



Siljan kommune

# Smittevern

# 2017

Rådmannens innstilling

15. august 2017





## ***Smittevern 2017***

1. Smittevernloven, formål og virkeområde .....	2
2. Siljan kommunes oppgaver .....	2
3. Kommunelegens oppgaver .....	2
4. Øvrig helsepersonell .....	4
5. Smittevern i normalsituasjonen .....	6
6. Spesielle sykdomsutbrudd .....	11
7. Kommunestyrets vedtak etter smvl's kap 4 ...	14
8. Tvang .....	14
9. Økonomi .....	14
10. Revisjon .....	15
11. Planansvarlige .....	15
12. Vedlegg .....	16

# 1. Smittevernloven, formål og virkeområde

## 1.1 Smittevernloven

Smittevernloven ble vedtatt av Stortinget i 1994 og trådte i kraft fra 01.01.1995

## 1.2 Formål

Er å verne befolkningen mot smittsomme sykdommer ved å forebygge dem og motvirke at de overføres i befolkningen. Loven skal sikre at helsemyndighetene og andre myndigheter iverksetter nødvendige smitteverntiltak og samordner sin virksomhet i smittevernarbeidet. Den skal og ivareta rettssikkerheten til den enkelte som blir omfattet av smitteverntiltak etter loven. (Smvl § 1-1)

## 1.3 Virkeområde

Lovens bestemmelser gjelder enhver som bor eller oppholder seg i Norge og planen omfatter Siljan kommunes smitteverntiltak for de som bor eller oppholder seg i Siljan kommune. (Smvl § 1-2)

# 2. Siljan kommunes oppgaver

## 2.1 Oppgavene

Kommunen skal sørge for at alle som bor eller oppholder seg i kommunen med hensyn til smittsom sykdom er sikret nødvendige forebyggende tiltak, undersøkelsesmuligheter, behandling og pleie i og utenfor institusjon.

Kommunen skal også utføre de oppgaver innen smittevernet som pålegges i loven her eller bestemmelser i medhold av loven, herunder;

- Skaffe seg oversikt over arten og omfanget av de smittsomme sykdommer som forekommer i kommunen,
- Drive opplysning om smittsomme sykdommer og gi råd og veiledning om hvordan de forebygges,
- Sørge for at individuelt forebyggende tiltak blir iverksatt
- Sørge for at andre tiltak etter smittevernloven eller kommunehelsetjenesteloven blir iverksatt.

Kommunen skal sørge for at reglene i loven blir overholdt og at vedtak i medhold av loven blir gjennomført. (Smvl § 7-1)

# 3. Kommunelegens oppgaver

## 3.1 Kommunens smittevernlege

Kommunestyret utpeker Kommunelege 1 B til å utføre de oppgaver som pålegges i Smittevernloven, og som fast stedfortreder utpekes den kommunelege som til enhver tid er kommunelege 1 B' s faste stedfortreder. (Smvl § 7-2).

## 3.2 Kommunelegens oppgaver

Kommunelegen skal;

- Utarbeide forslag til plan for helsetjenestens arbeid med vern mot smittsomme sykdommer, herunder beredskapsplaner og -tiltak, og organisere og lede dette arbeidet.
- Ha løpende oversikt over de infeksjonsepidemiologiske forholdene i kommunen,
- Utarbeide forslag til forebyggende tiltak for kommunen,
- Bistå kommunen, helsepersonell og andre i kommunen som har oppgaver i arbeidet med vern mot smittsomme sykdommer,
- Gi informasjon, opplysninger og råd til befolkningen om vern mot smittsomme sykdommer,
- Utføre alle andre oppgaver som følger av loven eller bestemmelser i medhold av loven, og medvirke til effektive tiltak for å forebygge smittsomme sykdommer og motvirke at de blir overført (Smvl § 7-2)

## 3.3 Legene

Både fastlønnede og avtaleleger, skal:

- Gi informasjon og personlig smittevernveiledning snarest til personer som er smittet med allmennfarlig smittsom sykdom, og som legen undersøker eller behandler. (Smvl § 2-1).
- Gi de meldinger som lover og forskrifter pålegger dem (Smvl § 2-3)
- Foreta de undersøkelser av smittede personer og drive smitteoppsporing slik det kreves i
- Smittevernlovens § 3-5 og 3-6.
- Delta i forebyggende helsearbeid med undersøkelse, vaksinerings og immunisering når det er et ledd i et nasjonalt program (Smvl § 3-8 og 3-9)
- Delta i opplæring og følge faglige retningslinjer og gjennomføre tiltak etter kommunestyrets nærmere bestemmelser (Smvl § 4-9)

## 4. Øvrig helsepersonell

### 4.1 Personale og oppgaver

Kommunelegenes faste medhjelpere i smittevernarbeidet er helsesøstrene, mattilsynet, og annet hjelpepersonale ved befolkningsundersøkelser mv. Enhver kommunalt ansatt helsearbeider kan i krisetilfelle ved større epidemier forpliktes til å delta i smittevernarbeid etter kommunestyrets bestemmelse. Arbeidsoppgavene omfatter bl.a.:

Meldingsplikt når helsepersonell i sitt arbeid oppdager en smittet person, og tilfellet skal meldes i henhold til forskrift. (Smvl § 2-3)

- Delta i befolkningsundersøkelser når departementet fastslår at slik undersøkelse er nødvendig, det være seg billedundersøkelse, tuberkulinprøving, blodprøvetaking og andre undersøkelser som kan gjøres uten å utsette den undersøkte for fare (Smvl § 3-1).
- Delta i forhåndsundersøkelse av arbeidstakere, utdanningsøkere, undersøkelse av arbeidstaker og personer under utdanning når hensynet til smittevernet krever det og departementet fastsetter det i forskrift (Smvl § 3-2).
- Delta i nasjonalt program for vaksinerings mot smittsomme sykdommer og sørge for å oppnå særskilt godkjenning for å være vaksinator dersom slik godkjenning kreves. (Smvl § 3-8).

- Gjennomgå opplæring og følge faglige retningslinjer og gjennomføre tiltak etter pålegg fra kommunestyret (Smvl § 4-9)

## 5. Smittevern i normalsituasjonen

### 5.1 Helseopplysning

I henhold til lov om helsetjeneste i kommunene skal kommunen sørge for forebyggende og helsefremmende tiltak rettet mot befolkningen (§1-3). Dette inkluderer også helseopplysning i forhold til smittsomme sykdommer.

Helseopplysningen er et av flere sentrale befolkningsrettede tiltak som kan bidra til å redusere forekomsten av smitte og derved smittespredning. Det kanskje viktigste tiltaket er informasjon om god hånd- og næringsmiddelhygiene til den generelle befolkningen.

Følgende aktører er identifisert i forhold til helseopplysning ved smittsomme sykdommer:

- Folkehelseinstituttets nettside [www.fhi.no](http://www.fhi.no)
- Smittevernlegen har ansvar for alle oppgaver innen smittevernet som loven pålegger.
- Helsesøstertjenesten har ansvar for generell rådgivning og veiledning til foreldre og barn på helsestasjonen og i skolehelsetjenesten, i tillegg til basisvaksinering.

### 5.2 Vaksinasjon

#### 5.2.1 Barnevaksinasjonsprogrammet

Ivaretas av helsesøstrene ved helsestasjonen og skolehelsetjenesten.

I barnevaksinasjonsprogrammet ligger:

- DPT/Polio/Hib/Hep B (difteri/kikhoste/stivkrampe, poliomyelitt, haemophilus influenzae, hepatitt B)
- Prevenar (mot pneumokokkmeningitt)
- MMR (meslinger, kuma, røde hunder)
- Tetravac (difteri/stivkrampe/poliomyelitt, kikhoste)
- HPV (humant papillomavirus)
- Boostrix (difteri/stivkrampe/poliomyelitt, kikhoste)

Hepatitt B vaksinering til særlig smitteutsatte grupper reguleres av smittevernveilederen. Gjelder:

- Personer med langvarig omgang med kjente kroniske smittebærere,
- Innvandrere under 25 år fra land med høy forekomst av hepatitt B,
- Personer med visse sykdommer eller tilstander som gjør dem mer utsatt for hepatitt B eller dens konsekvenser
- Personer som utsettes for smittefare under utdanning i Norge
- Andre særlig smitteutsatte personer (prostituerte, rusmiddelmissbrukere, menn som har sex med menn)

Kostandene dekkes av folketrygden.

Smittevernlegen har et overordnet ansvar for at retningslinjene er kjent for helsetjenesten. Helsesøstrene kan bistå ved vaksineringsprosessen.

Helsesøstertjenesten har ansvar for oppfølging av barn og unge etter fastsatte retningslinjer.

### 5.2.2 Reisevaksiner

Vaksinasjon mot smittsomme sykdommer som kan påføres ved reiser i utlandet er et særlig viktig område for smittevernet.

Like viktig som vaksinasjon er forholdsregler til reisende om atferd, medikamentell profylakse, kosthold og hygiene.

Informasjon gis i denne sammenheng ved:

Sted	Adresse	Telefon
Helsesøster i Siljan	Sentrumsveien 22, 3748 Siljan	35 94 25 53 35 94 29 41
Siljan legekontor	Sentrumsveien 22, 3748 Siljan	35 94 25 50
Smittevernkontoret, Skien kommune	Sosialmedisinsk senter, Skien helsehus Ulefossgt. 51, 3730 Skien	35 58 93 97 35 58 93 90
Telemark vaksinasjonsenter	Byfogd Pausgt. 10, 3717 Skien	35 51 96 80

### 5.2.3 Influensavaksinasjon

Vaksinasjon mot influensa har vist seg å redusere dødeligheten hos risikogrupper. Spesielt nyttig ser vaksinen ut til å være for eldre aldersgrupper.

Legesenteret koordinerer innkjøp av vaksiner fra Folkehelseinstituttet og har ansvar for vaksineringsprosessen.

Følgende personer har økt risiko for alvorlig sykdom og død ved influensasykdom, og anbefales derfor influensavaksine:

- Alle fra og med fylte 65 år
- Beboere i omsorgsbolig og sykehjem
- Gravide etter 12. svangerskapsuke (2. og 3. trimester). Gravide i 1. trimester med annen tilleggsrisiko skal også få tilbud om vaksine
- Barn og voksne med:
  - Diabetes mellitus, type 1 og 2
  - Kronisk lungesykdom (inkludert astma)
  - Kronisk hjerte-/karsykdom, spesielt personer med alvorlig hjertesvikt, lavt minuttvolum eller pulmonal hypertensjon
  - Kronisk leversvikt
  - Kronisk nyresvikt

- Kronisk neurologisk sykdom eller skade, spesielt personer med nedsatt lungekapasitet
- Nedsatt immunforsvar
- Svært alvorlig fedme (KMI over 40)
- Annen alvorlig og/eller kronisk sykdom der influensa utgjør en alvorlig helserisiko, etter individuell vurdering av lege

I tillegg anbefales influensavaksine til følgende grupper, primært for å beskytte andre (indirekte beskyttelse):

- Helsepersonell som har pasientkontakt
- Husstandskontakter til personer med nedsatt immunforsvar
- Svinerøktere og andre som har regelmessig kontakt med levende griser

#### 5.2.4 Pneumokokkvaksinasjon

Ansvar for pneumokokkvaksinasjon til personer som har fjernet milten og andre risikoutsatte personer ligger hos fastlegen.

Grupper en anbefaler å vaksinere:

- Anatomisk eller funksjonell miltmangel
- Cerebrospinalvæskelekkasje
- Hivinfeksjon/AIDS
- B-cellesvikt
- Benmargstransplantasjon
- Hematologisk kreft (leukemi, lymfom og myelomatose)
- Organtransplantasjon
- Cochleaimplantat
- Alder  $\geq 65$  år

Individuell vurdering for behov for vaksinasjon kan gis til personer med:

- Kronisk leversykdom
- Primær eller medfødt immunsviktilstand (unntatt B-cellesvikt)
- Kreft (unntatt hematologisk)
- Kronisk nyresykdom
- Hjemløse og rusmisbrukere
- Iatrogen immunsuppresjon (unntatt ved organtransplantasjon)
- Diabetes mellitus

- Cøliaki
- Nedsatt ventilasjonskapasitet
- Kronisk lungesykdom
- Kronisk hjertesykdom
- Tidligere gjennomgått pneumokokkpneumoni eller IPD
- Alkoholisme
- Røyking
- Yrkesutøvelse med økt risiko (laboratoriepersonell og sveisere)

### 5.2.5 Vaksinasjon av kommunalt ansatte utsatt for smitterisiko

Dette gjelder i hovedsak ansatte som utsettes for smitterisiko.

Ansatte som skal tilbys vaksiner er:

- Personell tilknyttet vann og avløp
- Helsesøster
- Lege
- Helsesekretær
- Annet helsepersonell

### 5.2.6 Tetanusvaksinasjon ved sårskader

Tetanus ved sårskader gjennomføres etter anbefalt tetanusimmunisering fra Folkehelseinstituttet, som finnes i Smittevernveilederen.

Utføres av fastleger/allmennleger og legevakt ved akutte hendelser.

## 5.3 Tuberkulosekontrollprogram

Gjennomføring av effektiv tuberkulosekontroll forutsetter at mange ledd i helsetjenesten medvirker og samarbeider, og både kommuner og statlige virksomheter har viktige roller her.

Ansvar for utførelsen av tuberkulosearbeidet i kommunen er tillagt smittevernlegen. Det forebyggende arbeidet utføres i praksis av helsesøstertjenesten og legetjenesten.

Oppfølging av tuberkulosetilfeller, herunder miljøundersøkelser (smitteoppsporing), blir ivaretatt av helsesøster i samarbeid med smittevernlegen.

### 5.3.1 Tuberkulosekontroll av flyktninger, asylsøkere og innvandrere

Alle utlendinger som skal oppholde seg mer enn tre måneder i landet, og som kommer fra land med høy forekomst av tuberkulose, skal innkalles til tuberkulosekontroll. Se på til enhver tid oppdatert flytskjema på [fhi.no](http://fhi.no).

Prinsippet for kontroll anvendes også overfor norskfødte personer som har hatt mer enn tre måneder opphold/tjeneste i land med høy tuberkuloseforekomst. Dette gjelder uansett alder, også adoptivbarn. Ansvar for det praktiske arbeidet i forbindelse med slik tuberkulosekontroll ligger hos smittevernlegen i samarbeid med helsesøster.



### 5.3.2 Tuberkuloseundersøkelse av personell i helse- og sosialtjenesten, barnehager og skoler

Det er viktig at tuberkulose hos helsepersonell og lærere oppdages raskest mulig. Personer som har oppholdt seg i minst tre måneder i land med høy forekomst av tuberkulose, og skal tiltre eller gjeninntre i stillinger i helse- og sosialtjenesten, som lærere eller i andre stillinger knyttet til barneomsorg, har plikt til å gjennomgå tuberkuloseundersøkelse. Det samme gjelder alle ansatte i helse- og sosialtjenesten som har kontakt med pasienter, og personer under opplæring eller hospitering.

Arbeidsgiver har ansvar for at dette blir fulgt opp. Skolen eller institusjonens ledelse har plikt til å påse at forhåndsundersøkelse er gjennomført før tiltredelse og at ingen settes i arbeid uten at kontrollen har vist tilfredsstillende resultat. Alle nyansatte i kommunen og studenter, skal ha informasjon om krav om tuberkulintest.

Skjema tuberkulose skal benyttes ved ansettelse.

### 5.3.3 Tuberkulosekontroll ved mistenkt smitte, herunder smitteoppsporing

Når det oppdages tuberkulosetilfeller eller nysmittede, skal det utføres miljøundersøkelse. Formålet med dette er tidlig-diagnostikk, slik at syke kan komme under behandling og smittespredning blir redusert raskest mulig. Miljøundersøkelse (smitteoppsporing) er en plikt både etter smittevernloven og forskrift om tuberkulosekontroll.

Miljøundersøkelse har to siktemål:

- Enten leting etter smittekilde til en eller flere nysmittede personer
- Eller leting etter nysmittede i omgivelsene til en smitteførende pasient.

Det er kommunehelsetjenesten som har ansvar for å gjennomføre miljøundersøkelse rundt personer med tuberkulose. Smittevernlegen har det formelle ansvaret, og arbeidet gjennomføres i samarbeid med helsesøstertjenesten.

Melding om iverksatt behandling av tuberkulose sendes fra den som iverksetter behandlingen til kommunens smittevernlegen. Grad av smittefare blir vurdert av kommunelegen i samarbeid med lungepoliklinikken, før en smitteoppsporing settes i gang. En vellykket smitteoppsporing er avhengig av gode samarbeidsrutiner mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten.

### 5.3.4 Tuberkulintesting og vaksinasjon av barn

Alle nyfødte av foreldre fra land med høy forekomst av tuberkulose får tilbud om BCG-vaksine, som foretas på helsestasjonen etter at barnet er 6 uker.

### 5.3.5 Oppfølging av pasienter på medikamentell behandling

Etter forskrift om tuberkulose stilles det krav om direkte observert behandling (DOT= directly observed treatment). Dette er innført for å sikre at pasienter blir helbredet og for å hindre resistensutvikling.

Direkte observert behandling skal utføres av opptrent personell, jfr. Veileder om smittevern 7, Forebygging og kontroll av tuberkulose kap. 9.2 utgitt av Folkehelseinstituttet.

Spesialist i lungemedisin eller infeksjonsmedisin eller pediater har ansvar for igangsetting av tuberkulosebehandling og valg av behandlingsregime.

Tuberkulosekoordinator skal så snart diagnosen er stilt, innkalle til et møte med pasienten, behandelende spesialist, kommunehelsetjenesten, evt. tolk og pasientens familiemedlemmer, slik at hele behandlingsperioden kan planlegges. Fra kommunehelsetjenesten møter kommunelegen, ledende helsesøster eller en annen person utpekt av kommunelegen.

Kommunelegen har ansvar for:

- At pasienten får sine medikamenter til avtalt tid enten hjemme, på helsesenter eller liknende.
- Å gi nødvendig opplæring til de som skal ha den daglige oppfølging av direkte observert behandling.

For nærmere om behandlingsplan henvises til Veileder fra Folkehelseinstituttet om forebygging og kontroll av tuberkulose.

## 5.4 Diagnostikk og behandling av allmennfarlig smittsom sykdom

Med allmennfarlig smittsom sykdom menes sykdom som er særlig smittsom, eller som kan opptre hyppig, har høy dødelighet eller kan gi alvorlige eller varige skader (smittevernloven § 1-3).

Enhver lege som får mistanke om eller diagnostiserer en slik sykdom har plikt til å behandle den på en forsvarlig måte og melde til kommunelege/folkehelseinstituttet etter nærmere angitte kriterier. Ved behov skal smittevernlegen bistå i oppfølgingen av sykdom, spesielt der det er nødvendig med miljøtiltak.

Smittevernlegen samarbeider med aktuelle instanser ut fra type sykdom og behov for tiltak. Aktuelle instanser er spesialisthelsetjenesten, mikrobiologisk laboratorium, mattilsyn, folkehelseinstituttet, teknisk avdeling og andre.

### 5.4.1 Meldesystem for infeksjonssykdommer

Sykdommene er gruppert i gruppe A-C, hvorav A og B meldes på enkeltpersoner.

Smittsomme sykdommer i gruppe A er sykdommer som det er nødvendig å overvåke med detaljerte opplysninger om hvert tilfelle. Det er sykdommer som forebygges gjennom Barnevaksinasjonsprogrammet, næringsmiddelbårne sykdommer, sykdommer som kan overføres fra dyr (zoonoser), virushepatitter, importsykdommer, alvorlige systemiske sykdommer, sykdommer forårsaket av visse resistente bakterier og alvorlige miljøsykdommer.

Smittsomme sykdommer i gruppe B er de seksuelt overførbare sykdommene gonorré, hiv-infeksjon og syfilis.

Smittsomme sykdommer i gruppe C er sykdommer der det er nødvendig med oversikt over situasjonen, der det ikke er nødvendig med registrering av detaljerte opplysninger om enkelttilfeller.

Oppdatert liste finnes på fhi.no.

### 5.4.2 Hvem har ansvar for å melde, hvordan og til hvem meldes /varsles?

Alle **leger** som får mistanke om sykdom i gruppe A eller B har **meldeplikt** til kommunelegen i oppholdskommunen (og også evt. hjemstedskommunen hvis det er en annen) og Folkehelseinstituttet. Ved mistenkt tuberkulose skal det også meldes til tuberkulosekoordinator. Dette gjøres på **MSIS-skjema**.

### 5.4.3 Varslingsplikt

For noen sykdommer i gruppe A og B er det, i tillegg til skriftlig melding, **varslingsplikt**. Dette fordi nødvendige smitteverntiltak umiddelbart kan iverksettes for å forebygge flere tilfeller.

Smittsom sykdom kan meldes til MSIS på mistanke ut ifra klinikk. Prøve av pasient blir sent til mikrobiologisk laboratorium. Legen fyller da ut skjemaet og sender det til aktuelle instanser som beskrevet på skjemaet.

**Fire typer utbrudd** skal varsles til kommunelegen og deretter til fylkesmannen og folkehelseinstitutt:

- Utbrudd av de sykdommer som er meldingspliktige til MSIS, jf. § 1-2,
- Utbrudd av særlig 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.

Lovverket inneholder også meldings/varslingsrutiner for laboratorier, sykehus/spesialisthelsetjenester.

Med **varsling** menes en umiddelbart formidlet beskjed **om visse enkelttilfeller eller utbrudd** av smittsom sykdom på en slik måte at varsleren umiddelbart kan forvise seg om at mottakeren har mottatt varslet. Dersom en ikke får varslet smittevernlege (kommunelege) eller stedfortreder, skal Folkehelseinstituttet varsles direkte:

- Vakttelefon Folkehelseinstituttet: 22 04 23 48
- Smittevernlege i kommunen: 35 94 25 50

## 5.5 Tiltak for å motvirke antibiotikaresistens

### 5.5.1 MRSA anbefalinger

Gule stafylokokker (*Staphylococcus aureus*) er bakterier som er vanlig å finne hos mennesker. Mellom 20 % og 40 % av befolkningen kan være langvarige bærere av bakteriene og de fleste av oss kommer i kontakt med gule stafylokokker i løpet av livet. Hos friske personer gir bakteriene sjelden sykdom, men på helseinstitusjoner er *S. aureus* en av bakterietypene som oftest påvises som årsak til infeksjon. De aller fleste stafylokokkinfeksjoner oppstår i form av overfladiske infeksjoner i hud og slimhinner, men bakteriene kan også gi alvorlige infeksjoner i indre organer.

Meticillinresistente *Staphylococcus aureus* (MRSA) er gule stafylokokker som er resistente mot betalaktamantibiotika og kan være resistente også mot andre typer antibiotika. MRSA skiller seg ikke fra betalaktam-følsomme gule stafylokokker når det gjelder evne til å gi sykdom, men resistensen vanskeliggjør behandlingen. Dersom MRSA blir vanlig på helseinstitusjoner kan behandlingen av stafylokokkinfeksjoner bli mindre effektiv og betydelig dyrere. Økt forekomst av MRSA vil tvinge frem en endring i bruken av antibiotika. En endring som ytterligere kan øke forekomsten av resistens hos bakterier, både hos gule stafylokokker og hos andre typer bakterier.

Det er utarbeidet nasjonale anbefalinger for å forebygge infeksjoner med Meticillinresistente *Staphylococcus Aureus* i sykehus og sykehjem.

Spesielt for helsepersonell er at de har plikt til å la seg undersøke hos fastlege hvis de i løpet av de siste 12 måneder har vært behandlet eller arbeidet ved helseinstitusjon i utlandet, selv har vært smittet eller har vært i kontakt med smittende. Dette må gjøres før en gjenopptar sitt arbeid ved en helseinstitusjon i Norge. Helseerklæring vedrørende MRSA ved ansettelse innen helsetjenesten skal benyttes.

## 6. Spesielle sykdomsutbrudd

### 6.1 Drikkevann

Infeksjoner som smitter via drikkevann kan medføre store og alvorlige sykdomsutbrudd der svært mange blir syke over kort tid. Dette vil oftest være mage-tarminfeksjoner som campylobacter, salmonella, hepatitt A, Giradia, og ulike virusinfeksjoner. Forebyggende tiltak og rask reaksjon ved mistanke om svikt i vannkildens hygieniske barrierer er særdeles viktig.

#### 6.1.1 Vannverkens varslingsplikt

Kommunens vannverk har varslingsplikt overfor tilsynsmyndighetene ved overskridelser av grenseverdien satt i forskriften. Vannkvaliteten overvåkes daglig og uttak av vannprøver til mikrobiologisk undersøkelse utføres hver 14.dag. Tilsynsmyndighetene får gjennom prøveresultatene god oversikt over status og utvikling av vannkvaliteten.

Arbeidet med oppklaring av vannbåren sykdom ledes av mattilsynet eller smittevernlegen i samarbeid med vannverkseier og analyserende laboratorium.

#### 6.1.2 Varsling og tiltak ved mistanke om utbrudd av vannbåren sykdom

1. Dersom mattilsynet er første meldeinstans, varsler tilsynet straks smittevernlegen. Omvendt varsler smittevernlegen straks mattilsynet når denne er første meldeinstans. Videre varsles smittevernlegen, evt. legevakt, sykehus mfl. etter vurdering.
2. Det er viktig at første meldeinstans får de opplysninger som er nødvendig for å karakterisere et eventuelt utbrudd; hva som skjedde, når og hvor det skjedde, og hvem som ble rammet.
3. Mattilsynet kontakter samarbeidende laboratorium for å få støtte i oppklaringsarbeidet. Det vurderes fortløpende behov for støtte fra andre aktuelle faginstanser.
4. Mattilsynet reiser ut og sikrer nødvendige prøver der dette er relevant, evt. kan vannverkseier gjøre dette i samråd med tilsynet.
5. Smittevernlegen avgjør, i samråd med mattilsynet, om det på noe trinn i oppklaringsarbeidet er behov for uttak av blodprøver og/eller avføringsprøver. Smittevernlegen vil besørge uttak og innsendelse av de aktuelle prøvene.
6. Ved støtte sykdomsutbrudd informerer smittevernlegen media om den foreliggende situasjon. Ved større sykdomsutbrudd hvor kommunens kriseledelse har tilrådet, vil informasjonshåndteringen ligge på et høyere plan enn hos tilsynsmyndigheten.

### 6.2 Legionella

Kommunen skal:

- Motta meldinger og holde oversikt over innretninger som nevnt i forskrift om tiltak for å hindre overføring av Legionella via aerosol.
- Iverksette nødvendige tiltak, overvåkning og kontroll av slike innretninger
- Gi råd og veiledning til eiere, de som har ansvar for drift av innretninger, planmyndigheter og forurensningsmyndigheter om helsemessige forhold knyttet til risiko for direkte og indirekte overføring av Legionella.

Kommunen kan gi pålegg etter kommunehelsetjenesteloven og smittevernloven

### 6.3 Kommunal beredskap for pandemisk influensa

En mulig beredskapssituasjon for smittevernet, er utbrudd av pandemisk influensa. Dette er en mer omfattende epidemi enn det vi vanligvis er utsatt for fra år til år. Den kan slå ut hele eller deler av det personellet som er nødvendig for å opprettholde helsetjenester og infrastruktur for øvrig. Smittevernplanene vil være et godt grunnlag for beredskap.

Det vises til egen kommunal pandemiplan.

Ved varsling av pandemisk influensa trer den kommunale beredskapsgruppen for avdeling for helse av smittevernlegen, ledende helsesøster, leder pleie og omsorg, leder forebyggende tjenester og helsesjefen sammen, og det opprettes kontakt med folkehelseinstituttet.

Helse og omsorgsdepartementet har utarbeidet en Nasjonal beredskapsplan for pandemisk influensa, revidert 16.februar 2006 som også beskriver iverksettelsen av relevante tiltak i de forskjellige fasene av pandemien. Vedlegg nr 5.

Mål for prioritert vaksinasjon i kommunen:

Opprettholde nødvendige samfunnsfunksjoner og funksjoner som sikrer befolkningens liv og helse.

Kommunens prioriterte vaksinasjonsliste: (side 72-73) i Nasjonal beredskapsplan for pandemisk influensa:

- Behandlende helsepersonell
- Helsesjef
- Rådmann
- Teknisk personell (vann/avløp)
- Beredskapskoordinator
- Politi
- IT personell
- Servicekontoret

Den prioriterte kommunale prioriteringslisten fylles ut med navn og sendes Folkehelseinstituttet. Prioriterte grupper i befolkningen (side 72-73) i Nasjonal beredskapsplan for pandemisk influensa:

Personer *med økt risiko* for alvorlig sykdom og komplikasjoner:

- Voksne og barn med alvorlige luftveissykdommer, spesielt de som har nedsatt lungekapasitet
- Voksne og barn med kroniske hjerte/karsykdommer, spesielt de med alvorlig hjertesvikt, lavt minuttvolum eller pulmonal hypertensjon
- Voksne og barn med sykdommer som gir nedsatt infeksjonsresistens
- Beboere på alders- og sykehjem
- Personer som er 65 år eller eldre
- Personer med diabetes mellitus (både type 1 og type 2)
- 2. Barn i alder 6-24 måneder
- 3. Gravide hvis nytten av behandlingen vurderes som større enn den potensielle risikoen for fosteret.

## 6.4 Meningitt

### 6.4.1 Tiltak ved enkelttilfelle eller utbrudd

Ved mistenkt tilfelle av systemisk meningokokksykdom skal tiltak i nærmiljøet umiddelbart vurderes.

Disse tiltakene er:

- **Lete etter koprime tilfeller:**  
Siden 1/3 av assosierte tilfeller er koprime, er det viktig å lete etter disse i pasientens nærmiljø. Dette bør innleggende lege være den første til å tenke på dersom diagnosen er sannsynlig eller klar. Dersom diagnosen stilles senere, må behandlende lege ved sykehuset tilsvarende spørre ut pårørende om detaljer. Etter som koprime tilfeller kommer så fort må de oppspores med en gang primærkasus er mistenkt. Alle med tegn til infeksjonssykdom i pasientens nærmiljø må vurderes nøye med tanke på meningokokksykdom. Så snart diagnosen er fastslått, må kommunelegen kontaktes for å starte leting etter andre i nærmiljøet som kan være begynnende syke. Mest aktuelle grupper å undersøke er (mindreårige) søsken, andre i familien som har vært i nærheten i familietreff i dagene før, lekekamerater, nære venner og til og med eldre slektninger.
- **Informasjon:**  
Når et sikkert eller sannsynlig tilfelle av alvorlig meningokokksykdom er påvist, bør man raskt spre informasjon om dette til pasientens nærmiljø (samme husstand, skoleklasse eller barnehage, nære kontakter ellers og nær familie). Informer pasienten eller pårørende på forhånd om dette. I tillegg skal det lokale helsevesenet (leger, legevaktspersonal) varsles. Dette får å være forberedt på henvendelse og for å kunne yte rask bistand ved eventuelt flere mulige tilfeller. Lokal presse eller andre lokale medier bør benyttes for å spre informasjon. Det bør gis saklig informasjon om symptomer (særlig allmenntilstand og petekkier) og nødvendigheten av å overvåke (også om natten) barn, unge og andre i miljøet som har feber. Folkehelseinstituttets brosjyre om meningokokksykdom kan brukes i slikt informasjonsarbeid.
- **Smittemåte:**  
I de fleste tilfellene skjer smitten fra friske bærere. Overføring skjer ved nærdråpesmitte. Direkte kontakt gjennom dråpesmitte fra nese og hals må til, og det antas at relativt store dråper munnspytt må overføres. Deling av flasker, glass og kyssing kan være viktige smittemekanismer.
- **Inkubasjonstid:**  
2-10 dager, vanligvis 3-4 dager. Sjeldne tilfeller med tilsynelatende lengre inkubasjonstid er rapportert.
- **Andre tiltak:**  
Begrensning av vanlig fysisk aktivitet som skolegymnastikk er ikke nødvendig, men ekstrem fysisk aktivitet som militære utmarsjer frarådes. Det er heller ikke ved enkelttilfeller grunnlag for å fraråde forsamlinger, vanlig sosial omgang, stengning av skoler og barnehager.
- **Utbrudd:**  
Ved utbrudd av større omfang enn enkelttilfeller (to eller flere tilfeller i samme miljø) kan andre tiltak komme på tale. Det kan være aktuelt å unngå store, tette ansamlinger av folk, særlig barn og ungdom i en periode. Videre kan sanering av meningokokkbærerskap med rifampicin, ciprofloksacin eller ofloksacin hos et begrenset antall personer i nærmiljøet rundt kasus (foreldre, søsken, bestevenner osv.) eller bærersanering etter oppsporing av bærere (halsprøver) aktuelt. Dersom mer omfattende tiltak enn de vanlige retningslinjene overveies, bør avgjørelser tas i samråd med folkehelseinstituttet eller infeksjonsmedisiner.

- **Meldings- og varslingsplikt:**  
Meldingspliktig til MSIS, gruppe A-sykdom, i tillegg til varslingsplikt.

## 7. Kommunestyrets vedtak etter smvl 's kap. 4

Når det er nødvendig for å forebygge en allmennfarlig smittsom sykdom eller motvirke at den blir overført, kan kommunestyret vedta:

- a) forbud mot møter, sammenkomster mv.
- b) stenging av virksomheter
- c) stans eller begrensninger i kommunikasjoner
- d) isolering av personer i geografisk avgrensede områder i inntil 7 dager om gangen
- e) pålegg til private eller offentlige om rengjøring, desinfeksjon eller destruksjon av gjenstander eller lokaler, eventuelt avliving av selskapsdyr, utrydding av rotter og andre skadedyr, avlusing eller annen smittesanerering.

Den som har satt i verk tiltaket skal straks oppheve vedtaket eller begrense omfanget når det ikke lenger er nødvendig. I **hastesaker** kan kommunelegen utøve den myndighet kommunestyret har etter denne paragrafen. (Smvl § 4-1).

Ved et alvorlig utbrudd av en allmennfarlig smittsom sykdom kan kommunestyret vedta forholdsregler i forbindelse med gravferd og transport av lik. (Smvl § 4-6).

## 8. Tvang

### 8.1 Tvingen legeundersøkelse

Dersom smittet person med allmennfarlig smittsom sykdom motsetter seg legeundersøkelse, kan det gjøres vedtak om tvingen legeundersøkelse, poliklinisk eller ved kortvarig innleggelse. Vedtaket gjøres av Smittevernemnda etter saksforberedelse av kommunelegen (Smvl § 5-2, § 5-5) som sender saken gjennom fylkeslegen.

### 8.2 Tvingen isolering i sykehus

Dersom en smittet person med allmennfarlig smittsom sykdom motsetter seg nødvendig innleggelse i sykehus med isolering/behandling kan det gjøres vedtak om tvingen isolering. Dette gjøres av Smittevernemnda etter saksforberedelse av kommunelegen, som sender saken gjennom fylkeslegen (Smvl § 5-3 og § 5-5)

## 9. Økonomi

### 9.1. Rett til smittevernhjelp

Rett til hjelp kan ikke nektes med begrunnelse av at det ikke er budsjettdekning når hjelpen er påkrevet og etter lovverket. (Smvl § 6-1)

## 9.2 Budsjett

Smittevernarbeidet er innarbeidet i avdelingens ordinære budsjett. Dersom større hendelser som vil kreve tilstedeværelse av smittevernlegen over tid kompenseres gjennomsnitt av pasientgrunnlaget i perioden.

## 10. Revisjon

Smittevernplanen revideres hvert 4. år FRA 2017. Ansvar for rullering av smittevernplanen er delegert kommunens smittevernlege. Helsesjef kvalitetssikrer at planverket oppdateres innen vedtatt tidsfrist.

## 11. Planansvarlige

Følgende har utarbeidet planen: Smittevernlege Christine Lund Langeland, ledende helsesøster Solveig V. Vestby, leder forebyggende tjenester Heidi Vasdal og helsesjef Øyvind Lovald.



## 12. Vedlegg

- Vedlegg nr. 1      [Smittevernloven](#)
- Vedlegg nr. 2      [Skjema for varsling av utbrudd av smittsom sykdom](#)
- Vedlegg nr. 3      **Helseattest ved ansettelse, Tuberkulose og MRSA**
- Vedlegg nr. 4      [Varslingsplan](#) lokalt helsepersonell