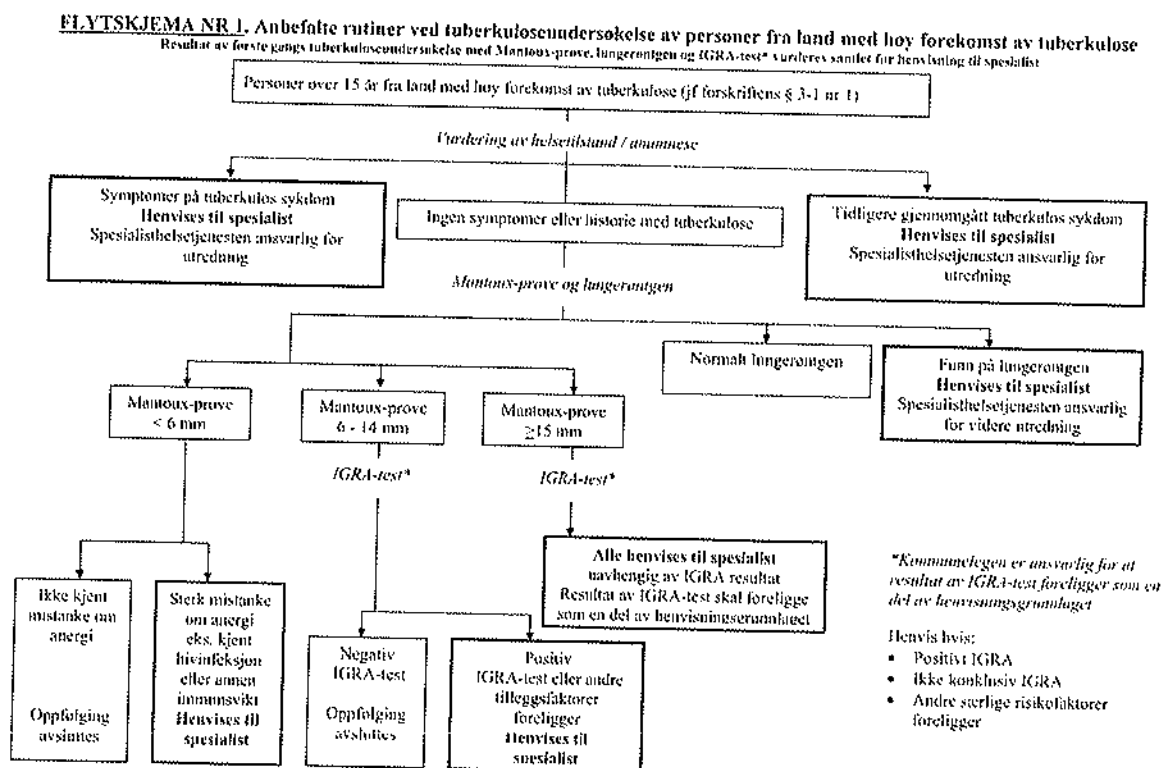
Forebyggende behandling kan forhindre at tuberkuløs sykdom utvikles hos en smittet person. Benyttes i hovedsak til nysmittede barn i miljøet rundt en tuberkulosepasient.

Spesialist i barnesykdommer eller lungelege skal ta avgjørelsen om forebyggende behandling skal iverksettes.

Behandlingen er i hovedsak aktuell i tre situasjoner:

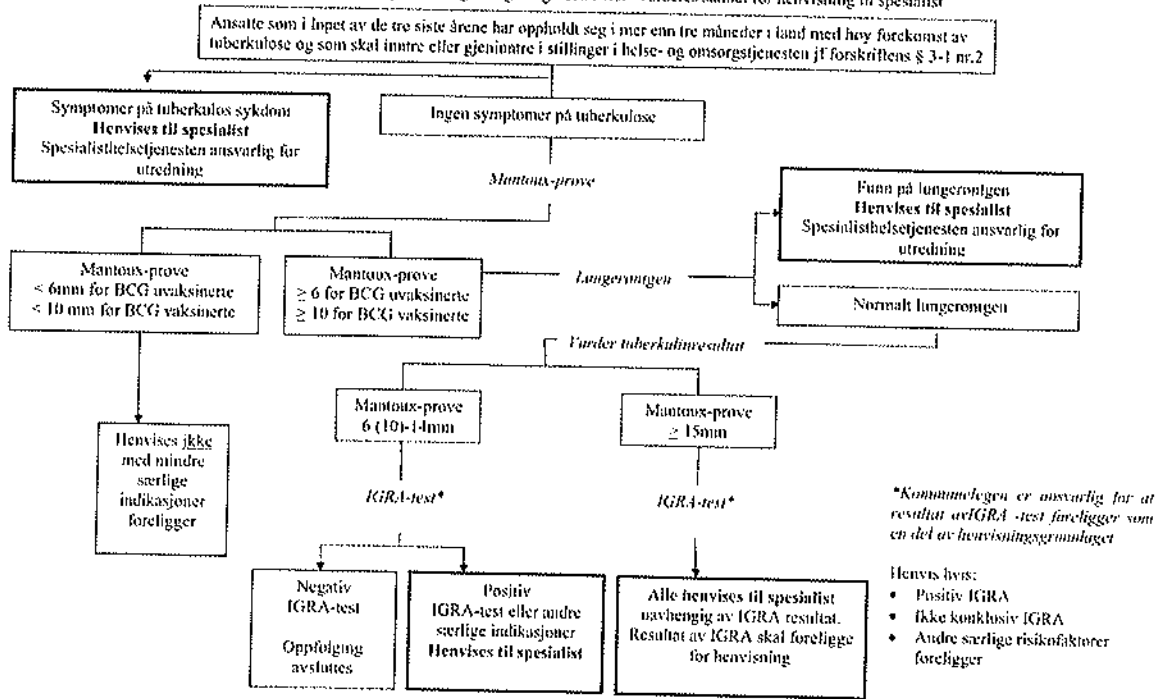
- Nærkontakter til pasienter med smitteførende tuberkulose
- Personer fra land med høy forekomst tuberkulose ved ankomst til Norge
- Skolebarn henvist med positiv tuberkulinprøve før BCG-vaksinasjon

VIII Anbefalte rutiner ved tuberkuloseundersøkelser.



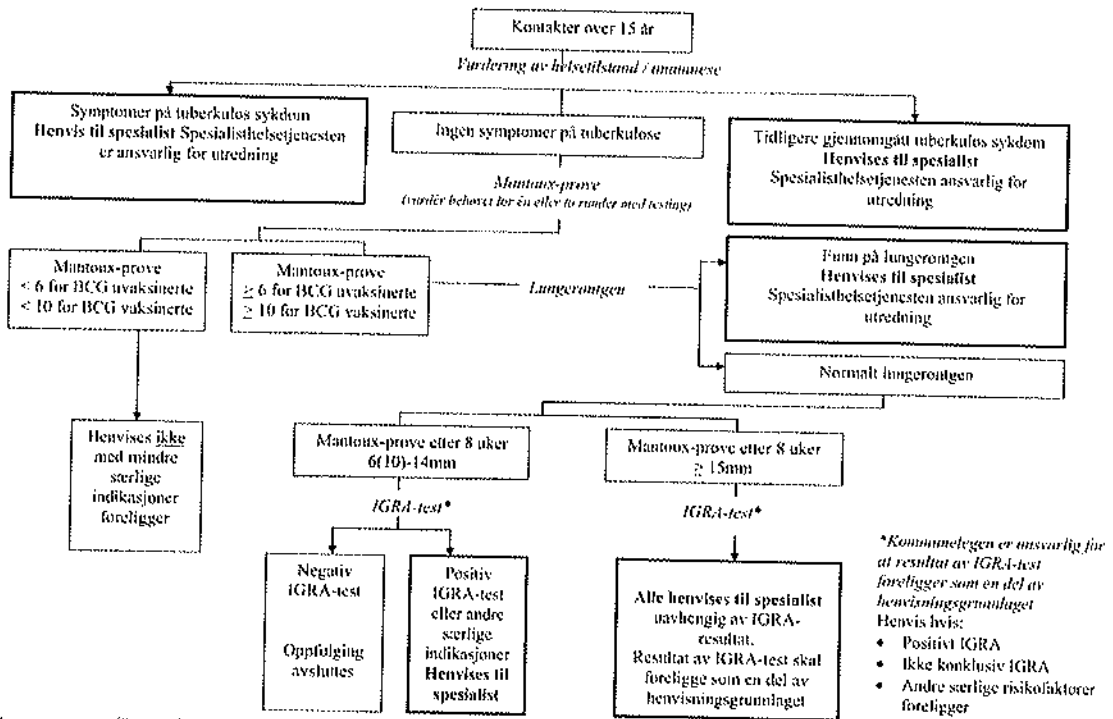
Forhøringssentralen, Sist oppdatert februar 2009

FLYTSKJEMA NR 2. Anbefalte rutiner ved tuberkuloseundersøkelse av arbeidstakere i helse- og omsorgstjenesten
 Resultat av Mantoux-prøve, lungeøntgen og IGRA-test* vurderes samlet for henvisning til spesialist



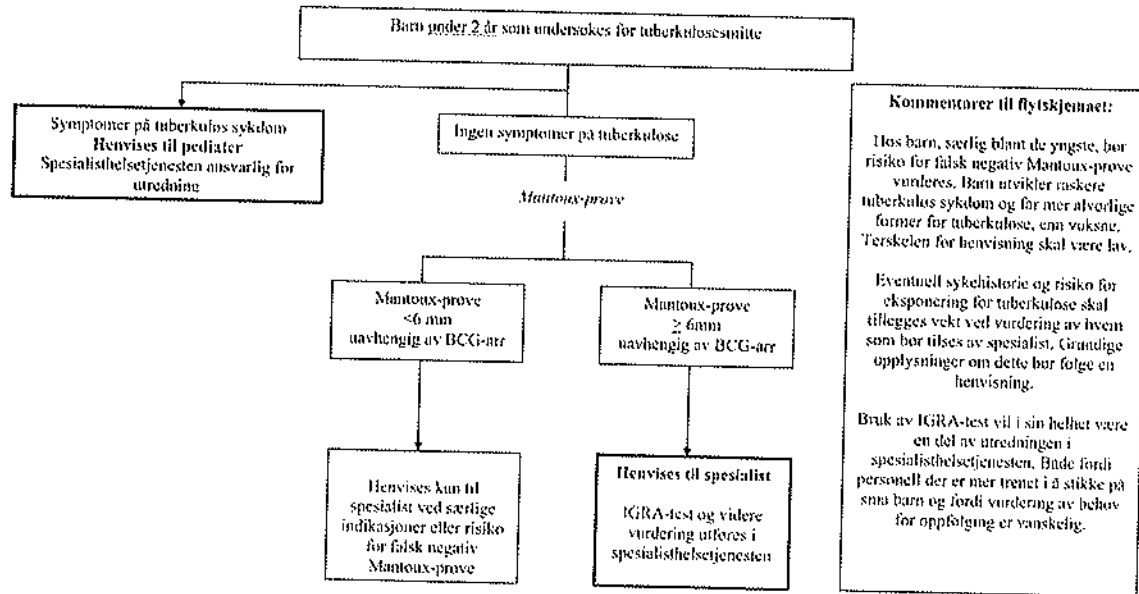
folkehelseinstituttet Sist oppdatert februar 2009

FLYTSKJEMA 3. Anbefalte rutiner for tuberkuloseundersøkelse av personer over 15 år som er inkludert i smitteoppsporinger
 Resultat av Mantoux-prøve, lungeøntgen og IGRA-test* Gøld vurderes samlet for henvisning til spesialist



folkehelseinstituttet Sist oppdatert februar 2009

FLYTSKJEMA 4. Anbefalte rutiner for tuberkuloseundersøkelse av barn under 2 år
 Anbefalingene for barn er generelle og er uavhengig av indikasjon for undersøkelsen. Flytskjemaet gjelder både i forbindelse med ankomstundersøkelse (jf §3-1 nr 3) og i smitteoppsporinger eller som følge av andre risikosituasjoner (jf §3-1 nr.3).



Kommentarer til flytskjemaet:

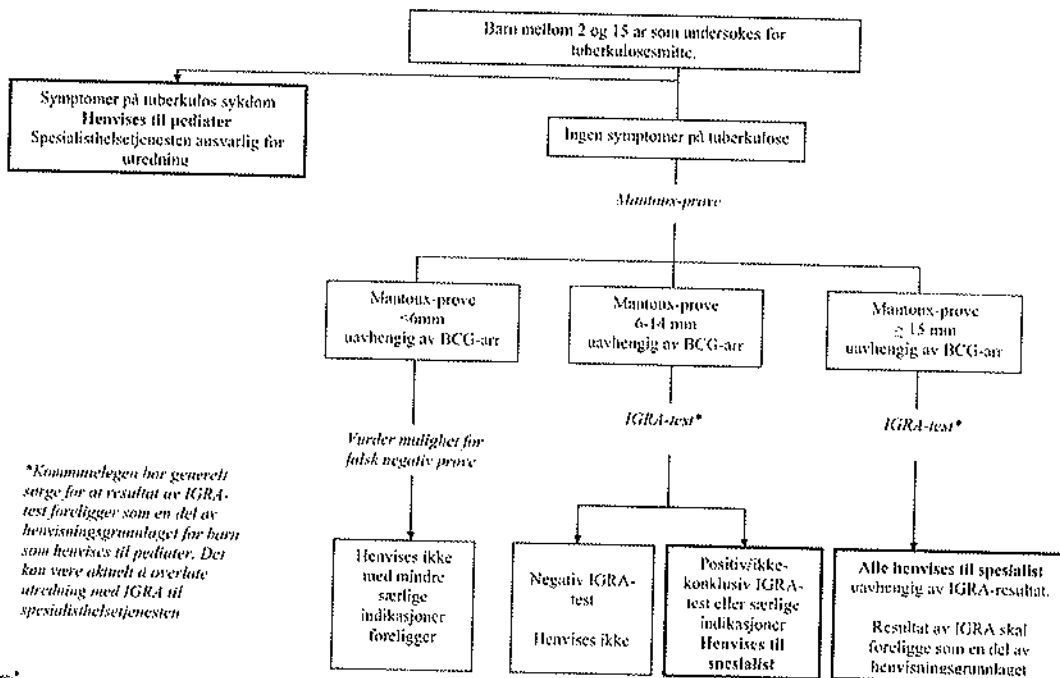
Hos barn, særlig blant de yngste, bør risiko for falsk negativ Mantoux-prøve vurderes. Barn utvikler raskere tuberkulose sykdom og får mer alvorlige former for tuberkulose, enn voksne. Terskelen for henvisning skal være lav.

Eventuell sykehistorie og risiko for eksponering for tuberkulose skal tillegges vekt ved vurdering av hvem som bør tilses av spesialist. Grunnleggende opplysninger om dette bør følge en henvisning.

Bruk av IGRA-test vil i sin helhet være en del av utredningen i spesialisthelsetjenesten. Både fordi personell der er mer trent i å stikke på små barn og fordi vurdering av behov for oppfølging er vanskelig.

Folkehelseinstituttet Sist oppdatert februar 2009

FLYTSKJEMA 5. Anbefalte rutiner for tuberkuloseundersøkelse av barn fra 2-15 år
 Anbefalingene for barn er uavhengig av indikasjon for undersøkelsen. Flytskjemaet gjelder både i forbindelse med ankomstundersøkelse (jf §3-1 nr 3) og i smitteoppsporinger eller som følge av andre risikosituasjoner (jf §3-1 nr.3).



*Kommunelegen bør generelt sørge for at resultat av IGRA-test foreligger som en del av henvisningsgrunnlaget for barn som henvises til pediater. Det kan være aktuelt å overlate utredning med IGRA til spesialisthelsetjenesten

Folkehelseinstituttet Sist oppdatert februar 2009

Referanser

Forskrift om tuberkulosekontroll av 21.juni 2002

Forebygging og kontroll av tuberkulose en veileder -- Smittevern 7

Tuberkuløs sykdom meldt i Norge i 2002

Guidelines for preventing the transmission of Mycobacterium tuberculosis/ MMWR-97

4.3.2 Smittsom hjernehinnebetennelse og blodforgiftning

Grunnlagsinformasjon

Sykdommen opptrer i to former, som hjernehinnebetennelse (meningitt) og som blodforgiftning (sepsis) eller en kombinasjon av de to. Begge former er alvorlige, men blodforgiftningsformen er særlig alvorlig og kan ha dramatisk sykdomsutvikling i løpet av få timer.

Det finnes ulike varianter av meningokokkbakterien. I Norge er gruppene B og C de vanligste. Begge er farlige. Når det oppdages tilfelle av meningokokksykdom, vil det som oftest bli igangsatt tiltak i nærmiljøet for å unngå flere tilfeller.

Alle aldersgrupper kan få sykdommen, men småbarn og ungdom er mest utsatt. Vedrørende behandling/tiltak i nærmiljøet, se Smittevern 12 side 111.

4.3.3 Forebyggelse av influensa til risikogrupper

Grunnlagsinformasjon

Det er tilrådelig å vaksinere personer som har større tendens til komplikasjoner og høyere dødelighet i forbindelse med influensa enn resten av befolkningen. Følgende grupper regnes som risikogrupper:

- Voksne og barn med alvorlige luftveissykdommer, spesielt de som har nedsatt lungekapasitet
- Voksne og barn med kronisk hjerte/kar sykdommer, spesielt de med alvorlig hjertesvikt, lavt minuttvolum eller pulmonal hypertensjon
- Voksne og barn med sykdommer som gir nedsatt infeksjonsresistens
- Beboere ved alders- (heldøgns omsorgsboliger) og sykehjem
- Personer over 65 år

Influensa og pneumokokkvaksinasjon

Målgruppene for pneumokokk- og influensavaksinasjon er stort sett de samme. Det anbefales at de to vaksinene tilbys samtidig til de som ikke har fått pneumokokkvaksine tidligere. Det anbefales å revaksinere etter 10 år. For høyrisikogrupper som personer som har fjernet milten, er revaksinasjon aktuelt. Behovet for revaksinasjon vurderes ut fra antistoffmålinger 3-5 år etter vaksine.

Beboere ved heldøgns omsorgsboliger – og sykehjem anbefales å la seg vaksinere før influensasesongen hver høst. Influensavaksinen fås til redusert pris og betales av institusjonen. Pneumokokkvaksinen har ordinær pris.

Det kan også være aktuelt å vaksinere personellet. Influensavaksinen kjøpes da for full pris og betales vanligvis av enheten/institusjonen

Pandemisk influensa, se egen prosedyre.

4.3.4 Kikhoste

Grunnlagsinformasjon

Kikhoste var før vaksinasjonen av småbarn startet på 1950-tallet en epidemisk sykdom med syklus på 2,5 år. Liknende syklus forekommer også når det totale antall tilfeller blir redusert gjennom vaksinasjonsprogrammet. Dette indikerer at vaksinasjonen reduserer antallet sykdomstilfeller, men reduserer ikke prevalensen av bakterien i befolkningen.

Kikhostevaksinasjon og gjennomgått kikhoste i barndommen gir ikke livslang immunitet. Det har vært en sterk økning av kikhostetilfeller i Norge de siste årene, og siden sommeren 1997 har det vært definert som en utbruddssituasjon. Utbruddet har vært landsomfattende og særlig rammet større barn og unge voksne.

Arbeidsbeskrivelse

Det norske vaksinasjonsprogrammet har som mål å hindre at barn under 2 år får kikhoste.

De fleste av de smittede under 2 år er under 3 måneders alder, dvs. at de normalt ikke har fått sin første dose kikhostevaksine. Ved fullvaksinering mot kikhoste synes beskyttelsen å være god frem til to års alder hvoretter beskyttelsen klart avtar gradvis frem til ca. 7 års alder. Eldre barn og voksne er derfor ikke lenger beskyttet etter vaksinasjon i spedbarnsalder, men tidligere vaksinasjon kan mildne forløpet av sykdommen.

Voksne som trenger tetanus-vaksine anbefales å ta kombinasjonsvaksine med kikhoste. (Boostrix, evt Boostrix-polio)

Primærkasus bør antibiotikabehandles (spesielt i tidlig sykdomsfase) for å forkorte egen sykdom og redusere smitteoverføring.

Forebyggende tiltak ovenfor friske nærkontakter til person som har fått påvist kikhoste

Forebyggende tiltak og tiltak ved enkelttilfeller eller utbrudd er først og fremst rettet mot å beskytte uvaksinerte barn under to år. Ved et hvert kikhostetilfelle må legen skaffe seg oversikt over i hvilken grad slike barn kan være utsatt for smitte og sørge for at nødvendige tiltak iverksettes for å beskytte disse.

Tiltak ved enkelttilfelle

Ved et påvist tilfelle av kikhoste må **forebyggende tiltak** overfor nærkontakter under to år alltid vurderes. Med **nærkontakter** menes personer i samme husstand som primærkasus eller andre personer som har hatt tett og nær kontakt med primærkasus i perioden etter symptomdebut og som derfor kan ha vært eksponert for kikhostebakterien.

Til **ikke vaksinerte nærkontakter (barn under to år)** anbefaler vi forebyggende **antibiotikabehandling**. Dette kan mildne og forkorte forløpet av kikhoste. Første dose med kikhostevaksine gitt til uvaksinerte barn i en eventuell inkubasjonsperiode har liten effekt på sykdomsforløpet, men man bør starte med første vaksinedose samtidig med antibiotika.

En **nærkontakt under to år** som er **delvis vaksinert**, vil ha nytte av en ny dose **kikhostevaksine** i en eventuell inkubasjonsperiode. Denne kan gis som kombinasjonsvaksine DTP (difteri-tetanus-kikhoste)-polio-Hib.

For **fullvaksinerte nærkontakter under to år** anbefales ikke forebyggende antibiotikabehandling, men de skal **observeres** med tanke på en eventuell utvikling av sykdom.

Det anses heller ikke nødvendig å igangsette forebyggende tiltak overfor friske **nærkontakter over 2 år**.

Enhver nærkontakt (uavhengig av alder) til et verifisert tilfelle av kikhoste bør **observeres**. Ved **symptomer** forenlig med tidlig stadium av **kikhoste** bør nærkontakter **behandles**. Det anbefales at det tas prøve til mikrobiologisk diagnostikk for å sikre diagnosen, og ved et eventuelt negativt svar kan behandlingen seponeres.

Tiltak ved utbrudd

Ved **utbrudd i lokalmiljøer** kan det for spedbarn som ikke defineres som nærkontakter, være aktuelt å **fremskynde vaksinasjonsstart** slik at første dose DTP (difteri-tetanus-kikhoste)-polio-Hib gis ved 2-måneders alder. Vaksinasjon bør også tilbys andre uvaksinerte under 2 år i lokalmiljøet som ikke defineres som nærkontakter.

Hvis man fremskynder vaksinasjonsstart slik at første dose DTP-polio-Hib gis ved 2-måneders alder, gis andre dose ved 4-måneders alder og tredje dose 6 måneder etter dette ved 10-11 måneders alder.

Hvis man i en situasjon ønsker en enda raskere beskyttelse kan man fremskynde første dose til 2 måneders alder og redusere intervallet mellom første og annen dose til en måned, men man å da øke antall doser slik at primærserien blir tre doser med en måneds mellomrom gitt ved 2-, 3-, og 4- måneders alder. Boosterdosen må da forskyves litt, så den blir gitt en gang mellom 12-16 måneders alder. Dette skal i hvert enkelt tilfelle avklares med smittevernlegen.

Kikhoste og barnehager

Ved **utbrudd (dvs. to eller flere tilfeller) i barnehage eller skole** bør foreldre og ansatte gjennom skriv informeres om symptomer, tiltak overfor uvaksinerte og delvis vaksinerte nærkontakter under 2 år, samt tilbud om vaksinasjon til andre uvaksinerte i barnehagen eller skolen. Ved kun ett tilfelle hos et barn i barnehage eller skole er det vanligvis tilstrekkelig å oppspore nærkontakter i samme barnehageavdeling eller skoleklasse.

Oppsummering: Forebyggende tiltak overfor friske nærkontakter til person som har fått påvist kikhoste.

Alder Nærkontakt	Uvaksinerte	Delvis vaksinerte	Full-vaksinerte
Under 3 mnd	Profylaktisk behandling med erytromycin*		
3 mnd – 2 år	Profylaktisk behandling med erytromycin*	Gi ny vaksinedose dersom det er gått mer enn 4 uker siden siste dose	Ingen tiltak, observasjon
2 år eller mer	Observasjon	Observasjon. Bør fullvaksineres	Ingen tiltak, observasjon

*erytromycin 40mg/kg fordelt på 2-4 doser i 10 dager

Utgifter til konsultasjon og antibiotika dekkes av folketrygden.

4.3.5 Liste over sykdommer

For oversikt over alle sykdommer som smitter ved luftbåren/dråpesmitte henvises til "Smittevernhandbok for kommunehelsetjenesten 3. utgave 2005" fra Folkehelse. Denne boka har utfyllende opplysninger om den enkelte sykdom og miljøtiltak.

Miltbrann - Anthrax	Nominativ gr. A, allmennfarlig smittsom sykdom. Meldes straks telefonisk og pr. brev til Folkehelse og smittevernansvarlig kommunelege
Difteri	Nominativ gr. A, allmennfarlig smittsom sykdom. Meldes straks telefonisk og pr. brev til Folkehelse og smittevernansvarlig kommunelege
Systemisk Hemophilus influenzae infeksjon	Nominativ gr. A
Histoplasmose	Nominativ gr. B, kun ved infeksjon i sentralnervesystemet og ved nydiagnostisert AIDS-sykdom
Influenza	Summarisk gr. C, kun utpekte "vaktfårns"-meldingsenheter skal melde
Kikhoste	Nominativ gr. A, allmennfarlig smittsom sykdom.
Kusma	Nominativ gr. A
Legionellose	Nominativ gr. A, allmennfarlig smittsom sykdom.
Lepra	Nominativ gr. A, allmennfarlig smittsom sykdom.
Meningokokksykdom (A+B+C)	Nominativ gr. A, allmennfarlig smittsom sykdom. Meldes i følge meningokokk-retningslinjene for Dønna. Telefonisk og pr. brev til Folkehelse og smittevernansvarlig kommunelege
Meslinger	Nominativ gr. A
Mykobakterier atypiske	Nominativ gr. A
Pest	Nominativ gr. A, allmennfarlig smittsom sykdom. Meldes straks telefonisk og pr. brev til Folkehelse og smittevernansvarlig kommunelege

Pneumokokkinfeksjon nedsatt følsomhet for penicillin	Nominativ gr. B, allmennfarlig smittsom sykdom
Pneumokokksykdom systemisk	Nominativ gr. A
Rubella – røde hunder	Nominativ gr. A
Streptokokkinfeksjon, gr.A systemisk sykdom	Nominativ gr. A
Tuberkulose	Nominativ gr. A, allmennfarlig smittsom sykdom

Sykdommer i gruppe A er sykdommer som etter forskriften skal meldes med full pasientidentitet og meldes nominativt (MSIS) umiddelbart til Folkehelse og kommunelegen der pasienten bor. Hvis pasienten oppholder seg i annen kommune, skal det også gis melding til kommunelegen der. Skriftlig melding skal sendes samme dag til samme instanser.

Sykdommer i gruppe B er sykdommer som etter forskriften skal meldes med aidentifiserte opplysninger, men med én melding pr pasient.

Sykdommer i gruppe C er sykdommer som normalt skal meldes som summariske tabeller over antall tilfeller.

4.4. BLODSMITTE

4.4.1 Retningslinjer ved blodsøl og stikkuehell

Grunnlagsinformasjon:

De siste 20 års utvikling har lært oss at blod og blodholdige kroppsvæsker alltid skal betraktes som smitteførende, uavhengig av opplysninger om personens infeksjonsstatus. Dette har medført behov for rutine-regler ved blodsøl og stikkuehell. Dersom vanlige hygieniske prinsipper og forsiktighetsregler blir fulgt, er risikoen for smitteoverføring svært liten. Uhell kan likevel skje, og alle bør få informasjon og kunnskap om oppfølging ved slike uhell. Sjansen for at sykdommen blir overført er liten. Etter det en vet i dag vil risikoen for å få hepatitt B infeksjon etter stikk fra en kanyle inneholdende hepatitt B virus, variere fra 10-30%, hepatitt C fra 3-5%, mens risikoen for HIV ved tilsvarende eksposisjon er mindre enn 0,5%.

Enhetsleder skal sørge for tilgjengelig førstehjelpsmateriell og opplæring av ansatte.

Førstehjelpsberedskap anbefales ved alle arbeidsplasser. Førstehjelpsskap bør bl.a. inneholde engangshansker, tørkepapir og klorinopløsning. I helseinstitusjoner er kun godkjente desinfeksjonsmidler tillatt brukt (for eksempel kloramin oppløsning 5%) Ellers brukes vanlig husholdningsklorin. For ytterligere informasjon se smittevern 12 side 196.

4.4.2 Hepatitt B

Grunnlagsinformasjon:

Virussykdom forårsaket av hepatitt B-virus (HBV) som kan medføre akutt hepatitt og kronisk bærertilstand av HBV. Kronisk bærertilstand er definert som tilstedeværelse av HbsAg i mer enn 6 måneder. 5-10% av dem som smittes i voksen alder, blir kroniske bærere av virus. Ved

smitte i barnealder og for personer med Downs syndrom er risikoen for å bli kronisk bærer betydelig høyere (ca 90% ved smitte fra mor til barn ved fødselen, hvis ikke profylakse er gitt). Kronisk HBV bærere kan over mange år utvikle leverskade, som kan medføre levercirrhose og leverkreft.

Innenlands smitte med HBV forekommer i Norge spesielt blant injiserende stoffmisbrukere og ved seksuell kontakt med misbrukere. Bærertilstand med HBV er hyppigst hos innvandrere fra mellom- og høyendemiske områder. Det har vært landsomfattende hepatitt B-utbrudd i stoffmisbrukermiljøer siden 1995.

Arbeidsbeskrivelse:

Forebyggende tiltak/ Vaksine

Hepatitt B forebygges på tre måter:

- Smitteoppsporing av smittebærere og gi dem personlig smitteveiledning slik at de ikke sprer smitten.
- Informere befolkningen om smitteveiene for hepatitt B. Der det er aktuelt oppfordres det til å bryte smitteveiene, for eksempel ved å bruke kondom og ikke dele sprøyter.
- Beskytte de usmittede gjennom immunisering.

Sosial- og helsedepartementet har utgitt retningslinjer for immunisering mot hepatitt B (1996), som omhandler bl.a. hvilke grupper som bør tilbys vaksine og preeksposisjonelle tiltak.

Målgrupper for hepatitt B-vaksinasjon (*betyr at personene vanligvis bør testes før vaksinasjon)

A. Personer med langvarig omgang med kjente smittebærere

- Nyfødte barn av smittebærere
- Medlemmer av samme husstand som smittebærere*
- Seksualpartnere til smittebærere*
- Barn i familiedaghjem eller barnehageavdeling med smittebærere under 3 år
- Beboere i samme bofellesskap som psykisk utviklingshemmede smittebærere

B. Andre særlig smitteutsatte personer

- Stoffmisbrukere*
- Menn som har sex med menn*
- Prostituerte
- Pasienter med kronisk nyresvikt som forventes å måtte gjennomgå hemodialyse
- Pasienter med tilstander som gir økt blødningstendens, og som hyppig krever behandling med blod eller blodprodukter
- Personer med Downs syndrom

C. Personer med utenlandsk bakgrunn

- Innvandrere under 25 år fra land utenfor lavendemisk område*
- Spedbarn av foreldre fra land utenfor lavendemisk område
- Barn og unge under 25 år av foreldre fra land utenfor lavendemisk område*

D. Personer som utsettes for smittefare under utøvelsen av sitt yrke

- Helsepersonell som hyppig er i kontakt med blod og blodholdige kroppsvæsker på en måte som medfører fare for eksposisjon.
- Fængsels- og politiansatte som hyppig er i direkte kontakt med arrestanter og innsatte på en måte som medfører fare for eksposisjon.
- Ansatte som over lengre tid pleier psykisk utviklingshemmede smittebærere.
- Ansatte i familiedaghjem eller barnehageavdeling med smittebærer under 3 år.

E. Personer som utsettes for smittefare under utdanningen

- Studenter i medisin, operasjonssykepleie, intensivsykepleie, jordmorfag, odontologi, tannpleie og bioingeniørfag

F. Personer med risiko for eksposisjon under opphold utenfor lavendemisk område

- Helsepersonell som skal arbeide med pasienter i land utenfor lavendemisk område
- Personer med risiko for å bli eksponert under opphold til land utenfor lavendemisk område

G. Som et ledd i behandling etter smitteeksposisjon

Rekvirering og betaling.

Vaksine i gruppene A, B, C og E refunderes av Folketrygden etter "Forskrifter om godtgjørelse av utgifter til viktigere legemidler" §4 og kan rekvireres av en hver lege.

Vaksine til gruppe D skal eventuelt betales av arbeidsgiver og vaksine til gruppe F skal betales av den reisende selv eller eventuelt arbeidsgiver. Vaksine til gruppe D og F kan rekvireres fra apotek eller fra Folkehelsa av en hver lege.

Vaksine og immunglobulin til posteksposisjonelt bruk (gruppe G) betales av Folketrygden etter "Forskrifter om godtgjørelse av utgifter til viktigere legemidler" §4 med unntak av vaksine og immunglobulin til nyfødte av smittebærende mødre, som må betales av sykehuset.

Vaksine og immunglobulin som skal betales av Folketrygden må rekvireres fra Nasjonalt folkehelseinstitutt.

Lavendemisk område er Norden, Storbritannia, Irland, Benelux, Frankrike, Sveits, Tyskland, Østerrike, USA, Canada, New Zealand og Australia.

Kroniske hepatitt B-bærere og yrke.

Kroniske hepatitt B-bærere kan fortsette i alle typer yrke, inkludert håndtering av næringsmidler, med unntak av smittede helsearbeidere som utfører risikofylte, invasive inngrep. Disse skal fortløpende vurderes av infeksjonsmedisiner i forhold til forsvarlig utføring av sine arbeidsoppgaver. Statens helsetilsyn har nedsatt en arbeidsgruppe som kan gi råd om hvorvidt det er nødvendig å gjøre forandringer i arbeidssituasjonen til den smittede helsearbeideren. For ytterligere informasjon se Smittevern 12, side 58.

4.4.3 Liste over sykdommer

For oversikt over alle sykdommer som smitter gjennom blod henvises til "Smittevernhåndbok for kommunehelsetjenesten, 3.utgave 2005" fra Nasjonalt folkehelseinstitutt. Denne boka har mer utfyllende opplysninger om den enkelte sykdom og miljøtiltak.

AIDS	Nominativ meldepliktig gr A, allmenfarlig smittsom sykdom
Hemoragisk feber sykdom	Nominativ meldepliktig gr A, allmenfarlig smittsom sykdom
Hepatitt A sykdom	Nominativ meldepliktig gr A, allmenfarlig smittsom sykdom
Hepatitt B sykdom	Nominativ meldepliktig gr A, allmenfarlig smittsom sykdom
Hepatitt B smittsom sykdom	Nominativ meldepliktig gr A, allmenfarlig smittsom sykdom
Hepatitt C	Nominativ meldepliktig gr A, allmenfarlig smittsom sykdom
HIV-infeksjon	Meldeplikt gr B, allmenfarlig smittsom sykdom

Sykdommer i gruppe A er sykdom som etter forskriften skal meldes med full pasientidentitet og meldes nominativt (MSIS) umiddelbart til Folkehelse og kommunelegen der pasienten bor. Hvis pasienten oppholder seg i annen kommune, skal det også gis melding til kommunelegen der. Skriftlig melding skal sendes samme dag til samme instanser.

Sykdommer i gruppe B er sykdommer som etter forskriften skal meldes med aidentifiserte opplysninger, men med én melding pr. pasient.

Sykdommer i gruppe C er sykdommer som normalt skal meldes som summariske tabeller over antall tilfeller.

4.5 MAT- OG VANNBÅREN SYKDOM OG ZOONOSER

4.5.1 Generelle miljøtiltak ved mat/vannbåren smitte

Generelle miljøtiltak ved mat/vannbåren smitte for å forebygge smitte i miljøet:

- God håndhygiene og toalett hygiene
- Hygieniske tiltak ved toalettbesøk og håndvask
- God kjøkkenhygiene
- Unngå potensielt forurenset mat/vann
- Vanlig miljøundersøkelse ved mistanke om smitte gjennom næringsmidler, evt. vannprøver ved mistanke om forurenset drikkevann

Diarè hos barnehagebarn

- Syke barn skal holdes hjemme

Se også "Råd om syke barn og barnehage" side 138 i "Smittevernhandbok for kommunehelsetjenesten, 3. utgave 2005" med hensyn til når de kan komme tilbake til barnehagen etter de forskjellige sykdommer.

Ved utbrudd av diarè i barnehagen:

- Skjerp hygienene i barnehagen.
- Husk håndvask av alle før mat og etter toalettbesøk/bleieskift.
- Ha rutiner på at toalettområdet vaskes grundig/desinfiseres.
- Leker vaskes ofte.
- Håndtak, flater som berøres av hender vaskes ofte/desinfiseres.
- Stor fare for smittespredning med bleiebarn i avdelingen.

4.5.2 Næringsmiddelbårne sykdommer og zoonoser

Dersom Mattilsynet får mistanke om eller kjennskap til smittsom sykdom som skyldes næringsmidler, dyr eller annen kilde under Mattilsynets forvaltningsområde, skal tilsynet umiddelbart varsle kommunelegen.

Varslet skal inneholde opplysninger om den antatte sykdommen, det antatte smittetidspunkt, personens alder og bostedskommune, samt hvilke næringsmidler som er mistenkt og hvor det ble frembudt.

Varsling fra Mattilsynet til kommunelegen skal foregå på følgende måte:

Kommunelege I Einar Høydahl e-post: einar.hoydahl@donna.nhn.no
Telefon 75052216
Mobil 48189091

Med kopi til kommunelege II Heidrun Stene
e-post : heidrun.stene@donna.nhn.no
Mobil: 47806156

Dersom kommunelegen får mistanke om eller kjennskap til smittsom sykdom eller smittebærertilstand hos mennesker som kan skyldes næringsmidler, dyr eller annen kilde under Mattilsynets forvaltningsområde, skal kommunelegen umiddelbart varsle Mattilsynet.

Varsling fra kommunelegen til Mattilsynet skal skje på følgende vis:

E-post til Mattilsynet: postmottak@mattilsynet.no samt telefon til Mattilsynet Dk Ytre Helgeland telefon 75065800 og
Jørgen Borgan e-post: jobor@mattilsynet.no , mobil 41543180
Lise Andersen e-post: liaan@mattilsynet.no . mobil 41467908

Kommunelegen har ansvaret for å påse at varslingsplikten til Nasjonalt folkehelseinstitutt og Fylkesmannen overholdes.

Mattilsynet vil om ikke annet avtales legge ut informasjon/opplysninger på

www.utbrudd.no

Kommunelegen har ansvaret for å lede og organisere arbeidet med å oppklare utbruddet, herunder evt tilkalle Mattilsynet og andre berørte instanser til møter, eventuelt etablere en samarbeidsgruppe for å fordele og koordinere oppgaver.

Mattilsynet har ansvar for å samle inn prøvemateriale og rekvirere analyser fra næringsmidler eller andre mistenkte smittekilder innen sitt forvaltningsområde.

Kommunelegen har ansvar for å samle inn prøvemateriale og rekvirere analyser av prøver fra mennesker, smittekontakter og mulige smittebærere.

Ved mistenkt eller påvist sykdomsutbrudd har kommunelegen ansvar for at det blir foretatt nødvendige intervjuer av pasienter og eventuelle kontrollpersoner.

Det er inngått avtale mellom Mattilsynet og Dønna kommune med formål å etablere klare og forpliktende rutiner som sikrer et forsvarlig og effektivt samarbeid ved slike sykdomstilstander.

Liste over instanser det er aktuelt å kontakte:

	Telefon	E-post
Kommunelegen med stedfortredere*	Einar Høydahl Tlf 750 55116, mob 48189091. Heidrun Stene Tlf 750 55116, mob 47806156	einar.hoydahl@donna.nhn.no heidrun.stene@donna.nhn.no
Mattilsynet* Dk Ytre Helgeland	Tlf 0640, eller direkte 750 65800 Faks 750 65801	postmottak@mattilsynet.no
Nasjonalt folkehelseinstitutt*	Smittevernvakta Tlf 22 04 23 48, faks 22 04 25 13	folkehelseinstituttet@fhi.no utbrudd@fhi.no
Fylkesmannen*	Tlf 755 31500, faks 755 20977	postmottak@fmno.no
Medisinsk mikrobiologisk laboratorium	Nordlandssykehuset, Bodø Tlf 755 78330, faks 755 34731 Laboratoriet ved UNN (Tromsø) Tlf 776 27010	Mikrobiologisk.avd.@nlsh.no
Andre laboratorier: Nærslab, Mosjøen	Tlf 751 13355	
Kommunens tekniske etat	Tlf 750 52200/ 750 55298	
Legevakta	Tlf 75055116	
Legeskontoret i Dønna kommune	Tlf 750 55116	
Kommuneleger i nabokommuner	Alstahaug tlf 750 60999 Leirfjord tlf 750 74030 Herøy tlf 750 68050	
AMK, Sandnessjøen sykehus	Tlf 750 65305	
Norges veterinærhøyskole (botulinumtoksin)	Tlf 22 96 48 40/37	

* Disse instansene omfattes av regelverkets bestemmelser om pliktig varsling (jf. Kapittel 5)

4.5.3 Spesielle yrkesgrupper og Hepatitt A

Personer med diagnostisert sykdom bør ikke arbeide i næringsmiddelindustrien, i restaurantbransjen, i storkjøkkensystemer, arbeide med spedbarn/bleiebarn eller arbeide i helsevesenet med direkte kontakt med særlig risikoutsatte pasientgrupper før etter en uke etter symptomdebut. Kontrollprøve er ikke nødvendig før pasienten går tilbake til sin arbeidssituasjon.

4.5.4 Liste over sykdommer

For oversikt over alle sykdommer som smitter gjennom **mat/vann** henvises til "Smittevernhandbok for kommunehelsetjenesten 3. utgave 2005" fra Folkehelse. Denne boka har utfyllende opplysninger om hver enkelt sykdom og miljøtiltak:

Botulisme	Nominativ gr A allmennfarlig smittsom sykdom
Brucellose	Nominativ meldepliktig gr A
Campylobacteriose	Nominativ meldepliktig gr A
Echo virus	Nominativ meldepliktig gr A ved meningoencefalitt.
E.coli-enteritt	Nominativ meldepliktig gr A allmennfarlig smittsom sykdom
Ekinokokkose	Nominativ meldepliktig gr A
Enterokokker- vancomycin-resistente	Nominativ meldepliktig gr A allmennfarlig smittsom sykdom
Giardiasis	Nominativ meldepliktig gr A
Hepatitt A	Nominativ meldepliktig gr A allmennfarlig smittsom sykdom
Kolera	Nominativ meldepliktig gr A allmennfarlig smittsom sykdom
Listerose	Nominativ meldepliktig gr A
Nephropatia epidemica	Nominativ meldepliktig gr A
Poliomyelitt	Nominativ meldepliktig gr A allmennfarlig smittsom sykdom
Salmonellose	Nominativ meldepliktig gr A
Trikinose	Nominativ meldepliktig gr A
Tularemi	Nominativ meldepliktig gr A
Tyfoid/paratyfoid	Nominativ meldepliktig gr A allmennfarlig smittsom sykdom
Yersiniøse	Nominativ meldepliktig gr A

Sykdommer i gruppe A er sykdom som etter forskriften skal meldes med full pasientidentitet og meldes nominativt (MSIS) umiddelbart til Folkehelse og kommunelegen der pasienten bor. Hvis pasienten oppholder seg i annen kommune, skal det også gis melding til kommunelegen der. Skriftlig melding skal sendes samme dag til samme instanser.

Sykdommer i gruppe B er sykdommer som etter forskriften skal meldes med aidentifiserte opplysninger, men med én melding pr. pasient.

Sykdommer i gruppe C er sykdommer som normalt skal meldes som summariske tabeller over antall tilfeller.

4.6 KONTAKTSMITTE

4.6.1 Infeksjon med visse resistente bakterier

Sykdomsfremkallende bakterier kan utvikle motstandskraft (resistens) mot ett eller flere av de vanlige brukte antibiotika som for eksempel meticillinresistente gule stafylokokker og som viser en økende utbredelse spesielt i de deler av verden hvor antibiotika har vært brukt i store kvanta. I Norge, i likhet med de andre skandinaviske land, har problemet vært lite, men vi står ovenfor faren for import og innenlands spredning.

Det vises til kap. 4, pkt 2.5: "Forhåndsundersøkelse av pasienter ved innleggelse i kommunale institusjoner" for mer retningslinjer om dette.

Meldepliktig:

Infeksjoner med meticillinresistente gule stafylokokker – kontaktsmitte	Nominativ gr A allmennfarlig smittsom sykdom
Infeksjoner med penicillinresistente pneumokokker – luftsmitte	Nominativ gr A allmennfarlig smittsom sykdom
Infeksjoner med vankomycinresistente enterokokker – mat- og vannbåren smitte	Nominativ gr A allmennfarlig smittsom sykdom

www.fhi.no/artikler/?id=28734

4.6.2 Øyebetennelse hos barn i barnehage

Øyebetennelse smitter så lenge symptomene er tilstede eller inntil antibiotikabehandling i form av øyedråper har pågått i 12-24 timer. Dette gjelder øyebetennelser som skyldes både bakterier og virus.

Dette betyr at barnet kan gå i barnehage dagen etter at behandling med øyedråper er igangsatt dersom allmenntilstanden ellers er tilfredsstillende.

Det er ikke nødvendig med andre tiltak i barnehagen bortsett fra å være påpasselig med generell god håndhygiene.

4.6.3 Puss-sekresjon fra sår

Ved ulike puss-sekresjoner fra sår, kan ulike bakterier være tilstede (streptokokker, stafylokokker, diverse gram negative bakterier).

Tiltak: Bruk hansker (og eventuell stellefrakk) ved stell av personer og sår.

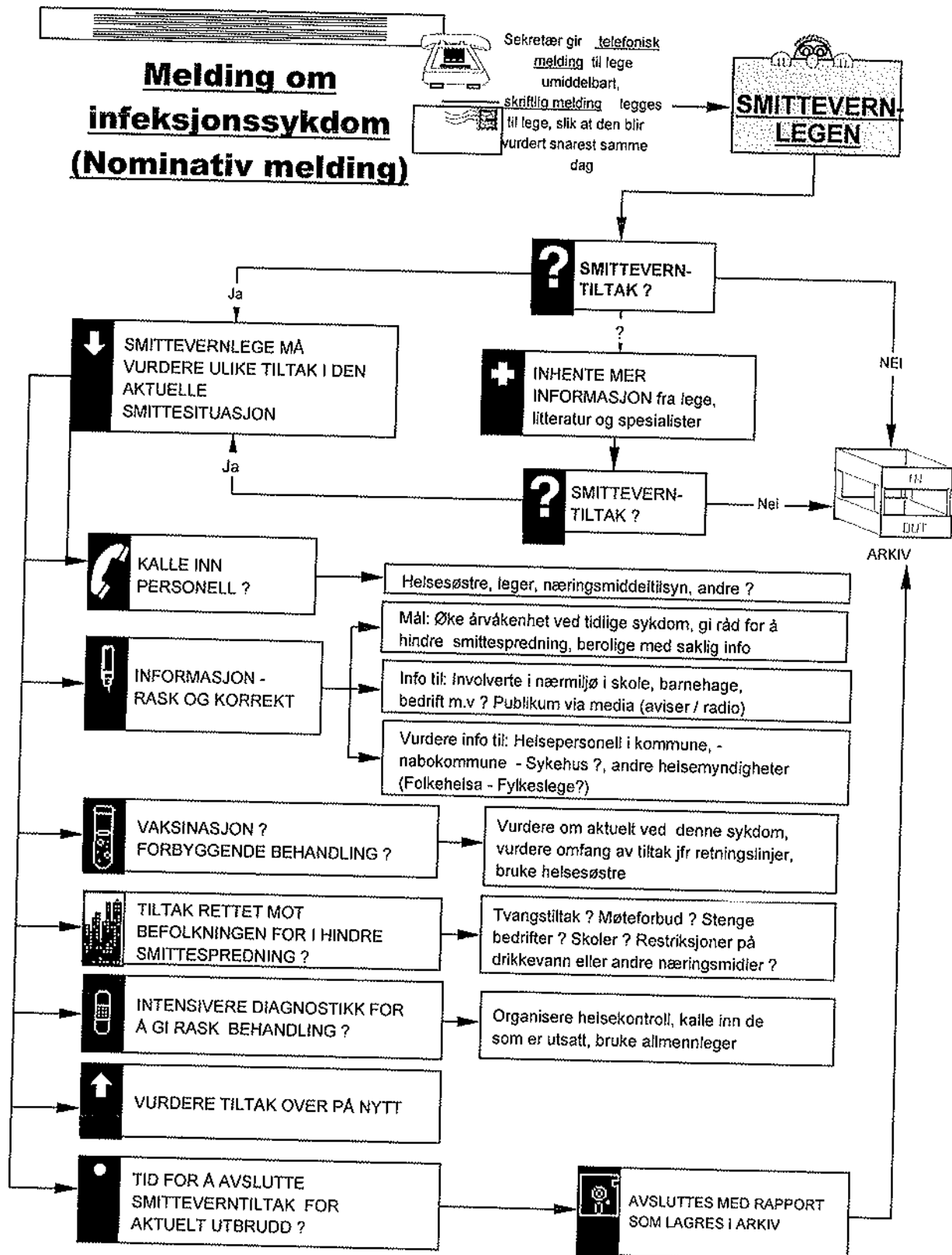
Husk håndhygiene. Alltid håndvask etter at hansker er tatt av (de er ikke 100% tette).

5. SMITTEVERN I BEREDSKAPSSITUASJONER

5.1 GENERELL AKSJONSPLAN

1. Opprett direkte kontakt med berørte samarbeidspartnere, få oversikt over situasjonen og få bekreftet de faktiske forhold.
2. Lokaliser smitekilden
3. Få oversikt over potensialet for ytterlige smittespredning, kartlegg familieforhold og nærmiljø med henblikk på mulige forebyggende tiltak.
4. Vurder smittesanering
5. Rask skriftlig informasjon til skole eller barnehage, evt. informasjonsmøte. Legevaktsordningen i kommunen bør spesielt varsles. Råd og informasjon til ledende sykepleier ved AMK. Rådmannen skal informeres.
6. Ikke vent til media kontakter deg. Gjør klar skriftlig informasjon som fakses til lokalavisene. Utvetydige råd og uttalelser. Vurder tidlig å opprette en pressekontakt. (OBS bruk av plan for kriseledelse)
7. Vurder massevaksinasjon, kontakt apotek eller Folkehelsa ved behov for større leveranser.
8. Sørg for at tilfellet er meldt MSIS.
9. Vannforsyning, matvareberedskap: Skaff forsikring om at adekvate tiltak er igangsatt.
10. Vurder transport og forsvarlig destruksjon av smitteavfall
11. Vurder skadedyrsutryddelse
12. Vurder møteforbud, stenging av forsamlingslokaler, idrettsanlegg, skoler og barnehager.

5.2 MELDING OM INFEKSJONSSYKDOM (NOMINATIV MELDING)



5.3 AKSJONSPLAN VED VANNBÅREN INFEKSJON

De mest vanlige årsaker til smitte: Hepatitt A, Norovirus, Salmonella, Shigella, Campylobakterier. De fleste blir smittet gjennom å drikke infisert vann.

VANNBÅREN INFEKSJON	
TILTAK	ANSVARLIG
1. Være oppmerksom på sammenhengen mellom infeksjonsykdom og vannbåren infeksjon. 2. Spørre pasient om flere kjente utbrudd i nærmiljøet. 3. Melde ifra til kommunelegen ved mistanke om utbrudd.	Fastlegen
4. Ta imot henvendelse med mistanke om vannbåren infeksjon. <u>Kommunelegen skal alltid varsles.</u>	Kommunelege Mattilsynet
5. Vurdere melding, sjekke/prøvetaking, verifisere Viktig å være føre var! 6. Stoppe videre smittepress: a. Stenge vannkilde/kreve vannkoking/bringe tankvann b. Kloakkutbrudd lokaliseres raskt. Stoppe videre utslipp. c. Badevann skiltes med advarsler, stenges.	Kommunelege, Kommuneveterinær
7. Kontakt med Statens Folkehelseinstitutt (FHI)	Kommunelegen
8. Informasjon til rådmann/ordfører a. Vurdere innkalling av beredskapsråd. b. Opprettelse av en aksjonsledelse. (Kan være det samme som beredskapsrådet) c. Vurdere bruk av ressurser i samråd med rådmannen	Kommunelege Rådmann/ordfører vurderer innkalling av beredskapsråd.
9. Informasjon til innbyggere a. Vurdere opprettelse av pressekontakt, og egen informasjonstelefon. b. Legge fyldig informasjon i servicesenteret. c. Egne informasjonssider på Internett. d. Pressemelding, lokalradio, tv, avis.	Smittevernlege/ Rådmann
10. Vurdere aktuelle tiltak utover sanering av smittekilde og info: a. Vaksinasjon, forebyggende behandling, vurdere helsekontroll av risikogrupper. b. Etterkontroll av drikkevannskvaliteten	Smittevernslege/ fastlege
11. Når aksjonen er avsluttet skal det gjennomføres en evaluering og skrive rapport som legges frem for kommunestyret.	Kommunelegen Mattilsynet

5.4 MATBÅREN SYKDOM

MATBÅREN SYKDOM	
TILTAK	ANSVARLIG
1. Være oppmerksom på sammenheng mellom infeksjonssykdom og matbåren infeksjon. 2. Spørre pasient om flere kjente utbrudd i nærmiljøet. 3. Gi beskjed om å ta vare på mat man evt. mistenker 4. Sykemelde pasienter som arbeider i næringsmiddelindustri eller helsetjeneste 5. Melde ifra til kommunelegen ved mistanke om utbrudd	Fastlegen
6. Ta imot henvendelse med mistanke om måtbåren infeksjon. <u>Smittevernlegen skal alltid varsles</u>	Kommunelegen Mattilsynet
7. Kartlegging av utbrudd	Mattilsynet Smittevernlegen
8. Stoppe salg av mat som kan være smittet. Grundig kontroll av bedrifter som kan være utgangspunkt for smitte. Evt. stenging.	Mattilsynet
9. Informasjon til innbyggere a. Vurdere opprettelse av pressekontakt, og egen informasjonstelefon. b. Legge fyldig informasjon i servicesenteret c. Egne informasjonssider på Internett d. Pressemelding, lokalradio, tv, avis	Kommunelege/ rådmann/ordfører
10. Kontakt med Folkehelsa og Mattilsynet hvis saken viser seg å være stor. Melding via www.utbrudd.no	Mattilsynet Kommunelegen
11. Informasjon til rådmann/ordfører a. Vurdere innkalling av beredskapsråd. b. Opprettelse av en aksjonsledelse. (Kan være det samme som beredskapsrådet) c. Vurdere bruk av ressurser i samråd med rådmannen	Kommunelege
12. Vurdere vaksinasjon mot Hepatitt A hvis dette er årsak. (Immunglobulin til spesielt utsatte, mulig smittede.) OBS rusmisbrukermiljøet!	Kommunelege

5.5 INFEKSJONER MED DRÅPESMITTE

OBS! Tuberkulose finnes i eget kapittel

De fleste luftveisinfeksjoner er relativt uskyldige. Hvert år har vi influensaepidemi, forkjølelse, mange halsbetennelser, bronkitter og lungebetennelser. Disse regnes ikke inn i denne aksjonsplanen hvis det ikke blir ekstra store konsekvenser.

Følgende sykdommer regnes som "Allmennfarlige smittsomme":

- Difteri
- Kikhoste
- Legionellose
- Meningokokksykdom
- Miltbrann (terror, spesielle situasjoner)

- Poliomyelitt
- Tuberkulose
- Sykdom forårsaket av meticillin – resistente gule stafylokokker
- Sykdom forårsaket av multiresistente pneumokokker.

For de konkrete sykdommer som smitter via dråpesmitte vises til Smittevernhandboka. (Ligger som vedlegg til planen). Finnes også på <http://www.fhi.no/tema/smittevern/haandbok/>

INFEKSJONER MED DRÅPESMITTE	
TILTAK	ANSVARLIG
1. Melde fra til MSIS og smittevernlegen 2. Spørre pasient om flere lignende utbrudd i nærmiljøet. 3. Vurdere hvilke eksponeringer pasienten kan ha hatt. Hvor han/hun kan ha blitt smittet.	Fastleger/ sykehusleger
4. Hvert tilfelle følges opp sammen, evt. med miljøteknisk ekspertise, for å finne ut hvor smitten kan ha skjedd 5. Samarbeide med Norsk folkehelseinstitutt, evt. Mattilsynet, 2.linjetjenestens smittevernlege, fylkeslegen og interne tjenester.	Kommunelege I
6. Kartlegging av utbrudd. Etablere sekretariat som kan følge opp.	Kommunelege I
7. Vurdere tiltak ut fra smittesituasjonen. Bruk av rådgivere. (Helgelandssykehuset avd. Sandnessjøen, Folkehelseinstituttet, fylkeslegen)	Kommunelege I
8. Informasjon til rådmann/ordfører a. Vurdere innkalling av Kriseledelsen b. Opprettelse av aksjonsledelse. (Kan være det samme som kriseledelsen)	Kommunelege I
9. Vurdere bruk av ressurser i samråd med rådmannen	
10. Informasjon til innbyggere a. Vurdere opprettelse av pressekontakt, og egen informasjonstelefon. b. Legge fylldig informasjon i servicesenteret. c. Egne informasjonssider på Internett	Kommunelege I Rådmann/ Beredskapsråd
11. Pressemelding, lokalradio, tv, avis	
13. Ved større situasjoner: Opprettholde en aksjonsledelse/ Kriseledelse også i forhold til veiledning/ rådgivning av innbyggere, ansatte, media, fram til en normal organisasjon kan overta.	Rådmann

5.6 LEGIONELLA UTBRUDD

LEGIONELLA UTBRUDD	
TILTAK	ANSVARLIG
<p>Behandlerne leger som diagnostiserer et tilfelle av legionellose skal samme dag melde tilfellet til kommunelegen der pasienten er antatt smittet, samt evt. til kommunelegen i pasientens hjemkommune. Meldingen bør inneholde en vurdering av hvilke eksponeringer pasienten kan ha hatt de ti siste dagene før symptomdebut. Dersom pasienten har vært på et overnattingssted – både utenlands og innenlands – i løpet av disse ti dagene, bør dette straks meldes telefonisk til MSIS med følgende opplysninger:</p> <ul style="list-style-type: none"> • navn på hotell og rom nummer (evt. cruiseskip) hvor pasienten bodde • navn på evt. turoperatør • tidspunkt for oppholdet og sykdomsdebut 	<p>Fastleger/ sykehusleger</p>
<p>1. Varsle rådmannen om mulig bruk av kriseledelsen i forhold til stor pågang fra media og publikum.</p> <p>2. Det bør opprettes eget pressesenter og kontaktsenter for publikum. Viktig å vurdere hvem som skal svare på spørsmål: Ordfører, rådmann eller kommunelege. Det bør brukes en som kan gi fyllestgjørende fag både i forhold til tiltak og faglighet.</p>	<p>Kommunelege/ Rådmann</p>
<p>3. Følge opp ethvert tilfelle hvor smitte mest sannsynlig har skjedd i kommunen. Ta kontakt med legionellateamet på Statens Folkehelseinstitutt: Avdeling for infeksjonsovervåking, Folkehelseinstituttet Postboks 4404 Nydalen, 0403 OSLO Telefon: 22 04 26 43 Telefaks: 22 04 25 13 E-post: msis@fhi.no</p> <p>Kunstig aerosolspredning fra vannsystemer spiller en viktig rolle i spredning av legionellabakterien. Undersøkelse må derfor kartlegge hvilke slike kilder pasienten har vært eksponert for i inkubasjonstiden (2-10 dager). Aktuell situasjon kan være:</p> <ul style="list-style-type: none"> • opphold på hoteller, campingplasser og lignende (dusj, varmtvann på rom, boblebad og kjøletårn til evt. luftkondisjoneringsanlegg.) • bruk av offentlige bad (badeland, boblebad, dusjer) • opphold i lokaler som har luftkondisjoneringsanlegg med kjøletårn (kontorer, butikker, restauranter og lignende) • opphold på helseinstitusjon • kontakt med andre vannsystemer som avgir aerosoler (for eksempel sprinkleranlegg, innendørs fontener og befuktningssystemer for frukt og grønnsaker). • Varmtvannsystem i pasientens bolig 	<p>Kommunelege</p> <p>Viktig å samarbeide med instanser med miljøteknisk ekspertise.</p>

<p>4. Første tilnærming til videre undersøkelser er å sjekke om temperaturen på varmtvannet i aktuelle lokaler er for lav. (Anbefalt temperatur er minst 60°C fra bereder/varmtvannsbeholder og minst 55 °C på tappepunktet.)</p> <p>5. Deretter sjekkes vannprøver fra mulige smittekilder for høyt innhold av kintallsbakterier (ved 22 og 37 °C)</p> <p>6. En mer omfattende undersøkelse med hensyn på <i>Legionella</i> bør vurderes utført dersom de innledende analysene gir indikasjon på at <i>Legionella</i>-bakterier kan forekomme.</p> <p>Det er imidlertid viktig å være klar over at det kan finnes "lommer" i et varmtvannsystem hvor <i>Legionella</i> kan formere seg selv om temperaturen på vannet er innenfor anbefalte verdier og kintallsverdiene ikke er høye.</p> <p>7. Dersom man mistenker at smittekilden er et overnattingssted eller offentlig bad, bør det tas prøver fra dusj og varmt tappevann på hotellrommet, evt. fra boblebad og fra kjøletårnet dersom hotellet har slike anlegg.</p>	<p>Kommunelege Oppgavene må løses i samarbeid med miljøteknisk kompetent personell og Folkehelseinstituttet.</p>
<p>8. Det bør holdes jevnlig pressekonferanser.</p> <p>9. Vurdere om en av legene som arbeider i saken kan være pressekontakt for media? Evt om ordfører kan frigjøres til dette?</p>	<p>Ordfører/ rådmann evt Kommunelege</p>
<p>10. Fastlegene skal informeres fortløpende direkte fra kommunelegen. Fastlegen skal trekkes inn og det skal avklares hvis en pasient på hans/ hennes liste er smittet, eller må følges opp.</p>	<p>Kommunelege</p>
<p>11. Det skal gjennomføres en evaluering av aksjonen når situasjonen har roet seg.</p>	<p>Kommunelege Rådmann</p>

5.7 TUBERKULOSE

Dette Tuberkulosekapittelet er bygget på kommunens egne tuberkuloseprogram og veileder gitt ut av Statens Folkehelseinstitutt. Denne finnes og som vedlegg til planen og skal oppdateres og følges fortløpende. Veilederen ligger også på internett under følgende adresse: <http://www.fhi.no/filer/pdf/smittevern7-veileder.pdf>

TUBERKULOSEPROGRAM (kortversjon)	
TILTAK	ANSVARLIG
<p>1. Informasjon, opplysning til befolkning, barnehager, skoler, Helsepersonell.</p>	<p>Kommunelegen og helsesøster</p>
<p>2. Tuberkulinprøver og vaksinerings Inkluderer</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Oppfølging av evt positive/omslagere b. Undersøkelse og oppfølging av personer fra land med høy forekomst av tbc c. Undersøkelse og oppfølging av helsepersonell og lærere som har oppholdt seg i høyendemisk land i mer enn 3mnd. 	<p>Helsesøster Delegert fra kommunelegen Kommunelegen hvis funn. Tuberkulosekoordinator hvis funn</p>

d. Andre personer hvor det kan være mistanke om smitte.	
3. Vurdering av alle pasienter med langvarig hoste med oppspytt i forhold til mulig smitte med tbc. Undersøke ved mistanke. a. Følge rutiner for nominativ melding til kommunelege, tuberkulosekoordinator, Nasjonalt folkehelseinstitutt.	Fastlegene
4. Smitteoppsporing. Dvs. finne smittekontakter til en pasient med tbc. Utføres i henhold til Tuberkuloseveilederen.	Helsesøster Sammen med kommunelegen
5. Tbc smitte i sykehjem: Pasienter og beboere i sykehjem skal innlegges i sykehus ved mistanke om smitteførende tbc. Tilbakeføres når de er smittefrie	Tilsynslege/ Sammen med kommunelege
6. Forebyggende behandling av tuberkuløs smitte Vurderes av spesialist	Spesialist i samråd med tbc koordinator og kommunelegen
7. Behandling av smitteførende tbc a. Oppstart av behandlingsplan b. Lage behandlingsplan c. Direct Observed Treatment (DOT)	a. Lungespesialist b. Tbc koordinator c. Hjemmesykepleien Evt. fastlegekontor Evt. sykehjem OBS! Ikke pårørende!
8. Tvangstiltak a. Tvungen undersøkelse evt isolering b. Hastevedtak	a. Kommunelegen lager forslag til fylkeslegen b. Kommunelegen sammen med tbc-koordinator.
9. I en spesiell situasjon er det viktig med god informasjon til nærmiljøet. Dette må gjøres på en måte og språk som forstås av de som skal motta!	Kommunelege Fastlege Helsesøster Flyktningekonsulent
10. Evaluering av avsluttet situasjon	Kommunelege

5.8 MENINGITT

Meningokokksykdom er navnet på det vi vanligvis og litt uriktig betegner som smittsom hjernehinnebetennelse. Sykdommen forekommer i to hovedformer, som hjernehinnebetennelse eller som en generell blodforgiftning. Den overføres ved dråpesmitte, hoste, nysing, eller ved overføring av spytt, ved kysning, drikking av samme flaske og lignende. På grunn av forskjellige egenskaper ved bakterien, deles sykdommen inn i gruppe A, B eller C. Type B er hyppigst. Sykdommen forekommer hyppigst hos små barn og i aldersgruppen 15 – 22 år, men kan angripe alle aldersgrupper.

Det er derfor viktig å mistenke sykdommen tidlig, slik at behandling kan settes hurtig inn. Sykdommen er kjennetegnet med høy feber, hodepine, døsighet, ofte stiv nakke. Typisk er små flekker i huden som ikke forsvinner ved trykk av glass mot flekkene. Sykdommen krever hurtig innleggelse i sykehus.

Det finnes vaksine mot bakterier i gruppe A og C. Det ble for noen år siden utprøvet en vaksine mot gruppe B. Den ga imidlertid for dårlig beskyttelse til å kunne brukes generelt. For denne gruppen er beskyttende tiltak det viktigste.

SMITTSOM HJERNEHINNEBETENNELSE	
TILTAK	ANSVARLIG
1. Reagere på symptomer og påvise meningokokksykdom	Fastlege/legevakt Men også helsesøster, jordmor og andre leger.
3. Mistanke om meningokokksykdom skal varsles nominativt umiddelbart til kommunelege I	Fastlege, helsesøster, jordmor, sykepleier
4. Hvis ikke kommunelegen kan nås, skal det meldes direkte til Folkehelseinstituttet gjennom døgnåpen Smittevern vakt tlf 22 04 23 48	Fastlege, helsesøster, jordmor, sykepleier

5.9 INFLUENZA

5.9.1 Influensasykdommen

Influensa er en svært smittsom virusinfeksjon som gir årlig tilbakevendende infeksjonssykdom som rammer mange mennesker.

Sykdommen forårsakes av influensavirus som kjennetegnes ved stor smittsomhet og foranderlighet fra sesong til sesong.

Ved tre anledninger i det 20. århundre har det opptrådt alvorlige globale epidemier, pandemier, som rammer 10-50% av befolkningen.

En pandemi vil vanligvis vare i 6-8 uker og kan følges av nye utbrudd/etterepidemier.

Klinisk diagnostikk og sykdomsforløp

- Vanligvis inkubasjonstid på 1-3 dager.
- Nærdråpe- og kontaktsmitte ved lav smittedose.
- Smitteførende fra symptomdebut og 3-5 dager fremover.
- Varighet 7-10 dager.
- Agenspåvisning og eventuell typing ved nese/halsprøve tatt tidlig i sykdomsforløpet eller serologi.
- Barn under to år ofte atypiske symptomer med sløvhet, matingsproblemer, irritabilitet, brekninger, diare, feberkramper og pustebesvær.
- Eldre barn og voksne mer typiske influensasymptomer.
- Komplikasjoner i form av pneumoni, sinusitt m.m.

Kommunens oppgaver i henhold til lovgivning

1. Vaksinasjon av personer som ivaretar **viktige samfunnsfunksjoner**
 - Helsepersonell
 - Ambulansepersonell
 - Nøkkelpersoner i politisk- og administrativ ledelse.
 - Nøkkelpersoner i strøm- og vannforsyning, offentlig transport.
 - Personell i brannvesen og politi.
2. Vaksinasjon av grupper med **økt risiko for komplikasjoner** i henhold til gjeldende retningslinjer.
3. Vaksinasjon av personer som kan **overføre influensa til personer med høy risiko for komplikasjoner.**
 - Helsepersonell i kommunehelsetjenesten
 - Ansatte i hjemmesykepleien og sykehjem og hjemmehjelpere
 - Husstandsmedlemmer til personer som nevnt under strategi 2
4. Vaksinasjon av personer som kan **overføre influensa til mange andre**
 - Personell i skoler og barnehager
 - Ansatte i offentlig sektor
 - Personell i banker, offentlige kontorer, butikker og lignende

Dersom pandemien ser ut til å ha et omfang som i en vanlig influensasesong, vil en kunne anbefale tilgjengelig vaksine til de risikogrupper som årlig anbefales vaksine. Med økende omfang av pandemien vil det ut fra en totalvurdering være viktigere for samfunnet å vaksinere nøkkelpersoner for å kunne ivareta viktige samfunnsfunksjoner.

Antivirale midler

- Profylaktisk bruk av antivirale midler er i stor grad ”kjøp av tid” i påvente av en vaksine.
- Profylakse til utvalgte deler av befolkningen medfører stor utvelgelsesproblematikk.
- Legemidlene benyttes på to måter, enten som **behandling** av personer med symptomer på sykdom eller som **profylakse** under en lengre tid av personer som av medisinske årsaker ikke bør bli syk.
- Effektiv behandling med oseltamivir forutsetter at den starter innen to døgn etter symptomdebut.
- Amentadin kan benyttes til utvalgte grupper nøkkelpersonell.

Til grunn for tiltak legger WHO følgende synspunkter:

- **Behandling av syke**
- **Posteksposisjonell profylakse (ringbehandling av den syke)**
- **Langtidsprofylakse av nøye utvalgte grupper, i hovedsak til personell som i sitt virke vil ha kontakt med influensasyke.**

5.9.2 Pandemisk influensa

PANDEMISK INFLUENSA	
Målsetting:	<ol style="list-style-type: none">1. Redusere sykkelighet og død.2. Ta hånd om et stort antall syke og døende pasienter.3. Opprettholde nødvendige tjenester i et samfunn med meget høyt sykefravær.4. Gi fortløpende, nødvendig informasjon til helsevesenet, det offentlige publikum og massemedia.
Strategi:	<ol style="list-style-type: none">a) Smittevernlegen har ledelsesansvar for organiseringen av helsetjenesten i kommunen.b) Samarbeid mellom smittevernlegen/ fastleger og ledende helsesøster for varsling, innkalling og møtested for ekstra personell/arbeidsfordeling og endring av vaktplaner.c) Opprettelse av masseinntak for undersøkelse og vaksinasjon skal avklares raskt ved en pandemi, eksempelvis skoler eller forsamlingslokaler.d) Eksisterende MSIS-registrering følges.e) Vaksinasjon og evt. profylaktisk behandling av friske, inkludert eget personale vil bli foretatt ved vaksinasjonskontoret, subsidiært ved en skole.f) Influensasyke med alvorlige komplikasjoner innlegges sykehus.g) Smittevernlegen skal ha fortløpende kommunikasjon med AMK og sykehus. Informasjon til eget personale og befolkning gis i samarbeid med fylkeslegen, helsetilsynet og Nasjonalt Folkehelseinstitutt.h) Psykososial omsorg til pasienter og pårørende skal gis av helsepersonell i omsorgsbasert tjeneste (hjemmetjenesten, studenter m.fl.)i) Anbringelse og identifisering av de døde må avklares nærmere.j) Sykehjem må frigjøre plasser til masseinntak og isolasjon.k) Direkte kontakt med Nasjonalt Folkehelseinstitutt for rask forsyning av legemidler (vaksiner med mer) samt organisering av det lokale apotekets lager av legemidler (antipyretika/antibiotika/profylaktika).
Praksis:	
<u>Fase 0 – Interpandemisk periode.</u>	
	Vaksinasjon mot influensa og pneumokokksykdom etter nasjonale retningslinjer.
<u>Fase 1 – ved smitte mellom mennesker bekreftet av ny subtype influensavirus.</u>	
	Smittevernlegen ber ordfører innkalle til kommunalt beredskapsråd.
	Saksliste:
	<ul style="list-style-type: none">• Avklare sekretariat og pressekontaktfunksjon• Gjennomgang og oppdatering av beredskapsplanen
<u>Fase 3 – Utbrudd utenom Norge.</u>	
	Holde møte i beredskapsrådet. Planlegge for eventuelt utbrudd i Norge.
	Saksliste:
	<ul style="list-style-type: none">• Informasjon om sykdommens profil ved smittevernlegen.

- Planlegge omdisponering av helsepersonell. Hvilke tiltak må gjøres i kommunestyret?
- 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. Vurdere om det kan bli nødvendig med samarbeid med nabokommuner.
- Ta kontakt med Helgelandssykehuset for å forberede samarbeid om bruken av sykehuset mht. innleggelses- og utskrivelsesrutiner.
- Diskutere lokal bruk av sykehjem og hjemmesykepleie. Vurdere muligheter for omdisponering av senger i sykehjem eller fortetting.
- Forberede informasjonspolitikk i kommunen. Hvordan? (internett, lokalavis, radio) Hva? (lokal, fylkes og nasjonal tilstand. Sykdommens ytringsformer, når søke lege, behandlingsalternativer)
- Forberede organisering av registreringsenhet i kommunen.

Fase 4 – Utbrudd i Norge.

Holde møte i beredskapsrådet for at kommunen skal sikre forebygging, diagnostikk, behandling og pleie.

Saksliste:

- Opprette lokal registreringsenhet for daglig oppdatering av lokal situasjon (antall syke, behov for tiltak). Enheten skal rapportere til lokal informasjonsansvarlig og til fylkeslegen.
- Forberede omlegging av sykehjemsdrift og opprettelse av evt. alternative pleissteder.
- Planlegge tiltak etter smittevernloven kap. 4 og 5 ved allmennfarlig smittsom sykdom (møteforbud, stenging av virksomheter som barnehager/skoler, svømmehaller, begrense kommunikasjon).
- Gjennomføring av massevaksinasjon etter nasjonal prioritet.
- Informasjonsansvarlig undersøker og registrerer hvordan informasjonen spres og oppfattes. Justering av informasjonen etter behov.

Fase 5 – Første pandemibølge over Norge.

Sette i verk planlagte tiltak.

Saksliste:

- Ta i bruk alternative pleiesteder med personell som er friske.
- Innføre tiltak som nevnt i smittevernloven kap. 4 og 5.

Fase 6 – Andre og følgende pandemibølger.

Tiltak som i fase 4 og 5 med korreksjon for erfaringer fra fase 5.

Fase 7 – Postpandemisk periode.

Evaluerer de tiltakene som ble foretatt og de rammebetingelser man hadde, gjennomføre eventuelle forandringer i rammebetingelsene og oppdatere planen.

6. TILSYN

6.1 TILSYN MED NÆRINGSMIDLER

Hjemmelsgrunnlag/ansvar

Utføres av Mattilsynet. Tilsynet er hjemlet i blant annet Matloven og Dyrevernavloven. Nærmere regler for tilsyn og krav til virksomhetene er gitt i en rekke forskrifter hjemlet i disse lovene.

Tilsyn med næringsmiddelvirksomheter

Alle virksomheter som produserer, pakker, lagrer, frembyr (selger/serverer) transporterer, eller importerer næringsmidler skal være godkjent.

Tilsyn består bl.a. i følgende aktiviteter:

- Godkjenning/saksbehandling
- Inspeksjon
- Revisjon av virksomhetenes internkontroll-system
- Veiledning
- Uttak av prøver for laboratorieanalyse
- Kontroll med merking av næringsmidler

Ved brudd på regelverket kan Mattilsynet gjøre bruk av følgende formelle virkemidler:

- Skriftlig pålegg
- Tilbaketrekking av godkjenning/autorisasjon
- Ilegge tvangsmulkt
- Stenging (bare ved helsefare)
- Forby omsetning eller ta beslag i aktuelt parti med næringsmidler (bare ved helsefare)
- Politianmelde

6.2 DRIKKEVANN

Hjemmelsgrunnlag:

Kommunehelsetjenesteloven og Matloven er hjemmelsgrunnlag for drikkevannsforskriften, som gir bestemmelser for krav til vannverk og til vannkvalitet samt regler for godkjenning og tilsyn.

Matloven er hjemmelsgrunnlag for Internkontrollforskrift på næringsmiddelområdet (IK-mat) som også gjelder for vannverk, her gis det regler for vannverkets internkontroll.

Tilsyn/kontroll

Vannverkene er (som en del av sin lovpålagte internkontroll) selv ansvarlig for å dokumentere vannkvalitet, herunder regelmessig ta ut og analysere vannprøver fra råvannskilde og faste

punkt på ledningsnettet (i henhold til krav om dette i drikkevannsforskriften). Prøvene analyseres for bakteriologiske, fysiske og kjemiske parametere i henhold til forskriften.

Dønna kommunale vannverk er hovedvannverket og dekker foruten kommunesenteret Solfjellsjøen og grendene/tettbebyggelsen på Dønna også naboøyene Løkta, Vandve og Slapøy.

Hoveddata om vannverket

Vannkilde

- Ravnskardvatnet kt + 174, kapasitet 1100m³/d som kan økes til 1885 m³/d. Regulering ned til + 169, gir magasin 360 000 m³. Inntak på 14 meters dyp.

Reservekilde

- Bekk fra Ravnskardvatnet

Råvannskvalitet

- Lav pH, lav alkalitet, noe høyt fargetall og høyt kimtall i perioder

Vannbehandling

- Siling, UV-desinfisering, pH-heving med lut

Vannforbruk

- Ca 1000 m³

Ledningsnett

- Hovedledningen fra kilden til forsyningsområdene er av god kvalitet, men har risikopunkter på undervannsledningen Stavseng – Titternes, Volnes – Slapøy, Slapøy – Vandve og Glein – Løkta. Ledningsnettet består av rør i materialene PVC, PEL og PEH.

Vannbehandling

- Ved vannbehandlingsanlegget er det i 2001 installert ny selvspylende trykksil og nytt UV-anlegg. Vannverket har ikke utstyr for automatisk overvåking og driftskontroll.

Ansvar

- Kommunen har som vannverkseier ansvar for forvaltning, drift og vedlikehold av Dønna kommunale vannverk. Vannverket er godkjent i henhold til gjeldende drikkevannsforskrifter.

Internkontroll

- Internkontroll skal sikre en stabil og hygienisk forsvarlig drikkevannsforsyning samt sikre driftspersonell og omgivelser mot uhell og skader. Internkontroll gjennomføres som periodiske og kontinuerlig driftsovervåking av anlegg og vannkvalitet.
- Ved Dønna kommunale vannverk utføres i form av kontroll av viktige elementer og anleggsdeler (magasin, dam, ledninger, kummer, vannbehandlingsanlegg, pumpestasjoner m.m.).
- Det skal ikke forekomme vann i brann-, utspylings- eller luftekum slik at innlekk kan skje ved undertrykk.

Umiddelbare tiltak ved dårlig vannkvalitet

Vannverkene er selv ansvarlige for å gi informasjon til abonnentene ved vesentlig endring av vannkvalitet, eventuelt om nødvendig også anbefaling om å koke vann før drikking/matlaging, (dersom det kan være risiko for at vannet inneholder helsefarlige smittestoff). Mattilsynet kan eventuelt gi pålegg til vannverket om å gi slik informasjon.

Mattilsynet kan videre gi pålegg om andre aktuelle strakstiltak som f.eks:

- Forsterket dosering av desinfeksjonsmiddel, (evt. også på deler av ledningsnett).
- Rensing/spyling/mekanisk rengjøring av ledningsnett.
- Ta i bruk annen eventuell reserve råvannskilde dersom dette er aktuelt

6.3 FOREBYGGENDE TILTAK I SKOLER OG BARNEHAGER

Ansvar: Driftsansvarlig rektor/styrer

Tilsyn: Skolehelsetjenesten/helsesøstertjenesten/plan- og utviklingsetaten og miljørettet helsevern.

Hjemmel: Forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler m.v. (1995)

Miljørettet helsevern fører tilsyn med og godkjenner skoler og barnehager etter "Forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler" (delegert myndighet).

Aktuelt i forhold til å forebygge utbrudd av smittsomme sykdommer er generelt renhold, toalettforhold, avfallshåndtering og håndhygiene i barnehager med bleiebarn.

For å forebygge infeksjonsspredning er nøktern informasjon om "karantene" hjemme for syke barn ved utbrudd av mage/tarminfeksjoner, luftveisinfeksjoner, øyekatarr m.v. Se "Råd om syke barn og barnehage", retningslinjer fra Nasjonalt folkehelseinstitutt (MSIS 10/1996).

Helsetilsynet har utarbeidet veilederen "Hva ansatte i barnehagen bør vite om sykdommer som smitter gjennom blod". Trykksaker fåes ved Statens Helsetilsyn, bestille trykksakekspedisjon: trykksak@fhi.no

7. LOVVERK/REFERANSER

7.1 LOVER

- [Smittevernloven](#)
- [Kommunehelsetjenesteloven](#)
- [Spesialisthelsetjenesteloven](#)
- [Helse- og sosialberedskapsloven](#)
- [Arbeidsmiljøloven](#)
- [Helseforetaksloven](#)

For utfyllende lovverk se: <http://www.lovdata.no/all/BG09b.html>

7.2 FORSKRIFTER

Forskrifter til Smittevernloven

Utvalgte forskrifter som er særlig relevante for dagens smittevernarbeid. For fullstendig liste over forskrifter til smittevernloven, se: <http://www.lovdata.no/for/sf/sf-19940805-055.html>

- **Forskrift om allmennfarlige smittsomme sykdommer**
Denne forskriften gir ei liste over hvilke smittsomme sykdommer som regnes som allmennfarlige i smittevernlovens forstand.
- **Forskrift om innsamling og behandling av helseopplysninger i Meldingssystem for smittsomme sykdommer og i Tuberkuloseregisteret og om varsling om smittsomme sykdommer (MSIS- og Tuberkuloseregisterforskriften).**
Denne forskriften gir bestemmelser for meldinger til MSIS og Tuberkuloseregisteret og for varsling om smittsomme sykdommer til Folkehelseinstituttet.
- **Forskrift om innsamling og behandling av helseopplysninger i Norsk overvåkingssystem for infeksjoner i sykehustjenesten (NOIS-registerforskriften).**
Denne forskriften gir bestemmelser for meldinger til NOIS.
- **Forskrift om innsamling og behandling av helseopplysninger i System for vaksinasjonskontroll (SYSVAK-registerforskriften).**
Denne forskriften gir bestemmelser for meldinger til SYSVAK.
- **Forskrift om innsamling og behandling av helseopplysninger i Norsk overvåkingssystem for antibiotikaresistens hos mikrober (NORM-registerforskriften).**
Denne forskriften gir bestemmelser for meldinger til NORM.
- **Forskrift om tuberkulosekontroll.**
Denne forskriften gir bestemmelser for forebygging og kontroll av tuberkulose. Folkehelseinstituttet har gitt ut en veileder til forskriften, se under Tuberkulose.
- **Forskrift om smittevern i helsetjenesten.**
Denne forskriften gir bestemmelser for sykehusenes, sykehjemmenes og enkelte andre institusjoners smittevernarbeid.
- **Forskrift om forhåndsundersøkelse av arbeidstakere innen helsevesenet - antibiotikaresistente bakterier.**
Denne forskriften gir bestemmelser om undersøkelser av helsepersonell for visse resistente bakterier.
- **Forskrift om skadedyrbekjempelse.**
- **Forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos lege.**
Denne forskriften gir i § 3 punkt 7 bestemmelser om gratis legehjelp under visse forhold ved allmennfarlige smittsomme sykdommer.
- **Forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling i private medisinske laboratorier og røntgenvirksomheter**
Denne forskriften gir i § 3 punkt 7 bestemmelser om gratis legehjelp under visse forhold ved allmennfarlige smittsomme sykdommer.
- **Forskrift om stønad til dekning av utgifter til viktige legemidler og spesielt medisinsk utstyr (blåreseptforskriften).**