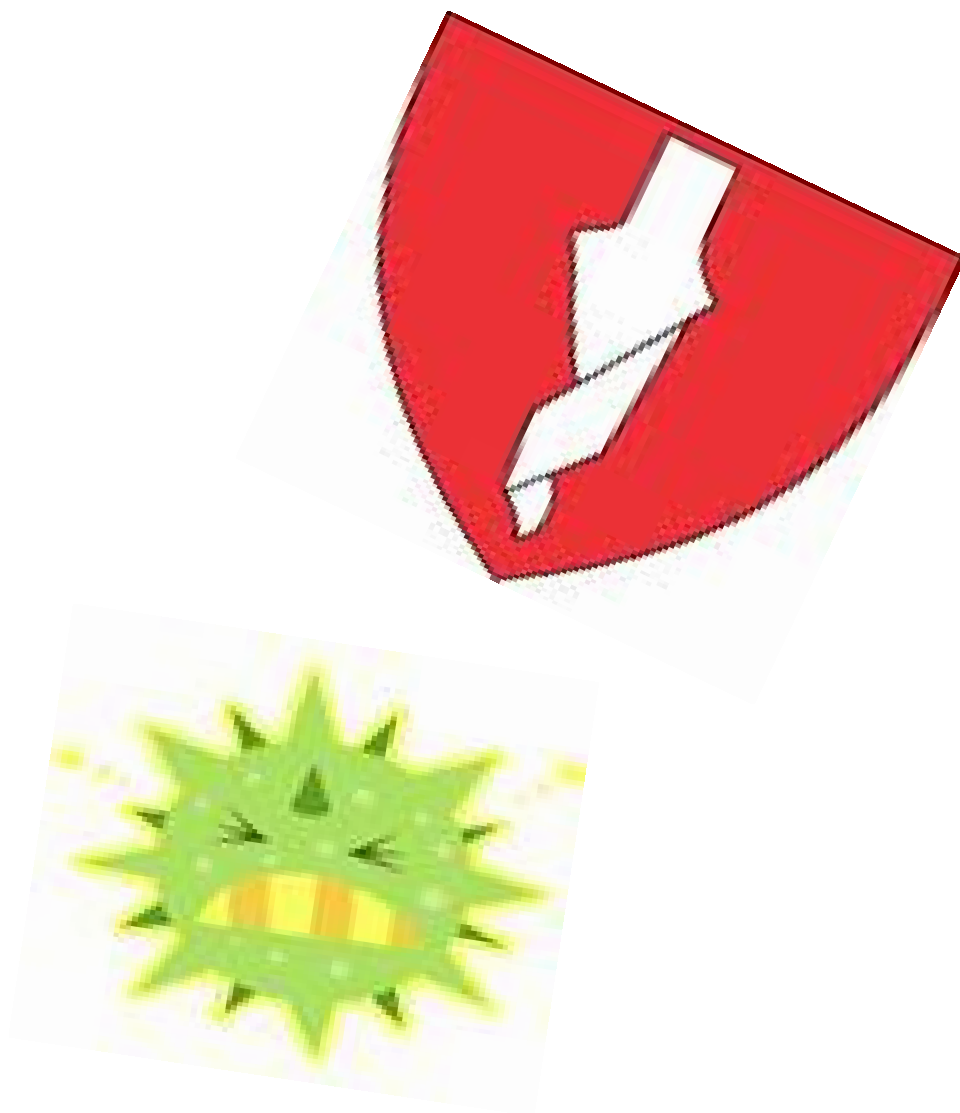

SMITTEVERNPLAN

MELAND KOMMUNE, REVIDERT 2011

KOMMUNEOVERLEGEN I MELAND



Innhold

FORORD.....	5
Kap. 1 - INNLEDNING - PLANFORANKRING	6
Hensikt med planen	6
2 Formelt grunnlag og faglige referanser	6
3 Kommunens oppgaver (plikter og ansvar) i smittevernet; SML §6, §7	7
4 Smittevernlege og dennes ansvar; § 7-2.....	8
5 Sammenheng med annet kommunalt planverk	8
6 Kommunens og helsetjenestens organisering	8
7 Økonomiske rammer	8
8 Kommuneoverlegens oppgaver vedr. revisjon av plan	9
9 Rådmannens fullmakter vedr. revisjon av plan	9
10 Kommunestyrets godkjenning av endringer	9
11 Planens tilgjengelighet og distribusjonsrutiner.....	9
12 Gyldighet av smittevernplanen	10
13 Kommunestørrelse / demografi	10
Kap. 2 - LOKALE FORHOLD	11
14 Risikovurdering – spesielle virksomheter	11
15 Befolkningen	11
16 Epidemiologiske utfordringer.....	11
17 Næringsmidler, avfall, avløpshåndtering.....	11
18 Skadedyrkontroll	12
19 Andre risikoforhold i kommunen med betydning for smittevernet.....	12
20 Kommunehelsetjenesten - ressurser	12
21 Helsestasjon for ungdom	12
22 Interkommunale / statlige etater som berører smittevernarbeidet	12
Kap. 3 - SMITTEVERN I NORMALSITUASJONER	14
23 Helseopplysning	14
24 Meldeplikt og varslingsplikt - leger.....	14
25 Sykepleier / jordmors plikt	14
26 Hva skal varsles?	14
27 Varsling i øvrige situasjoner.....	14
28 Vaksineringsprogram for hepatitt B til særlig smitteutsatte grupper.....	15
29 Reisevaksiner.....	15
30 Vaksinasjon ved sårskader.....	16
31 HIV/AIDS-forebyggende arbeid	16
32 Seksuelt overførte sykdommer - SOS	16
33 Vaksinasjonsprogram	17
34 Mottak av flyktninger	17
35 Smittevern versus miljøretta helsevern.....	17
Kap. 4 - FASTE VAKSINASJONSPROGRAM - BARN.....	18
36 Formål.....	18
37 Bruksområde.....	18
38 Ansvar.....	18
39 Definisjoner	18
40 Dokumentasjon.....	18
41 Komplikasjoner og lette biverknader	19

42	Vaksinasjonsdekning i Meland kommune.....	19
43	Vaksinasjonsprogrammet:	19
Kap. 5 - SMITTEVERN I BEREDSKAPSSITUASJONER		
44	Kartlegging og vurdering – smittevernlegens oppgaver ved mottatt melding	21
45	Tiltak og varsling - smittevernlegens oppgaver	21
46	Smittevernlegens tilgjengelighet – vaktordning.	21
47	Departementets rettigheter (SML §3-8).	22
48	Møteforbud, stengning m.v. (SML §4-1) - hastevedtak	22
49	Forbud mot utførelse av arbeid m.m. (SML §4-2)	22
50	Obduksjon og gravferd (SML §4-5, 4-6).....	23
51	Plikt for helsepersonell til å gjennomgå opplæring mv. (SML §4-9).....	23
52	Tvangstiltak overfor smittede personer (SML §5)	23
53	Beredskapsgruppe for smittevern i Meland kommune.....	24
	Beredskapsgruppa for smittevernet i Meland kommune - sammensetning	24
	Beredskapsgruppa – ledelse / fullmakter.....	24
	Når beredskapsgruppa skal møtes uten opphold:	25
	Beredskapsgruppa sine oppgaver:	25
	Beredskapsgruppa – evaluering og revisjon.....	25
Kap. 6 FOREBYGGING AV SMITTE MED LEGIONELLA		
54	Innledning og utbredelse	26
55	Sentrale referanser	26
56	Viktige utdrag fra forskrift om miljøretta helsevern – kap. 3a.....	27
57	Utbredelse og vekstforhold (sakset fra www.fhi.no).....	27
58	Ansvarsforhold	27
59	Vurdering av lokale forhold i Meland	28
60	Generelle forebyggende tiltak ved virksomheter og privatpersoner	28
61	Kommunehelsetjenestens oppgaver ved påviste tilfeller (jfr FHI).....	28
Kap. 7 PLAN FOR PANDEMISK INFLUENSA		
62	Innledning – oversikt og formål	30
63	Viktigste referanser:	31
64	Hva er pandemi?.....	31
65	Pandemiplan for Meland kommune	32
66	Nasjonale helsemyndigheters rolle	32
67	Viktige samarbeidspartnere for kommunen	33
68	Kommunens hovedoppgaver ved pandemi.....	33
69	Kommunale helsepersonell-ressurser i normalsituasjon	33
70	Estimater på sykkelighet og dødelighet.....	34
71	Vaksinasjon - Innledning.....	35
72	Plan for vaksinasjon i Meland kommune	36
73	Massevaksinasjon av befolkningen i Meland kommune.....	37
74	Gjennomføring av massevaksinasjon; personellbehov.....	37
75	Vaksinasjon av prioriterte grupper	37
76	Erfaringer fra vaksinasjonsopplegget høsten 2009.....	37
77	Praktisk gjennomføring av massevaksinasjon	38
78	Håndtering av døde.....	39
79	Informasjon.....	39
80	Innkvartering / lasaretter.....	39
81	Ulike faser: Ingen syke – forventet pandemi.....	40
82	Ulike faser: Første mistenkte syke i Norge / Hordaland	40

83	Ulike faser: Første mistenkte syke i Meland kommune	40
84	Ulike faser: Første påviste tilfelle.....	41
85	Ulike faser: Økende antall syke i kommunen.....	41
86	Ulike faser: Etablert pandemi – mange syke	41
87	Ulike faser: Svikt i samfunnskritiske funksjoner	42
88	Psykososiale støttefunksjoner	42
89	Rutiner for legekantor: Generelt:	42
90	Rutiner for legekantor: Første mistenkte syke	43
91	Rutiner for legekantor: Første påviste tilfelle.....	43
92	Rutiner for legekantor: Flere syke. Stor pågang av pasienter	43
93	Frekhaug legesenter: Febermottak ved noen få syke.....	44
94	Frekhaug legesenter: Febermottak ved stort antall syke	44
Kap. 6 - PROGRAM FOR TUBERKULOSEKONTROLL		45
95	Innledning – bakgrunn.....	45
96	Noen hovedtrekk i forskrift om tuberkulosekontroll.....	46
97	Definisjoner	47
98	Ansvarsforhold: Generelt – kommunens oppgaver	47
99	Ansvarsforhold: Smittevernlegen sitt ansvar.....	47
100	Ansvarsforhold: Leiande helsesøster sitt ansvar	48
101	Ansvarsforhold: Pleie- og omsorgstjenesten sitt ansvar.....	48
102	Ansvarsforhold: Øvrig helsepersonell sitt ansvar – meldeplikt mv.	49
103	Rutiner for direkte observert behandling.....	49
104	Ansvarsforhold for personer tilmeldt fastlege utenfor hjemkommunen	50
105	Plikt til å gjennomgå tuberkuloseundersøkelse (fra forskriftens §3-1)	50
106	Identifikasjon av risikoindivider / risikogrupper	51
107	Diagnostikk av tuberkulose	52
108	Tiltak ved tilfeller av tuberkulose.....	52
109	Smitteoppsporing.....	53
110	Informasjon.....	53
111	Vaksinasjon	53
112	Spesifikke rutiner og flytdiagrammer	53
VEDLEGG.....		55
MELDEPLIKTIGE SYKDOMMER 2009 – BOKOMMUNE MELAND		55
113	MELDEPLIKTIGE SYKDOMMER 2010 – BOKOMMUNE MELAND.....	56
114	RUTINER MISTENKT SVINEINFLUENZA / FUGLEINFLUENZA	57
115	Kortversjon smittevernplan for Meland kommune	58
116	BEREDSKAPSGRUPPE	59
117	TELEFONLISTE SENTRALE PERSONER / INSTANSER I SMITTEVERNET. 60	

FORORD

Smittevernloven frå 1995 set krav om at alle kommunar skal ha ein smittevernplan. Loven seier at smittevernlegen i kommunen skal leie arbeidet med smittevernplanen. Kommunestyret vedtok den første smittevernplanen i 2003. Det er til no ikkje gjennomført revisjon av planen, men det er utarbeidd tilleggskdokument undervegs for å stette nye lovkrav.

Plan for pandemi er og ein del av smittevernplanen. I samband med svineinfluensapandemien i 2009 vart det laga ein pandemiplan som vart vedtatt av kommunestyret i oktober 2009. Også denne planen er no revidert på bakgrunn av erfaringane frå pandemien og massevaksinasjon i 2009. Pandemiplanen er no inkludert i smittevernplanen.

Smittevernplanen byggjer på smittevernplanen frå 2003. Det er gjort noko tekstlege endringar. Namn på etatar er oppdatert. T.d. er Rikstrygdeverket skifta ut med hhv. NAV og Helfo, Næringsmiddeltilsynet er erstatta med Mattilsynet m.v.

Av lov- og forskriftsendringar som har medført endringar skal særskilt nemnast fagområda tuberkulose og legionella. I revisjonen ligg eit nytt kapittel om legionella. Vidare er det gjort endringar i samansetning og oppgåver for beredskapsgruppa. I ein akuttsituasjon er det viktig at fagfolka får utført naudsynt arbeid, og ikkje blir handlingslamma pga interne og eksterne informasjonsoppgåver. Beredskapsgruppa (oppretta i 2003) har berre trådt saman ein gong i skarp situasjon. Det var i 2006 i samband med det nasjonale E.coli-utbrotet, der det første tilfellet oppsto i Meland. Saka vart i ettertid undersøkt av eit regjeringsoppnemd granskingsutval som innhenta all dokumentasjon på sakshandtering.

I smittevernplanen er tatt med dei punkt som er anbefalt frå sentrale helsestyresmakter. Planen er forsøkt tilpassa situasjonen i Meland kommune. Det gjeld ei rekke smittevernmessige lovkrav til kommunane som ikkje er relevante for Meland (t.d. vedr. flyplassar, havneanlegg). Slikt er utelatt frå planen.

Leiande helsesøster har skreve kapittelet om barnevaksinasjonsprogrammet. Planen elles er skreve av smittevernlegen.

Planen er i første rekke eit fagleg arbeidsdokument, og styringsdokument for administrasjon og helsepersonell. Planen er ikkje ment å vere politisk eller faglig kontroversiell. Då det epidemiologiske bildet kan endre seg raskt, skal planen ikkje bli for detaljert på fagnivå. Planen skal omtale dei større linjer i smittevernarbeidet.

Lovtekst og sentrale rettleiarar ligg berre føre på bokmål. Å tilpasse dette til nynorsk vil vere ei svært stor administrativ oppgåve, og med stor fare for feil og upresise omskrivingar. Planen er derfor i hovudsak skrive på bokmål.

Alle kommunar står fritt til å kopiere delar av planen til eige ikkje-kommersielt bruk. Kjeldetilvisning er ein føresetnad.

Frekhaug, mars 2011
Tord Moltumyr
kommuneoverlege

Kap. 1 - INNLEDNING - PLANFORANKRING

Hensikt med planen

Operativt smittevern er et kommunalt ansvar. Smittevernplanen har som hensikt å være et hjelpemiddel og et redskap i arbeidet for vern mot smittsomme sykdommer i [Meland kommune](#) i fredstid. Planen legger også grunnlag for lokalt smittevern i krigstid, eller ved terroranslag med biologiske virkemidler.

Smittevernplanen skal beskrive generelle prinsipper for kommunalt smittevernarbeid, både i normalsituasjon og i beredskapssituasjoner. Planen skal oppfylle de formelle lovkrav som er satt til kommunen i vernet mot smittsomme sykdommer. Videre skal planen også legge føringer for kommunens virksomhet og prioriteringer i den grad smittevern faglige hensyn berøres.

Mange steder i teksten er det laget hyperkoblinger. Klikk på linken for å komme direkte til aktuell nettside

2 Formelt grunnlag og faglige referanser

Planen er en revisjon av tidligere smittevernplan, godkjent av kommunestyret 18. mars 2003. Denne planen var også kommunens første. Grunnstammen i planen er den samme, men den er noe fornyet med oppdatering av lovverk og endringer i faglige anbefalinger.

Alle kommuner er pålagt å ha en smittevernplan (lovkrav fra 1995). Planen bygger på kravene i smittevernloven med forarbeider og forskrifter. Planen bygger også på faglige anbefalinger som ikke nødvendigvis er nedtegnet i lov eller forskrift. Smittevernloven krever at smittevernlegen skal lede arbeidet med smittevernplanen.

I planen ligger også tiltak og anbefalinger fra kommunehelsetjenesten i Meland. I den grad det er relevant å skille mellom lov- /forskriftskrav og faglige anbefalinger er dette forsøkt gjort.

Mest aktuelle referanser:

- [Lov om vern mot smittsomme sykdommer \(smittevernloven\)](#) av 05.08.1994, nr. 55, jf Ot. prp. nr. 91 (1992-93), Ot. prp. nr. 28 (1993-94) og Innst. 0. nr. 37 (1993-94). Loven trådte i kraft 1/1-1995.
- [Forskrift om tuberkulosekontroll, fra 2009.](#)
- [Lov om helsetjenester i kommunene \(kommunehelsetjenesteloven\).](#) Erstattes i 2011 av ny Helse- og omsorgslov.
- [Forskrift om allmennfarlige smittsomme sykdommer. 1995.01.01 nr 0100](#) . I denne forskriften er listet opp de sykdommer som etter Smittevernloven er å anse som allmennfarlige smittsomme sykdommer; sist endret i 2003.
- [Rundskriv I-3/2008](#): Helse-og Omsorgsdepartementet: ”Om forskrift om miljørettet helsevern – endringer for forebygging av legionellasykdom”. Samt diverse publikasjoner fra Folkehelseinstituttet om legionellasykdom.
- [Smittevernhåndbok for kommunehelsetjenesten ”Smittevern 18”, 2009, med framtidige oppdateringer.](#)
- [Smittevern 17: Utbruddshåndboka 2009](#)
- *Diverse faglige publikasjoner, tilgjengelige på www.fhi.no .*
- Nasjonal beredskapsplan for pandemisk influensa, versjon 3.0, Helse- og Omsorgsdepartementet 2006. www.pandemi.no

- [Smittevern 14 \("Vaksinasjonsboka"\); Folkehelseinstituttet 2006](#), og framtidige oppdateringer.

Når man i denne smittevernplanen bruker begrepet "allmennfarlige smittsomme sykdommer", refererer det til de sykdommer som er nevnt i Forskrift om allmennfarlige sykdommer. Liste over hvilke sykdommer dette innbefatter ligger som vedlegg til denne planen.

Smittevernloven er videre i denne planen forkortet **SML**.

Smittsomme sykdommer er også en trussel mot demokratiet.



Grunnlovens § 68:

*Stortinget sammentræder i Almindelighed den første Søndag i Oktober Maaned hvert Aar i Rigets Hovedstad, medmindre Kongen paa Grund af overordentlige Omstændigheder, saasom fiendtligt Indfald **eller smitsom Syge**, dertil bestemmer en anden Kjøbstad i Riget. Saadan Bestemmelse maa da betimelig bekjendtgjøres.*

3 Kommunens oppgaver (plikter og ansvar) i smittevernet; SML §6, §7

- Som utgangspunkt har alle rett til smittevern hjelp overfor enhver smittsom sykdom.
- Den enkelte vil fra kommunens side ha rett til relevante tjenester og tiltak fra for eksempel allmennlegetjeneste, helsesøstertjeneste, hjemmesykepleie, og også fra andre etater der det er relevant, som f.eks. sosialtjenesten.
Rett til hjelp betyr ikke at hjelpen nødvendigvis er gratis. Men Helfo dekker utgifter til undersøkelse og behandling ved "allmennfarlige smittsomme sykdommer". Hvilke sykdommer dette omfatter er omtalt i *forskrift om allmennfarlige smittsomme sykdommer*. Smitteoppsporing og kommunal oppfølging av smittede og syke er imidlertid en kommunal utgift, gjennom både legetjeneste, helsesøstertjeneste, sosialtjeneste og pleie- og omsorgstjeneste. I Meland har vi i praksis sett dette ved f.eks. tuberkulosebehandlingen der hjemmesykepleien har vært tungt involvert.
- Kommunen skal utføre de oppgaver innen smittevernet som pålegges i SML eller bestemmelser i medhold av loven, herunder
 - skaffe seg oversikt over arten og omfanget av de smittsomme sykdommer som forekommer i kommunen,
 - drive opplysning om smittsomme sykdommer og gi råd og veiledning om hvordan de forebygges,
 - sørge for at individuelt forebyggende tiltak blir satt i verk
 - sørge for at andre tiltak i SML eller kommunehelsetjenesteloven blir satt i verk.

4 Smittevernlege og dennes ansvar; § 7-2

- I henhold til SML skal kommunestyret utpeke en av kommunelegene til å utføre oppgavene innen smittevernet. Det bør også utpekes en stedfortreder.
 - Som smittevernlege i Meland er utpekt kommuneoverlege Tord Moltumyr.
 - Som stedfortreder for smittevernlegen er utpekt ass. kommuneoverlege Grete Wold.
 - Ved behov for ytterligere stedfortredere utpekes av disse av kommunestyret.
- Etter SML har smittevernlegen en noe særskilt stilling i forhold til kommuneadministrasjonen:
- Smittevernlegen handler på direkte delegasjon fra kommunestyret.
 - Smittevernlegen skal utarbeide forslag til ”plan for helsetjenestens arbeid med vern mot smittsomme sykdommer, herunder beredskapsplaner og tiltak” (dvs smittevernplan). Videre heter det i loven at smittevernlegen skal lede og organisere dette arbeidet.
 - Smittevernlegen skal utføre de oppgaver som er angitt i SML.
 - Smittevernlegen har det administrative ansvaret for iverksetting av kommunens vedtak innen smittevern.
 - I de saker hvor smittevernlegen er gitt direkte myndighet i loven, vil han eller hun være selvstendig i forhold til kommunen.

***Smittevern er en kommunal oppgave.
Alle kommuner skal ha smittevernplan og smittevernlege.***

5 Sammenheng med annet kommunalt planverk

- Smittevernplanen er en del av kommunens generelle planverk, spesielt beredskapsplanverket (”den gule permen”).
- Smittevernplanen vil også berøre internkontrollsystemet i helse- og sosialetaten, spesielt innen legetjenesten og helsestasjonsvirksomheten.
- For å unngå at faglige anbefalinger med tiden blir stående i planen selv om de er ”gått ut på dato” er det et poeng at smittevernplanen er av generell karakter. Det er viktig at man skiller smittevernplan fra faglige rutiner/prosedyrer som må endres fortløpende ettersom det epidemiologiske bildet endres og samfunnet får ny kunnskap om smittsomme sykdommer.
- Med unntak av tuberkulose, vil spesifikke anbefalinger angående oppfølging og behandling av konkrete sykdommer derfor kun i liten grad ha berettiget plass i smittevernplanen.
- Det ligger til det aktuelle fagpersonell å utarbeide de spesifikke faglige retningslinjene. Det vises spesielt til prosedyresamlingen for helsestasjonen, samt prosedyrer og kvalitetssystem ved Frekhaug legekantor.
- Meland sjukeheim har en egen smittevernplan for institusjonen.

6 Kommunens og helsetjenestens organisering

Det vises til kommunens organisasjonskart, stillingsomtaler og planverk for øvrig.

7 Økonomiske rammer

De økonomiske rammene for arbeidet med smittevernet er integrert i kommunens ordinære driftsbudsjett, hovedsakelig over budsjettet for kommunalavdeling Helse og Sosial. Smittevernarbeidet vil ofte foregå på tvers av fagavdelingene kommunalavdelingen, men også til en viss grad på tvers av kommunalavdelingene (f.eks. i saker som berører drikkevann eller skoler).

Godkjenning av smittevernplanen får i seg selv ingen direkte økonomiske konsekvenser for Meland kommune. Det ordinære smittevernarbeidet, og smittevernberedskapen som skisseres, forutsettes dekket innen eksisterende rammer og stillingsomtaler.

Dog må ekstrautgifter kunne påregnes ved ulike situasjoner som kan oppstå lokalt lokalt, f.eks. utbrudd av allmennfarlig smittsom sykdom. Ekstrautgifter kan også påløpe ved behov for nødvendige faglige oppdateringer, eller iverksetting av tiltak på bakgrunn av nasjonale eller internasjonale situasjoner (jfr legionella-epidemier i Stavanger og Fredrikstad, eller pandemi).

8 Kommuneoverlegens oppgaver vedr. revisjon av plan

Kommuneoverlegen (eller den han/hun oppnevner) har ansvar for å utarbeide forslag til endringer ved ordinær revisjon av planen. Kommuneoverlegen skal normalt være identisk med smittevernlegen, men kommunen kan velge annen organisering. Forslag til endringer av planen bør foreligge senest 3 måneder før planperiodens utløp. Ny revidert plan skal godkjennes av kommunestyret .

9 Rådmannens fullmakter vedr. revisjon av plan

Ved godkjenning av denne planen gir kommunestyret rådmannen fullmakt til å foreta følgende endringer i planen uten ny kommunestyrebehandling:

- 1) Endringer i adresseliste, navneliste, varslingsplaner m.v. som følge av vedtatte organisatoriske endringer, nyansettelser, nye adresser/telefonnumre m.v.
- 2) Korreksjon av mindre feil (skrivefeil, gal ordbruk, språkling oppdatering m.v.) som ikke har vesentlig betydning for innholdet i planen.
- 3) Faglige endringer etter anbefaling fra kommuneoverlegen eller statlig helsemyndighet når dette har sin bakgrunn i endrede epidemiologiske forhold, endret trusselbilde, eller nye faglige anbefalinger. Endringen(e) skal ikke få vesentlige organisatoriske eller økonomiske konsekvenser for kommunen.
- 4) Mindre endringer nødvendig for tilpasning til nye lover eller forskrifter som angår planens innhold.
- 5) Nødvendige endringer i henvisninger / tilpasninger som følge av revisjon av øvrig kommunalt planverk, internkontrollsystemer eller beredskapsplaner.

10 Kommunestyrets godkjenning av endringer

Endringer som ikke er omtalt under pkt 1.8.2 krever kommunestyrets godkjenning.

***Kommunestyret skal godkjenne smittevernplanen.
Mindre endringer bør kunne gjøres administrativt.
Kommunestyret har ansvar for å sikre tilstrekkelig budsjett til smittevernet.***

11 Planens tilgjengelighet og distribusjonsrutiner

- Smittevernplanen skal være et offentlig dokument, og bør være tilgjengelig på kommunens nettsider.
- Smittevernplanen skal være kjent for, og være lett tilgjengelig, for alt helsepersonell i kommunen, samt alle kommunalsjefer, mellomledere (i andre etater) og politikere.
- Alle fagledere i helse- og sosialetaten har ansvar for at personell under sin ledelse er kjent med de punkter ved smittevernplanen som angår den enkelte avdeling.

12 Gyldighet av smittevernplanen

- Smittevernplanen er gyldig fra og med godkjenningsdato 2011 t.o.m. 31.12.2015.
- Smittevernplanen er ikke gyldig uten godkjenning i kommunestyret.
- Dersom smittevernplanen ikke er revidert innen utløpsdato, gjelder likevel planen inntil ny kommunestyrebehandling.
- Da alle kommuner er pålagt å ha en smittevernplan kan kommunestyret ikke oppheve smittevernplanen, uten å samtidig erstatte den med en ny.

13 Kommunestørrelse / demografi

Kunnskap om bosettingsmønster, alderssammensetning, lokalisering av barnehager og skoler, bedrifter m.v. er viktig i smittevernarbeidet. Disse forhold er omtalt i kommuneplanen, kommunal helse- og omsorgsplan, samt øvrig planverk, og omtales ikke nærmere her.

Smittevernplanen må sees i sammenheng med øvrig planverk innen helse og beredskap.

Kap. 2 - LOKALE FORHOLD

14 Risikovurdering – spesielle virksomheter

- [For Meland sjukeheim](#) er det utarbeidet egen smittevernplan av overlegen ved sjukehjemmet.
- [Nordhordland Folkehøyskole](#) står i en særstilling i forhold til skoler for øvrig. Både matbåren og luftbåren sykdom er aktuelle. De siste åra er det sett utbrudd av kikhoste blant elevene. De fleste elevene er bosatt på skolens internat, med dertil ”tett” bostruktur og relativt lite tilsyn av voksne sammenliknet med hjemmeboende. Ved eventuelle utbrudd av epidemier må situasjonen her overvåkes spesielt nøye, da smittespredningen kan tenkes å være raskere enn ved kommunale og fylkeskommunale skoler for øvrig. Da elevene er bosatt ved skolen er det heller ikke uproblematisk å ”stenge” skolen.
- [Bergen kontaktsenter](#) på Landsvik er en privat drevet institusjon for rehabilitering av personer med rus- og narkotikaproblemer. Klientene på kontaktsenteret er ofte bosatt andre steder i landet og har derved fastlege annet sted. Frekhaug legekantor har både praksis og prosedyrer for å samarbeide med kontaktsenteret vedrørende nødvendig medisinsk oppfølging, kontroll av urinprøver, samt oppfølging av vaksinasjoner (hovedsakelig hepatitt B).
- [Industribedrifter, forretninger, private som yter helsetjenester og øvrige private institusjoner i kommunen](#) forutsettes å selv ta ansvar for å følge aktuelt lovverk innen sine ansvarsområder. Det faller utenfor kommunens oppgave å utarbeide konkrete planer som berører smittevern for slike virksomheter. Kommunehelsetjenesten og smittevernlegen kan likevel være rådgivere og samarbeidspartnere overfor private i smittevern faglige spørsmål, jfr. f.eks. legionella-overvåkning.

Smittevernlegen vil også ha tilsynsfunksjon, samt vedtaksmyndighet i visse situasjoner.

15 Befolkningen

Kommunen er preget av høye fødselstall, høy tilflytting av familier i etableringsfasen, samt pensjonister som ”vender hjem” etter å ha bodd andre steder. Meland kommune er blant de kommuner i landet med prosentvis høyest befolkningsvekst.

Dette stiller spesielle krav til ressurser og kompetanse ved helsestasjon og skolehelsetjeneste, veiledning på vaksinasjon, opplysningsarbeid, samt ”markedsføring” og synliggjøring av kommunens tilbud innen helsetjenester og forebyggende arbeid.

Mottak av flyktninger representerer og smittevern faglige utfordringer.

16 Epidemiologiske utfordringer

Meland kommune skiller seg ikke vesentlig epidemiologisk fra andre kommuner hva angår forekomst av smittsomme sykdommer.

Det er ikke spesielt høy import av sykdommer fra utlandet. Dette kan skyldes en bevisst befolkning, samt lokalt tilgjengelig reisemedisinsk rådgivning og tilbud om vaksinasjon.

17 Næringsmidler, avfall, avløpshåndtering.

- Hovedansvar for kommunens håndtering av avfall, kloakk, drikkevannsforsyning, skadedyrkontroll ligger hos kommunalavdeling for natur, næring og teknikk (NNT).
- Mattilsynet har ansvar for tilsyn med drikkevann i samarbeid med eiere av vannverkene. Svar på vannprøver fra kommunale vannverk sendes NNT, med kopi til smittevernlegen.

- [Mattilsynet](#) utfører kontroll med butikker og utsalgssteder som selger matvarer/næringsmidler der smittefare kan være en problemstilling.
- Legekontorene, Meland sjukeheim og PLOMS skal som en del av sine internkontrollsystemer ha rutiner for håndtering av smittefarlig avfall.

18 Skadedyrkontroll

Omtalt i [rundskriv I-10/2002](#) til Forskrift om skadedyrbekjempelse av 21. desember 2000. Bekjempelse av skadedyr kan kun utføres av personer med godkjent kurs av [Nasjonalt Folkehelseinstitutt](#).

Eier av bruker, innretning m.v. kan selv utføre skadedyrbekjempelse på egen eiendom. Som hovedregel skal naboer varsles.

Kommunen kan pålegge eier eller bruker av bygning, innretning m.v. å iverksette tiltak for å forebygge eller utrydde skadedyr når forekomst av skadedyr tilsier dette.

Når det foreligger overhengende helsefare kan kommunen forby bruk av bygning, innretning m.v. til forholdet er rettet. Kommuneoverlegen kan fatte hastvedtak om umiddelbar skadedyrbekjempelse dersom det er nødvendig for å hindre overhengende helsefare.

19 Andre risikoforhold i kommunen med betydning for smittevernet

Meland kommune er et lite og relativt oversiktlig samfunn.

Kommunehelsetjensten har pr 2011 ingen opplysninger om bedrifter, institusjoner eller befolkningsgrupper som bør overvåkes særskilt med tanke på smittevern.

Smittevern er så mangt. For eksempel er drikkevannskontroll og god renovasjon viktig for å hindre smittespredning.

20 Kommunehelsetjenesten - ressurser

- Kommunen har fastlegeavtale med i alt 7 leger. Fem av legene er p.t. kommunalt tilsatt med arbeidssted rådhuset. To av legene (inkludert stedfortredende smittevernlege) driver privat fastlegepraksis ("[Helsenauestet](#)") på Frekhaug senter; disse har kommunal bistilling. Kommunen har jordmor i 50% stilling. Kommunen har 4 helsesøstre.
- Helsestasjon for barn. Lokalisert i kommunehuset.
- Skolehelsetjeneste. Lokalisert på de ulike skoler, samt ved kommunehuset.
- Meland pleie- og omsorg. Omfatter heimesjukepleie, psykiatrisk sjukepleie og Meland sjukeheim.

21 Helsestasjon for ungdom

Dette har i mange år vært et etablert interkommunalt samarbeid med Lindås kommune. Meland kommune har avvirket samarbeidet fra og med 2011 av innsparingshensyn.

22 Interkommunale / statlige etater som berører smittevernarbeidet

Etater det er aktuelt å samarbeide med om smitteverntiltak:

- [Mattilsynet](#) (erstattet det tidligere Næringsmiddeltilsynet).
- [Nordhordland og Gulen Interkommunale Renovasjonsselskap; NGIR](#).
- [Nordhordland Legevakt](#). Ansvar for legevakt i Meland kommune utenom arbeidstid.
- [Helse Vest](#). Skal etter SML ha utpekt en smittevernansvarlig lege som sammen med smittevernlegen i kommunen har vedtaksmyndighet ved tvangsbehandling.

- [Helse Bergen](#): Haukeland Universitetssykehus og aktuelle poliklinikker.
- [Haraldsplass diakonale sykehus](#) (vårt lokalsykehus for indremedisinske tilstander).
- Teknisk-hygienisk ingeniør (interkommunal stilling primært innen miljøretta helsevern).
- En rekke andre interkommunale samarbeidsorganer vil kunne drøfte og håndtere smittervernsaker; eksempelvis fagrådet for kommuneoverlegene, [Regionrådets helseutvalg m.fl.](#)
- [Fylkesmannens helseavdeling / Helsetilsynet i Hordaland](#).
- [Folkehelseinstituttet](#). Faglig og laboratoriemessig bistand ved utbrudd / smitteoppsporing.
- Private aktører, for eksempel innen laboratorietjenester.

Kap. 3 - SMITTEVERN I NORMALSITUASJONER

23 Helseopplysning

Helseopplysning har som hovedformål å forebygge og redusere omfanget av smittsomme sykdommer i befolkningen. Alt helsepersonell i kommunen bør innenfor sine arbeidsområder og på sine arbeidsteder bidra til informasjon og rådgivning når det er aktuelt. Alt helsepersonell (dvs leger, jordmødre, helsesøstre, helsesekretærer og sykepleiere) som er involvert i individrettet pasientbehandling har et særskilt ansvar for å ha tilstrekkelige kunnskaper om smittevern. Spesielt viktig er meldeplikten om visse smittsomme sykdommer. Informasjon om smittevern kan skje gjennom ulike kanaler; eksempelvis som individrettet informasjon/veiledning, men også gjennom presse, skole, internundervisning og informasjon til spesielle grupper.

24 Meldeplikt og varslingsplikt - leger

En lege som oppdager en person smittet med allmennfarlig smittsom sykdom har varslingsplikt uavhengig av taushetsplikten.

Mistenkt eller bekreftet tilfelle av visse allmennfarlige smittsomme sykdommer (gruppe A) skal meldes muntlig umiddelbart til smittervernlegen i pasientens bo-/oppholdskommune og til smittvernvakta ved FHI. Skriftlig melding skal sendes samme dag.

Ved påvist tilfelle av sykdom i gruppe B (unntatt AIDS) skal skriftlig melding sendes Folkehelsa og smittevernlegen i kommunen der smittede bor.

Ved påvist tilfelle av sykdom i gruppe C skal kun sendes skriftlig melding til Folkehelsa.

En lege skal alltid underrette smittevernlegen ved mistanke om allmennfarlig smittsom sykdom som skyldes miljøsmitte (SML §3-6).

25 Sykepleier / jordmors plikt

En sykepleier eller jordmor som i sin virksomhet oppdager en smittet person har varslingsplikt overfor smittevernlegen. Dersom vedkommende helsepersonell er usikker på om tilstanden er meldepliktig skal vedkommende konferere med smittevernlegen eller pasientens fastlege som igjen kan melde tilfellet til smittevernlegen.

26 Hva skal varsles?

Listen over sykdommer som skal varsles kan bli endret fra sentrale myndigheter.

Denne oversikten er derfor ikke nødvendigvis uttømmende (oppdatert 2010):
botulisme, difteri, diareassosiert hemolytisk uremisk syndrom, enterohemoragisk E. coli (EHEC) - infeksjon, flekktyfus, hemoragisk feber, kolera, kopper, legionellose, meningokokksykdom, meslinger, miltbrann, pest, poliomyelitt, rabies, røde hunder, sars og trikinose.

Utover listen over, skal det også meldes i følgende tilfeller: utbrudd av andre særlig alvorlige sykdommer, utbrudd som mistenkes å være næringsmiddelbårne og særlig omfattende utbrudd.

27 Varsling i øvrige situasjoner

- Utbrudd i helseinstitusjon (i praksis Meland sjukeheim) av smittsom sykdom skal varsles smittevernlegen og Fylkesmannen.

- Leger har varslingsplikt til smittevernlegen, Fylkesmannen og Folkehelseinstituttet ved mistanke om overlagt spredning av smittestoffer.
- Leger har varslingsplikt overfor fylkesmannen og Folkehelseinstituttet ved mistenkt eller påvist smitte fra medisinsk utstyr, kosmetika, legemidler, blod, blodprodukter, vev eller organer.
- Leger har varslingsplikt overfor blodbanken ved opplysninger om at blodgiver har sykdom som kan overføres med blod eller blodprodukter.
- Behandlingsansvarlig lege i helseinstitusjon som finner at en pasient overført fra annen helseinstitusjon skal varsle lege ved den andre institusjonen dersom det er nødvendig av hensyn til smittevernet.

Helsepersonell er underlagt spesielle varslings- og meldeplikter til bl.a. smittevernlegen.

28 Vaksinerer for hepatitt B til særlig smitteutsatte grupper

Helsepersonellet i kommunen, spesielt leger og jordmødre, samt ansatte i NAV kommune bør være oppmerksomme på personer med spesiell risiko for å bli smittet av hepatitt B.

Spesielt nevnes: personer med langvarig omgang med kjente kroniske smittebærere, andre særlig utsatte personer (Folkehelseinstituttet nevner spesielt: stoffmisbrukere, prostituerte, menn som har sex med menn), personer eller barn av personer fra høyendemiske områder i verden, eller personer med visse sykdommer som gjør dem mer utsatt for hepatitt B eller dens konsekvenser. Disse personer vil få dekket vaksinasjon fra Folketrygden. Vaksinen rekvireres av smittevernlegen fra Folkehelsa på statens regning.

For personer som i sitt arbeidsforhold har økt risiko for hepatitt B-smitte skal arbeidsgiver dekke vaksinasjonskostnadene. Meland kommune som arbeidsgiver skal dekke slike kostnader for de av sine ansatte dette er aktuelt for. Dette gjelder i hovedsak helsepersonell som behandler og følger opp hepatitt B sykdom/bærertilstand. For annet personell må en slik vaksinasjon vurderes fortløpende i konkrete tilfeller. Beslutning fattes av smittevernlegen i samråd med aktuelle ledere.

For øvrig skal kommunens helsepersonell følge de til enhver tid gjeldende anbefalinger og rutiner som gjelder for hepatitt B vaksinasjon.

Hepatitt B-vaksine koster over 1000 kroner, men er gratis for visse grupper.

29 Reisevaksiner

Pga det økende kommersielle tilbudet innen reisemedisin har kommunen i hovedsak avvirket dette tilbudet. Fastlegene kan gi likevel bistand og rådgivning til sine pasienter, spesielt overfor pasientgrupper der vaksiner må sees i sammenheng med annen sykdom. Kostnader til reisevaksinasjon må dekkes av den reisende selv.



30 Vaksinasjon ved sårskader

- Legene ved Frekhaug legesenter (inkludert daglegevakten) skal følge de til enhver tid gjeldende anbefalinger fra Folkehelse om vaksinasjon for tetanus (stivkrampe). I tillegg til det ordinære barnevaksinasjonsprogrammet er dette spesielt aktuelt ved sårskader.
- Grunnet økende fare for spredning av difteri i Norge (spesielt gjennom åpne grenser i nordområdene) følger kommunehelsetjenesten pr i dag anbefaling om samtidig vaksinasjon difteri/tetanus ved behov for boosterdose ved sårskader.
- Pga økning av kikhoste, gis fra 2010 tilbud om påfylling av kikhostevaksine samtidig ved sårskader.
- Vaksine mot rabies anbefales etter bitt av flaggermus.

31 HIV/AIDS-forebyggende arbeid

- I Meland pr 2011 er forekomsten av HIV/AIDS nær landsgjennomsnittet. Epidemiologisk sett er situasjonen under kontroll.
- De aktuelle fastleger skal sørge for nødvendig medisinsk oppfølging av HIV-positive og bidra med individuell veiledning om smitteforebyggende tiltak.
- Fastlegene skal bistå med generell informasjon gjennom sitt ordinære arbeid med familieplanlegging og prevensjon, samt abortsøkende kvinner.
- Helsestasjonen har ansvar for informasjon om HIV/AIDS gjennom det ordinære informasjonsopplegget i skolen.
- Gjennom svangerskapsomsorgen gis generell informasjon om HIV og forebyggende tiltak. HIV-test tilbys alle gravide.

32 Seksuelt overførte sykdommer - SOS

- Helsestasjonen har ansvar for å samarbeide med skolene om nødvendig informasjon om seksuelt overførte sykdommer og smitteforebyggende tiltak.
- Ved tilfeller av seksuelt overført sykdom har behandlende lege plikt til, sammen med pasienten, å iverksette nødvendige smittevernforebyggende tiltak og smitteoppsporing. Dersom behandlende lege ikke er i stand til å foreta smitteoppsporing selv, eller smittet person ikke følger den personlige smittevernveiledningen, skal legen, uten hensyn til lovbestemt taushetsplikt, gi underretning til smittevernlegen hvis hensynet til smittevernet krever det (SML §3-6).
- Staten dekker i sin helhet utgifter til legebehandling og medisiner ved mistanke om, eller bekreftet tilfelle av seksuelt overført sykdom.

For de fleste seksuelt overførte sykdommer dekker Staten undersøkelse og behandling hos lege.

33 Vaksinasjonsprogram

Kommunehelsetjenesten skal tilby befolkningen det nasjonale program for vaksiner og immunisering (SML §3-8).

For faste vaksinasjonsprogram, se kap. 4.

For vaksinasjon i beredskapssituasjoner, se kap. 5.

34 Mottak av flyktninger

Kommuneoverlegen skal varsles fra NAV kommune eller administrasjonen i god tid ved mottak av flyktninger til Meland. Meldingen skal, dersom kjent, inneholde antall personer, alder, familieforhold, etnisk opprinnelse, opprinnelsesland og eventuelle transitland.

Kommuneoverlegen skal, i samarbeid med kommunehelsetjenesten for øvrig, lage en plan for å sikre at det hos nyankomne flyktninger blir gjort kartlegging av helsebehov, helsestatus, vaksinasjonsstatus, vaksinasjonsbehov og eventuelle behov for smitteforebyggende tiltak.

Kommunehelsetjenesten har ikke noe eget budsjett for dette arbeidet. Kostnadene for dette arbeidet skal kommunehelsetjenesten, etter regning, få dekket gjennom intern overføring (fra statlige flyktningskudd eller tilsvarende ordning).

For undersøkelse på tuberkulose gjelder egne forskrifter, jfr kapittel 6.

35 Smittevern versus miljøretta helsevern

Smittevernet etter SML vil i noen tilfeller ha grenseflater opp mot miljøretta helsevern og annet lovverk. Det vil også være grenseflater mot kommunens internkontroll og rutiner for øvrig. Som eksempler kan nevnes avløp, skadedyrkontroll, kontroll med

drikkevann/vannmagasiner, forskrifter om miljøretta helsevern i barnehage og skole m.v.

Når det oppstår situasjoner som berører flere fagfelt plikter de ulike kommunale fagavdelinger / etater å etablere nødvendig samarbeid for å avklare ansvarsforhold og å koordinere innsatsen. Kommunen kan utarbeide retningslinjer og prosedyrer for slikt samarbeid.



Kap. 4 - FASTE VAKSINASJONSPROGRAM - BARN

Av Gunnhild Brakstad

36 Formål

- Å førebyggja smittsame sjukdomar i kommunen.
- Hovudmålet med eit vaksinasjonsprogram er aktiv immunisering og gje individuelt vern mot sjukdom for den enkelte vaksinerte utan gjennomgått sjukdom.
- Å redusera sjansene for smittspreiing til uvaksinerte.
- Fortrengja sjukdommen på landsbasis og eventuelt utrydda den.
- Tilstreba ein vaksinasjonsdekning i kommunen nær 100% (statleg målsetjing for vaksinasjonsdekning POL03, DTP52 , HIB01og PNE 02: 95%. MMR: 98 %)

37 Bruksområde

Sjølv om all vaksinasjon er frivillig, har norske born rett til vaksinasjon og få det vern vaksinene i programmet kan gje (jfr Smittevernloven). Alle born i kommunen vert tilbydd vaksinasjon etter det statleg anbefalte vaksinasjonsprogrammet som er utarbeidd for spe- og småbarnsalderen. Vaksinasjonene finn stad på helsestasjonen. Påfyllingsdoser av vaksinene vert gitt i skulealder av skulehelsetenesta.

38 Ansvar

Helsesøster vert rekna som legen sin medhjelpar når ho utfører vaksinasjon i det nasjonale vaksinasjonsprogrammet. Helsestasjonslege, skulelege og leiande helsesøster har ansvar for at prosedyren er fagleg tilfredsstillande. Alle helsesøstrene som arbeider i kommunen har ansvar for praktisk utføring av prosedyren, og for tilfredsstillande dokumentasjon av vaksinene som er gitt.

39 Definisjoner

DTP52	difteri/ tetanus/ pertussis (difteri/ stivkrampe/ kikhoste)
HIB01	haemophilus influenzae type B
POL03	poliomyelitt
KOM06	dei tre over gitt i ein kombinasjonsvaksine.
PKV	pneumokokkvaksine for barn født fra og med 2006, vert gitt tre vaksiner Saman med KOM06
MMR52	measles/ mumps/ rubella (meslinger/ kusma/ røde hunder)
HPV	humant papillonvirus (vaksine mot livmorhalskreft)
BCG	vaksine mot tuberkulose
HEP B	vaksine mot hepatit B

40 Dokumentasjon

- Alle vaksiner vert registrert i SYSVAK (det sentrale vaksinasjonsregister), med tilhørande kodenr. og batchnr.
- Dersom barnet av ulike årsaker ikkje skal vaksinerast, skal dette journalførast.
- Vaksiner som er gitt, vert registrert i helsebok og journal.

41 Komplikasjonar og lette biverknader

I vaksinasjonssamanheng skil ein mellom komplikasjonar og lette biverknadar. Vaksinasjonskomplikasjonar er etter Meldingsforskrifta til Smittevernloven ein nominativ meldingspliktig tilstand (§ 2 –2). Einkvar lege, sjukepleiar, helsesøster eller jordmor som i sin yrkespraksis får mistanke om vaksinekomplikasjon har plikt til å melde dette til MSIS, Folkehelse og Kommunelegen.

42 Vaksinasjonsdekning i Meland kommune

I 2010 var det i Meland kommune født 91 born. Vaksinasjonsdekninga i Meland kommune er omlag 99%. Ein periode med presseoppslag om komplikasjonar vedr. MMR vaksinar, såg helsestasjonen ei viss bekymring og reservasjon mot vaksinen. Ein la då ekstra vekt på informasjon om vaksinen, biverknadar som er reelle og forskning på dette opp mot det som kom fram i media. Vaksinen vart seinare ”friskmeld”, og dette har i ettertid ikkje vore noko problem.



43 Vaksinasjonsprogrammet:

3 md : DTP- IPV- Hib – PKV - 2 stikk
 5 md: DTP- IPV- Hib – PKV - 2 stikk
 12 md: DTP – IPV – Hib – PKV- 2 stikk
 15 mnd : MMR

Meland kommune hadde 2010 rundt 1000 elever i grunnskulen
 Grunna auka tifelle av kikhoste i befolkninga, er vaksinasjonsprogrammet i grunnskulen endra.

Elevane får på ulike klassetrinn påfyllingsdose med følgjande vaksiner:

2. klasse: Difteri, tetanus, kikhoste og polio (DTP-IPV) (frå og med årskullet født i 1998)

6. klasse: MMR

7. klasse: Jenter HPV, totalt 3 doser.

10. klasse: Polio (til og med årskullet født i 1997)

Difteri / tetanus / polio (frå årskullet født i 1998)

0 – 18 år: Hepatitt B-vaksine for barn i risikogrupper.

Mantoux + BCG er tatt ut av det rutinemessige vaksinasjonsprogrammet frå 2010. Folkehelseinstituttet har i 2011 gitt melding om at dei som er uvaksinerte og ønskjer BCG vaksine, skal få det gratis.

Elevane med føresette skal på førehand ha skriftleg informasjon om vaksinen og når vaksinasjon vert gjennomført. I samband med vaksinasjonen i 2. klasse får ein underskrift frå dei føresette om dei ønskjer at elevane skal fullføra vaksinasjon i henhold til statleg vaksinasjonsprogram.

Ein arbeider for å ha ei vaksinasjonsdekning i grunnskulen tilsvarande målsetjinga i barnevaksinasjonsprogrammet. Målet må vera å oppretthalda vaksinasjonsdekninga på 98 – 99 % i grunnskulen. Dei same prosedyrane for dokumentasjon og melding som gjeld for barnevaksinasjonsprogrammet skal følgjast.

***Alle kommuner skal tilby vaksiner i henhold til barnevaksinasjonsprogrammet.
Kostnaden dekkes av kommunen.***



Kap. 5 - SMITTEVERN I BEREDSKAPSSITUASJONER

- "All sykdom kommer av mat og drikke". [Ludvig Holberg](#)

44 Kartlegging og vurdering – smittevernlegens oppgaver ved mottatt melding

Smittevernlegen, eller stedfortreder, skal, i henhold til kap. 3.2, søke å ha oversikt over den epidemiologiske tilstanden i kommunen når det gjelder allmennfarlige smittsomme sykdommer.

Smittevernlegen skal ved mottatt melding vurdere meldingen, dens alvorlighet, troverdighet og hastegrad, samt vurdere behovet for akutte eller mer langsiktige smitteverntiltak.

Smittevernlegen skal initiere og lede det nødvendige lokale kartleggingsarbeid, og etter behov konsultere interne og/eller eksterne faglige ressurser.

45 Tiltak og varsling - smittevernlegens oppgaver

- Smittevernlegen skal utfra en medisinsk-faglig vurdering iverksette nødvendige tiltak innen sitt myndighetsområde, eller komme med anbefalinger om tiltak innen andre sine myndighetsområder.
- Smittevernlegen skal etter behov og situasjon rapportere til kommunens administrative ledelse.
- Smittevernlegen rapporterer, i henhold til sentrale retningslinjer, lover eller forskrifter, tilfeller av sykdom videre til sentrale helsemyndigheter.
- Smittevernlegen vurderer om beredskapsgruppa skal innkalles.
- Smittevernlegen vurderer behovet for innkalling av personell, spesielle målgrupper for tiltak, eventuelt behov for hastevedtak etter SML, samt vurdere behovet for varsling gjennom media.

46 Smittevernlegens tilgjengelighet – vaktordning.

Det eksisterer ingen formell vaktordning for smittevernlegene. Dette er ikke vanlig i Norge, (med unntak av Oslo kommune fra 2010). I dagens situasjon vil det svært sjelden være behov for å kontakte smittevernlege utenom ordinær arbeidstid. Selv i slike situasjoner vil smittevernlegen eller dennes stedfortreder stort sett være å treffe per telefon.

Dersom det i en normal situasjon skulle oppstå et uventet behov for raske smittevern faglige råd, og verken smittevernlegen eller dennes stedfortreder kan nås, kan øvrige av kommunens leger eller legevakt kontaktes. Disse vil imidlertid kun ha rådgivende funksjon og har ikke myndighet som smittevernlege etter SML, som for eksempel å kunne treffe hastevedtak (etter §4).

Skulle et slikt behov uventet oppstå må kommunestyret tre sammen for enten selv å fatte hastevedtak etter SML §4-1 (m.a. stengning av virksomhet), eller peke ut ny smittevernlege som kan fatte vedtak om tvangsbehandling etter §4-2.

Dersom situasjonen skulle tilsi det, for eksempel ved nasjonale eller regionale beredskapssituasjoner, har rådmannen fullmakt til, gjennom politisk godkjenning av denne plan, å på kort varsel etablere en formalisert vaktordning innen smittevernet. En slik ordning skal så snart som mulig i etterkant godkjennes av kommunestyret.

***Loven krever at smittevernlege til enhver tid skal nås.
Hvor vidt det er krav om formell beredskap er juridisk uavklart.***

47 Departementets rettigheter (SML §3-8).

Når det er avgjørende for å motvirke et alvorlig utbrudd av allmennfarlig smittsom sykdom, kan departementet i forskrift fastsette at befolkningen eller deler av den skal ha plikt til å la seg vaksinere.

Ved et alvorlig utbrudd av allmennfarlig smittsom sykdom kan departementet i forskrift bestemme at personer som ikke er vaksinert

- a) Må oppholde seg innenfor bestemte områder.
- b) Skal nektes deltaking i organisert samvær med andre, for eksempel i barnehage, skole, møter eller kommunikasjonsmidler.
- c) Må ta nødvendige forholdsregler etter kommunelegens (smittevernlegens) nærmere bestemmelse.

48 Møteforbud, stengning m.v. (SML §4-1) - hastevedtak

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

- a) Forbud mot møter og sammenkomster eller påbud om andre begrensninger i den sosiale omgangen overalt der mennesker er samlet.
- b) Stenging av virksomheter som samler flere mennesker, som barnehager, skoler, svømmehaller, butikker eller andre bedrifter og arbeidsplasser – eller begrensninger i aktiviteter der.
- c) Stans eller begrensning i kommunikasjoner.
- d) Isolering av personer i geografisk avgrensede områder eller andre begrensninger i deres bevegelsesfrihet i opptil 7 dager av gangen.
- e) Pålegg til private eller offentlige om rengjøring, desinfeksjon eller destruksjon av gjenstander eller lokaler. Pålegget kan også gå ut på avliving av selskapsdyr, utrydding av rotter og andre skadedyr, avlusning eller annen smittesanering.

Statens helsetilsyn kan i visse situasjoner vedta tiltak som nevnt over for hele eller deler av landet.

Ved tiltak som nevnt over, kan kommunestyret sørge for iverksetting dersom den ansvarlige ikke retter seg etter vedtaket. Tiltakene gjennomføres for den ansvarliges regning, kommunen hefter for kravet om vederlag.

Ved tiltak etter bokstav e, kan kommunestyret om nødvendig skade den ansvarliges eiendom. Ved tiltak etter bokstav d og e kan kommunestyret mot vederlag også bruke eller skade andres eiendom. Det er et vilkår at vinningen er vesentlig større enn skaden eller ulempen ved inngrepet.

Tiltak skal straks oppheves eller begrenses når det ikke lenger er nødvendig.

I hastesaker kan smittevernlegen utøve myndighet på vegne av kommunestyret.

49 Forbud mot utførelse av arbeid m.m. (SML §4-2)

En smittet person med allmennfarlig smittsom sykdom som gjennom sitt arbeid eller ved deltakelse i undervisning er en alvorlig fare for overføring av smitte til andre, kan forbys å utføre dette arbeid i opptil 3 uker.

Slikt vedtak gjøres av smittevernlegen sammen med den sykehuslegen som Helse Vest har utpekt til slike vedtak. Helse Vest utpekt 2 leger ved Haukeland sykehus med slik myndighet. Fylkeslegen avgjør klage på vedtak. En klage har ikke utsettende virkning på iverksetting av vedtak.

50 Obduksjon og gravferd (SML §4-5, 4-6)

Smittevernlegen kan i visse tilfeller vedta at en avdød med en allmennfarlig smittsom sykdom skal obduseres.

Ved alvorlig utbrudd av allmennfarlig smittsom sykdom kan kommunestyret vedta forholdsregler i forbindelse med gravferd, herunder at avdøde personer skal kremeres, eller at det skal settes i verk andre spesielle tiltak.

51 Plikt for helsepersonell til å gjennomgå opplæring mv. (SML §4-9)

Kommunestyret kan pålegge helsepersonell i kommunehelsetjenesten å gjennomgå nødvendig opplæring for å kunne delta i smittevernarbeidet.

Kommunestyret kan ved alvorlig utbrudd av en allmennfarlig smittsom sykdom etter vedtak pålegge helsepersonell som har gjennomgått nødvendig opplæring, å delta og utføre nødvendige oppgaver i smittevernarbeidet. Dette inkluderer forebygging eller undersøkelse og behandling av person med smittsom sykdom.

Ved politisk godkjenning av denne planen gis smittevernlege og/eller rådmannen fullmakt til å pålegg som nevnt over, dersom tidshensyn gjør at saken ikke kan legges fram for kommunestyret på forhånd.

Helsepersonell har plikt til å følge pålegg fra Statens helsetilsyn når det gjelder bestemte måter å undersøke og behandle allmennfarlig smittsom sykdom på.

52 Tvangstiltak overfor smittede personer (SML §5)

Dersom en smittet person motsetter seg undersøkelse kan det i visse situasjoner gjøres vedtak om tvungen innleggelse i sykehus til legeundersøkelse og eventuelt kortvarig isolering.

Dette vil svært sjelden være aktuelt. Dette skal være siste utvei og alle forsvarlige frivillige tiltak skal være forsøkt først.

Slike saker innledes ved at smittevernlegen utarbeider forslag til tiltak. Forslaget skal forelegges Fylkeslegen, som omgående skal sende til smittevernnemda.

Smittevernnemda settes sammen etter reglene i [sosialtjenesteloven](#) §6-4.

Hastevedtak om tvangstiltak kan gjøres av kommunens smittevernlege sammen med den sykehuslegen Helse Vest har utpekt til slike oppgaver.

Smittevernloven inneholder detaljerte retningslinjer for framgangsmåten i slike saker.

Ved utbrudd av allmennfarlig smittsom sykdom har kommunestyret og smittevernlegen omfattende fullmakter overfor enkeltpersoner og virksomheter.

Før 2003 kunne ikke Fylkeslegen oppheve kommunale smittevernvedtak.

Fra 2003 er Fylkesmannen klageinstans i smittevernvedtak.

53 Beredskapsgruppe for smittevern i Meland kommune

Beredskapsgruppa for smittevernet i Meland kommune - sammensetning

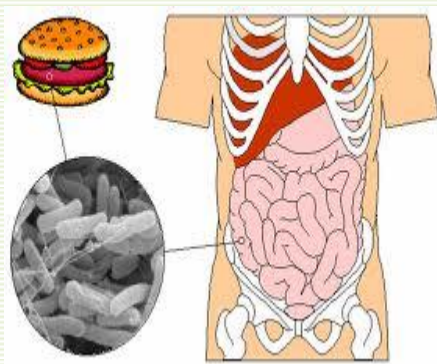
Grunnsammensetning:

- Smittevernlegen (leder).
- Ledende helsesøster.
- Kommunalsjef for helse- og sosiale tjenester (sekretær og loggfører).
- Evt ovenstående sine stedfortredere og/eller nødvendige medhjelpere.
- Rådmannen, eller dennes stedfortreder, har møterett i beredskapsgruppa.

Utviding av beredskapsgruppa:

Mest aktuelle instanser vil være:

- I saker som grenser mot miljøretta helsevern: teknisk-hygienisk ingeniør.
- I saker med stor medieoppmerksomhet (riksdekkende medier m.v.): ordfører.
 - I saker med stort informasjonsbehov til publikum gjennom annonser/internett m.v.: informasjonskonsulent oppnevnt fra rådmannskontoret.
- I saker som vedrører drikkevann: Mattilsynet, kommunalsjef NNT, aktuelle fagfolk/ledere.
- Ved behov kan andre personer innkalles, for eksempel representant for skoleadministrasjonen ved sykdomsutbrudd i skole m.v.
- Representant for psykososialt kriseteam ved uventet dødsfall, eller fare for andre alvorlige kriser.



Den farlige typen *E.coli* (0157) kalles også "hamburgerbakterien".

I 2006 var det et nasjonalt utbrudd av hemolytisk-uremisk syndrom (HUS). I alt 18 personer, hvorav 16 barn, ble syke. Ett av barna døde.

De to første tilfellene av sykdommen oppsto hos barn i Meland og Bremanger, og satte smittevernberedskapen på prøve. Saken ble i ettertid gransket av det [regjeringsoppnevnte E.coli-utvalget](#). Seinere tror man at smitten kom fra sognemor, selv om dette for vårt tilfelle forblir usikkert.

[I 2009 var det et tilfelle av sykdommen i en Barnehage i Masfjorden.](#)

[Ubehandlet har sykdommen en dødelighet på ca 50%.](#) Moderne behandling har redusert dødeligheten til ca 5%. Mange overlevende vil slite med kroniske problemer og nyresvikt.

Avhengig av sak/situasjon kan beredskapsgruppa bestemme at gruppa utvides med relevant personell eller representanter for relevante organ. Personer ansatt i kommunen, inkludert toppledelse, har plikt til deltaking når beredskapsgruppa krever det.

Beredskapsgruppa – ledelse / fullmakter

- Smittevernlegen leder beredskapsgruppa og har ansvar for å kalle inn til møte.
- Beredskapsgruppa er en rådgivende instans overfor kommunen, samt å betrakte som ei arbeidsgruppe i de aktuelle beredskapssituasjoner.
- Beredskapsgruppa har ikke besluttsende myndighet, med mindre dette er særskilt delegert.

Smittevernlegen har dog utøvende myndighet innen rammene av SML eller annen delegasjon.

Når beredskapsgruppa skal møtes uten opphold:

- Ved mistenkt, eller bekreftet tilfelle, av gruppe A sykdom.
- Ved tilfelle av sykdom gruppe B, der sykdommen er av en slik karakter at flere må antas å ha blitt eller lett kan bli smittet, for eksempel legionellose, meningokokksykdom, drikkevannbåren sykdom eller næringsmiddelassosiert sykdom som EHEC.
- Ved utbrudd (flere tilfeller) av sykdommer i gruppe B, der 2 eller flere tilfeller kan antas å ha samme smittekilde.
- Ved enkelttilfeller av allmennfarlig sykdom der særlig grad av årvåkenhet kreves, for eksempel meningokokksykdom hos barn/ungdom i skole/barnehage.

Beredskapsgruppa sine oppgaver:

- Bistå smitteverlegen med arbeidet etter kap. 5.1.2.
- Ha ansvar for å vurdere og iverksette vaksinerings / medisinerings og/eller andre smitteforebyggende tiltak.
- Ha ansvar for nødvendig opplysningsarbeid til aktuelle personer eller befolkningsgrupper.
- Vurdere når smitteverntiltak kan avsluttes.
- Samarbeide med interne eller eksterne fagmiljø der dette er aktuelt.
- Nødvendig informasjon til publikum i samarbeid med kommunens informasjonsansvarlige.
- På kort varsel kunne foreslå justering og tilpassing smittevernplanen opp mot en konkret situasjon.

Beredskapsgruppa – evaluering og revisjon

Beredskapsgruppa skal møtes minst en gang pr år. Smitteverlegen har ansvar for innkalling. Det generelle smittevernarbeidet i kommunen skal da drøftes. Det skal også gjøres en vurdering av behovet for revisjon av smittevernplanen.

***Beredskapsgruppe er ikke lovpålagt, men noe vi har valgt å etablere i Meland.
Hensikten er å ha en operativ faggruppe for spesielle smittevernsituasjoner.
Gruppa kan raskt omdisponere ressurser og personell ved alvorlig smittefare.***

Kap. 6 FOREBYGGING AV SMITTE MED LEGIONELLA

54 Innledning og utbredelse

Legionellose er uttrykk for sykdom forårsaket av bakterien *Legionella pneumophila*. Bakterien og sykdommen er oppkalt etter et utbruddet av hissig lungebetennelse i forbindelse med en konferanse for amerikanske krigsveteraner på et hotell i Philadelphia i 1976. Av 182 syke delegater døde 39. I tillegg ble flere 10-talls tilfeldig forbipasserende syke. Seinere er det kjent at sykdommen smitter via *aerosoler* fra luftkjølesystemer, vannanlegg m.v. En mildere variant av sykdommen, men influensaliknende symptomer, kalles Pontiacfeber, etter et utbrudd i en offentlig bygning i byen Pontiac i Michigan i 1968 (det ble ikke kjent før i 1978 at utbruddet skyldtes legionellabakterien).

Før 2000 var sykdommen regnet for sjelden i Norge. Men etterhvert har det oppstått alvorlige utbrudd i Norge. I Stavanger i 2001 ble 28 personer syke, hvorav 7 døde. Et nytt utbrudd oppsto i Sarpsborg/Fredrikstad i mai 2005, hvor 10 av 103 syke døde. Utbruddet skapte mye frykt, da det tok lang tid å avdekke smitekilden (sannsynlig scrubberanlegget til Borregaard fabrikker). Flere av de syke hadde blitt smittet ved bare å kjøre bil på E6 gjennom fylket, flere kilometer fra smitekilden. I enda et utbrudd i Østfold i 2008 ble 5 personer syke, hvorav 2 døde.

Det har også i perioder vært opphopning av tilfeller i enkeltkommuner, uten at man sikkert har påvist noen felles smitekilde, som i Oslo 2010 (4 tilfeller), Nome kommune 2008 (4 tilfeller), Nedre Eiker kommune 2008 (2 tilfeller). I Meland kommune ble det påvist ett tilfelle av legionellose i 2009. Smittevernlegen og kommunehelsetjenesten foretok dengang omfattende undersøkelser uten å påvise lokal smitekilde.

I Norge har det de siste årene også vært en rekke utbrudd av Pontiacfeber knyttet til anlegg med boblebad og VVS-anlegg; det største i 2006 da 21 fotballspillere på Sunnmøre ble syke etter å ha dusjet i et idrettsanlegg.

Etter utbruddet i 2005 har sentrale helsemyndigheter hatt fokus på legionellaforebyggende arbeid, og 2008 kom det inn et eget kapittel om legionella i forskrift om miljørettet helsevern.

55 Sentrale referanser

- Forskrift om miljørettet helsevern: Kap. 3a. Krav om å hindre spredning i av Legionella via aerosol:
http://www.lovdata.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/usr/www/lovdata/for/sf/ho/to-20030425-0486-004.html&emne=legionella*&&
- FOR 1996-06-13 nr 592: Forskrift for badeanlegg, bassengbad og badstu m.v.
<http://www.lovdata.no/for/sf/ho/xo-19960613-0592.html>
- Vannrapport 115: Forebygging av legionellasmitte – en veiledning
http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft_5583&MainArea_5661=5583:0:15,1134:1:0:0:::0:0&MainLeft_5583=5603:85892::1:5585:1:::0:0
- Det vises og til omfattende og oppdatert informasjon på www.fhi.no
- Teknisk forskrift til plan- og bygningsloven, herunder veiledning til TEK, 4. utgave mars 2007 (Statens bygningstekniske etat).
- [Arbeidsmiljølovens forsvarlighetskrav, jfr § 4-1.](#)

56 Viktige utdrag fra forskrift om miljøretta helsevern – kap. 3a

Forskriften setter krav til å hindre spredning av legionella via aerosol.

§ 11b. Nærmere krav til innretningene

Virksomheter som nevnt i § 11a skal planlegges, bygges, tilrettelegges, drives og avvikles slik at hele innretningen, alle tilhørende prosesser, og direkte og indirekte virkninger av disse, gir tilfredsstillende beskyttelse mot spredning av Legionella via aerosol.

Innretningene skal etterses regelmessig, og det skal på grunnlag av en risikovurdering fastsettes rutiner som sikrer at drift og vedlikehold gir tilfredsstillende vern mot Legionella.

For kjøletårn, luftskrubbere, befuktningsanlegg og innendørs fontener, skal det minst hver måned utføres mikrobiologisk prøvetaking, med mindre det kan dokumenteres at vekst og spredning av Legionella ikke vil kunne forekomme.

0 Tilføyd ved forskrift 7 des 2007 nr. 1372 (i kraft 1 jan 2008).

§ 11c. Meldeplikt til kommunen

Virksomheter med kjøletårn og luftskrubbere skal melde til kommunen ved første gangs oppstart, ved vesentlige utvidelser eller endringer.

0 Tilføyd ved forskrift 7 des 2007 nr. 1372 (i kraft 1 jan 2008).

57 Utbredelse og vekstforhold (sakset fra www.fhi.no)

Legionellabakterier vokser best i biofilm sammen med andre organismer (amøber, alger og andre bakterier) som finnes i vannsystemer. Innretninger som gir betingelser for oppvekst av *Legionella* og som sprer aerosol til omgivelsene, innebærer risiko for legionellasmitte. De viktigste smitekildene er kjøletårn, dusjanlegg og boblebad, men også andre kilder som avgir aerosoler (for eksempel luftskrubbere, sprinkleranlegg, innendørs fontener, høytrykksspylere og befuktningsanlegg) kan spre bakterier. Kjøletårn brukes for å fjerne overskuddsvarme i industrien eller i større bygg som hoteller, helseinstitusjoner, varemagasiner o.l. Aerosoler som inneholder vandrdåper med diameter < 5 µm kan lett nå de nedre luftveier og mindre dråpestørrelser er derfor de farligste med henblikk på legionellose. Legionellabakterier i aerosoler kan fraktes langt fra selve utslippspunktet (flere km) via luften, avhengig av vind og andre klimatiske forhold.

58 Ansvarsforhold

Det er virksomhetene selv som har ansvaret for å sørge for at de driver i henhold til krav i lov og forskrift, herunder at det innføres og utøves rutiner og ettersyn med innretninger som har potensial for smittespredning av sykdom forårsaket av legionellabakterier.

Kommunen er tilsynsmyndighet. I forbindelse med tilsynet kan kommunen gi råd om veiledning om hva som må til for å tilfredsstille regelverket. Kommunenes tilsynsplikt innebærer blant annet at kommunen skal ha oversikt over aktuelle virksomheter, påse at virksomhetene er orientert om hvilke krav som er rettet mot dem, gjennomføre tilsyn etter fastsatt plan og påse at eventuelle avvik blir fulgt opp.

Smittevernlegen har ansvar for tilsynet og tilsynsplan. Tilsyn og tilsynsplaner avgjøres og godkjennes administrativt.

59 Vurdering av lokale forhold i Meland

Kommunehelsetjenesten gjennomførte i 2005 en kartlegging av virksomheter der det kunne tenkes spredning av legionella gjennom aerosol. Det finnes ingen kjøletårn eller scrubbere i kommunen. Mulige smittekilder vil være dusj- og servantanlegg, spesielt som er i periodisk bruk, f.eks. på skoler/idrettsanlegg. To industribedrifter ble fulgt spesielt opp med tilsyn og vannprøver pga magasinerings av vann på en måte som gjør legionellavekst mulig. I samarbeid med kommunehelsetjenesten etablerte begge virksomheter interkontrollsystemer og rutiner som ansees tilfredsstillende. Som skoleeier har Meland kommune etablert rutiner for å redusere faren for smitte gjennom dusj-/servantanlegg.

Smittevernlegen vurderer at det er liten fare for legionellasmitte fra offentlige eller private virksomheter i kommunen. Derimot er faren større for smitte gjennom private anlegg.

60 Generelle forebyggende tiltak ved virksomheter og privatpersoner

Tiltak som f.eks. strømsparing gjennom å senke temperatur på varmtvann og blandevann kan være uheldig. Bruk av vannsystemer som har stått lenge ubrukt medfører også fare, f.eks. høytrykksspylere, hyttedusjer m.v. Likeså anbefales privatpersoner å ha rutiner for desinfeksjon av boblebad, luftfuktere m.v. Konkrete råd til privatpersoner er angitt i FHI's smittevernbok og øvrig informasjon.

Bedrifter og andre som har innretninger der forholdene for legionellavekst og spredning anses å være tilstede skal:

- gjennomføre tekniske tiltak for å fjerne årsak til mikrobiell vekst.
- forebygge mikrobiell vekst ved regelmessig rengjøring og varmebehandling evt desinfeksjon med biocider.
- ha gode skriftlige drifts-, vedlikeholds- og kontrollrutiner.

Behov for prøvetaking er usikkert, og tolkningen av prøvesvar er usikker. Virksomheter som ønsker dette gjennomført anbefales å drøfte dette med smittevernlegen eller annen faglig ekspertise.

Legionella oppstår i VVS-anlegg og vannbaserte kjølesystemer. Sykdommen er livstruende. Temperatur i varmtvannstank bør aldri senkes til under 70 grader. Blandebatterier bør jevnlig gjennomskylles i minst 60 grader.

61 Kommunehelsetjenestens oppgaver ved påviste tilfeller (jfr FHI)

Smitteverlege bør – i samarbeid med miljøteknisk ekspertise – følge opp ethvert tilfelle hvor smitte mest sannsynlig har skjedd i kommunen. Kunstig aerosolspredning fra vannsystemer spiller en viktig rolle i spredning av legionellabakterier. Undersøkelse må derfor kartlegge hvilke slike kilder pasienten har vært eksponert for i inkubasjonstiden (2-10 dager). Aktuelle situasjoner kan være: opphold på hoteller, campingplasser o.l., varmtvannssystem i pasientens egen bolig, bruk av offentlige bad (badeland, boblebad, dusjer), opphold i eller i nærheten av lokaler som har kjøletårn, faste og mobile vaskeanlegg, dusjanlegg, klimaanlegg med luftfukting, innendørs befuktningssystemer og innendørs fontener (kontorer, butikker, shoppingsentre, restauranter o.l.), industriarbeidsplass som kan ha innretninger som kan spre

legionella, opphold på helseinstitusjon / tannlegebesøk. For konkrete prosedyrer vises til FHI's anbefalinger.

Ved flere mistenkte eller påviste tilfeller må muligheten for felleskildeutbrudd vurderes. Pasientens bevegelser siste 10-15 dager før symptomdebut bør kartlegges. FHI kan bistå med epidemiologisk, mikrobiologisk og vannhygienisk ekspertise.

Ved påvisning av legionellabakterier i vannsystemer eller kjøletårn skal rengjøring og desinfeksjon iverksettes. Aktuelle tiltak er varmebehandling eller sjokk-klorering.



Om spanskesyken 1917-1919:

Ved avslutningen av første verdenskrig fantes knapt noe internasjonalt helsesamarbeid.

Folkehelsemyndighetene hadde ingen ide om hvorfor og hvordan mennesker døde; i Norge strøk det med 15.000. Det norske folkehelseinstituttet mener at om en liknende epidemi skulle ramme i dag, vil så mange som 50.000 nordmenn kunne miste livet, til tross for varslingsystemer, medisiner og avansert kunnskap.

Med andre ord: Det bør være en politisk prioritert oppgave å skyve på for et bredere og mer omfattende globalt helsesamarbeid når det gjelder analyse, forebyggig og avtalte tiltak. Dette handler om et av de virkelig globale fellesgodene som stater må gå sammen om å sikre.

Jonas Gahr Støre

Kap. 7 PLAN FOR PANDEMISK INFLUENSA

62 Innledning – oversikt og formål

Alle kommuner er pålagt å ha en beredskapsplan for pandemi. Pandemiplanen må og sees på i sammenheng med kommunens generelle beredskapsplaner. Planen skal gjøre kommunen bedre rustet til å håndteringsene med pandemi.

Utvikling av pandemiplanen i kommunen:

- 2003: Omriss og disposisjon for planen vedtatt i smittevernplanen.
- 2007: Administrativt vedtatt pandemiplan til bruk i øving Hordaland 2007.
- 2009: Godkjent pandemiplan i kommunestyret 28.10.2009, sak 090/09, etter utbruddet av svineinfluensa.
- 2011: Denne revisjonen av pandemiplanen som ledd i revisjon av den generelle smittevernplanen, og etter erfaringer gjort etter svineinfluensapandemien 2009/2010. Sammenlåing av pandemiplan og smittevernplan.

Planen er formet generelt for pandemisituasjoner, og ikke svineinfluensa spesielt. Planen fra 2009 er imidlertid justert noe ut fra erfaringer etter H1N1-epidemien, både lokalt og nasjonalt.

Kommunens arbeid i en pandemisituasjon vil i utgangspunktet følge to hovedlinjer:

- 1) Sikre forsvarlige helse- og sosiale tjenester i en situasjon der mange, både innbyggere og helsepersonell er syke.
- 2) Sikre samfunnskritiske funksjoner ved høyt sykefravær.

Tiltak og ledelsesutfordringer vil være noe forskjellige ved de to hovedlinjene.

De faglige rådene knyttet til pandemiutviklingen endrer seg svært raskt. Deler av pandemiplanen kan derfor på noen punkt raskt bli utdatert eller irrelevant. Både før og under en pandemi vises derfor til www.fhi.no for oppdaterte råd til kommunene og befolkningen.

I en situasjon der mange blir syke, vil kravene til optimal diagnostikk og behandling til hver enkelt borger måtte bli redusert. Målet er likevel å sikre forsvarlige, men ikke nødvendigvis optimale, tjenester. Det kan bli aktuelt å trekke pårørende og frivillige inn i arbeid som normalt ligger til det offentlige. Kommuneansatte må påregne å bli omdisponert til

annet arbeid enn den enkelte til vanlig innehar. Det må i perioder også påregnes utvidet arbeidstid, spesielt for helsepersonell. De normale ledelseslinjer kan bli endret.

Utfallet av en stor epidemi er vanskelig å vurdere. Vi må derfor leve med en viss usikkerhet rundt utviklingen av pandemien. Det er tatt høyde for et verstefallsscenario, som tilsvarer spanskesyken i 1917-1919. Håpet er at vi med god planlegging, god kunnskap, ansvarsfulle medarbeidere og en opplyst befolkning, kan bidra til å begrense skadevirkningene.

Erfaringene i Meland fra høsten 2009 viste at H1N1-infeksjon også her artet seg lunefullt. Vaksinasjon av risikogrupper ble startet i slutten av oktober 2009. I forkant av dette antar vi at noen 10-talls-personer var blitt syke. Noen av disse ble alvorlig syke, og minst 1 tidligere frisk person ville dødd uten moderne intensivbehandling. De fleste fikk imidlertid en nokså alminnelig influensasykdom.

Et effektivt vaksinasjonsprogram vil ha store positive virkninger, redde mange menneskeliv i Norge, og kanskje kunne stanse en fryktet, og mer alvorlig, pandemibølge 2 og 3. Vi kan ikke kontrollere naturen. Men vi skal åpne verktøykassen og ta i bruk de verktøy som trengs for å begrense pandemiens skadevirkninger for hver enkelt av oss.

63 Viktigste referanser:

- [LOV-1994-08-05-55](#) Smittevernloven - Lov om vern mot smittsomme sykdommer. (1994-08-05) (Lovdata)
- [LOV-1982-11-19-66](#) Kommunehelsetjenesteloven - khl. Lov om helsetjenesten i kommunene. (1982-11-19)
- [FOR-1995-01-01-100](#) Forskrift om smittsomme sykdommer. Forskrift om allmennfarlige smittsomme sykdommer. (1995-01-01)
- [LOV-2000-06-23-56](#) Helse- og sosialberedskapsloven - hlsberedskl. Lov om helsemessig og sosial beredskap. (2000-06-23)
- Nasjonal beredskapsplan for pandemisk influensa , versjon 3.0 (www.regjeringen.no).
- www.pandemi.no (link via www.shdir.no)
- Beredskapsperm for Meland kommune ("gul perm").
- Smittevernhandbøkene for kommunehelsetjenesten, [Folkehelseinstituttet](#).
- "Plan for massevaksinasjon mot pandemisk influensa i kommuner"; Folkehelseinstituttet – nov 08.

64 Hva er pandemi?

Pandemi er en stor verdensomspennende epidemi av influensa eller annet virus som store deler av befolkningen mangler immunitet mot. I den vestlige verden regnes pandemi som den mest sannsynlige årsak til akutt krisetilstand. Pandemier opptrer med varierende mellomrom og kan få store konsekvenser helsemessig og økonomisk.

Pandemi kan ramme som en kraftig influensaepidemi, men den kan også være et selvstendig virus som opptrer uavhengig av den vanlige influensaen. Pandemien kan derfor ramme når som helst på året.

Den mest alvorlige pandemien i forrige århundre var [spanskesyken i 1917-1920](#). Spanskesyken hadde totalt langt flere dødsopfre enn første verdenskrig. I Norge døde mellom 10.000 og 15.000 mennesker av spanskesyken. I tillegg til spanskesyken var det ytterligere 3 pandemier på 1900-tallet; Asiasyken 1957-1959, Hong Kong-syken 1968-1970 og Russerinfluensaen i 1977.

65 Pandemiplan for Meland kommune

Det er viktig å være klar over at pandemi *ikke er en utfordring for helsevesenet alene*. Et stort antall syke kan rokke ved samfunnskritiske funksjoner, og vil derfor berøre hele samfunnet. Et stort antall syke, også syke helsearbeidere, vil kreve helt spesifikke tiltak for å sikre vitale samfunnsfunksjoner, samt rett prioritering av offentlige tiltak.

Ved et verste falls scenario må alle ansatte og alle innbyggere være forberedt på at den enkeltes arbeidsoppgavene kan bli fundamentalt endret. En slik situasjon kan også kreve innsats fra personer som ellers ikke deltar i yrkeslivet, som pensjonister, trygdede, studenter o.a.

Etter smittevernloven er det smittevernlegen i kommunen som skal lede arbeidet med smittevernplaner. Smittevernlegen opererer på delegert myndighet direkte fra kommunestyret. Kommunal Kriseleiing (KKL) er involvert i utarbeiding av pandemiplanen, da KKL ansees å ha en sentral rolle i gjennomføringen av tiltak ved pandemi.

Planen bør revideres sammen med smittevernplanen. Pandemiplanen er en del av kommunens smittevernplan, som igjen er en del av kommunens helsemessige- og sosiale beredskap.

Alle kommuner skal ha en pandemiplan som en del av smittevernberedskapen. Meland kommune har erfaring med pandemiarbeid fra Øving Hordaland i 2007 og svineinfluensapandemien i 2009.

66 Nasjonale helsemyndigheters rolle

- [Helse- og Omsorgsdepartementet \(HOD\)](#) har det overordnede ansvar for å håndtere en pandemi i samarbeid med underliggende etater og utøvende helsetjeneste. HOD vil få ansvar som lederdepartement i krisehåndteringen på departementsnivå.
- [Helsedirektoratet \(Hdir\)](#) og [Nasjonalt Folkehelseinstitutt \(FHI\)](#) har viktige roller som myndighets- og fagorganer på sentralt nivå.
- [Pandemikomiteen](#) er en bredt sammensatt rådgivende nasjonal komite for beredskap mot pandemi, utpekt av HOD. Pandemikomiteen utarbeider de nasjonale pandemiplanene, men kan også få en sentral rolle under selve pandemien.
- Sentrale helsemyndigheter avgjør om et pandemivirus gis statusen "*allmennfarlig smittsom sykdom*". En slik status gir kommunestyret og smittevernlegene betydelig utvidede fullmakter, jfr smittevernplanen. Ved slike sykdommer vil også Staten bære alle kostnader til undersøkelse og behandling av pasienter, og egenandeler ved legebesøk opphører. Det kan nevnes at Regjeringen høsten 2009 valgte å *ikke* erklære

H1N1 som en allmennfarlig smittsom sykdom. Øvrige sykdommer som permanent regnes som allmenfarlig smittsom sykdom er uttømmende angitt i forskrift.

67 Viktige samarbeidspartnere for kommunen

- Andre viktige samarbeidspartnere for kommunen vil være: Mattilsynet, Helse Bergen, Diakonissehjemmets sykehus Haraldsplass, Sivildforsvaret, Fylkesmannen, Politiet, Forsvaret, Forsvarsbygg, Nordhordland legevakt, frivillige organisasjoner og private som stiller ressurser/utstyr/bygninger til rådighet.
- Bistand og samarbeid med andre kommuner kan være aktuelt.

68 Kommunens hovedoppgaver ved pandemi

- Sikre de kommunale samfunnskritiske funksjonene, selv ved høyt sykefravær og uvanlig høyt press på tjenestene.
- Sikre at syke får forsvarlige helsetjenester og pleie- og omsorgstjenester. Dette inkluderer diagnostikk, behandling, rett prioritet i.f.t. tjenestebehov, pleie, plass i institusjon/lasarett.
- Vaksinasjon av risikogrupper eller hele befolkningen.
- Sikre forsvarlige sosiale tjenester. Dette inkluderer innkvartering, reint drikkevann, evt utkjøring av mat og medisiner til syke m.v.
- Forsøke å begrense sykdommens utbredelse og forsinke smittespredning.
- Tilrettelegge for størst mulig arbeidsinnsats for helsepersonell og andre i nøkkelfunksjoner (eksempelvis døgnåpen barnehage o.l., samt ved beordring til utvidet tjeneste o.a.)
- Informere befolkningen og andre myndigheter på en korrekt måte.
- Sørge for nødvendig samhandling med andre private og offentlige etater.
- Foreta nødvendige omprioriteringer, spesielt hva angår personell og økonomi.
- Sikre rett prioritering av ressursene og rett fordeling av helsehjelp (om nødvendig stå imot sterke pressgrupper).

En pandemisituasjon vil kreve et tett samarbeid mellom ulike offentlige og private etater. Statlige etater må understøtte kommunenes arbeid.

69 Kommunale helsepersonell-ressurser i normalsituasjon

- a) Leger: 5 kommunalt ansatte leger + 2 privatpraktiserende leger + 1 turnuslege.
- b) Jordmor: En person i halv stilling.
- c) Helsesekretærer: 7 kommunalt ansatte helsesekretærer i 5,0 stilling + 2-3 helsesekretærer ansatt i privat legepraksis.
- d) Helsesøstre: 3 helsesøstre.
- d) Sykepleiere: Flere 10-talls
- e) Annet relevant helsepersonell: Helsepersonell i adm. stillinger, innen psykisk helse, fysioterapeuter, studenter i helsefag m.v.

Det antas at 1 lege og 2 helsesekretærer, muligens med noe utvidet arbeidstid, er tilstrekkelig, for en periode, å drive en forsvarlig basaltjeneste på dagtid for andre behov

enn pandemi. Dette forutsetter streng prioritering, samt reduserte tjenester for visse pasientgrupper (som f.eks. forebyggende helsetjenester, psykoterapi, visse tilbud til kronikere m.v.). Videre forutsettes det at det fra sentralt hold blir lempet på kravene til legenes deltakelse i ymse møter, som ordinær oppfølging av langtids sykemeldte, utfylling av div. legeerklæringer / skjema / dokumentasjonskrav NAV m.v. som ikke har hast. Det kan dermed frigjøres ressurser til pandemi-arbeidet tiltross for oversykelighet blant personalet.

70 Estimerer på sykkelighet og dødelighet

Å beregne sykkelig og dødelig er naturligvis vanskelig, da man i planverket ikke kan vite hvilket virus vi vil ha med å gjøre, eller virusets egenskaper. Imidlertid er det sannsynlig at vi vet en god del om dette før pandemien rammer Norge. Det vil si at vi i ukene før Norge rammes kan oppdatere scenariene.

Hvis vi i Norge skulle rammes av en influensapandemi som tilsvarende spanskesyken regner man med at det vil føre til 1,2 millioner syke i løpet av et halvt år og 13.000 ekstra dødsfall. Men man regner det for sannsynlig at neste pandemi vil ha et mildere forløp.

Hvis vi tar utgangspunkt i Nasjonal Beredskapsplan sine tall og omregner de til Meland kommune vil vi få scenarier som satt opp i tabellen under:

		Mest sannsynlig scenario (tilsv. Hong Kong- /Asiasyken)		Verste scenario (tilsvarende spanskesyken)	
		Hele landet	Meland	Hele landet	Meland
1	smittet 6 mndr	30%	30% (2000 pers.)	50%	50% (3000 pers.)
2	syke 6 mndr	15%	15% (1000 pers.)	25%	25% (1500 pers.)
3	Overdødelighet	0,1-0,4%	6-24 personer	0,4-1,1%	24-66 pers.
4	Syk samtidig (”cluster-effekt”)	4-5%	0-20% (0-1200 pers.)	8%	0-30% (inntil 1800 p.)

Det kan imidlertid skje at man pga lokal smittespredning vil få høyere lokale konsentrasjoner av sykdom. F.eks. kan en større andel av befolkningen i en kommune bli syke, sammenliknet med landet forøvrig. Man må også regne med at dødeligheten vil være lavere i dag med mulighet for moderne intensivbehandling som man ikke hadde under 1. verdenskrig.

På arbeidsplasser:

- På enkelte arbeidsplasser der virus kan spres lett (institusjoner, skoler, barnehager, legekontor etc) må man i verste fall regne med et betydelig samtidig sykefravær, kanskje på 30-50%.
- Selv om ”bare” 30% av de ansatte på en arbeidsplass er syke kan det være tilleggsfravær pga arbeidstakere med syke barn, friske personer (nærkontakter) i karantene, skulk pga smittetryk m.v. I slike situasjoner kan derfor visse tjenester kunne bryte sammen.
- Moderne arbeidsplasser med åpne kontorlandskap vil kunne bidra vesentlig til opphopning av sykdom på arbeidsplassene.

71 Vaksinasjon - Innledning

Det finnes ingen vaksine mot pandemien i det den starter et sted i verden. Dette med mindre man har ”flaks” ved at den ordinære influensavaksinen skulle vise seg å gi en delvis beskyttelse. Det er en viss mulighet for at så kan være tilfelle.

Man regner med at de første vaksinedosene, spesifikt mot pandemiviruset, vil være kommersielt tilgjengelig 4-6 måneder etter at viruset er identifisert. Norge har inngått opsjonsavtale med en legemiddelprodusent om prioritert kjøp av vaksiner for den norske befolkningen. Ved svineinflusapandemien 2009 var Norge blant de første land i Verden som fikk tilgjengelig vaksine. Meland fikk de første 500 dosene ultimo oktober 2009, dvs 6 måneder etter at epidemien oppsto i Mexico, og 4 måneder etter produksjonsstart. Ved førsteforsendelse vil man måtte prioritere hvem som får vaksine først. I utgangspunktet skal smitteeksponert personell i helsetjenesten ha førsteprioritet på vaksine. Dette ut fra en begrunnelse om at helsepersonellet ikke skal være smittespredere, samt at helsetjenesten ikke skal bryte sammen (da helsepersonell er svært utsatt for smitte). Dette vil imidlertid bli endelig bestemt av sentrale helsemyndigheter, også etter en vurdering av hvilke grupper som rammes hardest av viruset.

For nærmere oversikt over prioritet vises til Nasjonal Beredskapsplan s. 10 og s. 74.

***I en pandemisituasjon kan befolkningen oppleve at helsevesenet ikke kan gi optimal behandling slik man ellers er vant til.
Helsepersonell kan bli omdisponert til andre oppgaver enn man har til vanlig.***

72 Plan for vaksinasjon i Meland kommune

Ved knapphet på vaksine, skal de som er i målgruppene for vaksine først få tildelt vaksine. Antallet personer i målgruppene anslås i tabell under. Rækkefølgen på vaksinasjonen må avklares i henhold til strategivalg fra Sentrale helsemyndigheter (Nasj.Plan s. 74).

Prioritet	Målgruppe	Beskrivelse	Antall
1	Smitteeksponert personell i helsetjenesten	Leger, jordmødre, helsesekretær, helsesøster (20) + sykepleiere (30?)	50
2	Personer med økt risiko for komplikasjoner	Dette vet vi ikke. Hvis >65år; ca 700. Hvis barn 6-15 år: Ca 1000	700 -1000?
3	Barn i alder 6-24 mndr		Ca 140
4	Gravide	Til enhver tid gravide	Ca 50
5	Nøkkelpersonell i ledelse og samfunnskritiske funksjoner	Drift- og vedlikehold: 10 Kommunal ledelse: 15 NGIR (Meland's andel?): 5? Brannvern: 10? Ansatte i apotek, politi, dyrehelse, off. transport, friv. organisasj. M.v.: 20?	60?
6	Annet helse- og omsorgspersonell med pasientkontakt	Helsepersonell som ikke har kontakt med pandemisyke.	10?
7	Frivillige pleiere med pasientkontakt	Pårørende, ufaglærte, hjelpeorganisasjoner, Røde Kors m.v.	100?
8	Barn i barnehage og barnehagepersonale	Barnehagebarn ca 450 Personale ca 100?	550
9	Barn i grunnskole + personale i skole/SFO	Skolebarn ca 1000. Antall ansatte ca 150	1150
10	Sjåførere og andre med kundekontakt i kollektivtransport	Buss / taxi m.v. 10?	10?
11	Personell i servicenæring med stor publikumskontakt	Restaurant, butikkmedarbeidere m.v. 30??	30?

- Prioritet og målgruppe er hentet fra Nasjonal plan.
- Beskrivelse og antall er beregnet fra kommuneoverlegen.
- Det vil være overlappende målgrupper; man kan derfor ikke summere tallene uten videre.
- Grovt regnet kan man anta at ca 1/3 av befolkningen vil tilhøre en risikogruppe eller en prioritert gruppe. Ved vaksineknapphet er det derfor nødvendig med prioriteringer innenfor risikogruppene.
- Sannsynligvis vil vaksinebehovet likevel være mindre enn de absolutte tall. Dette fordi mange allerede vil ha vært syke og dermed ha opparbeidet naturlig immunitet.

Fordelingen av vaksine vil være avhengig av hvem som sannsynligvis blir hardest rammet. Kommunen bør følge de til enhver tid nasjonale anbefalinger om prioritering.

73 Massevaksinasjon av befolkningen i Meland kommune

Gitt at det er tilstrekkelig med vaksine til alle vil vaksinasjon bli iverksatt så snart som mulig, i prioritert rekkefølge gitt fra sentrale helsemyndigheter.

Både av hensyn til sikkerhet, samt oppbevaring (kjølevarer) må det vurderes om vaksinene skal ha permanent vakthold, og vaksinasjonene startes så snart som praktisk mulig. Sted for oppbevaring er hemmelig.

Det bør være mulig å vaksinere tilnærmet hele befolkningen i løpet av 1-2 lange arbeidsdager. Flaskehalsen ved en slik massevaksinasjon vil være logistikk, transport, div. fasiliteter etc.

Det er lite trolig at mangel på kvalifisert helsepersonell vil utgjøre noen forsinkelse.

Massevaksinasjon bør gjennomføres på maksimalt 2 steder i kommunen samtidig. Dette av sikkerhetsmessige grunner (bør være lege til stede ved evt anafylaktiske reaksjoner, respirasjonsproblemer m.v.) Hvilken løsning som velges vil avhenge av årstid (kan folk vente utendørs?), hvor mange som allerede har vært syke, hvor mye personell som er tilgjengelig mv.

74 Gjennomføring av massevaksinasjon; personellbehov

Det må antas at en trent vaksinator kan sette inntil 60-80 vaksiner pr time, forutsatt gode forberedelser og 5-10 hjelpepersonell pr vaksinator. Legger man inn pauser og ulike forsinkelseskilder bør 6-10 vaksinatorer (+ 30-80 hjelpepersoner) kunne vaksinere bortimot hele befolkningen i løpet av 10-12 timer. Dette forutsetter en "vaksinasjonsløype" (etter mønster av valgdager), god logistikk og rikelig med hjelpepersonell.

En vaksinasjonsløype vil kunne etableres på kommunehuset. Alternativt sted kan være Meland aktiv eller Meland ungdomsskole. Det kan og vurderes lokaler utenfor kommunen ved en interkommunal vaksinestasjon.

75 Vaksinasjon av prioriterte grupper

Dette kan med fordel foregå på den aktuelle arbeidsplass / oppholdsplass. Dette vil gi økt sikkerhet for å "få med alle", samt unngå "snikere".

76 Erfaringer fra vaksinasjonsopplegget høsten 2009

[Kommunen gjorde seg erfaringer fra massevaksinasjonsopplegget høsten 2009 \(ppt-presentasjon\)](#). Vaksinen kom i forsyninger på 500 +500 +1000 +1000 m.v. med 1-2 ukers mellomrom. Vaksinene ble ikke distribuert på samme tid til kommunene, og mange mindre kommuner (eks. Fedje og Modalen) fikk også 500 doser i første forsyning. Dette gjorde at prioriteringene ble forskjellig fra kommune til kommune, og medførte spørsmål og protester fra publikum og medier. Kommunen fulgte til enhver tid de prioriteringsråd som ble gitt fra FHI og Helsedirektoratet.

Erfaringene fra kommunens vaksinasjonsopplegg var at personellmangel ikke synes å være en kritisk faktor. Vaksinasjonene ble gjennomført aktuelle dager fra ca kl 12 og fram til lageret var tomt, om nødvendig fram til kl 19. Vaksinene ble gjennomført på Frekhaug legesenter, med tilnærmet alt personell ved Frekhaug legesenter og Frekhaug helsestasjon innkalt. To vaksinasjonsteam krevde en stab på ca 15 personer. For at vaksineprodusenten skulle overholde kort produksjonstid måtte vaksinen og oppløsning blandes på stedet, hvilket krevde 2-3 personer. På det travleste var ble nærmere 150 personer vaksinert pr time. Ventetiden på vaksine var sjelden mer enn 1 time. *Flaskehalsen var betalingskøen*. Den gamle brannstasjonen ble tatt i bruk som venterom og varmestue. Dersom betaling ordnes på annen måte enn på stedet vil vaksinasjonene kunne gjennomføres raskere.

Det kom tilbud om ekstra mannskap både internt i kommunen, og fra sivilforsvaret, men dette ble ikke benyttet. Smittevernlegen hadde ansvar for publikumsinformasjon. Nettsidene ble oppdatert to ganger daglig på det travleste.

Fordelen med å holde vaksinasjonene på et stort legesenter er åpenbare. Man har både utstyr, laboratorium, pasientjournaler, teknisk utstyr, akuttmedisinsk utstyr, betalingsterminaler og nødvendig infrastruktur/lederfunksjoner på plass.

Erfaringene fra massevaksinasjonen i 2009 tilsier at man ved samme organisering og lokalisering kan vaksinere 1500-2000 personer i løpet av en 12-times arbeidsdag. Vinterstid vil det likevel være en fordel å få bistand fra Sivilforsvaret/Røde Kurs el.a. i form av varmetelt m.v. Ved behov for å vaksinere flere enn 1500-2000 på ett døgn må eksterne lokaler benyttes. Dette krever imidlertid mye flytting av utstyr og tilrigging på stedet. Tiden dette vil ta må veies opp mot "å bare sette i gang" i de lokaler man umiddelbart kan ta i bruk.

77 Praktisk gjennomføring av massevaksinasjon

Ansvarlig leder for gjennomføring, prioritert rekkefølge:

- 1) Smittevernlege Tord Moltumyr
- 2) Ass. smittevernlege Grete Wold
- 3) Annen utpekt smittevernlege
- 4) Rådmannen (eller stedfortreder eller kommunalsjef h/s) i samarbeid med annen lege i kommunen.

Scenarier

Ulike scenarier for vaksinasjon er mulig. Dette må vurderes konkret i den enkelte situasjon.

Under er skissert noen scenarier:

- 1) Grupper færre enn 1000-2000 pr dag: bruke ordinært personell (leger, helsesøstre, helsesekretærer); erfaring fra tidligere influensavaksinasjon. Bruk av overtid, utvidet arbeidstid og utvidet åpningstid. Ekstrahjelpere tas inn ved behov.
Sted: Kommunehuset/Frekhaug legesenter.
- 2) Grupper 1500-6000: Vurdere løsning (1) eller løsning (3) avhengig av situasjon og hastegrad.
- 3) Hele befolkningen, men over lang tid (f.eks. ved vaksine tilgjengelig i god tid før utbrudd i Norge): Ett vaksinasjonsteam med som opererer fast f.eks. kl 12-19 mand-torsd gjennom ca en måned. Dette kan foregå i en del av lokaler på legesenteret, dels parallellt med annen drift.
- 4) Hele befolkningen på kortest mulig tid: >6000: Eksternt lokale (eks. Meland aktiv, Meland ungdomsskole).
Personellbehov:
 - Minst 6 vaksinatører, hvorav 5 jobber kontinuerlig. (200 doser pr time).
 - Minst 25 medhjelpere. I hovedsak helsepersonell fra helsetjenesten og ploms.
 - 2 leger
 - Støtteteam på rådhuset (KKL?) som fungerer som ekstern støttefunksjon for å unngå avbrudd i vaksinasjonene. Oppgaver: alt mellom å sørge for kaffeservering, bestille pizza, skaffe utstyr som mangler (evt hente forsendelser), kontakt med Fylkesmann og sentrale myndigheter, sikre transportbehov, kalle inn ekstra personell, sikre nødvendig teknisk støtte/IT-tjenester
 - Åpningstid mand-torsd kl 12-20 i 1 uke + evt 2 uker seinere ved behov for dose 2.

- Kostnader til ekstra lønn/overtid: inntil kr 100.000 pr vaksinasjonsdag.

Skissert arbeidsdag for vaksinasjonsteamet:

- Første vaksinasjonsdag:
 - Kl. 08-10: Allmøte, gjennomgang av ansvarsforhold, den enkeltes oppgave, avklaring av praktiske spørsmål. Logistikk; transport, mat, utstyrsbehov.
 - Kl 10-12: Klargjøring av lokaler, utstyr, plakater, informasjon m.v.
 - Kl 12-20: Pasientmottak
 - Kl 20-21: Avslutning, oppsummering, opptelling, evt utstyrsbehov til videre arbeid.

Påfølgende vaksinasjonsdager:

- Kl 08-10: Andre gjøremål. Evt innhente informasjon, utstyr, div. avklaringer m.v.
- Kl 10-11: Allmøte; planlegging; gjennomgang.
- Kl 11-12: Klargjøring av lokaler, forberedelser.
- Kl 12-20: Publikummottak
- Kl 20-21: Avslutning, oppsummering, opptelling.

Gjennomføring av massevaksinasjon. samtidig med flere alvorlig syke, vil kunne kreve bistand fra annet personell i kommunen. Øvrig kommunal drift, som undervisning og administrasjon, kan bli lagt midlertidig helt om.

78 Håndtering av døde

Ved mange døde må gravferder skje raskt. Kjølekapasitet på sykehjemmet er begrenset til 4 døde. Alternativ må det leies inn kjølecontainer.

Det må etableres et nært samarbeid med kirken og begravellesbyråene.

Meland kirkegård har kapasitet til flere hundre døde. Ved ekstraordinært behov kan man benytte krigskirkegården på Eikeland, samt gamle Meland gravplass.

Ved de mest aktuelle pandemi-virus vil det være liten smittefare fra døde personer.

79 Informasjon

- Vurdere oppretting av egen informasjonstelefon, bemannet med spesialopplært helsepersonell, fortinnsvi sykepleier. Døgnbemanning må vurderes. Man benytter de telefonnumre som gjelder for øvrige kriser. Interkommunalt samarbeid er aktuelt. I 2009 ble dette løst ved en forsterket legevaktstelefon ved Nordhordland legevakt, samt ved oppretting av en nasjonal pandemitelefon i Helsedirektoratet.
- Informasjon på internett. IKT-avd må ha økt bemanning / beredskap.
- Skriftlig informasjon kan trykkes opp til befolkningen. F.eks. i forkant av en ventet pandemi kan dette sendes til alle husstander. Noen kommuner gjorde dette i 2009. Meland valgte å ikke trykke opp materiell, da informasjonen og retningslinjene endret seg raskt.
- Vurdere rollen til KKL og hvorvidt KKL skal ha et overordna ansvar for informasjon og kommunikasjon. Smittevernlegen vil ha ansvar for faglig informasjon.

80 Innkvartering / lasaretter

Kommunen har egen plan for innkvartering av mange husløse. Det vises til eksisterende planverk. For en pandemisituasjon er likevel situasjonen annerledes enn ved innkvarteringsbehov av andre årsaker. Det vil dreie seg om personer som pga sykdom trenger stell og pleie, gjerne kontinuerlig tilsyn. Dette stiller krav til hygieniske fasiliteter m.v. De syke trenger også tilførsel av mat/medisiner og andre nødvendige behov/tjenester. I visse situasjoner kan

det være ønskelig å isolere de syke. Valg av innkvarteringssted vil derfor måtte avgjøres utfra den konkrete situasjonen. Aktuelle steder kan være:

- a) Meland sjukeheim. Enkeltrom kan dobles. Dagligrom / kontorer kan om nødvendig tas i bruk for pasienter. Videre: Fysioterapi-kontorene med treningsrom. Samlet kapasitet: 20-30 ekstra sykehjemsplasser?
- b) Nordhordland Folkehøyskole. Mulig bruk vil avgjøres av årstid, og om det er elever tilstede. Lasarettkapasitet: 100?
- c) Skjelanger Fort. Godt egnet ved behov for isolering av syke. Helsepersonell kan gå i "Nordsjø-turnus"; enten personell som har vært syke (og har immunitet) eller behandles profylaktisk med antiviralia (Tamiflu m.v.). Minus for dette alternativet er lang avstand til andre tjenester. Lasarettkapasitet: 100?
- d) Meland Golf: Lasarettkapasitet: 15-20? Ytterligere 100 på flatseng?
- e) Meland aktiv. Idrettsanlegg som kan utstyres med feltsenger. Mindre egnet for pandemi pga åpent landskap.

Personellbehov på lasaretter er vanskelig å anslå, da pleiebehovet vil være ukjent. Et anslag kan være 1 tilstedehjelper pr 10 innlagte.

81 Ulike faser: Ingen syke – forventet pandemi

- Spesiell årvåkenhet fra kommuneledelsen.
- Oppdatere alt planverk, varslingslister m.v.
- Informere og utdanne alt relevant helsepersonell. Kommunisere planverk, kommandolinjer m.v. Eventuelt gjennomføre små-skala-øvelser.
- Klargjøre informasjonsstrategi. Forberede nettsider, trykket informasjonsmateriell, plakater m.v.
- Vurdere inndragning av permisjoner, ferier m.v. for kommunalt personell.
- Sikre nødvendige lagre av medisinsk utstyr. Gjelder PLOMS, sjukehjem og legesentrene.
- Avklare økonomi, vurdere behov for ekstrabevilgninger til krisehåndtering.
- Etablere døgnvakt for smittevernansvarlig lege. Kommunalt / interkommunalt? Ordning for dette må i så fall avtales / framforhandles.
- Etablere nødvendige kontakter med andre etater etter behov. Spesielt: Politiet, HV, Siviltforsvaret, frivillige organisasjoner, eiere av aktuelle lokaliteter som kan tenkes brukt, apotekene, spesialisthelsetjenesten, gravferdsbyråene. Andre etter behov/situasjon.

82 Ulike faser: Første mistenkte syke i Norge / Hordaland

- Som under pkt. 8.1. Evt gjennomføring av utsatte tiltak.
- Beredskapsgruppa for smittevernet trer sammen.
- Ved sykdomstilfelle i nær kommune; innhente informasjon om aktuell pasient / nærkontakter m.v., samt vurdere behov for å kalle sammen KKL.

83 Ulike faser: Første mistenkte syke i Meland kommune

- Melding kan komme fra: Pasienten selv, pårørende, legevakt, sykehus.
- Pasienten skal settes i telefonisk kontakt med lege for å vurdere sannsynlighet for sykdom, og avtale om videre tiltak.
- *Pasienten skal ikke møte på legekantoret på vanlig måte.* Hjemmebesøk må vurderes.
- Ved behov for tilsyn på kontor, skal pasient tas inn ambulanseinnngangen, evt vente i bil e.l.

- Aktuelt hjelpepersonell (1-2) skal vurderes for profylaktisk behandling med Tamiflu (forutsettes levert fra nasjonalt beredskapslager). Aktuelt verneutstyr skal brukes. Lokalene ellers skal tømmes for personer.
- Avklaring av diagnose, hvis mulig. Hurtigtest er muligens tilgjengelig.
- Infeksjonsmedisinsk ansvarlig lege ved Haukeland skal konsulteres.
- Nærkontakter av den syke må vurderes isolert og gis grundig informasjon.
- Informasjon til offentligheten må vurderes.
- Smittevernlege og beredskapsgruppa avgjør videre tiltak.
- Frigjøring av annet arbeid for medlemmene i beredskapsgruppa. Disse må kunne konsentrere seg på heltid om smittesituasjonen, og andre i organisasjonen må overta øvrige nødvendige oppgaver.
- Smittevernlege og stedfortredende smittevernlege må få frigjort tid til smittevernarbeidet, dvs at øvrige leger i nødvendig grad må overta fastlegepraksis og andre oppgaver.
- KKL skal orienteres.

84 Ulike faser: Første påviste tilfelle i kommunen

- Videreføring av tiltak nevnt under pkt 8.3.
- Beredskapsgruppa / smittevernlege avgjør videre tiltak i samråd med (eller etter retningslinjer) fra sentrale helsemyndigheter.
- Vurdere innføring av begrensninger overfor allmennheten, som avlysning av offentlige møter/ansamlinger etc.
- KKL skal informeres om situasjonen. KKL vil muligens måtte tre sammen. Spesielt vil informasjonsbehovet overfor publikum og helsepersonell forventes å kunne bli svært omfattende.

85 Ulike faser: Økende antall syke i kommunen

- Viktig mål: begrense og forsinke smittespredningen.
- Vurdere behov for omfattende tiltak som begrensninger i kommunikasjoner, møtevirkosomhet, karantenetiltak m.v. Hjemles i smittevernloven.
- Kommunestyret v/ smittevernlegen har beslutningsmyndighet innen rammene av smittevernloven.
- KKL har ansvaret for den generelle krisehåndteringen og gjennomføring av tiltak vedtatt av kommunestyret / smittevernlege.
- Sentrale tiltak på arbeidsplasser: unngå felles lunsj og sosiale arrangementer, mindre bruk av møter (mer bruk av tlf/epost), desinfeksjonstiltak (eks. alkoholbasert håndinfeksjon), informasjon om hostehygiene m.v.
- Etablere eget legemottak for syke, se seinere.
- Etablere feberpatrolje (lege/sykepleier til hjemmebesøk og utdeling av medisiner)

86 Ulike faser: Etablert pandemi – mange syke

- Fortsatt viktig å begrense og forsinke smittespredning.
- Isolere syke om mulig.
- Vurdere primærprofylaktisk behandling med Tamiflu, eller annen antiviralia, hos smitteeksponert helsepersonell.
- Opprette lasarett etter behov.
- Ved personellmangel; vurdere beordring etter beredskapslovene og helsepersonelloven.
- Viktig å holde oversikt over hvem som har vært syke (og dermed immune).

- Omprioriteringer av personell og ressurser. Ansatte i kommunen, både helsepersonell og ikke-helsepersonell må akseptere andre arbeidsoppgaver enn det vanlige.
- Om nødvendig må vanlige tariffbestemmelser og arbeidsmiljølov settes til side hva angår arbeidstidbegrensninger og vanlige varslingsperioder ved turnusendringer m.v.

87 Ulike faser: Svikt i samfunnskritiske funksjoner

Kan oppstå ved mange syke, eller at mange har vært syke/døde.

- I en slik fase vil pandemiens virkninger bli store for andre enn helsetjenesten. I denne fasen vil den generelle krisehåndteringen kunne bli mer sentral enn den medisinsk-faglige håndteringen.
- De som har vært syke vil kunne brukes i smitteeksponerende situasjoner.
- Overordnede prioriteringer i KKL.

En pandemi krever ulike tiltak i ulike faser.

88 Psykososiale støttefunksjoner

- Scenarier: uventede døde, spesielt døde barn / unge, barn som blir foreldreløse etc.
- Så langt som mulig benyttes de vanlige støttefunksjoner, som fastlege, lokal psykiatritjeneste, barnevernstjenesten og prestetjenesten; om nødvendig også spesialisthelsetjenesten. Ved mange døde vil imidlertid oppfølgingen av den enkelte naturligvis måtte bli lavere enn ønsket. Helsepersonell vil også kunne komme i en situasjon der man må nedprioritere psykososialt støttearbeid til fordel for somatisk arbeid.
- Kommunen har et psykososialt kriseteam som etterhvert vil kunne tillegges en sentral rolle. Både overfor enkeltrammede, men også spesielt for å holde oversikt over det totale psykososiale støttebehovet. Kriseteamet vil kunne sitte på en oversikt over krisearbeidet som gjør det lettere å prioritere ressursene rett.
- Det må antas at kriseteamet vil kunne bli personellmessig svekket pga sykdom, samt pga behov for omprioritering av personell til somatisk behandling.
- Kriseteamet bør derfor tidlig bli vurdert styrket med annet personell; spesielt ikke-medisinsk personell med kompetanse på psykososialt arbeid (grupper som prester, psykologer, spesialpedagoger, sosionomer, kvalifiserte lærere etc).

89 Rutiner for legekantor: Generelt:

- For å redusere smittespredning bør det i utgangspunktet bør det legges opp til at mest mulig avklares over telefon, og at evt legebesøk er så kortvarig som mulig.
- Ved behov for tilsyn kan anamnese foretas over telefon, og undersøkelsen vært så kort og målrettet som mulig.
- Feberpatrolje vurderes opprettet. Denne bør forsøkes brukt der det er mulig.
- Et hovedpoeng er å ikke blande febersyke med andre pasientgrupper.
- Ved overhengende pandemifare skal befolkningen informeres om hvordan de best skal ta kontakt med helsetjenesten for å få nødvendig helsehjelp uten å spre sykdommen. Informasjon må gis gjennom nettsidene, lokalpressen, annonser, radio/tv, plakater/oppslag m.v. som en del av den generelle informasjonsstrategien.

90 Rutiner for legekantor: Første mistenkte syke

- Se pkt. 8.3.
- Pasienten skal settes i telefonisk kontakt med lege.
- Det helsepersonell som først kommer i kontakt med vedkommende skal informere smittevernlegen.
- Dersom vedkommende har møtt personlig, skal vedkommende i utgangspunktet bli bedt om å vente ute eller i bil. Dersom det ikke er mulig, f.eks. pga pasientens helsetilstand skal vedkommende bringes inn på akuttrommet eller samtalerommet.
- Personell som kommer i kontakt med pasienten skal beskytte seg med egnet tøy, munnbind, hansker.
- Personell som kommer i kontakt med pasienten skal vurderes for oppstart av Tamiflu.
- Pasienten skal få en forsvarlig medisinsk vurdering, inkludert diagnostikk og eventuell behandling.
- Infeksjonsmedisinsk avdeling, Haukeland, skal kontaktes for råd. Vurdere innleggelse.
- Smittevernlegen har ansvar for videre smitteverntiltak. Øvrige leger / personell må overta smittevernlegens øvrige oppgaver etter behov.

91 Rutiner for legekantor: Første påviste tilfelle

- Dette betyr at flere tilfeller må påregnes relativt snart (timer, dager).
- Skjerpet beredskap ved legesentrene. Alle ansatte må påregne ekstrasjener og utvidet arbeidstid.
- Gjennomgå den interne beredskapen ved kontorene.
- Småskala-øvelser på kontoret; med prøve-pasient, gjennomgang av ommøblering / reorganisering av legesenteret til å kunne ta imot febersyke samtidig som andre tjenester kan ivaretas.
- Etablere feberpatrulje sammen med PLOMS og helsestasjonen; oppsett av vaktordning.

92 Rutiner for legekantor: Flere syke. Stor pågang av pasienter

- Kansellere ”vanlige” timeavtaler som kan vente, f.eks. vanlige helsekontroller, kontroller av diabetes, høyt blodtrykk, rutineundersøkelser, rutineinngrep m.v. Dette gjøres både for å frigjøre tid for personalet til andre oppgaver, men også for å redusere faren for at ”friske” pasienter blir smittet.
- Fortløpende vurdere bemanningssituasjonen.
- Tett kontakt med Nordhordland legevakt. Kapasiteten der kan bli sprengt, og nødvendiggjøre etablering av egen kommunal legevakt for en periode. Det kan også bli aktuelt å ha kommunale feberpatruljer i tillegg til interkommunal legevakt.

Det er viktig å sikre at legekantorer og helsepersonell ikke bidrar til smittespredning.

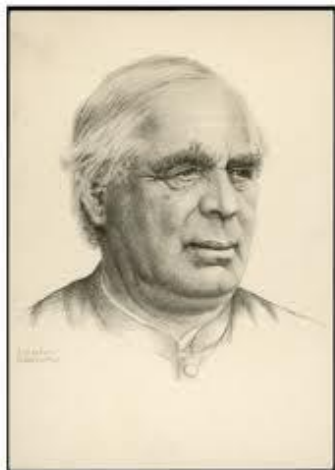
93 Frekhaug legesenter: Febermottak ved noen få syke

- Østlige del av legekantoret tas i bruk som febermottak.
- Febermottaket vil bestå av følgende areal: ambulanseinngang med korridor, akuttrommet, samtalerommet, lege 5, toalettet ved samtalerommet.
- Dørene i korridorene stenges.
- Nødvendig lab-utstyr og medisinsk utstyr plasseres på akuttrommet.
- Flest mulig pasienter bør vente utendørs eller i kjøretøy. Hvis nødvendig ta i bruk samtalerommet til venterom for denne gruppen.
- Febermottaket bemannes med lege og helsesekretær; antall etter behov. Disse skal om mulig ikke omgå øvrig personell.
- Evt flytting av utstyr etc kan skje uten personlig kontakt, f.eks. ved plassering ved dør.
- Unngå møter, felles lunsj etc.
- For andre pasientgrupper: legesenteret brukes som normalt, men driftsmessig skal man primært prioritere nødvendige legeundersøkelser, samt akutt sykdom av andre grunner enn pandemi / influensa.
- Se egen rutine for legekantorer; vedlegg.

94 Frekhaug legesenter: Febermottak ved stort antall syke

- Ved stort antall syke som overstiger kapasiteten på febermottaket ”snur” vi på inndelingen av pasientene:
- Ambulanse-delen blir mottak for akuttsykom av andre årsaker enn pandemi.
- Resten av legesenteret håndterer de pandemi-syke.
- ”Vanlige” legetjenester for ikke-alvorlige tilstander vil måtte bli redusert, kanskje måtte opphøre helt i perioder. Tilgangen til legetjenester må siles etter faglige kriterier, slik at de mest alvorlig syke får hjelp.

Kap. 6 - PROGRAM FOR TUBERKULOSEKONTROLL



Sebastian Kneipp (1821-1897),
tysk prest og kvakksalver

*"...den stærkt fremskredne
tæring viser seg deri, at den
syge hoster temmelig ofte, og
at der med hosten følger
temmelig meget opspytning,
fremdeles ved tung aande,
daarlig appetit osv.*

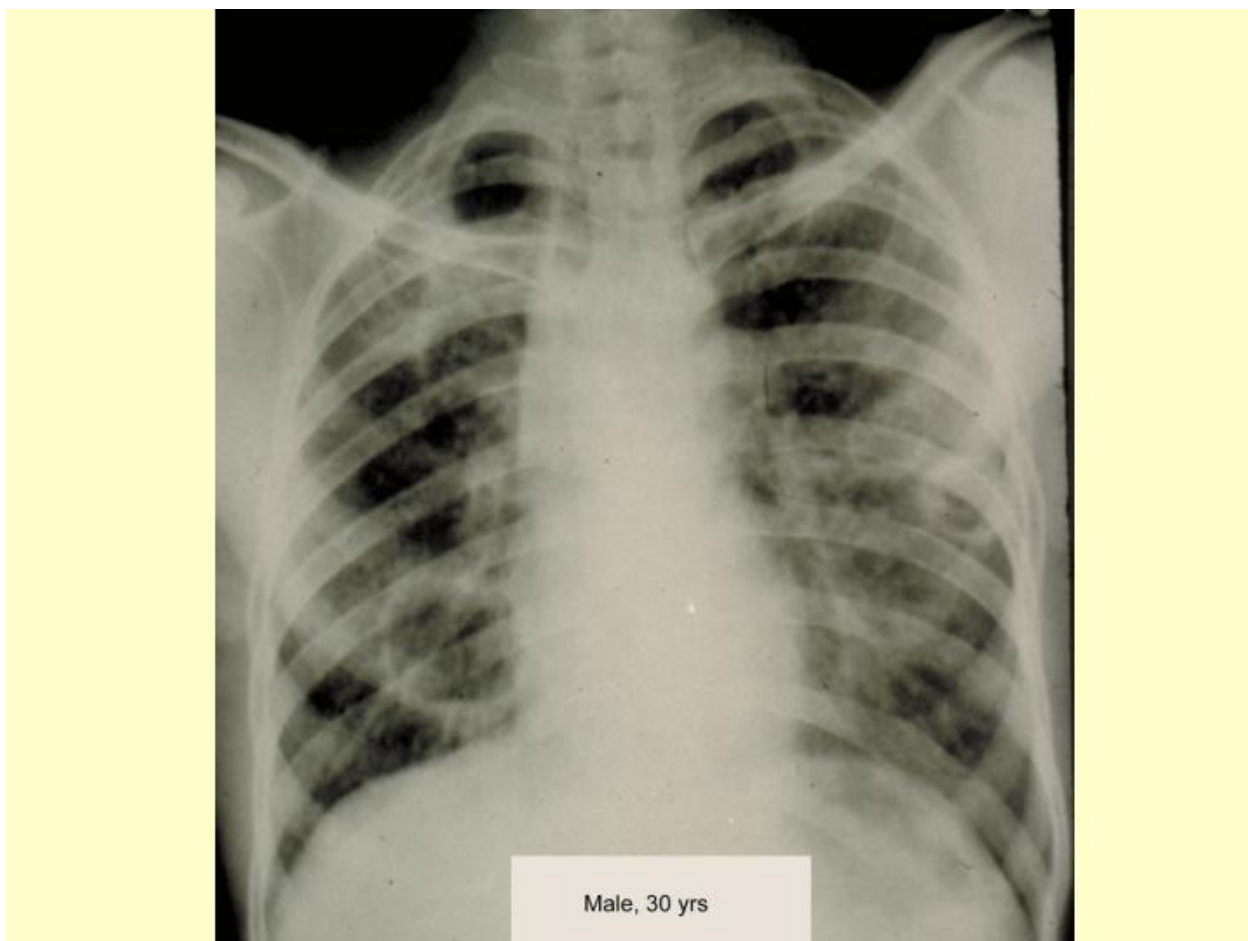
*Saalenge det ophostede endnu
svømmer paa vandet (man
gjøre en prøve), behøver mand
ikke at opgive alt haab.
Gaar det tilbunds, er det for
det meste forbi med haab og
hjælp; den syge bør bøie sig for
Guds vilje og rolig forberede sig
paa sin sidste time. "*

*Sebastian Kneipp: Min Vand = Kur
Mittets forlag, 6. opplag,
Kristiania 1902*

95 Innledning – bakgrunn

- **Tuberkulose** er en alvorlig og smittsom sykdom med stor utbredelse. I Norge pr 2010 regner man med at ca 400.000 mennesker er smittet med tuberkulose. Før 2. verdenskrig var tuberkulose en av de vanligste dødsårsakene i Norge. Ca 10% av de smittede blir syke. Sykdommen er et økende problem på verdensbasis. WHO regner med at ca 1/3 av klodens befolkningen er smittet av tuberkulose.
- **Plikten** til tuberkulosearbeidet følger av [egen forskrift, sist endret med virkning fra 1. mars 2009](#) (erstatte tidligere forskrifter fra 2003 og 1996). Alle kommuner skal ha et tuberkulosekontrollprogram som skal utgjøre en del av kommunens smittevernplan. Forskriften stiller minimumskrav til innholdet i et slikt program.
- **Tuberkuloseforskriften** omfatter alle personer som oppholder seg i Norge. Forskriften gjelder på kontinentalsokkelen og norske skip/luftfartøy hvor de befinner seg i verden.
- **Tuberkulose** er en svært smittsom sykdom. Sykdommen rammer oftest luftveiene, men kan ramme alle kroppens organer. Den smitter ikke bare ved alminnelig kontakt, men også gjennom luftsmitte. For å bli smittet kan det være nok å oppholde seg en kort stund i samme rom eller transportmiddel som en smittet person. Tuberkelbasillen er svært hardfør; for eksempel overlever den koking.
- **Insidensen** (forekomst av nye tilfeller) av tuberkulose i Norge har de siste årene vært stabil med 300-400 nye årlige tilfeller. I Meland kommune har vi de siste årene hatt 1-2 nye tilfeller pr år.
- **I etterkrigstiden** har det vært flere større utbrudd i Norge, der mange prosent av befolkningen i et området er blitt smittet. Det største enkeltutbruddet oppsto i [Kautokeino i 1960](#). Andre større utbrudd fant sted på Fedje i 1980, og i Bergen i 1996 ("Landås-epidemien").
- **BCG-vaksinasjon** gir en delvis beskyttelse mot sykdommen. Vaksinasjon er tatt ut av det nasjonale vaksinasjonsprogrammet fra og med 2009. Økende geografisk mobilitet gjør det nødvendig med sterkere målretting av tuberkulosekontrollen mot bestemte grupper.
- **Alle** påviste tilfeller av tuberkulose i Norge blir registrert i Det sentrale tuberkuloseregister.

Tuberkulose er en alvorlig sykdom vi fortsatt må ha oppmerksomhet mot. I 2009 kom det nye forskrifter om tuberkulosekontroll, samt ny veileder for helsepersonell.



Røntgen thorax er fortsatt viktig i screening og diagnostikk av tuberkulose. Her sees tydelig en tuberkuløs kaverne i høyre underlapp

96 Noen hovedtrekk i forskrift om tuberkulosekontroll

- Den rutinemessige tuberkulosekontrollen av yrkesgrupper som lærere, personer knyttet til barneomsorg, helsepersonell, sjøfolk og militært personell ble opphevet i 2003.
- Plikt for visse personer til å gjennomgå tuberkulosekontroll, jfr pkt 6.6.
- Det regionale helseforetak skal utpeke en tuberkulosekoordinator som skal sørge for at tuberkulosekontrollen fungerer i alle ledd.
- Alle kommuner og regionale helseforetak skal ha tuberkuloseprogram.
- Det stilles spesifikke krav til kommunene om hva tuberkulosekontrollprogrammet skal inneholde. Tuberkuloseprogrammene skal blant annet inneholde tilbud om vaksinasjon.
- Direkte observert behandling innføres som prinsipp for behandling av tuberkulose.

97 Definisjoner

- *Tuberkulosekontroll*: Virksomhet om omfatter tuberkuloseundersøkelser, behandling, oppfølging, overvåking av tuberkulose, samt informasjon med sikte på å forebygge forekomsten og motvirke utbredelsen av tuberkulose.
- *Tuberkuloseundersøkelse*: Medisinsk undersøkelse med faglige anerkjente metoder for å avgjøre om en person har tuberkulose eller for å følge utviklingen av tuberkuløs sykdom hos denne.
- *Direkte observert behandling*: Behandlingsopplegg som går ut på at helsepersonell observerer pasientens inntak av alle doser av tuberkulosemedikamenter. Flere studier fra inn- og utland slår fast at slik behandling øker sannsynligheten for helbredelse, samt reduserer risikoen for resistensutvikling.

98 Ansvarsforhold: Generelt – kommunens oppgaver

I praksis vil tuberkulosekontrollen kreve et likeverdig samarbeid mellom de ulike faggruppene, spesielt smittevernlegen og leiande helsesøster. Kommunen kan også vedta samarbeid om tuberkulosekontroll med andre kommuner. Kommunen er pliktig til å ha personell med kompetanse til å gjennomføre og overvåke tuberkulosekontrollen. Kommunen har ansvar for å påse at helsepersonell kan få nødvendig opplæring og anledning til å vedlikeholde sine kunnskaper (forskriftens kap. 4).

Videre (etter forskriftens kap. 4) har kommunen plikt til å dekke alle utgifter knyttet til gjennomføringen av tuberkuloseprogrammet som utføres av kommunehelsetjenestens ulike ledd. Dette gjelder også utgifter som personer påføres for å oppfylle plikt til å gjennomgå tuberkulinundersøkelse. Egenandeler kan ikke kreves.

Kommunen skal ellers følge de faglige retningslinjer som ligger [i FHI's tuberkuloseveileder](#).

Alle kommuner skal, som en del av smittevernplanen, ha et program for tuberkulosekontroll.

99 Ansvarsforhold: Smittevernlegen sitt ansvar

Smittevernlegens sitt ansvar i tuberkulosearbeidet:

- Ha det faglige overoppsyn for tuberkulosearbeidet i kommunen.
- Se tuberkulosekontrollen i sammenheng med smittevernarbeidet for øvrig.
- Utarbeide tuberkulosekontrollprogram, og komme med forslag til revisjon/endringer.
- Gi råd til kommunens administrative og politiske ledelse om nødvendige tiltak.
- Vurdere behovet for kompetanseheving hos kommunens helsepersonell.
- Være et bindeledd mellom aktuell fastlege / legekantor og helsestasjon / pleie- og omsorgstjeneste.
- Oversende resultat av tuberkuloseundersøkelsen og journal til kommunelegen i ny bopelskommune ved flytting av personer.
- Være bindeledd mellom sentrale/regionale helsemyndigheter og den lokale helsetjenesten.
- Ved behov delta på utskrivningsmøte på sykehus. Eventuelt kan annen lege oppnevnes til møtet dersom dette er mer hensiktsmessig, for eksempel vedkommende sin fastlege.
- Bistå regional tuberkulosekoordinator med overvåking av forekomsten av tuberkulose.
- Lede organisering og etablering av nødvendige helsekontroller etter behov, for eksempel ved utbrudd av tuberkulose, mottak av flyktninger m.v.
- Ha ansvar for nødvendig smitteoppsporing ved utbrudd eller enkelttilfeller.
- Motta melding fra politiet / lensmannsetaten om nyankomne statsborgere som plikter å framstille seg for tuberkulosekontroll, og påse at det foreligger rutiner for oppfølging av slik kontroll.

- Sammen med sykehuslege utpekt av Helse Vest etter SML fatte vedtak om fritak for tuberkuloseundersøkelse.
- Holde seg faglig oppdatert, både medisinsk og juridisk, innen tuberkulosearbeidet, og gjennom helse- og sosialetatens fagledermøter og fora for øvrig bidra med nødvendig informasjon og opplæring av ansatte der det er aktuelt. Om nødvendig holde egne kurs / møter / internundervisning om generelt smittevern eller enkeltpasienter.
- Ved behov utarbeide faglige prosedyrer, eller godkjenne sådanne, etter behov eller etter bestemmelsene i forskrift om tuberkulosekontroll.

100 Ansvarsforhold: Leiande helsesøster sitt ansvar

Leiande helsesøster sitt ansvar i tuberkulosearbeidet:

- Det daglige ansvar for informasjon og vaksinasjon innenfor det ordinære vaksinasjonsprogrammet.
- All gjennomføring av tuberkulintesting (dvs. risikogrupper, på oppdrag av lege / smittevernlege m.v.). Reisevaksinasjon er unntatt.
- Utarbeide og revidere skriftlige prosedyrer på vaksinasjon og tuberkulosekontroll (når det måtte behøves i tillegg til denne smittevernplanen).
- Sikre tilstrekkelig lager med vaksine og forsvarlig oppbevaring.
- Om nødvendig: oppfølging, sammen med hjemmesykepleie og lege, av person som behandles utenfor sykehus med tuberkulosemedikamenter. Spesielt vil dette gjelde ved behandling av barn.
- Bistå smittevernlegen i tuberkulosearbeidet (jfr pkt 6.4.2), herunder informasjon og smitteoppsporing. Spesielt der barn er involvert.
- Holde seg tilstrekkelig faglig oppdatert.

101 Ansvarsforhold: Pleie- og omsorgstjenesten sitt ansvar

Pleie- og omsorgstjenesten har delegert ansvar for den praktiske gjennomføring av direkte observert behandling. Pleie- og omsorgstjenesten skal etter behov yte øvrige nødvendige tjenester rundt tuberkulosesmittede.

*I Meland er det 1-2 nye tilfeller av tuberkulose hvert år.
På landbasis er det ca 400 nye tilfeller årlig.*

TIL KAMP MOT TUBERKULOSEN

NASJONALFORENINGEN OG NORSKE KVINNERS SANITETSFORENING

35. LANDS-UTLODNING 1943

† 25 øre PR. LODD †

1000 hovedgevinst
32 ekstragevinst
Samlet verdi kr. 40 000.00

Ved lot nr. 35 holder 25 øre lot
1 lot 10 øre/lot, totalt 1000
lot nr. 35 og 36. Se også Norge, Oslo.
Ekstragevinsten er kr. 1 000.00



Sees & Strøms Magasin

1. hovedgevinst Silvingsmøblement Ved lot 1. 1000.00	2. hovedgevinst Apotekermøblement Ved lot 2. 1000.00	3. hovedgevinst Elektrisk kaffeyr Ved lot 3. 1000.00	4. hovedgevinst Singer lymaskin Ved lot 4. 1000.00
1. ekstragevinst Lakshofte skøyter	1. ekstragevinst Østeggspeil	1. og 2. ekstragevinst Lanterner	2000 små lotterier og 1000

Trekning fra 15. februar 1944. *Lodder selges her!*

Kampen mot tuberkulosen var en stor nasjonal innsats.

Kilde: Teknisk museum, Oslo

102 Ansvarsforhold: Øvrig helsepersonell sitt ansvar – meldeplikt mv.

En lege, eller annet helsepersonell, som oppdager eller får mistanke om tuberkulose, skal samme dag gi melding om dette. Melding sendes uten hensyn til lovbestemt taushetsplikt. Det benyttes skjema for nominativ melding om smittsom sykdom. Pasienten skal ha informasjon om hvem som får meldingen og hva den skal brukes til. Meldingen skal sendes smittevernlegen, regional tuberkulosekoordinator og Nasjonalt Folkehelseinstitutt. Fastlegene har plikt til, som for øvrige listepasienter, å bistå i diagnostikk, behandling, smitteoppsporing og øvrig oppfølging av en person med mistenkt eller påvist tuberkulose.

103 Rutiner for direkte observert behandling

- Oppstart av slik behandling skal skje ved sykehus eller i samråd med sykehus.
- Ved utskrivning av pasient fra sykehus til hjemmet / kommunal institusjon vil det fra sykehuset sin side av og til bli arrangert et møte med den kommunale helsetjenesten for å informere om behandlingen og avklare ansvarsforhold.

Initiativ til møtet blir tatt fra helseforetakets tuberkulosekoordinator.

Følgende skal som hovedregel møte fra kommunens side: smittevernlegen, representant for hjemmesykepleien. Eventuelt stedfortredere for disse. Helsesøster bør møte dersom barn er involvert, eller dersom smitteoppsporing er aktuelt. Eventuelt kan også pasientens fastlege møte.

- Pleie- og omsorgstjenesten vil ha et hovedansvar for den praktiske gjennomføringen av direkte observert behandling. Slikt ansvar krever delegering fra smittevernlegen i hvert enkelt tilfelle. Der det er hensiktsmessig og faglig forsvarlig kan det avtales andre måter å gjennomføre direkte observert behandling på.
- Direkte observert behandling kan ikke delegeres til andre enn helsepersonell (etter definisjonene i Helsepersonelloven).
- Når det foreligger smittefare skal det unngås at vedkommende person møter ved legekontor/helsestasjon for medikamentutdeling. Som hovedregel skal medisineringen foregå i pasientens hjem. For personer uten fast bopel må det lages individuelle løsninger.
- Gjennomføring av direkte observert behandling krever at samtlige involverte ansatte har fått nødvendig informasjon og opplæring. Ansvaret for dette ligger hos aktuell avdelingsleder i hjemmesykepleien.

- Det skal i hvert enkelt tilfelle utarbeides skriftlige prosedyrer og behandlingsplan. Behandlingen skal gjennomføres i nært samarbeid med behandlende lege, smittevernlege og evt helsesøster.
- Pleie- og omsorgstjenesten skal, der det er nødvendig, og på delegasjon fra smittevernlegen, ha ansvar for oppbevaring av tuberkulosemedikamenter til den enkelte. Det vises her til Forskrift av 18. november 1987 nr 1153 om legemiddelforsyningen mv. i den kommunale helsetjeneste.

DOT = direct observed treatment. Behandlingsform bestemt av [WHO](#). Innebærer at helsepersonell daglig gir medisin og observerer at den blir tatt.

Hensikten er å unngå at bakterien blir resistent mot de medisinene som virker, med dertil påfølgende spredning av resistent sykdom. Vanlig behandlingstid er 3-6 måneder.

104 Ansvarsforhold for personer tilmeldt fastlege utenfor hjemkommunen

Siden 2002 har flere hundre personer med fastlege i Meland en annen bostedskommune, hovedsakelig Lindås og Bergen. Mange personer bosatt i Meland har og fastlege utenfor kommunen, hovedsakelig i Bergen. Det er likevel netto flere på listene i Meland enn innbyggere.

Det er kommunehelsetjenesten i pasientens *bostedskommune eller oppholdskommune* som har hovedansvaret for oppfølging, behandling, smitteoppsporing og direkte observert behandling av en person. I slike tilfeller vil det være svært aktuelt å samarbeide med pasientens fastlege og/eller smittevernlegen i den aktuelle kommune.

105 Plikt til å gjennomgå tuberkuloseundersøkelse (fra forskriftens §3-1)

Plikten til å gjennomgå tuberkuloseundersøkelse ble noe endret fra 2009:

- 1) Personer fra land med høy forekomst av tuberkulose og som skal oppholde seg i landet i mer enn 3 måneder. Krav om tuberkulintesting bortfalt i 2009, da man ikke lenger skal teste på latent infeksjon, kun smitteførende infeksjon. Fra 2009 er derfor røntgenundersøkelse tilstrekkelig.
Plikten gjelder også alle flyktninger som kommer til kommunen via FN's høykommisær for flyktninger, selv om deres opprinnelsesland har lav forekomst av tuberkulose. Nasjonalt folkehelseinstitutt angir hvilke land som kan regnes å ha høy forekomst av tuberkulose. I hovedsak gjelder det alle land utenfor Vest-Europa, USA, Canada, Australia, New Zealand og Japan.
Smittevernlegen får tilsendt meldinger fra Politiet/UDI om aktuelle personer, og har utarbeidet egen rutine for informasjon, gjennomføring, rapportering og dokumentasjon av tuberkulosekontroll, se vedlegg.
- 2) Personer som i løpet av de siste 3 årene kommer fra, eller har oppholdt seg i minst 3 måneder i land med høy forekomst av tuberkulose, og som skal tiltre eller gjeninntre i stilling i helse- og sosialtjenesten, i lærerstillinger eller i andre stillinger knyttet til barneomsorg. Plikten gjelder også personer under opplæring eller hospitering i slike stillinger.
- 3) Andre personer som det er medisinsk mistanke om er eller har vært i risiko for å bli smittet med tuberkulose. Dette ser vi i praksis i forbindelse med smitteoppsporing rundt enkelttilfeller.
- 4) Forsvaret gir retningslinjer for militært personell.

Øvrige bestemmelser:

- En person med tuberkuløs sykdom plikter å ta imot den personlige smittevernveiledning som legen gir.
- En person som selv mistenker at han/hun kan være smittet med tuberkulose har plikt til å oppsøke lege for undersøkelse.
- Tuberkuloseundersøkelsen skal være uten utgifter for den som har plikt til å gjennomgå slik undersøkelse. Vedkommende skal få dekket reiseutgifter (men ikke tapt arbeidsfortjeneste).
- Undersøkelser som nevnt over skal gjennomføres så snart som mulig. For flyktninger og asylsøkere er det krav om undersøkelse innen fjorten dager etter innreise.
- Arbeidsgiver har ansvar for at personer som nevnt over har gjennomført tuberkuloseundersøkelse før tiltredelse.

Meland kommune skal *som arbeidsgiver* ha prosedyrer og internkontrollsystemer som sikrer at disse undersøkelsene blir ivarettatt.



**Kysthospitalet i Hagavik hadde spesialfunksjon for skjelett-tuberkulose. Her foregår lysbehandling.
Kilde: Teknisk museum, Oslo.**

106 Identifikasjon av risikoindivider / risikogrupper

Kommunehelsetjenesten, spesielt leger, helsesøstre, jordmødre, og ansatte ved Meland sjukeheim, skal anse følgende personer eller grupper å være i risiko, og der være spesielt oppmerksom på symptomer på tuberkulose.

- Personer eller grupper som nevnt under pkt 6.7.
- Personer (helsearbeidere, medpasienter på sykehus m.v.) som er eksponert for personer med mistenkt eller påvist smitteførende tuberkulose.
- Personer med typiske symptomer på tuberkulose (hoste over 3 ukers varighet, oppspytt, feber og vekttap). Spesiell oppmerksomhet hos eldre sykehjemspasienter som ofte er naturlig tuberkulin-positive.
- Sprøytenarkomane, hjemløse, AIDS-syke og personer med dårlig ernæringsstilstand. Hos disse grupper kreves spesiell årvåkenhet fra både helsetjeneste og sosialtjeneste. Ved utbrudd i disse grupper skal kommunen vurdere å opprette et lavterskeltilbud, eventuelt etablere et screeningprogram.
- Bistandsarbeidere som kan være utsatt for smitte selv under korte utenlandsopphold.

107 Diagnostikk av tuberkulose

- Ved mistenkt tuberkulose har den enkelte fastlege ansvar for aktuell diagnostikk og at adekvat utredning iverksettes. Ved vanskeligheter, for eksempel der pasienten ikke har fastlege (utlendinger m.v.) eller har fastlege annet sted, skal smittevernlegen sørge for at en av kommunens leger påtar seg dette arbeidet.
- Diagnostikk og oppfølging skal følge faglig aksepterte normer (Folkehelseinstituttets veileder).
- Dersom lege rekvirerer ekspektoratprøver plikter henholdsvis helsesøster, hjemmesykepleie eller sjukehjem å bistå til taking, oppbevaring og innsending av slike prøver.
- Ved påvist eller mistenkt tuberkulose skal personen henvises spesialisthelsetjenesten. I de fleste tilfeller vil det være lungeavdelingen ved Haukeland sykehus (for barn: barneklubben).



Fornuftig oppfordring ved [Salhus Trikotasje fabrikk](#).
Foto: Tord Moltumyr

108 Tiltak ved tilfeller av tuberkulose

Ved påvist tilfelle av sykdom iverksettes de tiltak som ellers er nevnt i dette tuberkulosekontrollprogrammet, samt øvrige faglige prosedyrer og retningslinjer. Sentralt står smitteoppsporing, informasjon og opplegg for direkte observert behandling. Spesialist i lungemedisin, infeksjonssykdommer eller pediater har ansvar for igangsetting av behandling og valg av behandlingsregime. Spesialisthelsetjenesten har ansvar for å lage en behandlingsplan i samarbeid med pasienten og smittevernlegen. Oppfølging, kontroll og direkte observert behandling skal skje i samarbeid med kommunehelsetjenesten. Pasienter med multiresistent tuberkulose skal behandles på det sykehuset som er utpekt av Helse Vest.

109 Smitteoppsporing

Enhver person med tuberkulose har plikt til å samarbeide med helsetjenesten om smittevern og smitteoppsporing. Helsesøster vil ha hovedansvaret for den praktiske gjennomføringen av smitteoppsporingen.

Smitteoppsporingen vil ha som hovedformål å få oversikt over hvem som mest sannsynlig kan ha blitt utsatt for smitte, for eksempel arbeidskolleger, familiemedlemmer, husstandsmedlemmer m.v. Det tas kontakt med de aktuelle personer, og disse skal tilbys nødvendige medisinske undersøkelser med tanke på smitte.

Helsesøster samarbeider med smittevernlege, fastleger og øvrig helsetjeneste etter behov.

110 Informasjon

Personer med mistenkt eller påvist tuberkulose har krav på informasjon om sykdommen, samt informasjon om rutiner for videre utredning og behandling.

Ved utbrudd (flere tilfeller) kan det være aktuelt å informere befolkningsgrupper om sykdommen, smitteforebyggende tiltak, symptomer på sykdom, samt tilbud om vaksinasjon. Helsesøster og smittevernlege er ansvarlig for å vurdere behovet for, samt gjennomføre slik informasjon.

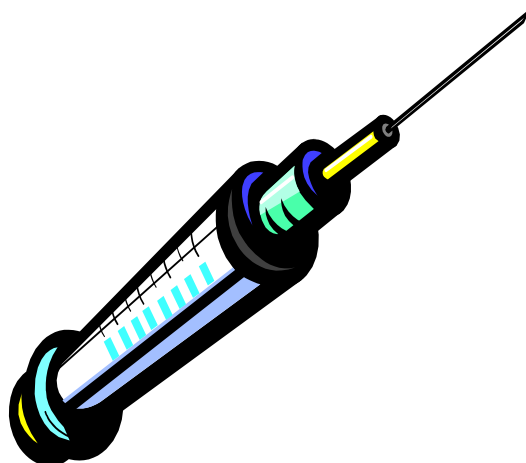
111 Vaksinasjon

- Vaksinasjon for skolebarn er omtalt under kapittel 4. Alle skolebarn fikk fram til skoleåret 2009/2010 tilbud om BCG-vaksine i 9. klasse. De aller fleste i befolkningen er vaksinert.
- Tidligere tuberkuloseforskrifter inneholdt bestemmelser om vaksinasjon for en rekke yrkesgrupper. Det er nå lagt opp til at vaksinasjon skal baseres på faglige, individuelle råd.
- Meland kommune skal ha tilbud om vaksinasjon til personer eller grupper der det er aktuelt etter en medisinskfaglig vurdering. Spesielt nevnes grupper omtalt under kapittel 6.7 eller i forbindelse med miljøundersøkelser. Tuberkuloseveilederen fra Folkehelseinstituttet gir nærmere retningslinjer for vaksinasjon.
- Personer som ønsker vaksinasjon utenom anbefalingene, kan få utført dette hos helsestasjon mot full egenbetaling eller hos privat vaksinasjonsklinikk. Dette kan f.eks. gjelde personer som skal arbeide utenlands m.v.

112 Spesifikke rutiner og flytdiagrammer

De spesifikke faglige prosedyrene og flytdiagrammene for oppfølging forandrer seg fort. Det er uhensiktsmessig å beskrive disse prosedyrene i detalj uten at planen fort blir uaktuell.

Det vises derfor til de til [enhver tid oppdaterte flytdiagrammer på www.fhi.no](http://www.fhi.no) → [tema](#) → [tuberkulose](#).



Fra en kollega foreligger følgende beretning:

"Radio Karlsøy" overførte direkte fra et kommunestyremøte i 1998: Smittevernplanen var tidligere vedtatt av helse- og sosialutvalget, og var siste sak på sakslisten til kommunestyret. Smittevernlegen fulgte spent debatten på radio:

Ordføreren:

**"- så va det siste sak,.....Smittevernplan for Karlsøy,....
.....KA FANDEN E' NO DET FOR NOKKA??"**

.....mumling i salen.....

**"E' det noen som ber om ordet.... (lite opphold og så kjapt)"
"Her stemmes.....Vedtatt.....(dunk med klubba)**

.....og snipp, snapp, snute, så var smittevernplan for Karlsøy ute blant folket.....

VEDLEGG

MELDEPLIKTIGE SYKDOMMER 2009 – BOKOMMUNE MELAND

Unntatt: Tuberkulose og HIV-sykdom

Sykdom Meldepliktig Meland 2009	Januar	Februar	Mars	April	Mai	Juni	Juli	August	September	Oktober	November	Desember
Botulisme	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Brucellose	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Campylobacteriose	-	-	-	-	3	1	3	1	2	-	1	-
Chlamydiainfeksjon, genital	3	2	4	2	2	-	3	2	2	2	-	2
Difteri	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
E. coli-enteritt	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ekinokokkose	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Encefalitt	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Flekktufus	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Giardiasis	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Gonore	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Gulfeber	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Hemoragisk feber	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Hepatitt A	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Hepatitt B, akutt	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Hepatitt B, kronisk	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Hepatitt C	-	-	-	1	-	-	-	2	-	-	-	-
Influenza A (H1N1)	-	-	-	-	-	-	2	-	4	5	1	-
Kikhoste	1	-	-	-	-	1	2	1	1	1	1	-
Kolera	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Kopper	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Kusma	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Legionellose	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lepra	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Listeriose	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lyme borreliose	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Malaria	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Meslinger	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Miltbrann	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
MRSA-infeksjon	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
MRSA-smittebærertilstand	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Nephropathia epidemica	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Paratyfoidfeber	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Pest	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Poliomyelitt	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
PRP-infeksjon/-smittebærertilstand	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Rabies	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Røde hunder	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Salmonellose	-	-	-	-	1	-	-	1	-	-	-	-
Sars	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Shigellose	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Syfilis	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Syst. gr. A streptokokksykdom	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Syst. gr. B streptokokksykdom	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Syst. H. influenzae-sykdom	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Syst. meningokokksykdom	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Syst. pneumokokksykdom	-	-	-	1	-	-	-	-	1	1	-	-
Tetanus	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tilbakefallsfeber	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Trikinose	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tularemi	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tyfoidfeber	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
VRE-infeksjon/-smittebærertilstand	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Yersiniose	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

- H1N1 avsluttet meldeplikt i nov. -09

113 MELDEPLIKTIGE SYKDOMMER 2010 – BOKOMMUNE MELAND

Unntatt: Tuberkulose, HIV-sykdom og klamydia trachomatis

Sykdom Påvist i Meland 2010	Januar	Februar	Mars	April	Mai	Juni	Juli	August	September	Oktober	November	Desember
Botulisme	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Brucellose	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Campylobacteriose	-	2	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-
Difteri	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
E. coli-enteritt	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ekinokokkose	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Encefalitt	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Flekktyfus	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Giardiasis	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-
Gonore	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Gulfeber	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Hemoragisk feber	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Hepatitt A	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Hepatitt B, akutt	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Hepatitt B, kronisk	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Hepatitt C	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Kikhoste	5	2	3	-	2	2	1	-	2	1	-	2
Kolera	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Kopper	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Kusma	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Legionellose	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lepra	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Listeriose	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lyme borreliose	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-
Malaria	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Meslinger	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Miltbrann	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
MRSA-infeksjon	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
MRSA-smittebærertilstand	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Nephropathia epidemica	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Paratyfoidfeber	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Pest	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Poliomyelitt	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
PRP-infeksjon/-smittebærertilstand	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Rabies	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Røde hunder	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Salmonellose	1	-	-	1	-	-	2	-	-	1	-	-
Sars	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Shigellose	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Syfilis	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Syst. gr. A streptokokksykdom	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Syst. gr. B streptokokksykdom	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Syst. H. influenzae-sykdom	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Syst. meningokokksykdom	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Syst. pneumokokksykdom	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tetanus	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tilbakefallsfeber	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Trikinose	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tularemi	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tyfoidfeber	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
VRE-infeksjon/-smittebærertilstand	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-
Yersiniose	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

114 RUTINER MISTENKT SVINEINFLUENZA / FUGLEINFLUENZA

Rutiner gjeldende for legekantor for den, eller de, første mistenkte tilfeller i kommunen.

Ved telefonhenvendelse:

- Helsesekretær som tar i mot telefonen:
 - Tar basisopplysninger; navn, fødselsdato, fastlege m.v.
 - Basissymptomer; syk hvor lenge, feber?, allmentilstand? sår hals?, verk i ledd/muskulatur?
 - Vært i utlandet, når? Kom hjem når? (Dato og klokkeslett!) Hvilke(t) land? Kontakt med kjente smittede?
 - Informere om at pasienten inntil videre skal holde seg hjemme, ha minst mulig kontakt med andre, til opplysningene er vurdert.
 - Pasienten skal **ikke** møte opp ved legekantoret, skal **ikke** settes opp på ØH-time uten etter avtale med ansvarlig lege.
 - Konsultere lege for å vurdere troverdighet / sannsynlighet:
 1. Tord; dersom ikke tilgjengelig; 2. Fastlege (dersom her i kommunen); 3. ØH-vakt / K-vakt-legen.

Dersom pasienten møter i luka:

- Be pasienten gå ut hvis mulig (til bil e.l.); hold telefonisk kontakt.
- Dersom for syk til å sendes ut: ta pasienten med ut og inn igjen gjennom ambulanseinngangen; plasseres på enerom (samtalerom, evt akuttrom)
- Lege varsles; i prioritert rekkefølge: Tord, fastlege (dersom her), ØH-vakt/K-vakt-lege.

Ved behov for legeundersøkelse:

- Vurdere om pasienten bør henvises Haukeland for verifisering av diagnose; kontakt vakthavende infeksjonsmedisiner pr tlf.
- Evt: vurdere om pasienten skal isoleres i eget hjem, til svar på prøver foreligger.
- Vurdere om legetilsyn kan gjøres ved hjemmebesøk, eller annet eksternt lokale.
- Vurdere direkte innleggelse i sykehus dersom pasientens tilstand tilsier det.

Ved behov for oppmøte på legesenteret:

- Pasienten skal vente ute, f.eks. i bilen.
- Ventilasjonsanlegget stenges. Vurdere utlufting.
- Pasienten tas inn ambulanseinngangen og undersøkes på separat kontor.
- Undersøkelsen skal være så rask som mulig (minst mulig tid sammen med pasienten); anamnese kan tas opp pr tlf, evt fra nabokontor.
- Blodprøver skal tas på samme rom som undersøkelsen foregår; **ikke** på stikkerrommet. Prøver på virusbestemmelse sendes direkte til FHI.
- Pasienten skal forlate lokalene så snart som mulig.
- Desinfeksjon av rom.

For helsepersonalet:

- arbeidstøy, hansker, munnbind, håndhygiene m.v. Se egen veileder fra FHI.
- minst mulig kontakt med andre ansatte resten av dagen?
- Ved sannsynlig smitte: varsle Haukeland (infeksjonsmedisiner) og FHI (smittevernvakta).

115 Kortversjon smittevernplan for Meland kommune

Hovedoppgaver for kommunale aktører innen smittevernet:

	Normalsituasjon	Beredskapssituasjon
Kommunestyre	<ul style="list-style-type: none"> - Vedta smittevernplan. - Ansvarlig for forsvarlige rammebetingelser for smittevernet. - Utpeke smittevernlege og stedfortreder for denne. - Plikt til å dekke alle kostnader ved gjennomføring av kommunens tuberkulosekontrollprogram. 	<ul style="list-style-type: none"> - Vurdere ekstraordinært møte. - Vedta tiltak etter råd fra smittevernlege. - Hastevedtak om møteforbud, stengning av virksomheter, begrensning i kommunikasjoner m.v. - Bevilge nødvendige ekstra- midler til gjennomføring av tiltak
Rådmann	<ul style="list-style-type: none"> - Legge praktiske forhold til rette for smittevernarbeidet, også den sektorovergripende del. - Fullmakt til mindre endringer i smittevernplanen. - Bistå smittevernlegen i gjennomføring av kommunens vedtak innen smittevern. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ansvarlig for gjennomføring av hastevedtak fattet av komm.styret eller smittevernlegen. - Aktiv deltakelse i smittevernarbeidet, samt koordinering av ressurser. - Delta etter behov i beredskapsgruppa. - Etter behov omdisponere personell og ressurser.
Kommunalsjef helse	<ul style="list-style-type: none"> - Bistå kommunens helsepersonell i det smitteforebyggende arbeidet. - Ansvar for at smittevernplanen er gjort kjent for aktuelt personell i kommunen, også i andre sektorer. 	<ul style="list-style-type: none"> - Delta i beredskapsgruppa. - Handle på vegne av adm. - Omdisponere kommunens helsepersonell etter behov og etter råd fra smittevernlege.
Smittevernlege	<ul style="list-style-type: none"> - Utføre oppgavene angitt i smittevernloven og tub.-forskr. - Utarbeide forslag til smittevernplan, samt revisjon. - Epidemiologisk overvåkning. - Gi råd til kommunens ledelse, samt øvrige etater og publikum etter behov eller på forespørsel. - Administrativt ansvarlig for iverksetting av kommunens vedtak innen smittevern. - Nødvendig samarbeid med kommunens helsepersonell. - Planlegging av helsetjeneste ved mottak av flyktninger. 	<ul style="list-style-type: none"> - Lede og kalle inn beredskapsgruppa. - Fatte hastevedtak på vegne av kommunestyret. - I visse situasjoner fatte tvangsvedtak overfor personer.
Stedfortredende Smittevernlege	<ul style="list-style-type: none"> - Overta smittevernlegens funksjoner i dennes fravær. - Holde seg orientert om den epidemiologiske situasjonen. 	<ul style="list-style-type: none"> - Overta smittevernlegens funksjoner i dennes fravær. - Arbeide sammen med smittevernlegen når arbeidsmengden tilsier det.
Fastlege	<ul style="list-style-type: none"> - Varslingsplikt smittevernlege. - Meldeplikt MSIS. - Meldeplikt tuberkulose. - Ansvar for forsvarlig diagnostikk, behandling og smitteoppsporing i samarbeid med smittevernlegen. 	<ul style="list-style-type: none"> - Bistå smittevernlegen og helsetjenesten for øvrig etter behov.

Sykepleier / jordmor	<ul style="list-style-type: none"> - Varslingsplikt til smittevernlegen (meldepl. sykdommer). - Holde seg alminnelig faglig oppdatert. - Ploms: dir. observert beh. 	<ul style="list-style-type: none"> - Kunne bli omdisponert som ledd i handlingsplan. - Plikt til å gjennomgå opplæring for å delta i smittevernarbeidet (etter vedtak i komm.styret).
Ledende helsesøster	<ul style="list-style-type: none"> - Faglig og administrativt ansvar for helsestasjonens arbeid innen smittevern. - Ansvarlig for gjennomføring av det praktiske arbeidet med tbc-kontroll. - Forpliktelser som for helsesøstrene ellers. 	<ul style="list-style-type: none"> - Delta i beredskapsgruppa. - Praktisk gjennomføring av smitteoppsporing, spesielt tuberkulose. - Praktisk ansvar for bestilling og oppbevaring av vaksiner.
Helsesøster	<ul style="list-style-type: none"> - Vaksinasjon i henhold til det offentlige vaksinasjonsprogrammet. - I samarbeid med legetjenesten tilbyr de vanligste reisevaksiner. - Informasjon til skoleelever om seksuelt smittsomme sykdommer, HIV og andre aktuelle infeksjoner. 	<ul style="list-style-type: none"> - Bistå smittevernlege og ledende helsesøster i arbeidet med diagnostikk, behandling, vaksinasjon og informasjon både til grupper og enkeltpersoner.
Øvrig kommunalt helsepersonell	<ul style="list-style-type: none"> - Kjenne til at kommunen har en smittevernplan og dens hovedinnhold. 	<ul style="list-style-type: none"> - Delta etter evne og kompetanse som legenes medhjelpere ved behov for større innsats.
Kommunalsjef skole	<ul style="list-style-type: none"> - Kjenne til smittevernplanen og gjøre den kjent for skolene. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ved behov delta i beredskapsgruppa.
Kommunalsjef teknikk	<ul style="list-style-type: none"> - Ansvar for tekniske tjenester med betydning for smittevernet (drikkevann, avløp, skadedyrkontroll m.v.) 	<ul style="list-style-type: none"> - Ved behov delta i beredskapsgruppa.
Mattilsynet	<ul style="list-style-type: none"> - Ansvar for drikkevann m.v., jfr Matloven. - Samarb.avtale med kommunen. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ved behov delta i beredskapsgruppa.
Nordhordland Legevakt	<ul style="list-style-type: none"> - Gjensidig varslingsplikt ved utbrudd av allm.farlig smittsom sykdom. 	<ul style="list-style-type: none"> - Være en del av regionens beredskap ved større utbrudd.

116 BEREDSKAPSGRUPPE

Basis-sammensetning:	Viktigste oppgaver i norm.situasjon	Viktigste oppgaver i beredskapssituasjoner
<ul style="list-style-type: none"> - Smittevernlege (leder) - ledende helsesøster - kommunalsjef helse/sosial (sekretær) <p>Og / eller med stedfortredere / medhjelpere for disse.</p> <p>Gruppa utvides ved behov, knfr smittevernplanen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Møtes minst en gang årlig. - Vurdere behov for revisjon av planen. - Evaluere det generelle smittevernarbeidet. 	<ul style="list-style-type: none"> - Samles uten opphold ved tilfelle av gr. A sykdom og visse gr. B sykdommer., eller i visse enkelttilfeller - Rådgivende organ for kommunen. - Bistå smittevernlegen. - Informasjonsansvar (utvidet gruppe) - Samarbeid internt / eksternt. - Vurdere når smitteverntiltak kan avsluttes.

117 TELEFONLISTE SENTRALE PERSONER / INSTANSER I SMITTEVERNET
For oppdaterte versjoner: se gul beredskapsperm / beredskapskort til aktuelt personell.

Smittevernlege Tord Moltumyr	Tlf. arb. 5617 1120 / 5617 1000 Tlf. priv.: 5553 0995 / 9511 8589
Stedfortredende smittevernlege Grete Wold	Tlf. arb. Tlf. priv.: 5635 2054 / 9079 4915
Stedfortredende smittevernlege Astrid B. Nordrik	Tlf arb: 5617 1120 / 5617 1000 Tlf priv: 9136 4128
Leiande helsesøster Gunnhild Brakstad	Tlf. arb.: 5617 4000 / 56174070 Tlf. priv.: 5617 7224
Helsesøster Toril S. Åsebø	Tlf. arb.: 5617 4000/ 5617 4071 Tlf. priv.: 5617 9162
Helsesøster Tove Wiig Aadland	Tlf. arb.: 5617 4000/ 5617 4059 Tlf. priv.: 5617 7390
Kommunalsjef helse- og sosial Helge Kvam	Tlf arb.: 5617 1000 Mob: 4169 6553
Ordfører Nils Marton Aadland	Tlf arb.: 5617 1000 Mob.: 9227 1050
Rådmann Kari Anne Iversen	Tlf arb: 5617 1000 Tlf priv: 5617 8471 / 98819438
Kommunalsjef teknikk Anny Bastesen	Tlf arb: 5617 1000 Mobil: 4003 8893
Kommunalsjef kultur/ oppvekst Stein Flataker	Tlf. arb.: 5617 4000/5617 4035 Tlf. priv.: 5617 7123
Fylkesmannen i Hordaland Helsetilsynet i Hordaland	Tlf.: 5557 2000
Helse Vest: Vedtakskompetanse e. smittevernlova: Overlege Alfred Halstensen Per E. Akselsen (stedfortr.)	Tlf.: 5597 5000 (Haukeland Univ.sykehus)
Tuberkulosekoordinator, lungeavdelingen, Haukeland Univ.sykehus, Helse Bergen.	Tlf. 5597 5000
Nasjonalt Folkehelseinstitutt	Tlf. 21077000, Faks: 22353605 Smittevernvakta for helsepersonell: 21 07 63 48
Nordhordland legevakt	Tlf. 5635 1003
Mattilsynets beredskapsvakt	Tlf 06040

Oppdatert 23.03.2011