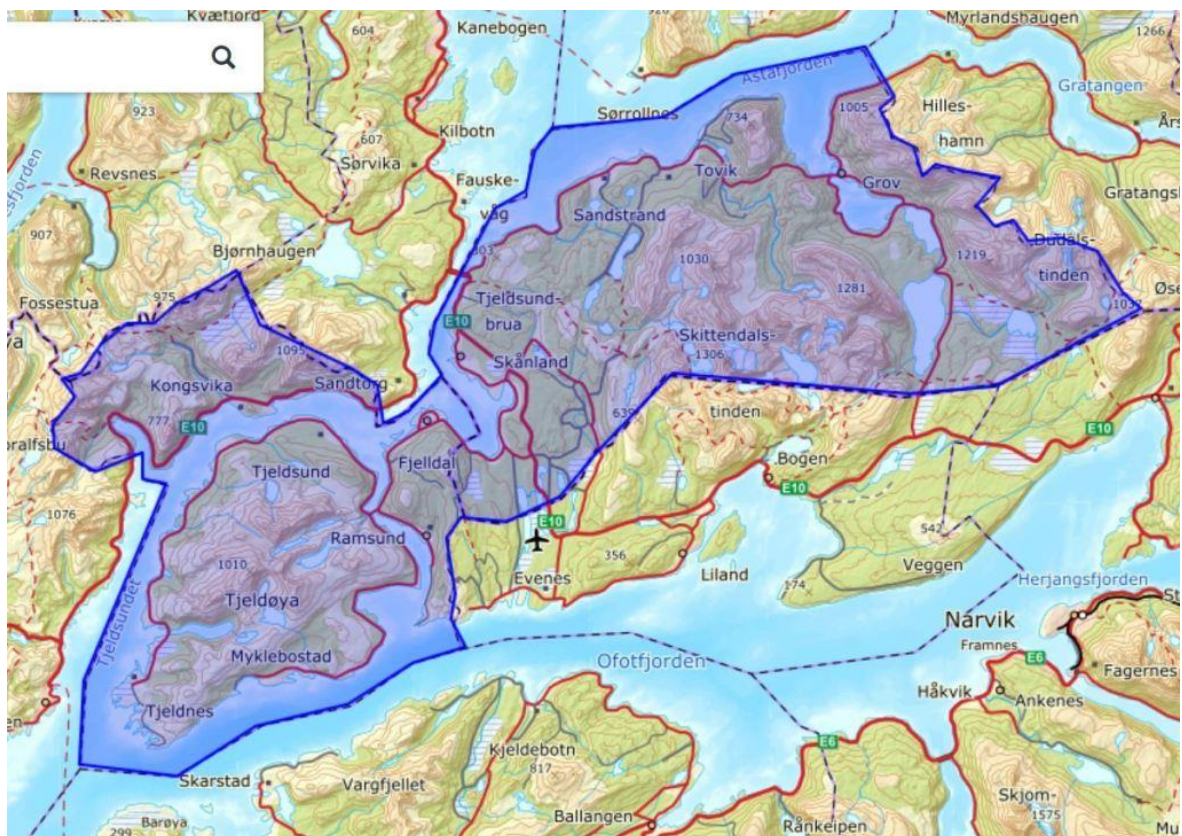


# SMITTEVERNPLAN 2019-2023

## EVENES OG TJELDSUND KOMMUNER

28.10.2019  
Smittevernlege  
Karianne Ytterstad



## INNHOOLD

1.	Innledning – forankring av planen.....	5
1.1	Hensikt med planen .....	5
1.2	Formelt grunnlag og faglige referanser .....	5
1.3	Kommunens oppgaver plikter og ansvar i smittevernet (SML §§6-7) .....	6
1.4	Kommunen og KOMmuneoverlegens ansvar .....	7
1.5	Ansvarsforhold.....	8
1.5.1	Stedfortrederfunksjon .....	8
1.5.2	Tverrfaglig Smittevern .....	9
1.6	Revidering av smittevernsplan .....	9
1.7	Sammenheng med annet kommunalt planverk .....	9
1.8	Smittvernplanens innhold – og hva den ikke inneholder .....	10
1.9	Kommunens og helsetjenestens organisering.....	11
2	LOKALE FORHOLD.....	11
2.1	Risikovurdering for øvrig næringsliv .....	11
2.2	Risikovurdering – frEmtidige utfordringer i kommunenE.....	11
2.2.1	ROS-ANALYSE .....	11
2.2.2	Infeksjonsepidemiologi – status og utfordringer .....	12
2.2.4	mistanke om Næringsmiddelbåren infeksjon .....	13
2.2.5	Skadedyrkontroll .....	13
2.2.6	Andre risikoforhold i kommunen med betydning for smittevernet .....	13
2.2.7	Interkommunale og statlige etater som berører smittevernarbeidet.....	14
3	DAGLIG SMITTEVERN .....	14
3.1	HelSeopplysning .....	15
3.2	Vaksinasjonsprogram.....	15
3.2.1	Vaksinasjonsstatus nasjonalt og lokalt for Evenes og Tjeldsund kommune. ....	16

3.3 Vaksinasjonskontor.....	16
3.4 Helsestasjon for ungdom .....	17
3 smittevern i barnehage og skole.....	18
3.1 Generell informasjon som omhandler smittevern i barnehage og skole .....	18
3.2 Kommuneoverlegens/smittevernlegens rolle .....	18
3.3 GENERELL HYGIENE.....	18
3.4 MATHYGIENE .....	19
3.5 Håndhygiene og bruk av desinfeksjonsmidler .....	19
3.6 Kontakt med dyr .....	20
3.7 Anbefalinger om når syke barnehagebarn bør holdes hjemme .....	21
INFOSKRIV til ansatte og foreldre - barnehage .....	22
4 Meldesystemet for infeksjonssykdommer .....	28
4.1 Gruppe A.....	28
4.2 Gruppe C .....	29
4.3 Sykdomspulsen – overvåking av smittsomme sykdommer .....	29
4.4 Varsling om smittsomme sykdommer og andre smittevernsituasjoner.....	30
4.4.1 Enkelttilfeller av enkelte smittsomme sykdommer i Gruppe A.....	30
4.4.2 Utbrudd av smittsomme sykdommer.....	31
4.4.3 Andre varslingssituasjoner .....	31
4.4.4 Varsling etter internasjonalt helsereglement.....	31
4.5 Egne meldingsrutiner for tuberkulose .....	31
5 Blodsmitte -håndtering av stikkskader .....	32
5.1 Generelt om stikkskader, hvor stor sannsynlighet for smitte? .....	32
5.2 Forebyggende tiltak ved håndtering av stikkende og skarpe gjenstander .....	32
Krav til kanyleboks.....	33
Generelle forholdsregler ved kontakt med blod .....	33
5.3 Førstehjelp ved stikkskader og blodsprut.....	33
5.4 Retningslinjer for legen.....	38

Vurdér smitterisiko.....	38
5.4.1 Blodprøver.....	38
5.4.2 Behandling.....	39
Hasteutlevering av vaksiner og immunoglobuliner .....	41
Spesielle sykdommer .....	42
Antibiotikabruk og resistens .....	43
Status i norge i dag .....	43
Beskyttelse mot resistente bakterier ved utenlandsreiser .....	44
Miljørettet helsevern .....	44
forebygging av Legionellasmitte.....	44
SMITTEVERN I BEREDSKAPSSITUASJONER .....	45
VEDLEGG .....	47
Beredskapsplan for pandemisk influensa i Tjeldsund kommune.....	47
Generelt.....	47
Tiltak i forbindelse med pandemisk influensa. ....	48
Prioritering – 6 faser .....	49
Program for tuberkulosekontroll i Tjeldsund kommune.....	50
Beredskap næringsmiddelbåren infeksjon.....	50

## 1. INNLEDNING – FORANKRING AV PLANEN

### 1.1 HENSIKT MED PLANEN

Smittevernplanen har som hensikt å være et hjelpemiddel og et redskap i arbeidet for vern mot smittsomme sykdommer i Tjeldsund og Evenes kommune i fredstid. Smittevernplanen skal beskrive generelle prinsipper for smittevern, både i normalsituasjon og i beredskapssituasjoner. Planen er også ment å legge føringer for kommunens virksomhet og prioriteringer i den grad smittevernfaglige hensyn berøres. Smittevernloven skal sikre at helsemyndighetene og andre myndigheter setter i verk nødvendige smitteverntiltak og samordner arbeidet sitt med smittevern. Smittevernloven skal også sikre at rettsikkerheten til den enkelte ivaretas. Med hjemmel i smittevernloven er det gitt en rekke forskrifter som skal hjelpe til å nå disse målene.

### 1.2 FORMELT GRUNNLAG OG FAGLIGE REFERANSER

Denne planen er en omfattende revisjon av den forrige smittevernsplanen for Skånland kommune som ble utarbeidet av tidligere kommuneoverlege i 2003. Den forrige smittevernplanen for Skånland kommune var bygget på smittevernsplan for Gamvik og Lebesby kommune. Ny smittevernsplan er bygget på [smittevernplan for Gamvik og Lebesby kommune](#) (versjon 2017-2021) og [smittevernsplan for Harstad kommune 2018/2019](#). Smittevernsplan for nevnte kommuner er tilgjengelig på internett via hyperlenker over. Nevnte smittevernsplaner skiller seg blant annet fra hverandre, med at smittevernplan for Harstad kommune har innlemmet mange nyttige informasjonskriv og prosedyrer for håndtering av spesifikke sykdommer/situasjoner. Noen av disse er inkludert i smittevernsplan, men i hovedsak er disse prosedyrene/informasjonskrivene utelatt fra smittevernplanen og vil ligge som lokale prosedyrer internt på legekontor og helsestasjoner i kommunene. Bakgrunnen for dette er at slike prosedyrer med faglige råd/informasjon må oppdateres jevnlig, og alltid må holdes opp mot faglige oppdateringer i medisinen, med blant annet oppdaterte råd/anbefalinger fra folkehelseinstituttet (FHI). Intensjonen om å holde disse prosedyrene adskilt er å gjøre smittevernsplanen mindre avhengig av fortløpende spesifikke oppdateringer. Det foreslås at smittevernplan for kommunene oppdateres hvert 4. år, men at den revideres tidligere dersom behov. Varslingslister oppdateres årlig, og holdes utenfor smittevernsplanen. Kommunene har også ansvar for at det foreligger et infeksjonskontrollprogram for

sykehjem og hjemmetjenesten. Infeksjonskontrollprogram for kommunen ble revidert september 2019 av Solgunn Sjøvoll og Per Eivind Horn, begge inngår som del av kommunenes smittevernsteam. Infeksjonskontrollprogrammet skal ligge tilgjengelig på kommunens interne nettsider. Prosedyrene ligger også lagret i lokal prosedyrebank ved legekantoret på Evenskjer.

Alle kommuner er pålagt å ha en smittevernplan. 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.

Kommuneoverlegen vil i mange kommuner også være smittevernlege i kommunen, og i denne planen omtales den derfor som kommuneoverlegen. Kommuneoverlegen har overordnet ansvar for oppdatering av smittevernsplan. Dersom kommuneoverlegens oppgaver blir fordelt på flere personer, må det avklares hvem som har smittevernsansvar. Smittevernslege vil da ha samme forpliktelser som nevnt for kommuneoverlege i denne planen. Kommunen plikter å etablere stedfortreder for smittevernsansvar dersom stillingen er ubesatt.

Mest aktuelle referanser:

#### **Lovgrunnlag:**

- [Lov om vern mot smittsomme sykdommer](#) med [forskrifter](#).
- [Lov om helse- og omsorgstjenester](#) med [forskrifter](#).
- [Lov om matproduksjon og mattrygghet](#) med [forskrifter](#).
- [Lov om helsemessig og sosial beredskap](#) med [forskrifter](#).
- [Lov om helsepersonell](#) med [forskrifter](#).
- [Folkehelseloven](#) med [forskrifter](#)

**Faglig basis:** Tjenesten skal utøves etter allment aksepterte faglig-medisinske normer. Tjenesten skal følge råd og publikasjoner som gis fra Folkehelseinstituttet og andre statlige organ.

- [www.helsedirektoratet.no](http://www.helsedirektoratet.no)
- [www.fhi.no](http://www.fhi.no), her spesielt Smittevernveilederen: [www.fhi.no/nettpub/smittevernveilederen](http://www.fhi.no/nettpub/smittevernveilederen).

#### **Distribusjon av smittevernplanen:**

Planen distribueres til aktuelle samarbeidsparter ved behov og på oppfordring. Planen er alltid tilgjengelig og oppdatert på "[sett inn lenke for smittevernplan i kommunen](#)"

### 1.3 KOMMUNENS OPPGAVER PLIKTER OG ANSVAR I SMITTEVERNET (SML §§6-7)

Som utgangspunkt har alle rett til smittevernhjelp overfor enhver smittsom sykdom. Den enkelte vil fra kommunenes side ha rett til relevante tjenester og tiltak fra for eksempel allmennelegetjeneste, helsestasjon,

hjemmesykepleie, ambulansetjeneste og også fra andre etater der det er relevant, mest aktuelt fra NAV sosial. Tverrfaglig samarbeid er avgjørende for smittevernsarbeid i kommunen.



Rett til hjelp betyr ikke at hjelpen nødvendigvis er gratis. Dog dekker folketrygda utgifter til undersøkelse og behandling ved allmennfarlige smittsomme sykdommer.

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

#### 1.4 KOMMUNEN OG KOMMUNEOVERLEGENS ANSVAR

Kommunens og kommuneoverlegens ansvar framgår bl.a. i smittevernloven, hvor det bl.a. står:

##### § 7-1 Kommunens ansvar

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

Kommunen skal også utføre de oppgaver innen smittevernet som pålegges i loven her eller bestemmelser i medhold av loven, herunder skaffe seg oversikt over arten og omfanget av de smittsomme sykdommer som forekommer i kommunen, drive opplysning om smittsomme sykdommer og gi råd og veiledning om hvordan de forebygges, sørge for at individuelt forebyggende tiltak blir satt i verk, sørge for at andre tiltak etter loven her, folkehelseloven eller helse- og omsorgstjenesteloven blir satt i verk.

Tiltak og tjenester for å forebygge smittsomme sykdommer eller motvirke at de blir overført skal utgjøre et eget område i planen for kommunens helse- og omsorgstjeneste. Helse- og omsorgstjenesten i kommunen skal samarbeide med myndigheter som har oppgaver av betydning for tiltakene.

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

Ved iverksetting av tiltak etter §§ 3-1 og 3-8 kan kommunen mot vederlag bruke og om nødvendig skade andres eiendom. Kommunens myndighet etter denne lov kan delegeres etter reglene i kommuneloven eller til et interkommunalt organ.

## **§ 7-2 Kommuneoverlegens oppgaver**

Kommuneoverlegen skal utføre de oppgaver innen smittevernet som pålegges i loven her. I kommuner med flere kommuneoverleger eller hvor ansvarsforhold mellom smittevernlege og kommuneoverlege er delt på flere personer, skal kommunestyret utpeke en av dem til å utføre disse oppgavene. Det bør også utpekes en stedfortreder for denne (se 1.5.1. Stedfortrederfunksjon).

Smittevernlegefunksjonen i Tjeldsund og Evenes kommune skal kunne ivareta aktuelle kommuneoverlegeoppgaver innen smittevern beskrevet blant annet i denne planen og i smittevernloven.

Kommuneoverlegen skal

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

## **1.5 ANSVARFORHOLD**

### **1.5.1 STEDFORTREDERFUNKSJON**

Stedfortredere for smittevernlegen:

- Om smittevernlegen ikke er tilgjengelig skal kommuneoverlegen eller konstituert kommuneoverlege overta smittevernlegens ansvar.
- Smittevernlegen og stedfortrederne har ikke vaktordning, men kan kontaktes utenom vanlig arbeidstid og vil stille opp dersom de har tid/anledning.



- Dersom det er helt umulig utenom vanlig arbeidstid å mobilisere en av legene som er tillagt ansvaret for smittevernet, og det ikke kan vente, skal vakthavende lege kontaktes via Harstad interkommunale legevakt (HIKL), som utfører oppgaver i medhold av smittevernloven.

- Som vedlegg skal det til enhver tid foreligge varslingsliste med navn på de leger som skal ha smittevernlegens ansvar. Varslingslisten skal settes opp i prioritert rekkefølge.

Varslingslister skal oppbevares på legekantoret på Evenskjer, Harstad interkommunale legevakt, og hos rådmann/helsesjef for Tjeldsund og Evenes kommune.

### 1.5.2 TVERRFAGLIG SMITTEVERN

Det kommunale smittevernet er en gruppe fagpersoner som gir bistand og veiledning i enkeltsaker og ved utbrudd, heretter kalt smittevernteamet. Det kommunale smittevernsteamet består per september 2019 av kommuneoverlege/smittevernlege, fagleder helsesykepleie Skånland, leder Skånland sykehjem og leder hjemmetjenesten Skånland Nord. Oppdatert liste over kontaktpersoner holdes utenfor smittevernplan som egen kontaktliste kalt tverrfaglig smittevernteam. Smittevernteamet kan rådføre seg med Kompetansesenter for smittevern i Helse Nord (KORSN) som ligger organisert under Universitetssykehuset i Nord Norge <https://unn.no/fag-og-forskning/kompetansesenter-i-smittevern-helse-nord-korsn>.

Smittevernteamet kan tilrettelegge/bistå med følgende:

- Kurs og undervisning av helsepersonell i hygiene og smittevern
- Smittevernfaglig veiledning ved bygningsmessige endringer og ved omstillinger.
- Drift og koordinering av kommunens nettverk av smittevernkontakter.
- Undervisning smittevernsfaglige tema av ansatte innen helse og omsorg.
- Undervisning smittevernsfaglige tema av ansatte i skole og barnehage.

### 1.6 REVIDERING AV SMITTEVERNSPLAN

Kommuneoverlegen for Tjeldsund og Evenes kommuner har ansvar for å utarbeide forslag til endringer ved ordinær revisjon av planen. Ny revidert plan skal godkjennes av kommunestyret. Dersom det ikke er fast tilsatt kommuneoverlege/smittevernlege i kommunen når det er tid for revidering, får helsesjef eller rådmann i kommunen ansvar for at revideringsarbeidet igangsettes av de leger som er midlertidig stedfortreder i smittevernsaker i Tjeldsund og Evenes kommuner.

### 1.7 SAMMENHENG MED ANNET KOMMUNALT PLANVERK

PLANENS NAVN	Smittevernplan
--------------	----------------

PLANENS VIRKEOMRÅDE	Tjeldsund kommune, Evenes kommune
OVERORDNET PLANVERK	Kommunal plan for kriseledelse Helse og omsorgsplan (under utarbeidelse)
UNDERORDNET PLANVERK	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tiltakskort pandemi</li> <li>• Varslingslister i hver enhet</li> <li>• Tuberkulose kontrollprogram for Evenes og Tjeldsund kommune.</li> </ul>
ANSVARLIG	Smittevernlege/Kommuneoverlege
KRAV TIL KOMMUNIKASJON OG SPREDNING	Rådmann, sektorledere, enhetsledere, fastleger, helsestasjon, helsestasjonslege, legevakt. Skal publiseres på kommunens hjemmeside
NESTE AJOURHOLD	Årlig oppdatering av varslingslister Revidering av planen 2023

## 1.8 SMITTEVERNPLANENS INNHOLD – OG HVA DEN IKKE INNEHOLDER

Smittevernplanen er en del av kommunens generelle planverk, da spesielt knyttet til plan for helsemessig og sosial beredskap. Smittevernplanen vil også berøre internkontrollsystemet i helse- og omsorgstjenesten, 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 og næringsmiddelbåren infeksjon, vil spesifikke anbefalinger på 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. De ulike enhetene i helsetjenesten i Tjeldsund og Evenes kommune bør ha koordinerte prosedyresamlinger som kan brukes sammen med smittevernplanen i smittevernarbeidet.

Lokalt for Tjeldsund og Evenes kommuner nevnes følgende prosedyrearbeid som vil være tilgjengelig internt for legekontor, helsestasjon, samt pleie og omsorgstjenesten:

Sykehjem og hjemmesykepleien har utarbeidet et eget *infeksjonskontrollprogram* i samarbeid med smittevernlege. Infeksjonskontrollprogram for Evenes og Tjeldsund kommuner er basert på infeksjonskontrollprogram for kommuner fra Kompetansesenter for smittevern i Helse Nord.

Råd om smittevern i barnehager og skoler: Egen samling av faglig informasjon og forslag til informasjonsskriv til skole og barnehage.

Aktuelle prosedyrer for råd om smittevern barnehager og skoler distribueres til samarbeidspartnere ved forespørsel. Ved distribusjon av prosedyrer vil den enkelte fagperson være ansvarlig for at innholdet er faglig oppdatert, og dersom usikkerhet kan smittevernlege/kommuneoverlege rådspørres. Prosedyrene

bør ha referanser til i hovedsak smittevernveilederen på folkehelseinstituttets hjemmesider, samt kapittel om smittsomme sykdommer A-Å, slik at oppdatert faglig kvalitet ivaretas. Prosedyrene ble oppdatert med basis i nevnte kilder sommeren 2019.

**Beredskapsplan for næringsmiddelbårne infeksjoner.** Infoskriv fra kommuneoverlege og mettilsyn til pasient ved mistanke om næringsmiddelbåren infeksjon

**Stikkskadeprosedyre** for kommunen – plakat førstehjelp og kontaktinfo distribueres til de det angår – prosedyre stikkskade i egen mappe internt på legekontor, sykehjem og hjemmetjenesten.

## 1.9 KOMMUNENS OG HELSETJENESTENS ORGANISERING

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

## 2 LOKALE FORHOLD

### 2.1 RISIKOVURDERING FOR ØVRIG NÆRINGSLIV

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

### 2.2 RISIKOVURDERING – FREMTIDIGE UTFORDRINGER I KOMMUNENE

I fredstid og med samfunnsfunksjoner og infrastruktur intakt, vil faren for alvorlige utbrudd av smittsomme sykdommer som rammer store deler av befolkningen i Evenes og Tjeldsund kommuner være svært liten.

#### 2.2.1 ROS-ANALYSE

ROS-analyse står for risiko- og sårbarhetsanalyse. Ved å kartlegge sannsynlighet og konsekvenser av uønskede hendelser, som for eksempel spredning av allmennfarlig smittsom sykdom, kan man prioritere risikoområder og planlegge tiltak for å forhindre dem eller redusere konsekvensen av dem dersom de skulle oppstå.

ROS-analysen er i hovedsak en kvalitativ risikovurdering, bygget på faglig skjønn og erfaring. Det har vist seg å være et effektivt verktøy for å definere forbedringsområder.

Tjeldsund og Evenes kommuner har både norsk og samisk befolkning. Begge kommuner har innbyggere med høyere gjennomsnittsalder en landsgjennomsnittet. Gjennomsnittsalder for Skånland, Tjeldsund og Evenes kommune var per 2019 hhv 45,21 år, 47,78 år og 46,44 år. Gjennomsnittsalder på landsbasis var for 2019 40,28 år. Ref: [https://www.kommuneprofilen.no/Profil/Befolkning/DinRegion/bef\\_alder\\_region.aspx](https://www.kommuneprofilen.no/Profil/Befolkning/DinRegion/bef_alder_region.aspx)

I forhold til tilflytting fra utlandet er det viktig å være oppmerksom på personer fra endemiske områder med smittsomme sykdommer som ikke kommer via flyktningsmottak. Her har kommunen et ansvar for å tilrettelegge helsetjenesten for å oppdage og behandle smittsom sykdom i denne gruppen. Politiet er en sentral

samarbeidspartner ift å varsle kommunene og kommuneoverlegen ved ny ankomst asylsøkere eller flyktninger. Det er utarbeidet eget tuberkulose kontrollprogram for kommunen. Smittevern i Tjeldsund og Evenes kommuner vil i hovedsak handle om forebygging og beredskap i forbindelse med vannbåren infeksjon, matbåren infeksjon og dråpesmitteinfeksjon, og med risiko og sårbarhet som vist i tabell.

Stor sannsynlighet	Øyekatarr Norovirus Vannkopper	Rotavirus RS-virus Chlamydia	Streptokokk- infeksjoner - systemiske Influenza	
Sannsynlig	Brennkopper Lus	Salmonellose Dyrebitt Stikkskader Kikhoste	Meningokokk-sykdom Pneumokokksykdom	
Mindre sannsynlighet	Skabb Ringorm Marksykdommer	Campylobakteriose Pseudomonasinfeksjon Cytomegalovirus Hepatitt B-C Hepatitt A Gonoré Tularemi	MRSA HIV-infeksjon Tuberkulose Haemophilus influenzae (hib) E.Coli enteritt	Vann/næringsmiddelbåren infeksjon
Lite sannsynlig	Trikomonas	Shigelliose Yersiniose Syfilis Toxoplasmose	Botulisme Listeriose Tetanus Legionellose	Pandemisk influensa
	Ufarlig	En viss fare	Farlig/kritisk	Katastrofalt

- Rød farge – høy risiko. Høy risiko vil som oftest kreve strakstiltak.
- Orange farge – middels risiko. Risikoreducerende tiltak skal vurderes ved middels risiko.
- Grønn farge – liten risiko. Ved liten risiko er det ofte ikke nødvendig å iverksette risikoreducerende tiltak, så fremt krav i lov og forskrift er oppfylt.

## 2.2.2 INFEKSJONSEPIDEMIOLOGI – STATUS OG UTFORDRINGER

Tjeldsund og Evenes kommuner skiller seg ikke vesentlig epidemiologisk fra andre kommuner hva angår forekomst av smittsomme sykdommer. Det er ikke spesielt høy import av sykdommer fra utlandet. Reise medisinsk rådgivning og vaksinasjon utføres i dag ved helsestasjonen i kommunen og i samarbeid med legekantoret på Evenskjer. Det er ikke etablert eget vaksinasjonskontor for Tjeldsund og Evenes kommuner. Mange av kommunens innbyggere benytter vaksinasjonskontoret i nabokommunen Harstad. Det er ikke etablert helsestasjon for ungdom, men det er en målsetning at denne etableres i 2020. Elever på videregående skole i kommunene benytter til en viss grad tilbud om helsestasjon for ungdom i nabokommunen Harstad.

---

### 2.2.3 NÆRINGSMIDLER, AVFALL OG AVLØPSHÅNDERING

Hovedansvar for kommunenes håndtering av avfall, kloakk, drikkevannsforsyning, skadedyrkontroll ligger hos de tekniske avdelinger. Teknisk etat tar kontrollprøver på drikkevann, disse analyseres av Mattilsynet. Svar på prøvene sendes kommunens tekniske avdelinger. Det skal foreligge internkontroll og driftsinstruks for vannverkene. Videre beredskap i forhold til vannforsyningen skal være nærmere omtalt i kommunenes beredskapsplaner. Mattilsynet utfører på delegasjon kontroll med butikker og utsalgssteder som selger matvarer/næringsmidler der smittefare kan være en problemstilling. Legekantorene og sykehjemmene skal som en del av sine internkontrollsystemer ha rutiner for håndtering av smittefarlig avfall.

---

### 2.2.4 MISTANKE OM NÆRINGSMIDDELBÅREN INFEKSJON

Ved mistanke om lokale utbrudd med næringsmiddelbåren infeksjon vil det fordre et nært samarbeid på tvers av etater; tekniske avdelinger for vann- og avløp, miljørettet helsevern, smittevernet og mattilsyn. Det ytes faglig bistand fra Folkehelseinstituttet, og [Utbruddsveilederen](#) på FHI sine nettsider gir utfyllende råd om håndtering av slike situasjoner. Det er inngått samarbeidsavtale med smittevernslege og lokalt mattilsyn. Beredskapsplan for håndtering av "mistanke om næringsmiddelbåren infeksjon" er opprettet som vedlegg til smittevernsplan. Denne beredskapsplanen er basert på anbefalinger i utbruddsveilederen og en utfyllende samarbeidsavtale med Mattilsynet avd. Midtre Hålogaland. Her defineres også ansvarsforhold for involverte parter. Generelt kan nevnes at det ved mistanke om næringsmiddelbåren infeksjon foreligger en gjensidig varslingsplikt mellom kommuneoverlege og mattilsyn. Det er opprettet et informasjonsskriv for syk person/mistenkt smitteutsatt som gir praktisk informasjon om prøvetaking ved mistanke om næringsmiddelbåren infeksjon.

Det anbefales årlige møter smittevern, teknisk etater i kommunene og lokalt mattilsyn for gjennomgang av beredskapsplan. Man bør her også ta stilling til om det foreligger spesielle områder innefor næringsmidler, avfall og avløpshåndtering som gir økt/endret risiko og sårbarhet i kommunen.

**Vedlegg 1: Beredskapsplan næringsmiddelbåren infeksjon og samarbeidsavtale kommuneoverlege og mattilsyn**

**Vedlegg 2: Informasjon til pasient – prøvetaking ved mistanke om næringsmiddelbåren infeksjon.**

---

### 2.2.5 SKADEDYRKONTROLL

Når det gjelder skadedyrbekjempelse og forebygging vises det til egen veileder fra folkehelseinstituttet;

<https://www.fhi.no/nettpub/skadedyrveilederen/>

Eier og bruker av bygning, 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. Kommuneoverlege kan fatte hastvedtak om umiddelbar skadedyrbekjempelse dersom det er nødvendig for å hindre overhengende helsefare.

---

### 2.2.6 ANDRE RISIKOFORHOLD I KOMMUNEN MED BETYDNING FOR SMITTEVERNET

Strukturelle forhold:

- Ny organisasjonsstruktur i kommunen og utskiftning av personale i flere nivåer antas å medføre en midlertidig økt sårbarhet. Imidlertid vil man opprettholde kontinuitet ved smittevernsteamet, og kommunen har ny smittevernplan, tuberkulose kontrollprogram, infeksjonskontrollprogram for sykehjem og hjemmetjenesten.
- Utskifting av personale i kommunale tjenester og helsetjenester.
- Helsestasjon for ungdom er ikke etablert. Plan om etablering 2020.

Det er en viss bruk av vikarer og sesongarbeidere fra utlandet i både kommunal og privat regi. Det er ikke etablert rutiner for eksempel tuberkulosekontroll ved nyansettelser for private aktører. Dette er forsøkt ivare tatt med nytt tuberkulose kontrollprogram for kommunen, hvor det sendes ut informasjon om tuberkulosekontroll til private aktører. Personer som jobber med barn/ungdom eller innen helse og omsorg må som tidligere fylle ut egenerklæring for kartlegging av potensiell tuberkulose-smitte og meticillinresistente gule stafylokokker (MRSA). For øvrig er Evenes og Tjeldsund små og relativt oversiktlige kommuner. Kommunehelsetjenesten har pr september 2019 ingen opplysninger om andre faktorer, bedrifter, institusjoner eller befolkningsgrupper som bør overvåkes særskilt med tanke på smittevern.

---

## 2.2.7 INTERKOMMUNALE OG STATLIGE ETATER SOM BERØRER SMITTEVERNARBEIDET

Tjeldsund og Evenes kommuner er tilknyttet mattilsynet, region Nord, avdeling Midtre Hålogaland.

Helse Nord RHF, skal etter smittevernloven (SML) ha utpekt en smittevernansvarlig lege som sammen med smittevernoverlegen i kommunen har vedtaksmyndighet ved tvangsbehandling.

Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN) har mikrobiologisk laboratorium og infeksjonsmedisinsk avdeling. Smittevernsenteret er organisert under UNN – med eget kompetansesenter i smittevern Helse Nord (KORSN) – kompetansesenteret kan bistå både smittevernpersonell i spesialist- og kommunehelsetjensten. Man kan her kontakte smittevernsykepleier som har ansvar for rådgivning i kommunehelsetjenesten. UNN har også tuberkulosekoordinator.

Smittevernsenteret UNN:

<https://unn.no/avdelinger/medisinsk-klinikk/mikrobiologi-og-smittevern/smittevernsenteret#les-mer-om-smittevernsenteret>

Smittevern for kommunehelsetjenesten

<https://unn.no/fag-og-forskning/kompetansesenter-i-smittevern-helse-nord-korsn/smittevern-for-kommunehelsetjenesten>

### 3.1 HELSEOPPLYSNING

Helseopplysning har som hovedformål å forebygge og å 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, helsesykepleiere, helsesekretærer og øvrige 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.

### 3.2 VAKSINASJONSPROGRAM

I Norge er all vaksinasjon frivillig. Her kan man lese om hvorfor det er viktig å vaksinere:

<https://www.fhi.no/sv/vaksine/barnevaksinasjonsprogrammet/hvorfor-vaksinere/>

Vaksiner er en enkel og effektiv beskyttelse mot farlig sykdom. Vaksiner gir flokkbeskyttelse. Når de aller fleste i befolkningen er vaksinert mot en sykdom, blir det få personer igjen som er mottagelige for smitte. Ved at de aller fleste i befolkningen er vaksinert mot en sykdom, er de også med på å beskytte de minste barna som er for unge til å få vaksine, og personer med spesielle sykdommer som gjør at de ikke kan vaksineres.

Helsestasjonen og skolehelsetjenesten følger Veiledning om vaksinasjon utgitt av Folkehelseinstituttet:

<https://www.fhi.no/nettpub/vaksinasjonsveilederen-for-helsepersonell/vaksinasjon/barnevaksinasjonsprogrammet/>

<http://www.fhi.no/publikasjoner-og-haandboker/vaksinasjonsbok>

Det anbefalte vaksinasjonsprogrammet som tilbys alle barn og ungdom i Norge omfatter per september 2019 vaksiner mot 12 forskjellige sykdommer: rotavirus, difteri, stivkrampe, kikhoste, poliomyelitt, infeksjon med Haemophilus influenzae type b (Hib), hepatitt B, pneumokokksykdom, meslinger, kusma, røde hunder og humant papillomavirus (HPV). HPV kan forårsake livmorhalskreft og andre former for kreft som skyldes HPV. I tillegg inngår BCG-vaksine mot tuberkulose for barn med foreldre fra land med høy forekomst av tuberkulose. Alle disse sykdommene kan være livstruende eller gi alvorlige følgetilstander.

Den første vaksinen i barnevaksinasjonsprogrammet gis ved seks ukers alder og den siste vaksinen på 10. klassetrinn. Dersom barn av ulike grunner ikke har fått en eller flere av programvaksinene til ordinær tid, har de rett på et gratis tilbud med vaksinene som inngår i barnevaksinasjonsprogrammet opp til alder 20 år.

Vaksinasjonstjenesten lar foreldre se vaksinasjonsstatus for seg selv og sine barn under 16 år. Man kan her skrive ut vaksinasjonskort på norsk og engelsk. Man kan få tilgang til følgende opplysninger ved å logge seg inn på [helsenorge.no](http://helsenorge.no).

- Barnevaksiner – registrering siden 1995. Se utfyllende informasjon vedrørende helserettlig myndighetsalder 16 år [her](#).

- Reisevaksiner og andre vaksiner tatt i 2011 eller senere. Vaksine mot pandemisk influensa registreres dersom den ble tatt i 2009 eller senere.
- Vaksiner som ikke har blitt registrert kan [etterregistreres](#) ved hjelp av denne tjenesten.

### 3.2.1 VAKSINASJONSSTATUS NASJONALT OG LOKALT FOR EVENES OG TJELDSUND KOMMUNE.

Mer enn 9 av 10 barn følger det norske vaksinasjonsprogrammet. For å få en sykdom under kontroll i befolkningen gjennom flokkbeskyttelse må det være en dekningsgrad på 80-95 %, avhengig av hvor lett sykdommen smitter mellom mennesker og hvor effektiv vaksinen er. Dersom vaksinasjonsdekningen blir for lav, kan sykdommer som vi i dag har kontroll over, komme tilbake.

Dekningsgrad vaksinasjonsprogram for Evenes og Tjeldsund kommuner er: **INNHENTES FRA FAGANSVARLIG HELSESYKEPLEIER i Tjeldsund kommune.**

### 3.2.2 DOKUMENTASJON VED VAKSINERING

Alle vaksiner som blir gitt i Tjeldsund og Evenes kommuner skal registreres i SYSVAK (det sentrale vaksinasjonsregister), med tilhørende kodenummer og batchnummer. Videre skal vaksinene registreres i helsebok/ helsekort. Dette gjelder både for barn og voksne. Dersom barn i vaksinasjonsprogrammet av ulike årsaker ikke vaksineres, skal dette journalføres i helsestasjonens elektroniske journal.

### ANSVARSFORHOLD VAKSINASJON

Alle barn som bor eller midlertidig oppholder seg i Norge har rett til å bli vaksinert og få den beskyttelsen vaksinene i programmet kan gi. Kommunehelsetjenesten har plikt til å tilby vaksinene i programmet, og det skal gjennomføres av helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Helsestasjonen og skolehelsetjenesten skal informere om og tilby barnevaksinasjonsprogrammet til alle barn til og med grunnskolealder, samt tilby vaksineprogrammet til ungdom mellom 16 og 20 år som tidligere har takket nei til, eller ikke har mottatt tilbud om vaksiner i programmet.

## 3.3 VAKSINASJONSKONTOR

Tjeldsund og Evenes kommuner har per i dag ikke eget vaksinasjonskontor. Helseesykepleiere ved helsestasjon for barn har kompetanse ift vaksinasjon, og utfører veiledning, råd og vaksinasjon i forbindelse med utenlandsreiser. Det er ikke egen flyktninghelsesøster i Tjeldsund og Evenes kommuner, i praksis utføres flyktninghelsesøsters oppgave av helseesykepleier i samarbeid med legekantoret på Evenskjer. Ansatte helseesykepleiere ved helsestasjon for barn yter i dag tjenester som til en viss grad tilsvarer et vaksinasjonskontor med blant annet reisevaksinasjon og rådgivning ved henvendelser fra kommunens innbyggere, samt reisevaksinasjon av elver ved folkehøgskole som har egen "backpacker"-linje med 3 mnd utenlandsreise til ulike destinasjoner.



Råd/veiledning om andre allmennfarlige sykdommer og influensa / pneumokokkvaksinasjon tilbys både ved helsestasjon og legekantoret på Evenskjer. Det er anledning til å teste seg for sykdommer som HIV, hepatitt og andre seksuelt overførbare sykdommer ved legekantoret på Evenskjer. Helsesykepleier har også en viktig rolle i kommunenes tuberkulose kontrollprogram som finnes i vedlegg til smittevernsplan.

### 3.4 HELSESTASJON FOR UNGDOM

Hesledirektoratets retningslinjer for helsestasjons- og skolehelsetjeneste viser til følgende krav i lov eller forskrift:

Alle kommuner skal ha et helsestasjonstilbud for ungdom opp til 20 år, jf. forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjenesten § 3 første ledd bokstav b.

Helsestasjonstilbudet til ungdom bør organiseres slik at det:

- Er tilpasset ungdommenes behov
- Gis på ungdommenes premisser
- Opplevs tilgjengelig for ungdommene, også for dem som ikke går på skole

Helsestasjon for ungdom (HFU) skal være et supplement til og ikke komme i stedet for skolehelsetjenesten.

I mindre kommuner og bydeler kan det være et alternativ å etablere HFU på tvers av kommune- og bydelsgrenser for å få en hensiktsmessig drift og et større faglig miljø.

Nasjonal faglig retningslinje for det helsefremmende og forebyggende arbeidet i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom baseres på krav i lov eller forskrift og sterk anbefaling. I henhold til krav i lov og forskrift presiseres bl.a. følgende:

Helsestasjon for ungdom skal ha en tilgjengelig lege.

Helsestasjon for ungdom skal tilby testing og behandling for seksuelt overførbare infeksjoner (SOI):

- Teste for seksuelt overførbare infeksjoner (SOI)
- Behandle SOI
- Gjennomføre eller bidra til smitteoppsporing ved SOI

Tjeldsund og Evenes kommuner har per oktober 2019 ingen etablert helsestasjon for ungdom. Noen ungdommer benytter helsestasjon for ungdom i nabokommunen Harstad. Ut i fra bl.a. smittevernhensyn er det ønskelig at denne tjenesten etableres i kommunen.

Forslag til åpningstid: 1 ettermiddag i uken, 2 timers åpningstid. Foreslår å benytte turnuslege som tar annenhver uke – og at de er under veiledning fra fagansvarlig lege for Helsestasjon for ungdom.

Nyttige lenker: [sexogsamfunn.no](http://sexogsamfunn.no)

(med link til bl.a. [metodebok for seksuell helse](#), bistår med faglig støtte kurs/opplæring ved etablering av helsestasjon for ungdom)

<https://www.hesledirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten>

### 3 SMITTEVERN I BARNEHAGE OG SKOLE

#### 3.1 GENERELL INFORMASJON SOM OMHANDLER SMITTEVERN I BARNEHAGE OG SKOLE

Kan mer effektivt smittevern i barnehager og skoler bidra til å bedre barn og unges helse, samt redusere sykdomstilfeller og antibiotikabruk? Ved en systematisk gjennomgang av smitteverntiltak i barnehager og skoler (<https://www.fhi.no/publ/2014/effekt-av-smitteverntiltak-i-barnehager-og-skoler/>) fant man ut følgende: Det er best dokumentasjon for virkingen av flere tiltak samtidig.

Hovedfunnene er:

- Håndvask og opplæring i smittevern i barnehager og barneskoler gir trolig betydelig mindre forekomst av luftveisinfeksjoner og diaré sammenliknet med barnehager og skoler hvor det ikke er tiltak utover vanlig praksis. Resultatene indikerer at man kan forvente en reduksjon på 10 – 50 % færre infeksjoner blant barna. Slike tiltak bedrer trolig også hygieneatferden til barna. Dokumentasjonen er av middels til lav kvalitet.
- Bruk av hånddesinfeksjon i tillegg til håndvask og opplæring i smittevern, bidrar trolig til 30 – 50 % mindre sykefravær blant skolebarn (5–12 år), sammenliknet med barn som kun fikk opplæring og utførte «vanlig» håndvask eller fikk placebodesinfeksjon. Dokumentasjonen er av middels til lav kvalitet.

Forkjølelse, halsbetennelse og ørebetennelse er nesten dobbelt så vanlige hos yngre barnehagebarn sammenliknet med barn som ikke går i barnehage. Mage-tarm infeksjoner er opp til tre ganger så vanlig hos barnehagebarn. I tillegg forekommer det stadig mindre utbrudd i barnehager av bl.a. hodelus, brennkopper og ulike utslettsykdommer.

Smittespredning i barnehager skjer hovedsakelig gjennom direkte eller indirekte kontaktsmitte og antagelig i mindre grad gjennom dråpesmitte. En viss smittespredning synes uunngåelig pga. barns generelle atferd.

#### 3.2 KOMMUNEOVERLEGENS/SMITTEVERNLEGENS ROLLE

Smittevernlegen har en overordnet rolle som rådgiver for kommunens øvrige leger og for barnehager. Smittevernlegen må bistå når det er behov for individuell vurdering og informasjon ved mer sjeldne og spesielle infeksjoner som blodsmitte/ bærertilstander. Smittevernlegen må også bistå med en individuell vurdering i andre tilfeller, f. eks. ved påvising av resistente bakteriestammer eller ved varslingspliktige sykdommer.

I noen situasjoner når man diagnostiserer en smittsom sykdom hos et barnehagebarn må barnas og ansattes vaksinasjonsstatus gjennomgås for å gjøre en god risikovurdering og valg av smitteverntiltak. Det må også tas hensyn til om smitte med den aktuelle sykdommen kan medføre risiko for fosterskade hos gravide ansatte. Det er i den sammenheng viktig å minne om at kvinner i fertil alder som er ansatt i barnehager bør være rubellavaksinert.

Smittevernlegen kan henvende seg til Folkehelseinstituttet for nærmere råd eller rådføre seg med barnets behandlende spesialist eller de lokale barn- eller infeksjonsmedisinske avdelinger.

Ved opptreden av varslingspliktige sykdommer i barnehage eller skole bør smittevernlegen drøfte tiltak med Folkehelseinstituttet.

#### 3.3 GENERELL HYGIENE

Spredning av smittsomme sykdommer i barnehagen forebygges best ved å ha gode generelle hygienerutiner som:

- ha såpedispenser og papirhåndklær ved alle håndvasker. Bruk alltid varmt vann og såpe ved håndvask.
- vask alltid hendene godt etter toalettbesøk eller bleieskift.
- vask hendene når barna kommer inn fra lek og opphold ute.
- unngå å nyse og hoste på hverandre, vask hendene når barna har pusset nesen
- fellesleker av plast og tre bør vaskes regelmessig med rengjøringsmiddel og varmt vann, forslagsvis én gang per uke. Tøyleker kan vaskes i vaskemaskin
- ved stell av blødende sår og neseblødninger bør engangshansker brukes. Skrubbsår og andre småsår som ikke blør stelles på vanlig måte
- Ved stell og bleieskift med synlig avføring bør det brukes hansker.
- Ved søl av blod eller avføring på gjenstander, gulv osv. rengjøres det med husholdningsklorin. Bruk vanlige rengjøringshansker.

### 3.4 MATHYGIENE

Barnehagen har – dersom det produseres eller serveres mat – ansvar for å melde hva slags mattilbud de har til sitt lokale mattilsyn, Gjennom meldeplikten vil barnehagen kunne få nyttig informasjon om regler som gjelder for å sikre helsemessig trygg mat og at oppbevaring og tilberedning skjer ved tilfredsstillende betingelser. Helsedirektoratet gir i veiledningsheftet [Bra mat i barnehagen](#) bl.a. følgende råd:

- vaske hendene godt før matlaging og måltider.
- skyll kniver og skjærebrett hver gang man skjærer opp nye matvarer.
- hold kjøkkenbenken ryddig og ren og ha minst mulig stående fremme på kjøkkenbenken.
- skyll kjøkkenkluten godt etter bruk og heng den fritt opp slik at den tørker. Vask den på minst 60°C eller legg den i klor. Kjøkkenpapir er et godt alternativ til kluten.
- sjekk jevnlig at kjøleskaptemperaturen er +4°C eller noe lavere.
- rydd og vask i kjøleskapet jevnlig
- la det ikke gå for lang tid mellom tilberedning og servering av mat. Mat som blir stående lenge i romtemperatur, taper næringsstoffer og får en dårligere hygienisk kvalitet. Melk og melkeprodukter er særlig utsatt.
- mat som barna har med seg hjemmefra bør oppbevares kjølig
- sett pålegg og rester av varm mat raskt til kjøling etter måltidet.

### 3.5 HÅNDHYGIENE OG BRUK AV DESINFEKSJONSMIDLER

Håndhygiene er et viktig og effektivt tiltak for å hindre spredning av smittsomme sykdommer. Barn og ansatte i barnehagen bør vaske hender før de spiser og lager mat samt etter toalettbesøk. Ansatte utfører i tillegg håndhygiene etter bleieskift og stell og etter tørking av snørr og andre sekreter. Det anbefales å bruke engangshansker ved bleieskift. Etter å ha tatt av engangshanskene vaskes hendene med såpe og vann. Er

hendene synlig skitne utføres håndhygiene ved å vaske hendene med flytende såpe og rennende lunkent vann. Tørk hendene med engangs papirhåndklær eller bruk eget håndkle som ikke deles med andre.

Hånddesinfeksjon med et alkoholbasert middel har kun tilfredsstillende effekt dersom hendene er synlig rene og ikke er tilgriset med organisk materiale. Håndvask med såpe og vann er derfor anbefalt metode for barn i barnehager og skole. Det er dessuten viktig at barna blir fortrolig med betydningen av vanlig håndvask. Bruk av alkoholholdige desinfeksjonsmidler anbefales generelt ikke i barnehager bortsett når håndvask ikke er tilgjengelig, for eksempel på turer. Er hendene synlig forurensset bør skitt og smuss tørkes bort med engangs papirhåndklær før eventuell hånddesinfeksjon.

I en utbruddssituasjon med en smittsom sykdom kan det være aktuelt å bruke desinfeksjonsmidler, men dette bør i hvert tilfelle diskuteres med kommunelegen.

### 3.6 KONTAKT MED DYR

Det å være sammen med dyr er en positiv opplevelse for mange barn. Det blir stadig vanligere at barnehager og skoleklasser besøker gårdsbruk, zoologiske hager og dyreparker. Enkelte gårder, besøksgårder, er spesielt tilrettelagt for å ta imot barnehager og skoleklasser. Norske husdyr har svært god helse. Likevel kan selv friske dyr ha bakterier som kan overføres til mennesker, særlig barn. Et enkelt og godt smitteverntiltak er å vaske hendene etter all kontakt med dyrene.

Mange barn hopper over håndvasken, dersom de ikke ser at hendene er skitne. For å unngå at barn blir syke f.eks. etter å ha klappet geiter eller kjælt med lam, må man passe på at de vasker hendene, selv om de ikke er synlig skitne. Dette er særlig viktig før måltider. På besøksgårder bør små barn, av flere grunner, alltid være under oppsyn. Det er de voksne som har ansvaret for at barna vasker hendene, men forholdene bør være lagt til rette slik at håndvask er enkelt å få til. Videre bør inntak av mat skje på områder hvor ikke dyrene har adgang.

Besøkende bør ved gårdsbesøk ikke drikke eller smake på upasteurisert melk eller mat laget av slik melk. Siden barn er ekstra utsatt for smitte med f.eks giftproduserende varianter av *E. coli* (EHEC), og ikke selv kan ta stilling til risiko for sykdom, anbefaler vi at barn ikke tilbys slike produkter. Barnehager som drar på gårdsbesøk med barn bør avklare disse spørsmålene med barnas foresatte før gårdsbesøket.

De vanligste infeksjoner og infestasjoner som kan overføres ved kontakt med norske gårdsdyr er:

- Campylobacterinfeksjon
- E. coli-infeksjon
- sauekopper (orf, munnskurv)
- ringorm
- pelsmidd (*Cheyletiella*) fra kaniner. Parasitten kan hos barna gi kløe og irritasjon i form av små røde flekker (bitt) på armer, ben, og øvre del av kroppen.
- hønsemidd (*Dermanyssus gallinae*) som av og til kan stikke mennesker. Barna kan få "insektstikkmerker" med kraftig hudirritasjon.
- Erfaringer har vist at strenge regler for å stenge syke barn ute fra barnehagen har begrenset effekt på smittespredningen. Det kan bl.a. skyldes subkliniske infeksjoner, asymptomatisk bærerskap og at sykdommer er smitteførende før tegn på sykdom viser seg. Likevel bør syke barn i mange tilfeller holdes hjemme en periode for å hindre smittespredning til andre. Dette må igjen veies opp mot de samfunnsmessige konsekvenser det har at barn holdes ute fra barnehagen, og derved at foreldre må være hjemme fra arbeidet. Det foreligger få studier som har sett på effekten av at syke barn holdes ute fra barnehagen.

- Ved smittsom sykdom kan det være andre grunner enn smittevern til å holde barnet borte. Barnets allmenntilstand vil ofte tilsi at barnet bør være hjemme. Vurdering av barnets allmenntilstand må alltid baseres på foreldres skjønn. Som hovedregel bør barnet være friskt nok til å kunne delta i normale aktiviteter i barnehagen, og barnet bør være feberfritt,
- De faglige rådene som Folkehelseinstituttet her presenterer er basert på tilgjengelig kunnskap om smittsomhet og risiko for sekundærttilfeller, varighet av eventuell bærertilstand, sykdommens alvorlighetsgrad, insidens av sykdommen og graden av vaksinasjonsdekning hos barnehagebarn. Anbefalingene er også basert på foreliggende utredninger og retningslinjer, samt relevante medisinske artikler. I tillegg har man konsultert nasjonale fagmiljøer og andre lands anbefalinger
- For mange sykdommer kan det være vanskelig å angi en nøyaktig tidsperiode for når barnet kan vende tilbake til barnehagen. Dette gjelder f.eks. ved brennkopper. I slike tilfelle må det gjøres et klinisk skjønn. Skjønnnet må utøves av behandlende lege eller av foreldrene.
- Denne oversikten dekker de vanligste symptomer og sykdommer som kan forekomme hos barn som går i barnehage eller de lavere klassetrinn i skolen. Oversikten dekker ikke tiltak ved utbrudd i barnehager eller skoler. For tiltak ved utbrudd henvises det til de ulike sykdomskapitlene.

### 3.7 ANBEFALINGER OM NÅR SYKE BARNEHAGEBARN BØR HOLDES HJEMME

Erfaringer har vist at strenge regler for å stenge syke barn ute fra barnehagen har begrenset effekt på smittespredningen. Det kan bl.a. skyldes subkliniske infeksjoner, asymptomatisk bærerskap og at sykdommer er smitteførende før tegn på sykdom viser seg. Likevel bør syke barn i mange tilfeller holdes hjemme en periode for å hindre smittespredning til andre. Dette må igjen veies opp mot de samfunnsmessige konsekvenser det har at barn holdes ute fra barnehagen, og derved at foreldre må være hjemme fra arbeidet. Det foreligger få studier som har sett på effekten av at syke barn holdes ute fra barnehagen.

Ved smittsom sykdom kan det være andre grunner enn smittevern til å holde barnet borte. Barnets allmenntilstand vil ofte tilsi at barnet bør være hjemme. Vurdering av barnets allmenntilstand må alltid baseres på foreldres skjønn. Som hovedregel bør barnet være friskt nok til å kunne delta i normale aktiviteter i barnehagen, og barnet bør være feberfritt.

De faglige rådene man gir baseres på Smittevernveilederen fra Folkehelseinstituttet og er blant annet basert på tilgjengelig kunnskap om smittsomhet og risiko, sykdommens alvorlighetsgrad og graden av vaksinasjonsdekning hos barnehagebarn.

For mange sykdommer kan det være vanskelig å angi en nøyaktig tidsperiode for når barnet kan vende tilbake til barnehagen. I slike tilfelle må det gjøres et klinisk skjønn. Skjønnnet må utøves av behandlende lege eller av foreldrene.

Det er utarbeidet en rekke informasjonsskriv som kan gis ut på forespørsel til personale og foresatte når det gjelder spesifikke sykdomstilstander. Dette oppbevares på legekontor og hos kommuneoverlege som interne prosedyrer. Ved forespørsel om konkrete sykdomstilfeller hos barn og unge er det likevel viktig at hvert tilfelle vurderes individuelt og om det bør gjøres tiltak ut over generell informasjon og anbefaling.

Det vedlegges et infoskriv til ansatte i barnehage og foreldre om syke barn som er av generell karakter og ikke spesifikt knyttet opp mot en enkeltsykdommer. Man har også valgt å ta med et infoskriv til skole/barnehage som omhandler omgangssyke.

For øvrig er denne nettressursen fra FHI informativ og oppdatert med tanke på smittevern i barnehage:

<https://www.fhi.no/nettpub/smittevernveilederen/temakapitler/barnehager-og-smittevern/>

## HELSE OG OMSORG

Informasjon fra Smittevernet Tjeldsund og Evenes kommune

### INFEKSJONER BLANT BARN I BARNEHAGER – GENERELLE RÅD

Barn i barnehager er hyppig utsatt for smittsomme sykdommer. Mange personer er samlet på et lite areal, og barn kan i liten grad beskytte seg mot infeksjoner.

#### Generelle råd:

- Omhyggelig håndhygiene for voksne og barn. Bare papirhåndkle og såpedispenser bør benyttes.
- Sikre best mulig inneklima for barna: Luft ofte!
- Pass på at barna er godt kledt og at de holder seg tørre og varme på beina

#### Når skal barna holdes borte fra barnehagen ved infeksjoner?

Det hadde vært ønskelig med faste, enkle regler som var absolutte og som passet for alle. Dette lar seg ikke gjøre. Hver enkelt situasjon må vurderes av barnets foreldre og barnehagepersonale, og det må utvises sunt skjønn!

Ved smittsom sykdom kan det være andre grunner en smittvern til å holde barnet hjemme; nemlig barnets allmenntilstand!

Nedenfor er argumenter og momenter som ofte tas med i vurderingen, og den medisinske vekt som disse bør tillegges.

#### 1. Hensynet til de andre. For å hindre smittespredning i barnehagen.

Alle infeksjonssykdommer har en *inkubasjonstid*, dvs tiden som går fra en er smittet til sykdommen bryter løs. I denne tiden er en som oftest temmelig frisk, men minst like smittefarlig som etter at sykdommen har brutt løs. Både foreldre og barnehagepersonale er opptatt av å hindre smittespredning, og mange barn blir holdt hjemme først og fremst av den grunn. Etersom barnet vanligvis har vært smittespredet i flere dager før en kan påvise sykdom, har det svært lite for seg å holde barn hjemme dersom dette er den eneste grunnen. Smittespredning kan stort sett kun begrenses gjennom gode hygienerutiner i barnehagen.

#### 2. Hensynet til barnet selv.

Barnets behov er aller viktigst! Et sykt barn som ikke kan delta i de daglige aktiviteter i barnehagen, vil vanligvis ha det bedre hjemme i ro og fred. Avgjørende her er barnets *allmenntilstand*. Er barnet slapt og dårlig, bør

det være hjemme. I noen spesielle tilfeller vil det kunne gjøres avtaler mellom hjemmet og barnehage/skole, dersom partene er enige om dette, barnets beste ivaretaes og det ikke strider i mot smittevernshensyn.

### **3. Feber.**

Mange infeksjonssykdommer starter med feber. Barnet blir da vanligvis såpass sykt at det uten tvil skal sendes hjem. Vanskeligere kan det være å vurdere feber senere i sykdomsforløpet. De fleste barn er syke mens de har feber, og skal således ikke i barnehagen. I enkelte tilfeller kan barn ha litt feber, men likevel være i så god form at de klarer dagen i barnehagen. Medisinsk er dette ikke uforsvarlig, men erfaringen er at de fleste barn som har feber fra morgenen, blir slappe i løpet av dagen.

Som hovedregel bør barnet være friskt nok til å kunne delta i normale aktiviteter i barnehagen, og barnet bør være feberfritt.

### **4. Antibiotikabehandling.**

Et barn som bruker penicillin eller andre antibiotika kan være i utmerket allmenntilstand, og kan derfor gå i barnehagen som vanlig. Også her er det barnets almenntilstand som er avgjørende. Hvis barn skal ha medisin i løpet av barnehagetiden, må personale være villig til å gi medisin.

Karianne Ytterstad, smittevernlege 23.10.19

## OMGANGSSYKE I BARNEHAGER OG SKOLER

De vanligste diaré sykdommer forårsakes av virus, f.eks. norovirus, adenovirus og rotavirus. Norovirus er en av de viktigste årsakene til utbrudd av mage-/tarminfeksjoner i industrialiserte land. Andre betegnelse er omgangssyke, farang og på engelsk "winter vomiting disease" fordi den gjerne forekommer om vinteren. Viruset forekommer bare hos mennesker og finnes ikke fritt i naturen eller hos dyr.

### Symptomer

Det tar 12-48 timer fra man blir smittet til man blir syk. Symptomene, som varer fra 1-3 døgn, er akutt innsettende kvalme, oppkast, magesmerter og vandig diaré. I tillegg opplever mange influensalignende symptomer som feber, muskel- og leddverk og hodepine.

### Forebygging

God håndhygiene er det mest effektive tiltaket for å hindre smittespredning og dermed forebygge infeksjoner. Hendene bør vaskes ofte og grundig med såpe og rennende vann. Ved utbrudd med norovirus er det spesielt viktig med den mekaniske rengjøringen med såpe og vann for å fjerne virus.

God håndhygiene ved smitteutbrudd vil si å:

- Vaske synlig tilsølte hender grundig med flytende såpe i minst 30 sekunder
- Skulle hendene og tørke med papir.
- Bruke papiret til å stenge kranen.
- Deretter bruke hånddesinfeksjonsmiddel som påføres slik at alle flater blir fuktige. Gni inn middelet i minst 15 sekunder til huden er tørr.

NB! Enkelte hånddesinfeksjonsmidler med sprit har vist seg å ha redusert effekt mot norovirus.

### Når kan man vende tilbake til skole/barnehage/jobb?

For å unngå spredning av sykdommer, er det viktig at barn og voksne holdes hjemme til de ikke er smittebærere lenger. Vanligvis kan man vende tilbake til jobb og skole når man ikke lenger har symptomer og føler seg frisk. Fordi man kan skille ut smittestoff også etter opphør av symptomer, er det ekstra viktig med grundig håndhygiene i de første dagene etter at man har blitt frisk.

**For barnehager:** Ved diaré, bløt avføring og/eller oppkast hos et barn i forbindelse med at man vet eller har mistanke om at omgangssyke/norovirus sirkulerer i barnehagen (for eksempel ved at både barn og voksne blir syke, at flere barn har samme symptom og liknende), bør barnet holdes hjemme i 48 timer etter at barnet har blitt symptomfri.

Ansatte som har vært syke med norovirus skal ikke delta i matlaging eller matservering i barnehagen før det har gått minst 48 timer etter symptomfrihet.



**For skoler:** Ved diaré, bløt avføring og/eller oppkast hos en skoleelev i forbindelse med at man vet eller har mistanke om at omgangssyke/norovirus sirkulerer i nærmiljøet, anbefaler smittevernlegen at skoleeleven holdes hjemme i 24 timer etter symptomfrihet.

Ansatte som har vært syke med norovirus skal ikke delta i matlaging eller matservering før det har gått minst 48 timer etter symptomfrihet.

Tiltak ved utbrudd av omgangssyke i barnehagen / skolen:

- Hold syke barn borte fra barnehagen/skolen
- Hold barna mest mulig utendørs og unngå i størst mulig grad å blande barn fra ulike avdelinger/grupper.
- Vask og ev. desinfiser alle berøringspunkter, med spesielt fokus på dørhåndtak, nedspylingsknapp, armatur på håndvask.
- Leker vaskes daglig – ha spesielt fokus på leker som puttes i munnen.
- Når et barn får oppkast eller diaré i barnehagen/skolen sendes det syke barnet hjem.
- De øvrige barna bør sendes ut i frisk luft.
- Synlig søl tørkes opp med papir som legges i en plastpose og knyttes igjen før den kastes i vanlig restavfall.
- Det berørte området rengjøres / desinfiseres:

Ved rengjøring der man kan komme i kontakt med avføring/oppkast, bør renholdspersonalet bruke engangshansker og engangsplastforkle dersom det er tilgjengelig. Dette skal kastes etter bruk og hender vaskes grundig straks utstyret er tatt av.

Til vask av fellesarealer og oppholdsrom brukes vanlig rengjøringsmiddel.

Synlig søl (oppkast/diare) tørkes opp med papirhåndkle, og flaten rengjøres med Klorin. Ta hensyn til om overflaten tåler klor.

Følg brukskonsentrasjonen som står på flasken (1 dl Klorin i 5 liter vann).

Vedlegg –           Oppslag /plakat barnehage  
                          Oppslag/ plakat skole

23.10.19 Karianne Ytterstad, smittevernlege.

## BARNEHAGE

### Viktige tiltak for å forebygge omgangssyke:



#### 48-timersregelen

En blir ikke immun mot omgangssykevirus slik som andre virus. Barn med akutte diarétilstander bør ikke vende tilbake til barnehagen før 2 døgn etter at de har blitt symptomfrie. Dette gjelder også bleiebarn. Dette for å unngå at barna, ansatte og familiene deres blir smittet igjen og igjen.

#### Håndvask

Desinfeksjonssprit har liten effekt på omgangssykevirus. Det er derfor veldig viktig med ofte og grundig håndvask med såpe og vann. Hendene vaskes alltid etter stell og dobesøk og alltid før tillaging av mat og før inntak av mat. Dette gjelder både barn og voksne. *Hendene må vaskes grundig!* Mellom alle fingre og under ringer (ringer bør unngås ved pågående infeksjoner).

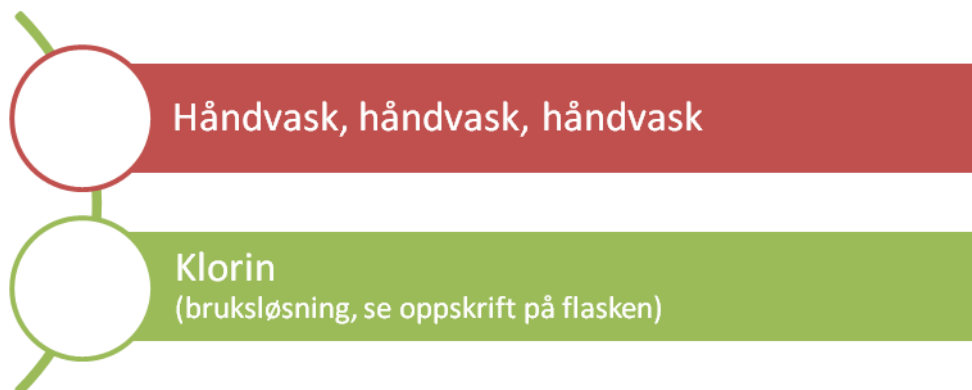
#### Andre tiltak

Klor er effektivt mot omgangssykevirus. Ved tilsøling av overflater med oppkast eller avføring vaskes de som vanlig før en tilslutt tørker over med klorin- bruksløsning ( 1 dl klorin i 5 l vann). Klorin- bruksløsning kan også brukes til å tørke over alle berøringspunkt som dørhåndtak, vask, kran og toalett. Når omgangssykeinfeksjoner pågår er det viktig med hyppig vask av stellebord og leker.

**Hvis vi sammen tar tak nå, satser vi på å få flest mulig friske barn og voksne.**

## SKOLE

### Viktige tiltak for å forebygge omgangssyke:



#### **Håndvask**

Desinfeksjonssprit har liten effekt på omgangssykevirus. Det er derfor veldig viktig med ofte og grundig håndvask med såpe og vann.

Hendene vaskes alltid etter dobesøk og alltid før tillaging og inntak av mat. Dette gjelder både barn og voksne. *Hendene må vaskes grundig!* Mellom alle fingre og under ringer (ringer bør unngås ved pågående infeksjoner).

#### **Klorin**

Klor er effektivt mot omgangssykevirus. Ved tilsøling av overflater med oppkast eller avføring vaskes de som vanlig før en tilslutt tørker over med klorin- bruksløsning (1 dl klorin i 5 l vann). Klorin- bruksløsning kan også brukes til å tørke over alle berøringspunkt som dørhåndtak, vask, kran og toalett.

#### **Andre tiltak**

Ved diaré, bløt avføring og/eller oppkast hos en skoleelev i forbindelse med at man vet eller har mistanke om at omgangssyke/norovirus sirkulerer i nærmiljøet, anbefaler smittevernlegen at skoleeleven holdes hjemme i 24 timer etter symptomfrihet.

Ansatte som har vært syke med norovirus skal ikke delta i matlaging eller matservering før det har gått minst 48 timer etter symptomfrihet.

**Hvis vi sammen tar tak nå, satser vi på å få flest mulig friske barn og voksne.**

## 4 MELDESYSTEMET FOR INFEKSJONSSYKDOMMER

Helseregisteret Meldingssystem for smittsomme sykdommer (MSIS) skal bidra til overvåkingen av smittsomme sykdommer hos mennesker i Norge gjennom fortløpende og systematisk innsamling, analyse, tolkning og rapportering av opplysninger om forekomst av smittsomme sykdommer.

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

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. Enhver lege i og utenfor sykehus som oppdager eller får mistanke om sykdommer i gruppe A skal samme dag sende melding på fastsatt skjema til MSIS, Nasjonalt Folkehelseinstitutt og kommuneoverlegen. Hvis den smittede oppholder seg i en annen kommune enn der vedkommende bor, skal melding også sendes til kommuneoverlegen i den kommunen vedkommende oppholder seg. For tuberkulose (sykdomsgruppe A) finnes det et eget meldingssystem, se eget vedlegg "Tuberkulose kontrollprogram for Evenes og Tjeldsund kommuner". Meldingspliktige sykdommer er inndelt i sykdomsgruppene A og C (tidligere eksisterte en sykdomsgruppe B, men disse sykdommene er nå inkludert i gruppe A). Hva slags informasjon MSIS kan innhente avhenger av hvilken gruppe sykdommen tilhører. Ved meldepliktig smittsom sykdom må man alltid ta stilling til om sykdommen er et enkelttilfelle, eller om det kan foreligge et utbrudd.

Oppdatert oversikt for meldingspliktige sykdommer og beskrivelse av meldingsgang finner man her:

[Meldingssystem for smittsomme sykdommer \(MSIS\) – veileder for helsepersonell](#)

Meldingskriterier for sykdommer i MSIS finner man her:

<https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/skjema/msis/meldingskriterier-for-smittsomme-sykdommer-i-msis.pdf>

### 4.1 GRUPPE A

Disse sykdommene meldes med full pasientidentitet både fra medisinsk-mikrobiologiske laboratorium og fra diagnostiserende lege til MSIS, Folkehelseinstituttet. Kopi av meldingen fra diagnostiserende lege går også til kommuneoverlegen i pasientens bostedskommune. Pr. 19.6.2019 inngår 71 ulike sykdommer og tilstander i denne gruppen. Meldepliktige sykdommer gruppe A finner man her:

<https://www.fhi.no/hn/helseregistre-og-registre/msis/meldingspliktige-sykdommer-i-msis/>

Mer informasjon om meldingskriterier for de spesifikke sykdommene finner man [her](#).

For øvrig vil man få utfyllende informasjon om de enkelte meldepliktige sykdommene i Smittevernveilederen, kapittel [smittsomme sykdommer A-Å](#).

**Skjema som benyttes ved melding av sykdom i Gruppe A finner man her:**

<https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/skjema/msis-meldeskjema-utfyllbar-versjon-april-2019.pdf>

På side 2 av skjema finnes også oversikt over Gruppe A sykdommer. Sykdommer i denne listen som er merket med \* (stjerne) er også varslingspliktige – det vil si at det skal gis umiddelbart muntlig varsel til kommunelege. Kommunelege skal umiddelbart varsle Folkehelseinstituttet og Fylkesmannen.

#### 4.2 GRUPPE C

Dette er sykdommer der det er nødvendig med oversikt over situasjonen, men der det ikke er nødvendig med registrering av detaljerte opplysninger om enkelttilfeller. Meldingen inneholder aidentifiserte opplysninger. Den eneste sykdommen som overvåkes i gruppe C er influensaliknende sykdom. Influensaliknende sykdom overvåkes gjennom Sykdomspulsen – som er et overvåkingssystem som innhenter diagnosedata fra nesten alle primærleger og legevakter i Norge. Man trenger ikke fylle ut melding til MSIS for "vanlig" influensa, se eget kapittel i smittevernplassen for pandemisk influensa (influensa forårsaket av virus med pandemisk potensial).

#### 4.3 SYKDOMSPULSEN – OVERVÅKING AV SMITTSOMME SYKDOMMER

Etablert i 2012 for å overvåke smittsomme sykdommer. Systemet overvåker hvor mange konsultasjoner fastleger og legevakt har hatt for utvalgte diagnoser i en gitt periode. Diagnosen er basert på symptomer og som regel ikke bekreftet med en laboratorieundersøkelse. Fra 2104 startet man på denne måten å overvåke influensa, og fra 2107 også for mage-tarm infeksjoner (diaré) og luftveisinfeksjoner (forkjølelse).



Bilde hentet fra <https://www.fhi.no/hn/statistikk/sykdomspulsen/sykdomspulsen/>

Sykdomspulsen gir informasjon om trender – for å gi Folkehelseinstituttet og kommuneoverlegen en pekepinn på sykdomsutbredelse. Data blir anonymisert av Helsedirektoratet før de oversendes Sykdomspulsen i Folkehelseinstituttet.

I 2017 startet et pilotprosjekt "Sykdomspulsen til kommunehelsetjenesten" med formål å ivareta kommuneoverlegens behov i det kommunale smittevernarbeidet. Prosjektet kan bli utvidet til å gjelde alle kommuneleger og det jobbes med å inkludere flere symptomer/sykdommer.

Referanse:

<https://www.fhi.no/hn/statistikk/sykdomspulsen/sykdomspulsen/>

#### 4.4 VARSLING OM SMITTSOMME SYKDOMMER OG ANDRE SMITTEVERNSITUASJONER

Da forskrift om Meldingssystem for smittsomme sykdommer (MSIS-forskriften) trådte i kraft 1. juli 2003 ble det i tillegg til meldingsplikt innført varslingsplikt for enkelttilfeller av visse sykdommer og for visse typer smittevernsituasjoner.

Med varslingsplikt menes en umiddelbart formidlet beskjed på en slik måte at varsleren kan forvisse seg om at mottakeren har mottatt varslingsplikt. Et varsel gis vanligvis per telefon.

Varsling kommer i tillegg til den skriftlige meldingen i meldesystemet. Det er varslingsplikt for:

##### 4.4.1 Enkelttilfeller av enkelte smittsomme sykdommer i Gruppe A.

1. botulisme
2. difteri
3. diareassosiert hemolytisk uremisk syndrom
4. enterohemoragisk E. coli (EHEC)-infeksjon
5. flekktyfus
6. hemoragisk feber
7. kolera
8. kopper
9. legionellose
10. meningokokksykdom
11. meslinger
12. miltbrann
13. Middle East Respiratory Syndrome – mers
14. pest
15. poliomyelitt
16. rabies
17. røde hunder
18. sars

## 19. trikinose

Dersom kommunelegen ikke kan varsles, skal Folkehelseinstituttet umiddelbart varsles. Kommunelegen skal varsle fylkesmannen og Folkehelseinstituttet. Folkehelseinstituttet skal varsles ved å ringe sentralbordet på tlf. 21077000. Utenfor kontortid varsles den døgnåpne Smittevernvakta, tlf. 21076348. Etter at slik varsling er gjort, skal legen sende MSIS-melding på vanlig måte.

Når helsepersonell gir et varsel som identifiserer en person, skal det gis informasjon til den opplysningene angår, om hvem som er mottaker og hva opplysningene skal brukes til. Informasjon som skal gis til pasienten finner man [her](#).

---

### 4.4.2 UTBRUDD AV SMITTSOMME SYKDOMMER

Ved påvisning av eller mistanke om utbrudd av smittsomme sykdommer utenfor sykehus, er leger forpliktet til å varsle kommunelegen. Kommunelegen skal dersom mistanken ikke raskt kan avkrefte, varsle fylkesmannen og Nasjonalt folkehelseinstitutt.

---

### 4.4.3 ANDRE VARSLINGSSITUASJONER

Kommuneleger som får opplysninger om mistenkt eller påvist smittsom sykdom som kan skyldes smitte fra dyr, skal varsle det lokale Mattilsynet

Laboratorier og leger som i sin yrkespraksis finner at en blodgiver er smittet, skal varsle blodbanken den smittede har donert blod ved. Blodbanken skal varsle fylkesmannen, Statens legemiddelverk, Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet, men uten personidentifiserende opplysninger.

Ved mistenkt eller påvist tilfelle som kan være forårsaket av smitte fra medisinsk utstyr, kosmetika, legemidler, blod, blodprodukter, vev eller organer, skal legen varsle fylkesmannen og Folkehelseinstituttet.

Behandlingsansvarlig lege i helseinstitusjon som finner at en pasient overført fra en annen helseinstitusjon har en smittsom sykdom, for eksempel MRSA, skal varsle lege ved den andre institusjonen, dersom det er nødvendig av hensyn til smittevernet.

Leger som mistenker eller påviser tilfeller av smittsomme sykdommer som kan være forårsaket av overlatt spredning av smittestoffer, skal varsle kommunelegen, fylkesmannen og Folkehelseinstituttet.

---

### 4.4.4 VARSLING ETTER INTERNASJONALT HELSEREGLEMENT

Forskrift om varsling av og tiltak ved alvorlige hendelser av betydning for internasjonal folkehelse (IHR-forskriften) trådte i kraft 1 januar 2008. Denne forskriften har til formål å forebygge og motvirke internasjonal spredning av smittsom sykdom, samt sikre en internasjonalt koordinert oppfølging.

Lege, sykepleier, jordmor eller helsesykepleier som mistenker eller påviser et tilfelle av smittsom sykdom som kan ha betydning for internasjonal folkehelse og som ikke allerede er varslet etter varslingsbestemmelsene i MSIS-forskriften skal uten hinder av lovbestemt taushetsplikt umiddelbart varsle kommuneoverlegen. Dersom det ikke er mulig å få varslet kommuneoverlegen, skal Folkehelseinstituttet varsles direkte. Kommuneoverlegen skal varsle fylkesmannen og Folkehelseinstituttet. Folkehelseinstituttet varsles ved å ringe den døgnåpne Smittevernvakta, tlf. 21 07 63 48.

Kapittel 05 i Smittevernveilederen beskriver varslingssystemet og gir oppdatert informasjon om varslingspliktige sykdommer:

<https://www.fhi.no/nettpub/smittevernveilederen/temakapitler/05.-varsling-om-smittsomme-sykdomme/>

---

## 4.5 EGNE MELDINGSRUTINER FOR TUBERKULOSE

Formålet med tuberkuloseovervåkingen er å overvåke forekomsten av sykdommen og kvalitetssikre tidlig diagnostikk og effektiv behandling av pasienter med tuberkulose. Det er derfor etablert særskilte meldingsrutiner for tuberkulose. Se **tuberkulose kontrollprogram for Evenes og Tjeldsund kommune**.

## 5 BLODSMITTE -HÅNDBTERING AV STIKKSKADER

### MÅL/ HENSIKT

- Hindre at ansatte, brukere og pårørende utsettes for smitte, og at de ikke påføres infeksjoner fra blodspøl, stikk fra kanyler, skalpeller og annet. Bittskader som penetrerer hud behandles som stikkskader.
- Unngå at infeksjoner oppstår i forbindelse med injeksjoner.

### ANSVAR

Alle ansatte som har arbeid som medfører økt fare for stikkskader, spesielt personell som jobber i helse og omsorgstjenesten, skal kjenne til prosedyren. Ledere, legevaktpersonell, helsestasjon og smittevernets personell skal kjenne til prosedyren, og vite hvor rutine for førstehjelp ved blodsmitte er i en nødsituasjon. Sykepleiere og helsesekretærer skal også ha god kjennskap til rutinen.

#### 5.1 GENERELT OM STIKKSKADER, HVOR STOR SANNSYNLIGHET FOR SMITTE?

Personer som stikker seg på kanyler eller blir eksponert for blod i åpne sår eller slimhinner opplever dette som dramatisk og det er stor frykt for å bli smittet med hiv eller hepatitt B og C. Dette gjelder både innenfor og utenfor helseinstitusjon. De må derfor følges godt opp. Risikoen for smitteoverføring ved stikk på kontaminert kanyler er 10-30% for hepatitt B, 3-5% for hepatitt C og ca. 0,3% for hivinfeksjon. Henslengte, brukte sprøyter som man stikker seg på, kan være brukt av stoffmisbrukere og kan derfor inneholde blodbårne virus. Misbrukere i Norge har høy forekomst av smitteførende hepatitt C, moderat forekomst av smitteførende hepatitt B og svært lav forekomst av hiv. Det er sjeldent mulig å vurdere hvor lenge en sprøyte har ligget ute, og det er i praksis ikke mulig å teste blodrester i sprøyter eller kanyler.

Bittskader med penetrering av hud og blødninger behandles som en stikkskade.

#### 5.2 FOREBYGGENDE TILTAK VED HÅNDBTERING AV STIKKENDE OG SKARPE GJENSTANDER

Som ved smittevern generelt vil de basale smittevernsrutinene være den beste beskyttelse mot all smitte. Enkelt forklart kan vi ikke alltid vite hvem eller hva som utgjør en smittekilde – men dersom basale smittevernrutiner følges til daglig, vil risiko for smitteoverføring uansett være betydelig mindre.

Det er utarbeidet et eget infeksjonskontrollprogram for Helse- og omsorgstjenesten for Evenes og Tjeldsund kommuner som tar for seg rutinene i det basale smittevernet.

På FHI sine sider finner man prosedyre for håndtering av stikkskader både i helsetjenesten og utenfor helsetjenesten.

<https://www.fhi.no/nettpub/smittevernveilederen/temakapitler/17.-stikkuhell-pa-sproyter-posteksp/>

Under følger noen konkrete råd i basalt smittevern og for stikkskader spesielt.

**Bruk nødvendig tid. Vær forsiktig!**



Ha med kanyleboks inn på rommet hvor stikkende/skjærende avfall skal brukes

Det skal alltid velges utstyr med sikkerhetsmekanismer, om de er tilgjengelige

En skal aldri sette hetter tilbake på brukte kanyler, men kaste dem direkte i kanyleboks. Dette er regulert i [§ 6-10 i Forskrift om utførelse av arbeid](#).

For injektorer som f. eks insulinpenn, skal kanyleklipper brukes der det er hensiktsmessig, og en kanyle skal kun brukes til en injeksjon.

Kast hele sprøyten direkte i boksen! Kanyleboksen skal betjenes med én hånd.

---

#### KRAV TIL KANYLEBOKS

Beholderen skal være lukket mellom bruk.

Skal være laget av solid materiale (bruk bokser som er beregnet for formålet).

Beholderen må være stor nok til at man kan kaste hele sprøyten, skalpeller etc.

Når beholderen er 3/4 full, skal den lukkes og kastes via egen returordning

---

#### GENERELLE FORHOLDSREGLER VED KONTAKT MED BLOD

Bruk hansker.

Ved fare for blodsprut: Bruk beskyttelsesfrakk, og beskytt øyne, nese og munn.

Tøy med blodsøl behandles som smittetøy.

Ved kjent blodsmitte, er ikke isoleringstiltak nødvendig, grunnleggende smitteverntiltak er nok.

### 5.3 FØRSTEHJELP VED STIKKSKADER OG BLODSPRUT

Det er utarbeidet en stikkskade-plakat for førstehjelp som skal benyttes i kommunen. Denne skal henge godt synlig på alle sykehjem, helsestasjon/vaksinasjonskontor og legekantoret på Evenskjer, samt i alle enheter hvor det er boliger med heldøgns omsorg, og andre institusjoner (helse/barnehager/skole) i Evenes og Tjeldsund kommuner som tar blodprøver eller setter injeksjoner. Blodsprut og stikkskade kan forekomme på arbeidsplass eller i hjemmet/privat. Uavhengig av om blodsprut eller stikkskade skjer på arbeidsplass eller i hjemmet skal førstehjelp benyttes, og ansatte i helseinstitusjon bør ha særskilt kjennskap til dette – da råd om førstehjelp også kan gis over telefon ved henvendelser til for eksempel legekantoret på Evenskjer.

Ved blodsprut eller stikkskader skal man alltid utføre førstehjelp først!

# FØRSTEHJELP



## Ved blodsprut

### I øye, munn og nese:

- Skyll med vann i 10 minutter

### I sår:

- Skyll med vann i 10 minutter
- Desinfiser med klorhexidin vannoppløsning 1 mg/ml (alternativt kan desinfeksjonssprit brukes)

## Ved stikk

- Hvis det blør, la det blø noen minutter. Ikke gni eller klem hardt for å fremprovosere blødning.
- Vask deretter med såpe og vann i 10 minutter.
- Desinfiser med en av følgende :
  - Klorhexidin spritoppløsning 5mg/ml
  - Desinfeksjonssprit 70%

**Hva nå?** Ta rede på følgende dersom mulig: Er smitekilden kjent? Er det kjent smitte hos smittekilde? Innhent samtykke til eventuelle blodprøver fra smittekilde. Ta deretter kontakt med legekantor på Evenskjer eller legevakt, se under.

**På dagtid:** Etter utført førstehjelp skal du straks kontakte **legekontoret på Evenskjer på telefon 77089555** for smitterisikovurdering og eventuelle blodprøver eller strakstiltak. Informér deretter nærmeste leder om hendelsen.

**Etter kl 15.00 hverdager og i helg:** Etter utført førstehjelp skal du straks kontakte **lokal legevakt på telefon 116117** for smitterisikovurdering og eventuelle blodprøver eller strakstiltak. Informér deretter nærmeste leder om hendelsen.

## FØRSTEHJELP

Stikk: Tilstrebe blødning fra sår (ikke gni eller forsøke å fremprovosere blødning) og deretter vaskes med såpe og vann i minst 10 minutter. Deretter desinfiseres området med ett av følgende midler:

- klorhexidin spritløsning 5 mg/ml
- klorhexidin vandig oppløsning 1 mg/ml
- eventuelt 70% sprit / 60% isopropanol dersom ingen av ovennevnte er tilgjengelig.

Blodsprut i øyne, munn, nese skylles rikelig med vann i minst 10 minutter.

Blodsprut i sår – skyll med vann i 10 minutter. Desinfiser med klorhexidin vannoppløsning 1 mg/ml (alternativt kan desinfeksjonssprit benyttes).

Når førstehjelp er utført skal lege kontaktes for vurdering av smitterisiko. Vurdering av smitterisiko avgjør hvorvidt videre oppfølging er nødvendig.

Til hjelp for denne vurderingen er det ønskelig at den smitteeksponerte oppgir nødvendige opplysninger i et skjema som de fyller ut selv. Behandlende lege fyller ut eget skjema og gjør på bakgrunn av dette en smitterisikovurdering. Alle arbeidsplasser hvor det er potensiell risiko for blodsmitte og legekantoret på Evenskjer skal ha dette skjema tilgjengelig for utfylling.

Egenrapporteringskjema smitteutsatt og skjema som fylles ut av lege ligger vedlagt på neste side.

## Egenrapporteringskjema smitteutsatt

Navn:	Fødsels- og personnr:	
Stilling:	Arbeidssted:	Nærmeste leder:
Privatadresse:	Postnr:	Tlf privat:
Skadested:	Dato:	Klokkeslett:

**Type uhell:** stikk kutt søl/sprut på slimhinne søl på skadet hud bitt annet

**Smittekilde kjent?** Ja nei **Hvis ja, kjent smitte?** Ja nei **Innhentet samtykke** ja nei

**Presiser stikkskade:**

Tilbakeføring av spiss i hylse Intramuskulær injeksjon Subkutan injeksjon Stikk på suturnål

Stikk venepunksjon Sprøytespiss i avfallssekk  Spiss fra kanyleboks  Annet stikk

**Iverksatt strakstiltak** vaske med såpe og vann skylt med vann desifisert 3-4 min

**Hepatitt B vaksinasjonsstatus** fullvaksinert delvis vaksinert ikke vaksinert usikker

Har fått opplæring i forebygging av blodsmitte ja nei

## Risikovurdering av lege

Navn på lege: \_\_\_\_\_

pr telefon

<b>Smittekilde</b> <input type="checkbox"/> ukjent <input type="checkbox"/> kjent <b>Kjent smittebærer</b> <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/> ja Positiv <input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> HIV
<b>Risiko for at smitekilden kan være smittsom</b> <input type="checkbox"/> Høy <input type="checkbox"/> Middels <input type="checkbox"/> Lav <input type="checkbox"/> Ingen
Blodprøver rekvirert dato:..... (NB Husk samtykke til blodprøver)
<b>Smitteutsatt – risiko for blodsmitte i forhold til skade</b> <input type="checkbox"/> Høy <input type="checkbox"/> Middels <input type="checkbox"/> Lav <input type="checkbox"/> Ingen
Blodprøver rekvirert dato: .....
Hepatitt B-immunoglobulin gitt dato :.....
Hepatitt B Engerix hurtigvaksinasjon startet dato:.....
Smitteutsatt startet med kjemoterapi? <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja Dato.....
Rådgivning (smitterisiko, graviditet, seksuelt) gitt <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja
Blodprøver smittekilde <input type="checkbox"/> Alle prøver negative Positiv <input type="checkbox"/> HbsAg <input type="checkbox"/> Anti HCV <input type="checkbox"/> Anti HIV

**Dersom behov for kontroll angi dato:** \_\_\_\_\_

Dato: \_\_\_\_\_

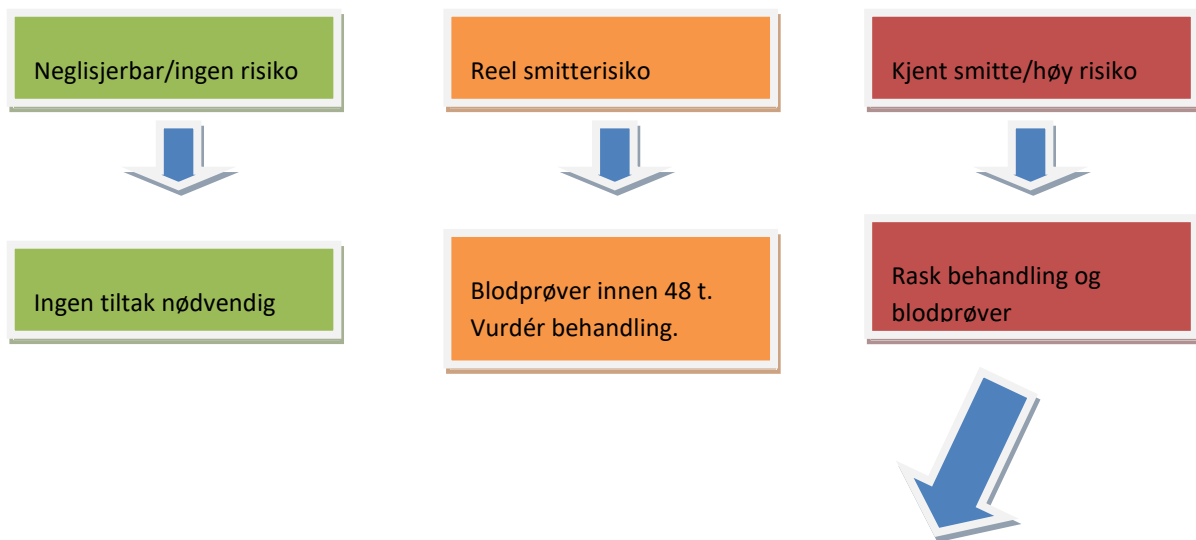
Underskrift lege: \_\_\_\_\_

Begge skjema kopieres og oppbevares på legekantoret på Evenskjer på kommunelegens kontor. Rekvirende lege har ansvar for å fylle ut skjema når prøvesvar foreligger og informere pasient. Dersom kjent smitte eller påvist smitte skal smittevernlege/kommunelege varsles.

## 5.4 RETNINGSLINJER FOR LEGEN

### VURDÉR SMITTERISIKO

- Skadens natur (infisert materiale) og omfang, smitekildens bærerskap av smitte, smitteeksponerts vaksinasjonsstatus (antistoffstatus) og bruk av beskyttelse. Anvend skjema fra smitteutsatt og skjema for lege – dette er gode verktøy for sannsynliggjøring om det kan foreligge smitterisiko.
- For nærmere veiledning <https://www.fhi.no/nettpub/smittevernveilederen/temakapitler/17.-stikkuhell-pa-sproyter-posteksp/>
- Hvis neglisjerbar risiko er det ikke nødvendig med noen tiltak.
- Gi grundig informasjon om den risikovurderingen som er foretatt, slik at den eksponerte kjenner seg trygg og forstår vurderingen.



Dersom smitterisikoen er høy skal det raskt vurderes om det er behov for strakstiltak med posteksponeringsprofylakse.

For sikker smitteførende hepatitt B: immunoglobulin og hurtigvaksinerings snarest mulig og innen 48 timer beroende på vaksinasjonsstatus hos smitteutsatt.

For sikker/sannsynlig positiv HIV: oppstart HIV-blokkerende medisin, innen 4 timer.

### 5.4.1 BLODPRØVER

- Rekvirere blodprøver av smitteeksponert og smittekilde som ø-hjelp på hvert sitt skjema.

- Det rekvireres screening stikkskade/blodsmitte (mikrobiologi skjema) Følgende prøver blir da tatt: HepBs antigen, Hep Bs antistoff, Hep Bc antistoff, HepC antistoff, HIV antigen/antistoff Combo.
- Av smitteeksponert rekvireres også ASAT og ALAT.
- Påfør personalia til smitekilden dersom kjent samt rekvirentkode ETS medisinske senter, kopi av prøvesvar til fastlege. Dette for at laboratoriet skal kunne koble smitekilde til smitteutsatt.
- Anbefalt blodprøvetaking etter stikkuhell på sprøyter og andre blodeksponeringer

Tidspunkt	Hva slags prøver?	Kommentar
Tidlig som mulig etter eksponering (0-prøve)	Hiv, hepatitt B og C	Vil vise om tidligere smittet med noen av sykdommene.
6 uker	Hiv	Ytterligere hiv-prøver er normalt ikke nødvendig.
3 måneder	Hepatitt B og C, ev. hiv	Ved negative prøver for hepatitt C, ingen videre oppfølging for hepatitt C.  Ved høyrisikoeksponering (dvs. eksponering kjent hivsmittet som ikke er på vellykket behandling) bør det også tas ny hivtest.
6 måneder	Hepatitt B	Ved negative markører for hepatitt B, ingen videre oppfølging.

#### 5.4.2 BEHANDLING

### Eventuell behandling av smitteeksponert må gis innen fristen!

- Ved HIV-positiv eller sterkt mistenkt HIV-positiv smitekilde bør behandling gis tidligst mulig, helst innen 4 timer og senest innen 48 timer. Det kan gis startdose med behandling med PEP mot HIV ved sterk mistanke, også uten å kontakte infeksjonsmedisiner i forkant. Videre behandling diskuteres med infeksjonsmedisiner UNN Tromsø, som også vil ha ansvar for å rekvirere H-resept for aktuell pasient. Se og bruk nyttig lenke om indikasjon for PEP (Norsk forening for infeksjonsmedisin) [her](#).

#### PEP

Isentress (raltegravir) 600 mg Dosering: 2 tabletter x 1	Tolereres godt. Lite interaksjoner, men Isentress skal ikke tas sammen med antacida med aluminium/magnesium eller jerntilskudd.
Truvada(Emtricitabin/Tenofovir)200/245mg Dosering: 1 tablett x 1	Tolereres godt. Lite interaksjoner.

- Ved hepatitt B positiv eller sterk mistenkt positiv smittekilde gis behandling så raskt som mulig og innen 48 timer.
  - Vurder vaksinasjon mot hepatitt B
  - Vurdér bruk av spesifikt immunoglobulin mot hepatitt B
- Benytt skjema under for vurdering om hvilke tiltak som skal gjennomføres ved mistanke om smitte Hepatitt B. *Vaksinasjonsstatus hos den eksponerte avgjør i all hovedsak hvilke tiltak som er nødvendig*, ettersom man sjelden vil ha tilgang på opplysninger om titer Anti-HBs. Skjema er hentet fra FHI sine sider og [veileder for helsepersonell ved stikkskader/blodeksponeringer](#).

Vaksinasjon-status hos den eksponerte	Anti-HBs målt 1-3 md. etter avsluttet vaksinasjon	Tiltak om kilden er sikker HBsAg-positiv	Tiltak om kildens HBsAg-status er ukjent
Ikke vaksinert	-	Straks HBIG og full hurtigvaksinasjon (0,1,2 og 12 md.)	Straks full hurtigvaksinasjon (0,1,2 og 12 md.)
Fått 1 dose	-	Straks HBIG og full hurtigvaksinasjon (0,1,2 og 12 md.)	Straks full hurtigvaksinasjon (0,1,2 og 12 md.)
Fått 2 doser	-	Straks HBIG og en dose vaksine	Straks en dose vaksine
Fått 3 eller flere doser	< 10 IU/l	Straks HBIG og en dose vaksine	Straks en dose vaksine
Fått 3 eller flere doser*	Ukjent	Straks en dose vaksine	Straks en dose vaksine



Fått 3 eller flere doser*	≥ 10 IU/l	Ingen tiltak	Ingen tiltak
---------------------------	-----------	--------------	--------------

**NB!** Etter 48 timer er ikke hepatitt B immunoglobulin HBIG effektivt, da gis bare vaksine.

**Vaksine: Engerix B** (fås på helsestasjon, skal alltid være 2 stk vaksiner på beredskapslager i kjøleskap på legekantoret på Evenskjer.

Vaksinasjonen utføres som hurtigvaksinasjon, dvs. 4 vaksiner; én ved skadetilfelle, samt ved 1 og 2 mnd etter skade og booster etter ett år.

**Immunoglobulin:** HBIG - se <https://www.fhi.no/nettpub/vaksinasjonsveilederen-for-helsepersonell/vaksiner-mot-de-enkelte-sykdommene/hepatitt-b-vaksinasjon-og-hepatitt-/#spesifikt-hepatitt-b-immunglobulin>

**Dosering:** 0,06 ml/kg i.m. Felleskatalogen angir minimum 10 ml etter eksponering.

- Dersom smitekilden er hepatitt C-smittet er ingen spesifikke tiltak mulig.
- Dersom risikoen for smitte av HIV og/eller Hepatitt B anses som betydelig må den skadede informeres om eventuell *risiko for seksuell smitte* og at kondom bør anvendes i oppfølgingsperioden på 6 mnd.
- Ved **graviditet** må profylaktisk behandling vedrørende HIV og Hepatitt B vurderes i hvert enkelt tilfelle (Ta kontakt med infeksjonsmedisiner eller medisinsk overlege UNN Harstad).

Kilde: <https://www.fhi.no/nettpub/smittevernveilederen/temakapitler/17.-stikkuhell-pa-sproyter-posteksp/>

#### HASTEUTLEVERING AV VAKSINER OG IMMUNOGLOBULINER

Utlevering av vaksiner, immunoglobuliner og antitoksiner/sera til øyeblikkelig hjelp er mulig alle dager, døgnet rundt. Folkehelseinstituttet har beredskapslager av aktuelle preparater på Vitusapotek Jernbanetorget for utlevering utenom instituttets åpningstid. Folkehelseinstituttet har kontinuerlig lege på vakt for rådgivning og vurdering av indikasjon.

Bestilling av vaksiner, immunoglobuliner og antitoksiner/sera til posteksponeringsprofylakse kan gjøres over telefon. Folkehelseinstituttets åpningstid er:

- 15. mai - 14. september: mandag – fredag kl. 8–15.00
- 15. september - 14. mai: mandag – fredag kl. 8–15.45

I åpningstiden kan Folkehelseinstituttet kontaktes (tlf. 21 07 70 00). Si at det gjelder øyeblikkelig hjelp og posteksponeringsprofylakse. Be om å få snakke med lege ved Avdeling for vaksineforebyggbare sykdommer eller farmasøyt ved vaksineforsyningen. Utenom Folkehelseinstituttets åpningstid kontaktes Vitusapotek Jernbanetorget (tlf. 23 35 81 00). Apoteket er døgnåpent. Bestilling fra Vitusapotek Jernbanetorget skal kun skje ved behov for øyeblikkelig hjelp utenom Folkehelseinstituttets åpningstider. Alle henvendelser skal skje per telefon til apoteket. Apoteket kan ved behov etablere kontakt med Folkehelseinstituttets vakthavende lege (Smittevernvakta) for vurdering av indikasjon og dosering.

<https://www.fhi.no/nettpub/vaksinasjonsveilederen-for-helsepersonell/vaksinasjon/bestilling-av-vaksiner-immunglobuliner-og-seraantitoksin/>

Medisiner kan sendes med jetpack og leveres på døren anslagsvis 12-24 timer etter bestilling. Det jobbes med å få et eget beredskapslager på legekantoret på Evenskjer for PEP mot HIV, samt et samarbeid med Harstad kommune og legevakten i Harstad for felles beredskapslager av HBIG. Apotek 1 Kanebogen er apoteket som legekantoret har rammeavtale med, og kan også forespørres om vaksine hepatitt B dersom tomt på lager på helsestasjon på Evenskjer. Apotek 1 har ikke PEP og HBIG tilgjengelig og må hastebestille fra Folkehelsa slik som nevnt over. Man kan kontakte apoteket på UNN Harstad for en evt. utlevering/bestilling av disse medisinene, men de har ikke åpent i helger og ettermiddag.

<https://www.fhi.no/om/fhi/obs-beredskapstelefoner-ved-folkehe/>

## SPESIELLE SYKDOMMER

For spesifikke sykdomstilstander vises til nettbasert veileder i smittevern "Smittevernveilederen". Veilederen er et oppslagsverk om forebygging og kontroll av smittsomme sykdommer. Hovedmålgruppen er ansatte i kommunehelsetjenesten. Veilederen inneholder både temakapitler og kapitler om sykdommer A-Å. Veilederen oppdateres kontinuerlig. Man finner veilederen her:

[SMITTEVERNVEILEDEREN](#)

## ANTIBIOTIKABRUK OG RESISTENS

Antibiotika brukes til behandling av infeksjoner ved å hemme eller ødelegge mikroben som forårsaker sykdom. Antibiotika omfatter medikamenter som brukes mot bakterier (antibakterielle midler), sopp (antimykotiske midler) og parasitter (antiparasittære midler). Midler som påvirker virus kalles antivirale midler.

Resistens mot antibiotika kan enten være naturlig eller ervervet. Naturlig resistens innebærer at mikroben i utgangspunktet ikke blir påvirket av et antibiotikum da den mangler nødvendige strukturer og metabolske mekanismer som middelet virker mot. Ervervet resistens innebærer at mikrober som primært er følsomme mot et antibiotikum utvikler resistens ved at arvestoffet endres. Endring av arvestoffet kan skje ved en mutasjon eller ved overføring av arvestoff, dvs. at mikroben tar opp i seg arvestoff fra omgivelsene eller direkte fra andre bakterier i form av genelementer som kalles plasmider og transposoner. Slik ervervet antibiotikaresistens er nært knyttet til bruk av antibiotika. Det er grunn til å anta at resistensutvikling skjer uansett om antibiotika brukes til mennesker, dyr eller planter, og uansett om bruken er riktig eller ikke.

## STATUS I NORGE I DAG

Internasjonalt har man sett en akselererende økning av forekomsten av resistente, sykdomsfremkallende mikrober hos dyr og mennesker. Utviklingen ses også i Norge, men problemet er foreløpig mindre her enn i de fleste andre land. Forekomsten av antibiotikaresistens i Norge er fortsatt lav i bakterier fra mennesker og dyr. Dette skyldes lavt forbruk av antibiotika, et fordelaktig forbruksmønster, og effektive tiltak mot spredning av resistente bakterier. Norske strategier når det gjelder antibiotikabruk og antibiotikaresistens ser hittil ut til å ha vært vellykkede både i husdyrholdet og i helsevesenet. Sammenlignet med mange andre land er Norge i en unik posisjon med lave forekomster av resistente bakterier hos dyr, i mat og i fôr. Kun 10% av all antibiotika i Norge går til dyr og kun 0,5 % til oppdrettsfisk.

Faren for økende resistensproblemer er imidlertid til stede i form av økt antibiotikaforbruk også i Norge og import av resistente mikrober fra andre land. En av de kliniske viktigste resistente bakteriene i Norge er meticillinresistente gule stafylokokker (MRSA). Blant land som overvåker MRSA, har Norge sammen med Island den laveste forekomsten i verden. I de fleste andre land i Europa er andelen MRSA av blodkulturisolater med *S. aureus* over 20%, i andre verdensdeler ofte over 50%, mens i Norge er andelen under 1%. Økt reisevirksomhet – og da særlig økt kontakt med utenlandske sykehus for helsearbeidere og pasienter – øker smittepresset mot Norge og norske helseinstitusjoner. Bredspektrede beta-laktamaser (ESBL) er blitt et økende problem verden over og forekomsten har vært økende også i Norge.

## BESKYTTELSE MOT RESISTENTE BAKTERIER VED UTENLANDSREISER

I Norge er vi opptatt av å hindre at resistente bakterier spres til sårbare pasienter i helseinstitusjoner.

Slike bakterier kan være til stede som en del av den normale bakteriefloraen på hud eller i tarmen, og gir da i liten grad sykdom hos friske personer. Men dersom man får en behandlingstrengende infeksjon med en resistant bakterie kan effektiv behandling bli vanskelig.

Eksempler på slike bakterier er meticillinresistente gule stafylokokker (**MRSA**), vankomycin- eller linezolidresistente enterokokker (**VRE og LRE**), og resistente gram-negative stavbakterier som enterobacteriales med utvidet betalaktamase (**ESBL**) -produksjon eller karbapenemaseproduksjon (KPB). Forekomsten av resistente bakterier har de siste årene økt kraftig i mange land. Særlig ser vi høy forekomst i land sør og øst i Europa. Men også mange flere land i andre verdensdeler har en slik høy forekomst. Dette omfatter også land som er populære feriemål for nordmenn.

Risikoen for å bli smittet med disse resistente bakterier er høy ved behandling i helseinstitusjoner, men bakteriene kan også smitte ved vanlig kontakt mellom mennesker eller via mat. Generelle tiltak som god handhygiene og kjøkkenhygiene er viktigst for å forebygge at man blir smittet under reise og ferie i utlandet.

## MILJØRETTET HELSEVERN

### FOREBYGGING AV LEGIONELLASMITTE

**HENSIKT:** Forebygge og begrense forekomst av legionella

**ANSVAR:** Smittevernet, Miljørettet helsevern, de ulike tjenester/enheter, Bygg og eiendom i Tjeldsund og Evenes kommuner.

**DEFINISJONER:** Legionella: Bakterie som forårsaker utbrudd med legionellose (legionærsykdom/pontiacfeber)

**BESKRIVELSE:** Legionella vokser best i vann mellom 20 og 50 grader, men finnes overalt i ferskvann. Legionærsyke gir alvorlig lungebetennelse, mens pontiacfeber gir et mildt influensalignende sykdomsbilde. Smitter gjennom luftsmitte fra VVS-anlegg hvor det er mulighet for oppvekst.

**Forebygging av legionellasmitte gjøres gjennom internkontroll, 2 prinsipper:**

1. Kartlegging av risikoforhold i VVS-anlegg, med påfølgende utbedring av kritiske punkter mht legionellasmitte.
2. Drifts-, vedlikeholds- og kontrollrutiner av VVS-anlegg

## Aktuelle typer VVS-anlegg hvor smitte kan oppstå kan kort oppsummeres til å være:

Spesielt høy smitterisiko:

- Kjøletårn
- luftskrubbere

Betydelig smitterisiko:

- Offentlige boblebad
- Dusjer i fellesanlegg
- VVS-systemer i sykehus og sykehjem
- Innretninger med luftbefuktning
- (Badstuer, badeanlegg, faste og mobile vaskeanlegg)

## Miljørettet helsevern:

- Skal ha oversikt over alle kjøletårn, luftskrubbere og offentlige badeanlegg, boblebad og badstuer i kommunen, og føre tilsyn med at tiltak gjennomføres iht. forskrift
- Skal gi råd til eiere av aktuelle VVS-anlegg for hvilke tiltak som kan og bør iverksettes for å forebygge mot legionellasmitte.
- Kan ved behov føre tilsyn med om aktuelle VVS-anlegg i kommunen har adekvat internkontroll iht. forskrift.

## Virksomheter som eier VVS-anlegg hvor legionella kan gi smitte:

- Skal gjennomføre kartlegging av risikoforhold og gjennomføre nødvendige tiltak i egen virksomhet ut fra de føringer som gis i veiledningen til forskriften.
- Skal implementere internkontroll ut fra de føringer som gis av FHI
- Det anbefales da at sjekklister i veiledningen brukes.

## HENVISNINGER:

- [Forskrift om miljørettet helsevern](#)
- [FHI sin temaside om legionella](#)
- [Råd til kommunehelsetjenesten](#)
- [Forebygging av legionellasmitte – en veiledning \(4. utgave 2015\)](#)

## SMITTEVERN I BEREDSKAPSSITUASJONER

En beredskapssituasjon oppstår når:

- Det foreligger store utbrudd som rammer store deler av lokalsamfunnet og/eller samfunnet for øvrig
- Det foreligger ett eller flere tilfeller av en særdeles farlig, smittsom sykdom
- Statens Helsetilsyn melder at det er en helsemessig beredskapssituasjon
- Det foreligger en generell beredskapssituasjon

I en slik situasjon kan kommunens helsetjeneste i noen tilfeller bli hardt rammet og derfor få en betydelig redusert kapasitet. Samfunnet forøvrig kan bli hardt rammet, slik at endel funksjoner kan bryte sammen. Sykehusene kan komme til å treffe tiltak for redusere smitte innen sykehuset og om nødvendig stenge av hele eller deler av sykehuset for å verne andre pasienter. I slike tilfeller kan det bli aktuelt å opprette provisoriske behandlings- og pleieenheter innen kommunen.

I en slik situasjon skal kommunens kriseledelse tre sammen, jfr. kommunens Beredskapsplan. Kriseledelsen skal opprette en beredskapsgruppe for smitte bestående av kommuneoverlegen, kommunikasjonsansvarlig, samt ledelse innen kommunens helse- og sosialtjeneste, og de avdelinger/sektorer som tenkes berørt av smittesituasjonen. Beredskapsgruppen for smitte ledes av kommuneoverlegen (smittevernlegen).



I en beredskapssituasjon kan det bli aktuelt å disponere kommunens helsepersonell slik situasjonen krever, herunder helsepersonell ansatt i kommunen, samt leger og fysioterapeuter med, og om nødvendig uten, avtale med kommunen. Helsepersonell kan bli satt til andre oppgaver enn det de primært er vant til.

Følgende tiltak kan bl.a. bli aktuelle:

- Legevakten blir døgnkontinuerlig og får flere leger og annet personell
- Legekontoret på Evenskjer kan bli pålagt å stenge ordinær virksomhet og kun ta i mot øyeblikkelig hjelp
- Helsestasjonens personell kan bli satt inn i andre deler av primærhelsetjenesten, også for å styrke legevakten og legekontorene
- Deltidsansatte, også i pleie-, rehabiliterings- og omsorgstjenesten, kan måtte pålegges heltidsarbeid, og ordinær arbeidstid oppheves

Helsepersonell skal varsles når en beredskapssituasjon kan oppstå, og det skal opprettes kommunikasjonskanaler, slik at personellet kan nås raskt.

Det skal opprettes direkte kommunikasjonskanal til sykehusets medisinske ledelse. Kommunehelsetjenesten må være forberedt på at det kan bli aktuelt å bistå sykehuset i en gitt situasjon, f. eks. hvis det må opprettes pasientmottak utenfor sykehuset. Smittevernlegen er ansvarlig for at det opprettes en slik informasjonskanal. Smittevernlegen har i samarbeid med helse- og omsorgssjefen ansvaret for opprettelse av slikt mottak i kommunen. Skoler og idrettshaller er aktuelle lokaler. Der det foreligger vaksine eller andre medisinske forebyggende tiltak, skal følgende grupper prioriteres og i denne rekkefølge:

1. Helsepersonell som vil få en nøkkelrolle i å håndtere epidemien
2. Nøkkelpersonell for å opprettholde viktige samfunnsfunksjoner
3. Pasienter som er særlig utsatt hvis de blir syke

## VEDLEGG

## BEREDSKAPSPLAN FOR PANDEMISK INFLUENSA I TJELDSUND KOMMUNE

Dokumenter: Nasjonal beredskapsplan for pandemisk influensa.

[https://www.regjeringen.no/contentassets/c0e6b65e5edb4740bbdb89d67d4e9ad2/nasjonal\\_beredskapsplan\\_pandemisk\\_influensa\\_231014.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/c0e6b65e5edb4740bbdb89d67d4e9ad2/nasjonal_beredskapsplan_pandemisk_influensa_231014.pdf)

Kriseinfo.no

<http://www.kriseinfo.no/Sykdom-Smitte/Influensapandemi/WHOs-seks-faser/>

## GENERELT

I en pandemisituasjon er det særlig viktig med god samhandling mellom kommunal helsetjeneste og spesialisthelsetjeneste. I nasjonal beredskapsplan kapittel 16.1 presiseres en momentliste over hva som bør inngå i kommunens beredskapsplaner ved pandemi. Disse er sitert under:

Momenter som bør berøres i en kommunal pandemiplan:

- Ansvar, rapporteringslinjer og mekanisme for forankring i kommunens ansvarlige ledelse
- Informasjons- og kommunikasjonstiltak
- Mobilisering og organisering av helsepersonell, herunder rutiner for mobilisering av psykososiale tjenester
- Ivaretagelse av samfunnskritiske tjenester
- Organisering av legevakt, mottak, diagnostisering, behandling og pleie av influensapasienter og andre pasienter.
- Fastlegenes rolle i håndteringen av pandemien på lokalt nivå må avklares mellom kommunen og fastlegene
- Lokal håndtering av legemidler og nødvendig medisinsk utstyr, herunder planer for:
  - lokal distribusjon og utlevering av antiviralia

- mottak og oppbevaring av pandemirelatert vaksine samt gjennomføring av vaksinerings, inklusiv massevaksinerings
- Smitteverntiltak, inklusive bruk av beskyttelsesutstyr
- Samordning med nærliggende kommuner som det er naturlig å samordne seg med
- Samordning med andrelinjetjenesten om bl. annet overflytting av pasienter og oppgaver
- Beredskapsplaner for institusjoner og brukere av hjemmesykepleien
- Opplæring, gjennomføring av øvelser

Det er ikke utarbeidet et kommunal pandemiplan som tar for seg de overstående momenter fra Nasjonal beredskapsplan. Det synes formålstjenelig at denne utarbeides i samarbeid med kommunens øvrige beredskapsplaner og at man i arbeidet med ny kommunal plan for helse og omsorg koordinerer dette planverket med smittevernsplan.

De ulike fasene av pandemi og tilhørende tiltak er skissert under, og bygger på nasjonal beredskapsplan ved pandemi.

#### TILTAK I FORBINDELSE MED PANDEMISK INFLUENSA.

Foreliggende Smittevernplan skal så langt det er praktisk mulig legges til grunn for forebyggende og begrensende tiltak ved eventuelle situasjoner som beskrevet nedenfor.

Faser	Beskrivelse	Merknader
Fase 1 Ingen nye virus	Ingen nye influensavirus subtyper er oppdaget hos mennesker. Et influensavirus subtype som kan forårsake infeksjoner hos menneske kan være tilstede hos dyr. I så fall anses risikoen for smitte til mennesker som lav	
Fase 2 Nytt virus hos dyr	Ingen nye influensavirus subtyper er oppdaget hos mennesker. Imidlertid sirkulerer det dyreinfluensavirus som utgjør en reell risiko for sykdom hos mennesker.	
	<b>Pandemisk årvåkenhetsperiode</b>	
Fase 3 Smitte til menneske(r)	Sykdom hos menneske med ny subtype, men ingen spredning mellom mennesker, eller sjeldne tilfeller av smitte til nærkontakter.	
Fase 4 Begrenset smitte mellom mennesker	Små klynger med begrenset spredning mellom mennesker, men geografisk begrenset, noe som antyder at viruset ikke er godt tilpasset mennesker.	



Fase 5 Økende, men ikke svært smittomt	Større klynger av personer med infeksjon, men fortsatt geografisk begrenset, noe som antyder at viruset er i ferd med å tilpasse seg mennesker, men fortsatt ikke smitter lett mellom mennesker	
	<b>Pandemisk periode</b>	
Fase 6 Pandemi	Økende og vedvarende smitte i den generelle befolkningen.	
	<b>Postpandemi</b> – tilbake til interpandemisk periode	

Tiltak 1	Tiltak 2	Tiltak 3	Tiltak 4	Tiltak 5
Planlegging og koordinering	Overvåking og vurdering	Forebygging og begrensning	Respons	Kommunikasjon

For hver av fasene 2-6 ovenfor er det angitt hvilke tiltak som skal settes i verk uansett og hvilke tiltak som må settes i verk dersom Norge er berørt.

Ved utbrudd av Pandemisk influensa må kommunens kriseledelse innkallelse til møte for å vurdere forhold til fastsettelse av ekstraordinære tiltak i hht Smittevernlovens § 4-1 første ledd, § 4-6, § 4-9. I denne sammenheng er blant annet plan knyttet til vaksinasjonsstrategi aktuelt. Det vil si hvilken strategi som bør benyttes i tilfelle der etterspørselen etter vaksine er større enn tilbudet. I et slikt scenario vil vi ha ulike strategier å velge mellom i forhold til hvem som skal gis vaksine. Disse strategiene er overførbare i forhold til situasjoner som også kan oppstå lokalt i tilfelle et smitteutbrudd.

Vaksinasjon ved pandemisk influensa.

#### PRIORITERING – 6 FASER

**Fase 1** - Ikke vaksinere noen, ingen vaksine tilgjengelig Denne situasjonen oppstår dersom det ikke er mulig å skaffe vaksine ved import eller egenproduksjon.

**Fase 2** - Vaksinasjon av personer som ivaretar viktige samfunnsfunksjoner.

Vaksinasjon av personer med viktige samfunnsfunksjoner skal delvis bidra til å redusere sykkelighet og død (indirekte) og dels bidra til opprettholde nødvendige samfunnsfunksjoner. Følgende personer kan det være nødvendig å vaksinere for å opprettholde funksjoner som sikrer liv og helse:

- helsepersonell, i første rekke leger, sykepleiere og andre som arbeider i kommunehelsetjenesten

- Ambulansepersonell
- Nøkkpersonell innen ledelse
- Nøkkelpersonell i strøm, - og vannforsyningen og andre tekniske tjenester
- Personell i brannvesen og politiet

**Fase 3** - Vaksinasjon av grupper med økt risiko for komplikasjoner ved influensa Her er siktemålet å gi direkte beskyttelse til personer som av erfaring er mer utsatt for komplikasjoner, herunder død, i forbindelse med influensa. Dette er stort sett de samme som anbefales vaksine foran hver sesong.

**Fase 4** - Vaksinasjon av alle Dersom vaksinetilgangen er ubegrenset – i den grad helsevesenet har kapasitet – tilbys hele befolkningen vaksine. Helsevesenets primær oppgave blir likevel å tilby vaksine til personer nevnt under fase 2 og 3.

**Fase 5** - Vaksinasjon av personer som kan overføre influensa til personer med høy risiko for komplikasjoner Ettersom vaksinasjonen ikke gir full beskyttelse hos alle vaksinerte i risikogruppene, kan man ytterligere redusere smitterisikoen for risikogruppene ved å redusere eksponeringsfaren fra pleiepersonell og familien. For eksempel ansatte i helsesektoren, familie osv.

**Fase 6** - Vaksinasjon av personer som kan overføre influensa til mange andre. Enkelte personer med influensa kan på grunn av sin aktivitet eller sitt yrke smitte mange andre personer med viruset. For eksempel ansatte i skoler og barnehager, skole og barnehagebarn, ansatte i transportsektoren, ansatte med skrankefunksjoner osv.

## PROGRAM FOR TUBERKULOSEKONTROLL I TJELDSUND KOMMUNE

Se eget dokument: Tuberkulose kontrollprogram for Evenes og Tjeldsund kommuner (lag hyperkobling til nettbasert dokument). NB Se også vedlegg.

## BEREDSKAP NÆRINGSMIDDELBÅREN INFEKSJON

Se eget dokument: lag evt hyperkobling til nettbasert dokument – ligger som eget dokument i mappen "beredskap næringsmiddelbåren infeksjon".