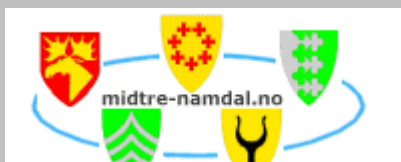


SMITTEVERNPLAN – MNR

Flatanger, Namdalseid, Fosnes, Namsos og Overhalla kommune



April 2008

Innholdsfortegnelse:

1	Innledning	3
1.1	Forord	3
1.2	Oversikt over relevant lovverk	3
1.3	Definisjoner	4
1.4	Kommunale oppgaver	4
1.5	Økonomi	5
2	Lokale forhold.....	5
2.1	Demografiske data.....	5
3	Oversikt over personell og materiell i smittevernarbeidet.....	5
3.1	Smittevernleger - kommuneleger med ansvar for smittevern	5
3.2	Allmennleger	5
3.3	Helsestasjon.....	6
3.3.1	Publikumsvaksinasjon	6
3.3.2	Helsestasjon for ungdom	6
3.4	Pleie og omsorgstjenesten	6
3.5	Teknisk sektor / forurensningsmyndighet	7
3.6	Mattilsyn.....	7
3.7	Vaksinering av kommunalt ansatte	7
3.8	Materiell	7
3.9	Fylkeskommunale instanser	7
3.10	Statlige instanser	7
4	Smittervernarbeid i den daglige kommunal drift.....	8
4.1	Helseopplysning	8
4.2	Vaksinasjon	8
4.2.1	Barnevaksinasjonsprogrammet	8
4.2.2	TUBERKULOSEKONTROLLPROGRAM.....	10
4.2.3	Reisevaksiner	13
4.2.4	Annen anbefalt vaksinasjon	13
4.3	Diagnostikk og behandling.....	14
4.4	Meldesystem for infeksjonssykdommer.....	14
4.4.1	Varsling av smittsomme sykdommer	14
4.4.2	Varsling om utbrudd i helseinstitusjon av smittsom sykdom	15

4.4.3	Gruppe A	15
4.4.4	Gruppe B	16
4.4.5	Gruppe C	16
4.5	Mattilsyn.....	16
4.6	Drikkevannskontroll.....	16
4.7	Avfalls- og avløpskontroll.....	17
4.7.1	Husholdningsavfall.....	17
4.7.2	Spesialavfall	17
4.7.3	Kloakk	17
4.7.4	Slam.....	17
4.8	Skadedyrkontroll	17
4.9	Kontroll med andre virksomheter	18
4.9.1	Skoler og barnehager.....	18
4.9.2	Sykeheim og helsetjeneste utenfor institusjon	18
4.9.3	Overnattingssteder og forsamlingslokaler.....	18
4.9.4	Bassengbad.....	18
4.9.5	Frisørsalonger m.v.....	18
5	Smittevernarbeid i en beredskapssituasjon	19
5.1	Generelle prinsipper	19
5.1.1	Ansvars og arbeidsfordeling.....	19
5.1.2	Kartlegging og vurdering	19
5.1.3	Informasjon	20
5.1.4	Vaksinasjon og andre forebyggende tiltak	20
5.1.5	Diagnostikk og behandling.....	20
5.2	Spesielle sykdomsutbrudd.....	21
5.2.1	Vannbåren infeksjon	21
5.2.2	Matbåren infeksjon.....	21
5.2.3	Tuberkulose	22
5.2.4	Infeksjon med ”dråpesmitte”	22
5.2.5	Meningokokksykdom.....	22
5.2.6	Infeksjon med ”blodsmitte”	23
5.2.7	Seksuelt overførbar sykdom.....	23
5.2.8	Andre infeksjoner	23
6	Vedlegg	26
6.1	Melderutiner for smittsom sykdom (se også tidligere)	26
6.2	Huskeliste for smittevernlegen.....	28
6.3	Bruk av vaksine og immunoglobulin ved sårsår	29
6.4	Skjema for tuberkulosekontroll.....	30
6.5	Forholdsregler ved mistenkelige brev og pakker	31
6.6	Henvisninger / Litteraturliste	31
6.7	Adresse- og telefonliste	33
6.7.1	Fellesliste:.....	33
6.7.2	Overhalla kommune	33
6.7.3	Namsos kommune	33
6.7.4	Fosnes kommune	34
6.7.5	Namdalseid kommune	34
6.7.6	Flatanger kommune	34
7	Etterord	34
7.1	Fordelingsliste:	35

1 Innledning

1.1 Forord

Kommunehelsetjenesten har lang tradisjon med forbygging og behandling av smittsomme sykdommer. Dette er en oppgave som fortsatt må prioriteres høyt. Selv om vi har mye kunnskap om årsaker til og behandling av smittsomme sykdommer, er dette fortsatt et svært aktuelt helseproblem. Det kommer til nye sykdommer som vi ikke har god behandling mot, som HIV, bakterier blir er motstandsdyktige mot antibiotika(MRSA), det kommer nye varianter av influensavirus(SARS) og de siste årene ”fugleinfluensavirus”.

I 1995 fikk vi ”Lov om vern mot smittsomme sykdommer” som gav et samlet lovverk for å beskytte befolkningen mot smittesykdommer. Smittevernloven har som et virkemiddel at alle kommuner skal lage en smittevernplan basert på lokale forhold. Det er tillagt kommunelegen med ansvar for smittevern å lage utkast til en slik plan og kommunestyre skal godkjenne planen.

I denne planen gir vi en oversikt over en ulike emner og områder for, å illustrere at det er mange av daglige gjøremål i kommunen som har innflytelse på smittevern. For helsepersonellet som leger og helsesøster forutsetter vi at de har andre kilder til spesifikk kunnskap innen fagområdet. Vi henviser i noen grad til relevant lovverk, rundskriv fra helsetilsynet og rådgiving fra Folkehelsa i teksten i de ulike avsnitt¹, i tillegg er det noen litteraturreferanser. Vi forutsetter at dette og annen relevant informasjon er tilgjengelig og kjent for sentrale aktører i smittevernarbeidet. De må selv holde orden i eget bibliotek når endringer finner sted, da vi av smertelig erfaring vet at gode forsetter om kontinuerlig oppdatering ikke alltid gjennomføres. Vi har valgt å legge navn/adresseliste som vedlegg, og de ulike aktører er nevnt med funksjonsbetegnelse og ikke navn i planen, for å lette arbeid med oppdateringer.

Denne planen er basert på mal for smittevernplaner som Helsetilsynet har laget og andre kommuners. ***Planen anbefales brukt i sin elektroniske versjon med hypertekstkoblinger til benyttede referanser og lovverk.***

Målsetting

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

1.2 Oversikt over relevant lovverk

- [Lov om vern mot smittsomme sykdommer \(1994\) \(Smittevernloven\)](#) er basis for smittevernarbeidet i kommunen. Loven gir klare oppgaver til helsepersonell, kommunelege med særskilt ansvar for smittevern, kommunestyre og andre offentlige

etater. Det forutsettes at alle aktører i smittevernarbeidet har kjennskap til loven og aktuelle forskrifter, som er listet opp i vedlegg 1.

- [Lov om helsetjenesten i kommunene \(1982\)](#) – gir en del generelle føringer til kommunens helsetjeneste. Lovens § 4a vedrører det miljørettet helsevern og setter krav til kommunene om årvåkenhet for forhold som kan innvirke på helsen, deriblant forhold som kan øke risiko for smitteoverføring. En rekke forskrifter som har betydning for å forebygge overføring av smittsomme sykdommer som bl.a. drikkevann, kloakk og avfallsbehandling er hjemlet i kommunehelseloven.
- [Lov om matproduksjon og mattrygghet \(Matloven\)](#). Loven danner den rettslige basis for et omfattende regelverk om bl.a. smitteforebyggende tiltak knyttet til produksjon og framburd av næringsmidler. Under loven sorterer bl.a. [Drikkevannsforskriften](#) (også hjemlet i kommunehelsetjenesteloven og helseberedskapsloven). Loven forvaltes lokalt av kommunestyret og av Mattilsynet.
- [Lov om helsemessig beredskap](#) - Hjemler nødvendige tiltak i forhold til befolkningshygiene og helsetjeneste i en beredskapssituasjon. Er under revisjon.
- [Lov om vern mot forurensning og om avfall \(1981\) \(Forurensningsloven\)](#) - Teknisk sektor er delegert myndighet etter § 35, siste ledd, og § 37 i forhold til avfall i samband med utsalgssteder, turistanlegg, utfartssteder m.v., inkludert myndighet til å begjære påtale etter § 79, siste ledd.
- [Forskrift om tuberkulosekontroll, 010103](#) Forskriften har som formål å angi tiltak for å motvirke overføring av tuberkuløs smitte og utvikling av sykdom etter smitte. Alle fylkene har ansatt en tuberkulosekoordinator (N. Trøndelag HF – ved diagnosestasjonen Sykehuset Levanger HF). Det er gitt ut veileder om helsetilbudet til flyktninger og asylsøkere.

1.3 Definisjoner

- **Smittsom sykdom:** en sykdom eller smittebærertilstand som er forårsaket av en mikroorganisme (smittestoff) eller del av en slik mikroorganisme eller av en parasitt som kan overføres blant mennesker. Som smittsom sykdom regnes også sykdom som er forårsaket av gift (toksin) fra mikroorganismer.
- **Allmennfarlig smittsom sykdom:** en sykdom som er særlig smittsom, eller som kan opptre hyppig, eller har høy dødelighet eller kan gi alvorlige eller varige skader, og som vanligvis fører til langvarig behandling, eventuelt sykehusinnleggelse, langvarig sykefravær eller rekonvalesens, eller kan få så stor utbredelse at sykdommen blir en vesentlig belastning for folkehelsen, eller utgjør en særlig belastning fordi det ikke fins effektive forebyggende tiltak eller helbredende behandling for den.
- **Alvorlig utbrudd av allmennfarlig smittsom sykdom:** et utbrudd eller fare for utbrudd som krever særlig omfattende tiltak. Statens helsetilsyn kan i tvilstilfelle avgjøre når det foreligger et alvorlig utbrudd av allmennfarlig smittsom sykdom.
- **Smittevernlege** bruker vi i planen som betegnelse på den kommunelege med stedfortreder som er i kommunen er tillagt ansvar for smittevernarbeidet, jfr. § 7-2, og som i loven omtales som kommunelegen.

[Forskrift om allmennfarlige smittsomme sykdommer](#)

1.4 Kommunale oppgaver

En rekke ordinære kommunale arbeidsoppgaver er ledd i den generelle smittevernberedskap, som helseopplysning, vaksinasjon, diagnostikk og behandling av smittsomme sykdommer, organisering av drikkevannsforsyning og renovasjon og næringsmiddelkontroll. Kommunale

organer er også tillagt særskilt myndighet etter smittevernloven ved utbrudd av smittsom sykdom. Dette er nærmere angitt senere i planen.

1.5 Økonomi

Smittevernarbeidet dekkes normalt innen ordinær kommunal drift, og ved tilskudd fra rikstrygdeverket til leger med avtaler. Personer som har allmennfarlig smittsom sykdom skal ha nødvendig helsehjelp uten begrensinger av eventuell svak kommunal økonomi, og får gratis legehjelp og behandling jfr. forskrifter om legehjelp m.m.

[Forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos lege.](#)

2 Lokale forhold

2.1 Demografiske data

MNR – kommunene dekker et vidt geografisk område av relativt spredt befolkning med Namsos by som et geografisk og befolkningsmessig sentrum, hvor en også finner sykehus med kirurgisk/medisinsk beredskap. Tuberkulosekoordinator er lokalisert til Sykehuset Levanger.

3 Oversikt over personell og materiell i smittevernarbeidet

3.1 Smittevernleger - kommuneleger med ansvar for smittevern

I Midtre Namdal Region er kommuneoverlegen tillagt kommunelegens ansvar etter smittevernloven, i planen kalt smittevernlege. Allmennpraktiserende lege med stedfortrederoppgaver i smittevern i den enkelte kommune, er stedfortredende smittevernlege. Smittevernlegen og stedfortreder skal ha oversikt over infeksjonssykdommer i kommunen. Smittevernlegen mottar gjenpart av alle nominative meldinger om alvorlige infeksjonssykdom.

[IK-36/94 Oppnevning av kommunelege og stedfortreder for denne til å utføre særskilte oppgaver etter lov om vern mot smittsomme sykdommer](#)

Kommuneoverlegen utfører tilsyn med campingplasser og andre overnattingssteder, frisørsalonger, bassengbad og friluftsbad, og har rådgiveroppgaver ved rotteutrydding og annen skadedyrbekjempelse. I dette tilsynsarbeidet er smittevern en hovedmålsetting.

3.2 Allmennleger

Namsos kommune: 10 leger med fastlegeavtale, 2 årsverk i tilsynsvirksomhet som stedfortreder, tilsyn med helsestasjon, skole og pleie/omsorg. Kommunen har inngått avtale med Namsos legesenter som tilbyr obligatorisk tuberkuloseundersøkelse og legetjenester til kommunens flyktninger og asylsøkere i påvente av at disse tilbys fastlege.

Flatanger kommune: 1 fastlegeavtale med stedfortrederfunksjon.

Namdalseid kommune: 2 fastleger. En av fastlegene er stedfortreder.

Fosnes kommune: Legetjenesten ivaretaes gjennom en samarbeidsavtale mellom kommunen og Robrygga legekantor i Namsos

Overhalla kommune: 2 fastlegeavtaler. En av fastlegene ivaretar stedfortrederfunksjonen. Den andre fastlegen har deltidsavtale i samfunnsmedisinsk stilling. 1 turnuslege.

Allmennlegene har det daglige arbeid med diagnostikk og behandling av personer med infeksjonssykdommer. Legene er i smittevernloven tillagt ansvar for oppfølging av smittede personer og skal drive smitteoppsporing. Legene er pålagt å melde alvorlige infeksjonssykdommer, som beskrevet i pkt 6.3.

3.3 Helsestasjon

Namsos kommune: 5,3 årsverk i helsesøsterstillinger, 1 jordmor og et årsverk som fullmektig. Kommunen har asylmottak. 1,2 helsesøsterstilling er knyttet til smitteoppsporing/tuberkuloseundersøkelser hos disse.

Flatanger kommune: 1 helsesøster

Namdalseid kommune: 1 helsesøster, 20 % jordmor

Fosnes kommune: deltidsstilling helsesøster, 20 % jordmor.

Overhalla kommune har 1,8 helsesøsterstillinger, psykiatrisk sykepleier i 70 %, samt jordmor 20 % og sekretær 40 %.

Helsestasjonen har hovedansvar for vaksinasjon og forebyggende arbeid blant barn og ungdom.

Helsesøster har ansvaret for den praktiske gjennomføringen av den obligatoriske tuberkulose - oppsporingen hos kommunens flyktninger og asylsøkere. Resultatene av undersøkelsene meddeles smittevernlegen

De har kontordager på skolene i kommunen.

3.3.1 Publikumsvaksinasjon

Namsos Kommune: Tilbud ved helsestasjonen 2 ganger i uka

Øvrige kommuner: etter behov.

Helsesøstrene gir veiledning og vaksine for reisende for å forebygge både at den enkelte blir syk, og at smittsomme sykdommer blir brakt tilbake ved hjemkomst. Likeledes veiledning av andre helsesøstere i fm med smittsomme sykdommer, vaksinerings osv.

3.3.2 Helsestasjon for ungdom

Namsos kommune: Organisert ved helsestasjonen en gang i uken. Dette er en helsesøster/legetjeneste som er gratis for ungdom.

3.4 Pleie og omsorgstjenesten

I den daglige drift innen sykehjem og i åpen omsorg legges rutiner opp slik at det motvirker overføring av smittsomme sykdommer. Smittefarlig avfall leveres på Sykehuset Namsos for å sikre forsvarlig destruksjon. Ved større utbrudd av smittsom sykdom vil personell i pleie og omsorgstjenesten være en viktig ressurs i prøvetaking, diagnostikk, vaksinasjon og behandling.

Viser til eget [avsnitt 5.2.8](#) for beskrivelse av smitteverntiltak i institusjon.

3.5 Teknisk sektor / forurensningsmyndighet

Teknisk sektor har driftsoppgaver innen drikkevannsforsyning, renovasjon og avløp. Det er av stor betydning for smittevernet at disse oppgavene ivaretas i henhold til lover og forskrifter. Teknisk sektor er også tillagt kommunens myndighet etter forurensingsloven.

3.6 Mattilsyn

Mattilsynet for Namdal er statlig og dekker alle namdalskommunene. Mattilsynet er tillagt ansvar etter "Matloven", der hovedoppgaven er å forebygge næringsmiddelbårne infeksjoner. I tillegg er Mattilsynet tillagt tilsyns- og godkjenningsmyndighet av drikkevann og drikkevannskilder. Mattilsynet har et hovedansvar for dyrevern og dyrehelse. I smittevernsammenheng går dette på å forebygge/behandle og oppspore zoonoser (Salmonella, EHEC, mfl.)

Et laboratorium for matvare og drikkevannsanalyser er skilt ut fra det tidligere NMT som et eget selskap.

3.7 Vaksinerings av kommunalt ansatte

Tuberkulosestatus og vaksinerings av kommunalt ansatte blir utført ved helsestasjonene i samråd med de etablerte HMS – sentra.

3.8 Materiell

Nasjonalt Folkehelseinstitutt (FHI) leverer vaksiner til vaksinasjonsprogram, reisevaksiner og vaksiner til utsatte grupper. Namsos/Laksen apotek leverer medisiner og vaksiner som ikke leveres av FHI. Ved behov for ekstra smittevernberedskap må apotek raskt kobles inn for å sikre nødvendig legemiddelleveranser. Sykehuset Namsos har et eget legemiddellager og farmasøyt. Legekantorene har egne lager av laboratoriestyr til prøvetaking.

3.9 Fylkeskommunale instanser

<i>Institusjon/ avdeling:</i>	<i>Oppgaver:</i>
Sykehuset Namsos	Medisinsk og kirurgisk avdeling, primær sykehus ved innleggelse for diagnostikk og behandling ved smittsom sykdom. Øye og ØNH – avdeling Fylkeskommunal smittevernlege
Sykehuset Levanger	Barneavdeling – innleggelse av barn med smittsom sykdom. Diagnosestasjon – tuberkulosekoordinator for Nord Trøndelag. Mikrobiologisk laboratorium
St. Olavs Hospital, Laboratorier for biokjemi, virologi og bakteriologi	Diagnostikk av smittsom sykdom

3.10 Statlige instanser

<i>Etat /organisasjon</i>	<i>Oppgaver</i>
FHI	Meldesystem for infeksjonssykdommer, med mottak av meldinger og

	informasjon til kommune Råd og veiledning ved utbrudd av smittsom sykdom.
Fylkesmannen (Helseavdelingen)	Tilsyn, klagesaksbehandling etter §§ 4-2 og 5-8 Varslingsinstans for mistenkte tilfelle av smittsom sykdom.
Fylkesmann:	Sekretariat for <u>smittevernemnda</u> (jfr. §§ 7-5 til 7-7)
Politi:	Avgi melding til helsemyndighetene i henhold til fremmedlov/ tuberkuloseforskrifter
Toll o.a. off. myndighet:	Bistå helsemyndigheter jfr. smittevernlovens § 4-10 (informasjonsplikt, bistandsplikt)

4 Smittervernarbeid i den daglige kommunal drift

4.1 Helseopplysning

Helseopplysning er en del av kommunehelsetjenestens arbeid. Helsestasjonen har dette ansvar overfor barn og skoleungdom, og er involvert i rådgivning til skoler og barnehager om f. eks barn bør holdes hjemme for å hindre smittespredning ved infeksjonssykdommer, informere om tiltak ved de årlige luseoppdagelser. De bidrar med generell informasjon til skoleungdom omkring seksuelt overførbart sykdom og ved enkelttilfeller av andre infeksjonssykdommer der målrettet informasjon er nødvendig. De siste årene har rusen fått informasjon om smittsom hjernehinnebetennelse av helsesøster i videregående skole. Legekontorene driver helseopplysning i forhold til egne pasienter. Det informeres om smittefare og virkemidler for å forebygge smitte. En viktig oppgave i helseopplysningen fremover blir å motivere til fornuftig antibiotikabruk for å hindre videre utvikling av resistens.

4.2 Vaksinasjon

4.2.1 Barnevaksinasjonsprogrammet

Helsestasjonen er ansvarlig for gjennomføring av det anbefalte vaksinasjonsprogram for barn. Målsetting i dette arbeidet er 100 % vaksinasjonsdekning, og i vår kommune ligger vi opp mot dette, med en dekning på 95-99%. Anbefalt vaksinasjonsprogram nå (2008) er:

Det anbefalte barnevaksinasjonsprogrammet for barn født til og med 1997:

Alder	Vaksinasjon mot
3 måneder	Difteri-tetanus-kikhoste (DTP) Haemophilus influenzae type b (Hib) Poliomyelitt
5 måneder	DTP, Hib, poliomyelitt
11 - 12 måneder	DTP, Hib, poliomyelitt
15 måneder	Meslinger, kusma, røde hunder (MMR)
6 - 8 år	Poliomyelitt
11 - 12 år	DT

12 - 13 år	MMR
Ungdomsskolen	Tuberkulose (BCG) og poliomyelitt
0-18 år	Hepatitt B (til barn av foreldre fra land utenfor lavendemisk område)

Det anbefalte barnevaksinasjonsprogrammet for barn født fra og med 1998 til og med 2005:

Alder	Vaksinasjon mot
3 måneder	Difteri-tetanus-kikhoste (DTP) Haemophilus influenzae type b (Hib) Poliomyelitt
5 måneder	DTP, Hib, poliomyelitt
11 - 12 måneder	DTP, Hib, poliomyelitt
15 måneder	Meslinger, kuma, røde hunder (MMR)
7 år	DTP, poliomyelitt
12-13 år	MMR
Ungdomsskolen	Tuberkulose (BCG), DT, poliomyelitt
0-18 år	Hepatitt B (til barn av foreldre fra land utenfor lavendemisk område)

Det anbefalte barnevaksinasjonsprogrammet for barn født fra og med 2006:

Alder	Vaksinasjon mot
3 måneder	Difteri-tetanus-kikhoste (DTP), Haemophilus influenzae type b (Hib), Poliomyelitt, Pneumokokksykdom
5 måneder	DTP, Hib, poliomyelitt, pneumokokksykdom
12 måneder	DTP, Hib, poliomyelitt, pneumokokksykdom
15 måneder	Meslinger, kuma, røde hunder (MMR)
7 år	DTP, poliomyelitt
12-13 år	MMR
Ungdomsskolen	Tuberkulose (BCG), DT, poliomyelitt
0-18 år	Hepatitt B (til barn av foreldre fra land utenfor lavendemisk område)

4.2.2 TUBERKULOSEKONTROLLPROGRAM

I følge smittevernloven har kommunen dvs. kommunehelsetjenesten primæransvaret for gjennomføring av tuberkulosekontrollen.

Kommunen har ansvaret for etablering, tilrettelegging, gjennomføring og oppfølging av kommunens tuberkulosekontrollprogram, og skal sørge for at det inngår som en del av kommunens internkontrollsystem (tilsynslovens § 3).

Ansvaret ligger hos kommunens ledelse. Ekstrautgifter i fm vaksiner og smitteoppsporing tilfaller kommunen.

Tuberkulosesituasjonen er slik at det aldri har vært mer tuberkulose i verden enn nå. Her i Norge avtok insidensen drastisk i løpet av forrige århundret, men dette stoppet opp i midten av 1980-åra og har økt noe etter dette. I 2006 ble det meldt 294 nye tilfeller av tuberkulose i Norge.

I Midtre Namdal Region ser vi for oss følgende risikogrupper:

- eldre med fare for reaktivering av tidligere sykdom
- flyktninger/asylsøkere og tilflyttede fra høyinsidensland
- personer som har oppholdt seg i høyinsidensland over 3 måneder og tiltrer eller gjeninntre i stilling innen helse/sosial eller skole/barneomsorg.
- Misbrukere
- Adoptivbarn fra høyinsidensområder
- Sesongarbeidere fra høyinsidensområder.

Folkehelseinstituttet angir til enhver tid hvilke land som anses å ha høy forekomst av tuberkulose. Fra 1. desember 2005 er dette visse europeiske land, samt alle ikke-europeiske land utenfor USA, Canada, Australia, New Zealand og Japan. Europeiske land med høy forekomst omfatter blant annet Russland, baltiske land, land på Balkan, Tyrkia og flere østeuropeiske land.

Personer fra Polen, Tsjekkia, Ungarn, Slovakia og Slovenia har ikke lenger plikt til tuberkuloseundersøkelse.

I praksis blir MNR - kommunenes TUBERKULOSEKONTROLLPROGRAM slik:

Kommuneoverlegen har ansvar for gjennomføring av programmet. Dette gjøres i praksis i samarbeid med ledende helsesøster/helsestasjon som også står for mye av de praktiske oppgavene.

4.2.2.1 Tiltak for å oppdage risikopersoner:

- legene må dyktiggjøres til å oppdage smitte hos risikopasienter, spesielt hos den eldre del av befolkningen hvor reaktivering av tidligere sykdom kan forekomme. Disse vil være særlig de med svekket immunforsvar, enten pga medikamentell behandling, eller samtidig annen sykdom.
- -rusmisbrukere er også en gruppe legene må huske i denne sammenheng
- tilflyttede fra høyinsidensland eller flyktninger/asylsøkere skal meldes kommunelegen umiddelbart fra lensmannen evt. flyktningekonsulenten slik at tuberkuloseundersøkelse kan gjennomføres.

[Skjema for tuberkulosekontroll](#)

Mantoux-test og røtge thorax skal være gjennomført innen 14 dager etter ankomst i kommunen. Helsesøster er ansvarlig for at undersøkelsen gjennomføres og at resultatet av undersøkelsen blir fulgt opp.

I tilknytning til denne undersøkelsen mottar alle informasjon om omkring tuberkulosekontrollen. En informerer videre om helsevesenet og tannhelsetjenesten i Norge. Det gies hygieneinformasjon, informasjon omkring smittsomme sykdommer, prevensjon, kosthold, kjøp og bruk av medikamenter, vanlige psykiske reaksjoner og vaksinasjonsprogram.

Alle flyktninger og asylsøker mottar et hjemmebesøk av helsesøster. Formålet med besøket er å kartlegge helse gjennom individuell samtale.

Helsesøster koordinerer førstegangsundersøkelsen hos leger. Namsos kommune har egen avtale med 2 leger om legetjeneste før at den enkelte er blitt tildelt egen fastlege. I de øvrige kommuner skjer denne undersøkelsen på det kommunale legekontoret.

- -personer i kommunen som har oppholdt seg i høyinsidensland i 3 mnd eller mer og som skal starte i eller gjeninntre i stilling innen helse og sosial eller som lærer eller i barneomsorg har plikt til å gjennomgå tuberkuloseundersøkelse.

4.2.2.2 Tiltak ved mistanke tuberkulose

Alle leger skal henvise alle pasienter mistenkt for å ha tuberkulose til Lungeavdelingen ved Sykehuset Levanger. Fylkets tuberkulosekoordinator er ansatt ved Sykehuset Levanger.

4.2.2.3 Tiltak/melding ved flytting til ny kommune

Resultatene av tuberkuloseundersøkelsen skal sendes til kommunelegen i ny bokommune ved flytting. Dette gjelder særlig flyktninger og asylsøkere og gjelder også ved negative prøver. Smittevernlegen har ansvar for dette.

4.2.2.4 Diagnostikk tuberkulose

Diagnostikken foretas av kommunenes leger hvor fokus rettes mot de overnevnte grupper. Tuberkulintestingen i denne sammenheng foretas av helsesøster.

4.2.2.5 Melding av tuberkulose

Melding foretas i henhold til gjeldende forskrifter.

- a. Nominativ melding sendes på fastsatt skjema som for alle nominativt meldepliktige smittsomme sykdommer. Meldingen sendes i tillegg til fylkets tuberkulosekoordinator ved Sykehuset Levanger.
- b. Melding om smitteoppsporing rundt tuberkuløs/tuberkulosesmittet person sendes Lungeavdelingen Sykehuset Levanger ved henvisning
- c. Rapport om resultat av smitteoppsporing skal etter at dette er utført sendes tuberkulosekoordinatoren og Nasjonalt folkehelseinstitutt.
- d. Rapport om tuberkulin/BCG status i 10.-klasse skal utføres av helsesøster og sendes kommunelegen, tuberkulosekoordinatoren og Nasjonalt folkehelseinstitutt. (vaksinasjonsmeldinger sendes også gjennom SYSVAK).

4.2.2.6 Smitteoppsporing.

Smittevernlegen har i samarbeid med ledende helsesøster ansvar for dette.

Grunnleggende fakta for igangsetting av prosedyrer er følgende

- vurdering av smittsomhet basert på direkte mikroskopi og dyrking
- tidsrommet pasienten kan tenkes å ha vært smitteførende
- Hvem pasienten har hatt kontakt med.

Smitteoppsporingen foretas etter **ringprinsippet**, det startes i innerste ring hvor de finnes som kan defineres å ha høy risiko for å bli smittet. I praksis gjelder dette nærkontakter i samme husholdning og uvaksinerte barn med mye kontakt.

I neste ring kommer personer som har oppholdt seg sammen med pasienten over tid, for eksempel arbeidskolleger. Her tas også hensyn til immunsvekkede personer og uvaksinerte barn.

Plikt til å bidra til smitteoppsporing er tillagt legen (smittevernloven § 3-6), indekspasienten (smittevernloven § 5-1) og smittekontakter (smittevernloven § 5-1).

4.2.2.7 Tuberkulintesting

Helsesøster er delegert ansvar for tuberkulintesting i grunnskolen. Det forutsettes at vaksinator innehar nødvendig sertifisering for aktuelle testing og vaksinerings [tuberkuloseforskriftens \(3\)](#)

- Tuberkulintesting utføres før vaksinasjonen – aldersgruppe ca 14 år
- Ved positiv Mantoux test blir eleven henvist Lungeavdelingen Sykehuset Levanger.
- I motsatt fall blir eleven vaksinert hvis foreldrene ikke nekter.
- I familier som kommer fra land med høy risiko for tuberkulosesmitte, vaksineres spedbarn like etter fødselen.
- Ved smitterisiko i miljøet vaksineres de som er tuberkulin negative etter risikovurderingen.

Informasjon til enkeltpersoner og befolkningen om tuberkulose, og regelverket som gjelder for sykdommen foretaes av kommunelegen/stedfortreder og helsesøster i fellesskap. Informasjonen skal være korrekt og saklig for å redusere frykten for sykdommen, men Realistisk for å sikre en god smitteoppsporing.

4.2.2.8 Behandling av tuberkulose

I følge forskriften skal helsepersonell observere pasientens inntak av tuberkulosemedikamenter. Dette skal sikre at pasienten blir helbredet og dessuten hindre resistensutvikling.

1. I startfasen vil behandlingen foregå ved Sykehuset Levanger, mest sannsynlig lungeavdelingen (evt. St. Olav).
2. Tuberkulosekoordinatoren vil snarest kalle inn til møte hvor pasienten, behandlende spesialist og kommunelegen eller helsesøster møter. Her skal skriftlig plan for gjennomføring av behandlingen lages. Behandlingen vil vare i mange måneder og

planen må derfor legges godt til rette for at den kan gjennomføres rimelig praktisk av pasienten. Direkte observert behandling vil foregå ved at alle pasientene skal observeres ved tablettinntak.

I Midtre Namdal region vil dette foregå ved fastlegekontoret, helsestasjonen i den enkelte kommune, eller ved hjemmesykepleier.

Dersom pasienten ikke møter etter avtale, skal kommunehelsetjenesten straks gjøre tiltak for å oppspore pasienten.

Ved vanskeligheter med gjennomføringen og hvis vilkårene for tvangstiltak er å tilstede, plikter politiet å bistå med gjennomføringen.(smittevernloven § 4-10).

Kommunen har plikt til å dekke alle utgifter knyttet til behandlingen som utføres av Kommunehelsetjenestens ulike ledd.

4.2.2.9 Undersøkelse av arbeidstakere

Arbeidsgivere innen barneomsorg og helsetjeneste skal sikre at ansatte har gjennomgått pliktig tuberkulosekontroll før personell tiltrer i jobben. (tuberkuloseforskriftens (3))

[Forskrift om tuberkulosekontroll](#)

4.2.3 Reisevaksiner

Helsestasjonen tilbyr rådgiving, vaksinasjon og forebyggende medisiner til personer som skal på utenlandsreiser. Rådgivning gis av helsesøster, som samarbeider med fastleger om reseptskriving der det er nødvendig. Smittevernlegen er godkjent gulfebervaksinatør. Rådgiving bygger på Folkehelsas råd i MSIS-meldinger og retningslinjer i “International Travel and Health” (WHO-publikasjon), og i særlige tilfeller kontakter med Folkehelsa.

[Anbefaling for vaksinasjon m. m ved utenlandsreise IK 12/2000 Godkjente gulfebervaksinatører](#)

4.2.4 Annen anbefalt vaksinasjon

Kommunene tilbyr årlig influensavaksinasjon til personer med kroniske hjerte/lunge sykdommer og alle personer over 65 år, etter Folkehelsas retningslinjer. Subsidiert vaksine til nevnte grupper kjøpes av helsestasjon og fordeles til kommunenes legekontorer som organiserer vaksinasjon.

Pleie og omsorgstjenesten tilbyr vaksine til sine brukere og til beboere i institusjoner. Enkelte kommuner har valgt å la all organisering av vaksine gå gjennom helsestasjonen (Flatanger).

Pneumokokkvaksinasjon tilbys på legekantorene til de samme grupper, og i tillegg til personer som har fjernet milt og til HIV-positive

Hepatittvaksinasjon tilbys på legekantorene/helsestasjonene til utsatte grupper, og hos HMS-senter til ansatte i medlemsbedrifter som er utsatt for smitterisiko i yrkessammenheng.

[FHI retningslinjer for immunisering mot hepatitt B](#)

Tetanus (stivkrampe) kombinert med difterivaksine skal oftest anbefales ved legekontakt ved sårskader når det er gått 10 år etter basisvaksinasjon, eventuelt også før etter klinisk vurdering.

[FHI okt 2003 – Anbefaling for tetanusvaksinasjon Kap 6.5](#)

4.3 Diagnostikk og behandling

Primærlegene har som en daglige gjøremål å diagnostisere og behandle smittsomme. Smittevernloven gir den enkelte lege i oppgave å følge opp pasienten med smittsom sykdom, med særskilt vekt på de som har allmennfarlig smittsom sykdom, som skal ha gratis legehjelp og medisiner. Det vil normalt være behandlende lege som følger opp pasienten og nærmeste familie med rådgivning og andre tiltak for å beskytte mot videre smitte. Ved alvorlig sykdom vil pasienten bli innlagt på sykehus, oftest Sykehuset Namsos, og lege der overtar da behandlende leges oppgaver etter smittevernloven. Behandlende lege kan søke hjelp hos smittevernlege i dette arbeidet.

4.4 Meldesystem for infeksjonssykdommer

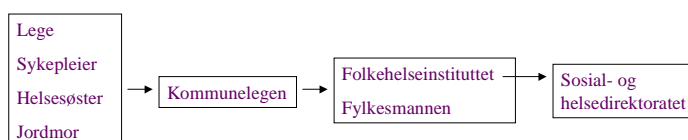
4.4.1 Varsling av smittsomme sykdommer

Med varsling menes en umiddelbart formidlet beskjed om visse enkelttilfeller eller utbrudd av smittsom sykdom på en slik måte at varsleren umiddelbart kan forsikre seg om at mottakeren har mottatt varsllet. Varsling om smittsom sykdom kommer i tillegg til den skriftlige meldingen.

Lege, sykepleier, jordmor eller helsesøster som mistenker eller påviser et tilfelle av enkelte, utpekte gruppe A-sykdommer, skal umiddelbart varsle kommunelegen. Disse sykdommene er per 21.12.2006: *botulisme, difteri, diareassosiert hemolytisk uremisk syndrom, enterohemoragisk E. coli (EHEC) - infeksjon, flekktufus, hemoragisk feber, kolera, kopper, legionellose, meningokokksykdom, meslinger, miltbrann, pest, poliomyelitt, rabies, røde hunder, sars og trikinose.*

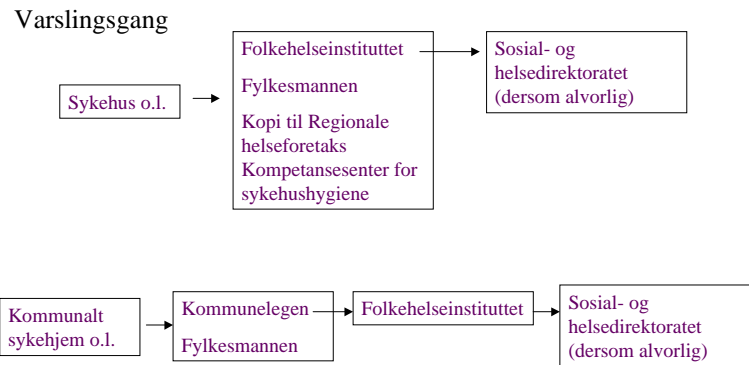
Dersom kommunelegen ikke kan varsles, skal Folkehelseinstituttet umiddelbart varsles. Kommunelegen skal varsle fylkesmannen og Folkehelseinstituttet. Vi ber om at

Varslingsgang



Folkehelseinstituttet varsles ved å ringe den døgnåpne Smittevernvakta, tlf. 22 04 23 48. Etter at slik varsling er gjort, skal legen sende MSIS-melding på vanlig måte.

4.4.2 Varsling om utbrudd i helseinstitusjon av smittsom sykdom



4.4.3 Gruppe A

Disse sykdommene meldes fra medisinsk-mikrobiologiske laboratorier og leger til MSIS, Folkehelseinstituttet med full pasientidentitet. Legene benytter et eget skjema som de selv har tilgjengelig eller som de får tilsendt fra det medisinsk-mikrobiologiske laboratoriet sammen med prøvesvaret som indikerer en meldingspliktig sykdom. Meldingen fra legene går i kopi til kommunelegen i pasientens bostedskommune. I disse gruppene finnes over 50 ulike smittsomme sykdommer

Aids, Atypisk mykobakterie-infeksjon, Botulisme, Brucellose, Campylobacteriose, Difteri, Ekinokokkose, Encefalitt, Enteropatogen E. coli-enteritt, Flekktufus (epidemisk), Giardiasis, Gulfeber, Haemophilus influenzae, systemisk sykdom, Hemoragisk feber, Hemolytisk uremisk syndrom, diaréassosiert, Hepatitt A, Hepatitt B (akutt og bærerskap), Hepatitt C, Kikhoste, Kolera, Kopper, Kusma, Legionellose, Lepra, Listeriose, Lyme borreliose, Malaria, Meningokokksykdom, systemisk, Meslinger, Methicillinresistente gule stafylokokker (MRSA), infeksjon eller smittebærertilstand, Miltbrann, Nephropathia epidemica, Paratyfoidefeber, Pneumokokker med nedsatt følsomhet for penicillin, infeksjon eller smittebærertilstand, Pneumokokksykdom, systemisk, Prionsykdommer, Pest, Poliomyelitt, Rabies, Røde hunder, Tilbakefallsfeber, Salmonellose, Sars (alvorlig, akutt luftveissyndrom), Shigellose, Streptokokk gruppe A-sykdom, systemisk, Streptokokk gruppe B-sykdom, systemisk, Tetanus, Trikinose, Tuberkulose, Tularemi, Tyfoidefeber, Yersiniose, Vankomycinresistente enterokokker, infeksjon eller smittebærertilstand.

4.4.4 Gruppe B

Disse sykdommene meldes fra medisinsk-mikrobiologiske laboratorier og leger til MSIS, Folkehelseinstituttet uten pasientens navn og fødselsdato. I denne gruppa finnes sykdommene gonoré, hiv-infeksjon og syfilis.

4.4.5 Gruppe C

I denne gruppa finnes bare to sykdommer, genital chlamydiainfeksjon og influensaliknende sykdom. Antallet påviste tilfeller av genital chlamydiainfeksjon meldes en gang i året fra alle de medisinsk-mikrobiologiske laboratoriene. Antall tilfeller av influensaliknende sykdom og deres kjønns- og aldersfordeling meldes hver uke i vinterhalvåret fra om lag 200 utpekte legekontorer.

4.5 Mattilsyn

Mattilsynet i Namdal har tilsyn med virksomheter som frembyr næringsmidler, som drikkevann, matvarebutikker, kafeer og andre serveringssteder.

4.6 Drikkevannskontroll

Drikkevann er en potensiell smittespreder og det er årlig sykdomsutbrudd ulike steder i Norge som kan tilbakeføres til forurenset drikkevann. Der en drikkevannskilde forsyner mange personer kan sviktende hygieniske barrierer og spredning av smittestoffer i drikkevann få svært alvorlige konsekvenser.

For å beskytte befolkningen mot smittespredning via drikkevannet det et om satt strenge krav til drikkevannskilder og drikkevannskvalitet i egen forskrift. Drikkevannsforskriftene er gitt i medhold av §§ 1, 3, 4 og 7 i Lov (av 19.05.1933) om tilsyn med næringsmidler m.v. (NML), § 4a-1 i Lov (av 19.11.1984) om helsetjenesten i kommunene (KHL) og § 14 i Lov (av 2.12.1955) om helsemessig beredskap, og setter krav til kvalitet på drikkevann til alle husholdninger. Det er krav om godkjenning etter forskriften hvis vannverket forsyner mer enn 100 personer, 20 hustander eller en næringsmiddelbedrift, et serveringssted eller en institusjon.

Vannverkseier har det daglige driftsansvaret og skal drive internkontroll, herunder tilsyn med desinfeksjon. Bakteriekontroll er en viktig parameter. De har også informasjonsplikt både til helsemyndigheter og publikum ved svikt og mulig fare for sykdom.

Mattilsynet har det formelle godkjenningsansvaret for godkjenningspliktige vannverk. Mattilsynet som utfører kontrollanalyser av drikkevann på oppdrag av vannverkseier, ta initiativ til og i samarbeid med kommuneoverlegen å gi varsel om koking m. m ved funn av markørbakterier eller fare for mikrobiell forurensing av drikkevannsforsyningen. Helsetjenesten ved Miljørettet helsevern (Kommuneoverlege) har også ansvar for å ha oversikt over det som kan virke inn på befolkningens helse, og derved også medansvar for å påse at drikkevannet er helsemessig forsvarlig, og kan gi pålegg etter kommunehelseloven.

4.7 Avfalls- og avløpskontroll

4.7.1 Husholdningsavfall

Kommunene i Midtre Namdal region har en interkommunal renovasjonsordning. Det drives i noen grad hjemmekompostering.

4.7.2 Spesialavfall

Risikoavfall fra legekontorer, sykehjem og hjemmesykepleie, herunder stikkende/skjærende avfall med biologisk o.a. smittefarlig avfall samles i spesialemballasje, sorteres og merkes i følge Sykehuset Namsos sine retningslinjer for risikoavfall. Risikoavfallet leveres til sykehuset, og teknisk avdeling der sender risikoavfallet til destruksjon.

[Forurensingsloven](#)

4.7.3 Kloakk

Teknisk sektor har driftsansvar for kloakknnett og renseanlegg. Tilsyn med dette er i hovedsak en oppgave etter forurensningsloven, men lekkasjer i kloakknettet kan medføre alvorlig smitterisiko, derfor er dette også regulert i forskrift etter helselovgivning.

4.7.4 Slam

I flere av kommunene er det et komposteringsanlegg som leverer ferdig kompostert slam og kompost. Det er angitt grenseverdier for blant annet bakterieinnhold i slam, for å begrense mulighet for overføring av smittestoffet. Bruk av slam skal være godkjent av kommunen. Den som produserer slam skal søke om bruk og kommune skal godkjenne bruksplanen. Tilsynet med komposteringsanlegg er lagt til fylkesmann.

[Forskrift om miljørettet helsevern](#)

4.8 Skadedyrkontroll

Pattedyr, fugler, insekter og andre levende organismer som kan overføre smittsomme sykdommer eller forårsake andre sykdommer eller helseproblemer hos mennesker, eller som gjør materiell skade og derved utløser bekjempelsestiltak

Det kan i noen tilfeller være nødvendig å fange herreløse dyr som av duer, måker og katter, for omplassering eller avliving, etter samråd med dyrevernsnemnda og distriktsveterinær. Vi har ingen klare rutiner, og tiltak må vurderes i aktuelle situasjoner. Hjemmel for avliving kan være lov om Helsetjenesten i kommunen §4a, smittevernloven, eller dyrevernlovgivning om dyr lider.

Dersom det er nødvendig for å hindre overhengende helsefare, kan kommunelegen utøve kommunenes myndighet etter § 2-4 første ledd og bestemme at skadedyrbekjempelse skal skje straks. Bestemmelsen i § 3-4 annet ledd gjelder tilsvarende. Utgiftene skal dekkes av eier eller bruker, jf. § 5-3

[FOR 2000-12-21 nr 1406: Forskrift om skadedyrbekjempelse](#)

4.9 Kontroll med andre virksomheter

4.9.1 Skoler og barnehager

Skoler og barnehager skal drives slik at spredning av smittsomme sykdommer forebygges. De skal bruke helsesøster / kommuneoverlege som rådgivere når det oppstår smittsomme sykdommer der tiltak vurderes og helsetjeneste vil da ha hovedansvar for oppfølging.

[01.12.95 nr.928 Forskrift om miljørettet helsevern i skoler og barnehager m.v](#)

4.9.2 Sykeheim og helsetjeneste utenfor institusjon

Det er en viktig oppgave å drive institusjoner slik at spredning av smittsomme sykdommer begrenses. Det er ledelsen av institusjoner som har ansvar for å følge opp dette arbeidet. Det er krav om tuberkulosekontroll og i noen tilfeller spesielle bakterieundersøkelser for dem som skal jobbe i helsetjenesten

[05.07.96 nr. 700 Forskrift om forhåndsundersøkelse av arbeidstakere innen helsevesenet - antibiotikaresistente bakterier.](#)
[IK-2552 Smittevernloven Veileder Forebygging av blodsmitte i helsevesenet. Del 1+2](#)
[IK-2532 Smittevernloven Veileder Smittevern i helseinstitusjoner - sykehusinfeksjoner](#)

4.9.3 Overnattingssteder og forsamlingslokaler

Kommuneoverlegen utfører tilsyn i overnattingssteder med hensyn på hygienisk forhold ved oppstart av virksomheter og siden regelmessig, samt ved melding om mulig mangler på hygieniske forhold. Vi har ikke noe systematisk tilsyn med andre forsamlingslokaler, da vi ser lite helsemessig gevinst i å gjøre dette.

[Forskrift om miljørettet helsevern](#)

4.9.4 Bassengbad

Det forefinnes badeanlegg i Namsos – Oasen, Overhalla ved OBUS, og Namdalseid. Kommunen har driftsansvar for disse anleggene som skal drives med internkontroll, der en viktig målsetting er så sikre desinfeksjon og renhold og hindre smittespredning. Kommuneoverlegen fører tilsyn med badet.

[13.06.96 nr. 592 Forskrift for badeanlegg, bassengbad og badstue m.v.](#)

4.9.5 Frisørsalonger m.v.

Kommunelegen har tilsyn med disse virksomheter ved oppstart og siden regelmessig med tanke på hygienisk forhold som har betydning for overføring av smittsomme sykdommer.

[06.05.98 nr.581 Forskrift om hygienekrav for frisør-, hudpleie-, tatoverings- og hulltakingsvirksomhet m.v](#)

5 Smittevernarbeid i en beredskapssituasjon

5.1 Generelle prinsipper

5.1.1 Ansvars og arbeidsfordeling

Smittevernlegen(kommuneoverlegen) er tillagt oppgaver i henhold til smittevernlov med forskrifter og leder smittevernarbeidet i kommunene. Hvis ikke smittevernlegen eller stedfortreder er tilgjengelig, må vakthavende lege ta ansvar for å starte smittevernarbeidet i henhold til smittevernplan og faglige retningslinjer. Melding om smittsom sykdom gies til resepsjon ved Overhalla legesenter og sekretær der har ansvar for å varsle videre til smittevernlege som angitt over.

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

KOMMUNESTYRET

§ 4-1 første ledd	Vedta div. smitteverntiltak: møteforbud, stenging av virksomhet, isolering, desinfeksjon m.m.
§ 4-1 femte ledd	Bruke og skade andres eiendom, jfr. 1. ledd
§ 4-6 første ledd	Vedta forholdsregler ved gravferd
§ 4-9 første ledd	Pålegge helsepersonell å ta opplæring
§ 4-9 andre ledd	Pålegge deltakelse i smittevernarbeid
§ 4-9 fjerde ledd	Pålegge leger å delta i forebyggende arbeid, undersøkelse, behandling etc.
§ 7-1 femte ledd	Bruke og skade andres eiendom i sammenheng med tiltak etter §§ 3-1 og 3-8 (undersøkelse og vaksinerings)

KOMMUNEOVERLEGEN (Smittevernlegen) /Stedfortreder for kommuneoverlegen.

§ 2-2 sjuende ledd	Kreve taushetsbelagte opplysninger
§ 3-8 tredje ledd	Treffe forholdsregler for uvaksinerte
§ 4-1 femte ledd	Handle på kommunestyrets vegne i hastesaker om div. smitteverntiltak etter § 4 (<i>I forhold til næringsmiddelvirksomhet kan hastevedtak på samme måte iverksettes av Næringsmiddeltilsynet.</i>)
§ 4-2 andre ledd	Nedlegge arbeidsforbud
§ 4-5 første ledd	Vedta obduksjon av avdød smittet person
§ 5-8 første ledd	Treffe hastevedtak om tvangsundersøkelse

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

5.1.2 Kartlegging og vurdering

Starten på en beredskapssituasjon vil oftest at være at smittevernlege mottar telefonisk eller skriftlig melding om sykdomsutbrudd i kommunen.

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

5.1.3 Informasjon

Det er svært viktig med tidlig informasjon til ulike instanser. Smittevernlege har ansvar for informasjon utad etter å ha kartlagt og vurdert situasjonen. Omfang av informasjon avhenger av situasjon, men rask informasjon er erfaringsmessig viktig. Det er også viktig å ta dette opp med personer som er syke eller pårørende før informasjon gis offentlig, da det selv anonymisert informasjon kan være på kant med taushetsplikten i en liten kommune.

Smittevernlegen må samarbeide med helsesøster, andre leger, HMS-sentre og mattilsyn for å gi rask og korrekt informasjon.

<i>Informasjon som må vurderes ved utbrudd av smittsom sykdom:</i>	<i>Ansvarlig:</i>
<i>Helsepersonell</i> - for å øke årvåkenhet og gi informasjon videre: Kommunens leger, legevaktsentral, helsestasjon, Sykehuset Namsos, evt kommuneleger i nabokommuner.	Smittevernlege
<i>Den/de som er syke og nære pårørende</i> - om sykdomsforløp og tiltak for å hindre smittespredning - om behov for å gå ut med offentlig informasjon	- Allmennlege / sykehuslege - Smittevernlege
<i>Institusjoner (skoler, barnehager, bedrifter)</i> – for å gi riktig bilde av alvorlighetsgrad og øke årvåkenhet: Skiftelig og muntlig informasjon bør gis fortløpende	Smittevernlege sammen med helsesøster, evt HMS-senter
<i>Lokalbefolkning via media</i> - for å hindre smittespredning, - øke årvåkenhet ved tidlige sykdom - begrense bekymring.	Smittevernlege - vurderer pressemelding for å sikre korrekt informasjon.
Aktuelle medier: Namdalsavisa, Trønder – Avis, NRK	
<i>Folkehelsa og helseavdelingen hos fylkesmannen</i>	Smittevernlege

5.1.4 Vaksinasjon og andre forebyggende tiltak

I mange tilfeller vil det være aktuelt å vurdere vaksinasjon ved utbrudd, dette kan være ved meningokokk type C og ved hepatitt A og B. I noen tilfeller er det aktuelt å tilby forebyggende antibiotika for de som er mest utsatt for smitte, eller tilby behandling straks etter eksponering for smittestoff med vaksine eller spesifikke antistoffer.

Dette et tiltak som må vurderes av smittevernlege, i samråd med behandlende leger, infeksjonsmedisinere og Folkehelsa. Behandlende lege og helsesøster må utføre vaksinasjon.

5.1.5 Diagnostikk og behandling

Det er allmennlegenes og sykehusets oppgave å diagnostisere og behandle personer som er har en infeksjonssykdom. Ved utbrudd eller fare for utbrudd av smittsom sykdom må

smittevernlege varsle lokale leger og annet helsepersonell om behov for økt oppmerksomhet mot den aktuelle sykdom. Spesielt utsatte grupper bør tilbys helseundersøkelse, organisert av smittevernlege, men her må allmennleger og helsesøstere i kommunen delta.

5.2 Spesielle sykdomsutbrudd

Vi omtaler i det følgende noen sykdomskategorier som vi etter en risikovurdering oppfatter som moderat til svært sannsynlig i vår kommune, og samtidig alvorlige enten fordi enkelttilfeller er svært alvorlig eller fordi utbrudd kan bli omfattende.

5.2.1 Vannbåren infeksjon

Infeksjoner som smitter via drikkevann kan medføre store og alvorlige sykdomsutbrudd der svært mange blir syke over kort tid. Dette vil oftest være mage-tarm infeksjoner som salmonella, campylobakter, hepatitt A, giardia lamblia og ulike virusinfeksjoner som Norwalk (Norovirus) Derfor det her forebyggende tiltak og rask reaksjon ved mistanke om svikt i de hygieniske barrierer som skal beskytte mot forurensning særdeles viktig,

[Jfr Smittevernhandboka 5](#)

<i>Tiltak</i>	<i>Ansvarlig</i>
Avstenging av vannkilde til hygienisk forhold er under kontroll	Teknisk sektor, evt etter pålegg fra Mattilsynet eller kommuneoverlege
Rette opp svikt eller mangler i vannbehandlingsanlegg eller legge til reserveklorering	Teknisk sektor
Informasjon om koking av drikkevann via lokalradio / lokalavis	Teknisk sektor / Smittevernlege / Mattilsyn
Prøvetaking av vannkilde og syke for å identifisere smittestoff	Mattilsyn / smittevernlege / allmennleger
Diagnostikk og behandling, informasjon til de som er syke for å hindre videre smitte, sykemelde fra i næringsmiddelbedrift eller helsetjeneste til smittefare er over	Allmennleger

5.2.2 Matbåren infeksjon

Dette vil oftest være mage-tarm infeksjoner. Hyppigst antagelig toksinindusert matforgiftning, med bakterietoksiner der mange får en kortvarig sykdom etter fellesmåltider på hotell m.m. Dette er sykdomsutbrudd som sjelden blir diagnostisert og der det oftest er for seint å gjøre noe når utbruddet identifisert, men hygiene ved næringsmiddelbedrifter må følges opp av Mattilsynet når slike utbrudd blir kjent. I MNR har vi i perioder tilfeller av salmonella, men oftest med utenlands smitekilde. Vi har enkelttilfeller av Campylobakterinfeksjoner og Hepatitt A som kan være matbåren. Her er fare for smitte økende med landsomfattende utbrudd i stoffmisbrukermiljø, der fare for matbåren smitte ut av miljøet er stor.

<i>Tiltak:</i>	<i>Ansvarlig</i>
Diagnostikk og behandling, informasjon til de som er syke for å hindre videre smitte, sykemelde fra i næringsmiddelbedrift eller helsetjeneste til sikker symptomfrihet	Allmennleger / sykehus

Kartlegge utbrudd	Mattilsyn smittevernlege, gjensidig varslingsplikt
Informasjon til publikum og evt. skole, barnehager, bedrifter, for å hindre videre smitte og kartlegge antall syke	Smittevernlege
Intervju av syke for å identifisere smittekilde	Mattilsyn
Kontroll av næringsmiddelbedrifter	Mattilsyn
Vaksinasjon ved Hepatitt A utbrudd, (pr mai 1999 anbefalt vaksinasjon av alle som har kontakt med stoffmisbrukermiljø)	Generell informasjon fra smittevernlege, vaksinasjon ved allmennleger

5.2.3 Tuberkulose

Ved utbrudd av tuberkulose vil det være spesialisthelsetjenesten som har ansvar for behandling og kommunehelsetjenesten som har hovedansvar for miljøundersøkelser. Smittevernlege i samarbeid med helsesøster må gjennomføre smitteoppsporing og miljøundersøkelser. Oppfølging av tuberkulose må gjøre i nært samarbeid med tuberkulosekoordinator ved Sykehuset Levanger. (*Jfr. 4.2.2 Tuberkulosekontrollprogram i denne planen*)

5.2.4 Infeksjon med "dråpesmitte"

Dette gjelder de fleste luftveisinfeksjoner, som er blant de vanligste infeksjonssykdommer av relativt uskyldig art, sjeldnere enkeltstående tilfeller av mer alvorlig, men lite smittsom sykdom. Vi har hatt utbrudd av kikhoste for noen år siden, og har årlige influensaepidemier som kan være alvorlig for noen og derfor tilrådes vaksiner i noen grupper som beskrevet før. Det er en reell fare for et mer alvorlig utbrudd av influensasykdom ved endringer i virusegenskaper. Dette vil da sannsynligvis være et utbrudd som dekker større områder, slik at vi vil være forberedt via internasjonal infeksjonsovervåking. Ved et slik utbrudd må vi raskt kunne vaksinere større grupper og ta hånd om flere syke og pleietrengende. I tillegg til helsesøstere og allmennleger, må vi da bruke ressurser i pleie og omsorgstjenesten, med personell, sykehjem og eventuelt hoteller som sykestuer.

5.2.5 Meningokokksykdom

Meningokokksykdom (smittsom hjernehinnebetennelse) er en infeksjon som er alvorlig og opptrer relativt hyppig – oftest blant barn og ungdom. Det er i de aller fleste tilfeller enkeltstående forekomster, og da er det kun antibiotika til nær familie under 15 år, og viss type C, vaksinasjon i nærmiljøet som er aktuelle tiltak. Ved flere enn ett tilfelle i et område, kan det bli aktuelt med mer omfattende tiltak med vaksiner og forebyggende antibiotikabehandling samt restriksjoner på aktiviteter.

5.2.5.1 Varsling

Ved innleggelse av sikker eller mistenkt meningitt/meningokokksykdom skal smittevernlegen og stedfortredende smittevernlege i pasientens bostedskommune varsles straks. Viss det er forsvarlig, kan varsling skje om morgenen neste arbeidsdag. Dersom smittevernlegen eller dennes stedfortreder ikke kan nåes, skal legevakten for MNR varsles. Varsel til legevakten erstatter ikke sykehusets plikt til å varsle smittevernlegen så raskt som mulig.

5.2.5.2 Informasjon

Når et sikkert eller sannsynlig tilfelle av alvorlig meningokokksykdom er påvist, bør man raskt spre informasjon om dette til pasientens nærmiljø (samme husstand, skoleklasse eller barnehage, nære kontakter ellers og nær familie). Informer pasienten eller pårørende på forhånd om dette. I tillegg skal det lokale helsevesenet (leger, legevaktpersonal) varsles. Dette for å være forberedt på henvendelser og for å kunne yte rask bistand ved eventuelt flere mulige tilfeller. Lokal presse eller andre lokale medier bør benyttes for å spre informasjon. Det bør gis saklig informasjon om symptomer (særlig allmenntilstand og petekkier) og nødvendigheten av å overvåke (også om natten) barn, unge og andre i miljøet som har feber. Folkehelseinstituttets brosjyre om meningokokksykdom kan brukes i slikt informasjonsarbeid.

For behandling/smitteoppsporingstiltak viser en til FHI – retningslinjer (2006):

[FHI – meningokokksykdom - tiltak](#)

5.2.6 Infeksjon med "blodsmitte"

I denne grupper er alvorlige sykdommer som Hepatitt B og Hepatitt C og HIV, og i noen grad også Hepatitt A infeksjoner. For tiden er det landsomfattende økning av Hepatitt av ulike blant injiserende stoffmisbrukere. Her vil ofte smitte være begrenset til mindre miljøer, men også helsepersonell er utsatt. En viktig smittekilde er bruk av urene sprøyter..

<i>Tiltak:</i>	<i>Ansvarlig</i>
Diagnostikk og behandling, informasjon til de som er syke for å hindre videre smitte. Tilby vaksine til familie / nære kontakter ved Hepatitt A og B	Allmennleger / sykehus
Kartlegge utbrudd, informere helsepersonell	Smittevernlege
Informasjon til publikum og spesielle målgrupper, for å hindre videre smitte og kartlegge antall syke	Smittevernlege
Gi råd om vaksine til større grupper, informasjon via media og kontakter i utsatt miljøer	Smittevernlege ansvar for informasjon, vaksinasjoner gjøres av allmennleger

5.2.7 Seksuelt overførbar sykdom

Dette er i praksis klamydia er vanlig, gonoré svært sjelden. Klamydia meldes nå kun summarisk via laboratorium, slik at vi ikke får noen lokal oversikt over forekomst. Det viktigste ved klamydiatilfeller er aktiv smitteoppsporing utført av den legen som diagnostiserer sykdom. Informasjons- og smitteoppsporingsarbeidet må intensiveres med hjelp fra smittevernlege og helsesøstere om omfanget av klamydia øker i perioder. (4)

5.2.8 Andre infeksjoner

Andre infeksjoner må vurderes nå det dukker opp i forhold til smittefare og alvorlighet og etter vurdering av faglige retningslinjer og kontakt med faginstanser må tiltak som skissert over vurderes.

5.2.8.1 MRSA (Meticillin Resistente Staphylococcus Aureus)

Insidensen av MRSA i Norge er liten, mindre enn 1 % av gule stafylokokker er MRSA. Det er likevel grunn til å tro at forekomsten øker, også i Norge. Ved en mistanke eller funn av MRSA skal smittevernlegen informeres på vanlig vis. Folkehelseinstituttet har bestemte prosedyrer som skal følges ved eventuelle påvisninger av MRSA.

5.2.8.1.1 Prosedyrer ved funn/mistanke om MRSA

5.2.8.1.1.1 Screening av helsepersonellgrupper

Ved alle ansettelser og andre engasjementer og mulig antibiotikaresistens skal Pleie- og omsorgsleder ha ansvar for at arbeidstakere på sykehjem og i hjemmesykepleien som tidligere har arbeidet i helsevesenet i utlandet (utenfor Norden og Nederland) eller innlagt på helseinstitusjon i utlandet de siste seks måneder, gjennomgår undersøkelse med henhold til antibiotikaresistente bakterier.

5.2.8.1.1.2 Prøvetaking av personale

- Prøven skal tas med en steril vattpensel fuktet i fys. saltvann/sterilt vann.
- Det skal tas prøver av personale i nesebor og defekt hud (sår, eksem, puss, etc.)
- Prøve fra perineum dersom positiv prøve i nese eller hud.
- To prøvesett med 1-2 timers mellomrom.
- Prøvesvar fra utlandet godtas ikke unntatt der detaljer er kjent og funnet i orden.

Helsepersonell som får påvist MRSA, skal ikke utføre arbeid i helsevesenet i seks måneder som kan medføre smittefare. Dette vil i de fleste tilfeller bety å ikke ha pasientkontakt. Alle pasienter og personale som vedkommende har vært i direkte kontakt med skal undersøkes. Helsepersonell skal behandles med de antibakterielle midler som til enhver tid gjelder.

5.2.8.1.1.3 Prøvetaking av pasient

- Prøven skal tas med steril vattpensel fuktet i fysiologisk saltvann eller sterilt vann.
- Nesebor, perineum, defekt hud, innstikksteder for dren, kateter, trakeostoma etc.
- To prøvesett med 1-2 timers mellomrom

5.2.8.1.1.4 Tiltak

- Skal helst isoleres i enerom, med forgang, toalett og dekontaminator, evt. en hel avdeling skal isoleres.
- Rombundet utstyr.
- Personalbekledning i isolat skal bestå av kirurgisk munnbind, smittefrakk og hansker mens behandlingen foregår.

5.2.8.1.1.5 Behandling og sanering

- Lokalbehandling hvis mulig, evt. systemisk behandling i følge resistensbestemmelse. (Dalacin 300 mg x 3 i fem dager)
- Mupirocin (Bactroban nasal®) nesosalve x 2 i fem dager.
- Klorhexidin (Hibiscrub®) vask av kroppen x 1 i fem dager.
- Daglig skifte av klær og sengetøy i fem dager.

5.2.8.1.1.6 Oppfølging etter sanering

- Tre dager etter avsluttet sanering tas tre sett med prøver med 1-2 dagers mellomrom.
- Opphev isolering hvis disse er negative.

Kontroll etter 3 og 6 måneder, to prøvesett.

6 Vedlegg

6.1 Melderutiner for smittsom sykdom (se også tidligere)

Her følger oversikt over melderutiner for sykdommer i gruppe A, B og C. For gruppe D er det kun laboratorier som skal melde klamydia.

Enhver lege som oppdager eller får mistanke om smittsom sykdom i gruppe A eller B, skal uten hensyn til taushetsplikt skriftlig melde opplysninger som nevnt i § 1-7 jf. § 2-2 til Nasjonalt folkehelseinstitutt og til kommunelegen i den kommunen der den smittede bor. Dersom den smittede oppholder seg i en annen kommune enn der vedkommende bor, skal det også gis melding til kommunelegen i den kommunen der den smittede oppholder seg. For tuberkulose skal meldingen i tillegg sendes tuberkulosekoordinator. Meldingen skal sendes samme dag som sykdommen er oppdaget eller mistenkt. Kopi av meldingen skal oppbevares i pasientens journal.

Leger som er utpekt av Nasjonalt folkehelseinstitutt, og som oppdager smittsom sykdom i gruppe C, skal uten hensyn til taushetsplikt skriftlig melde opplysninger som nevnt i § 1-8 til Nasjonalt folkehelseinstitutt. Samlemelding skal sendes for tidsperioder definert av Nasjonalt folkehelseinstitutt

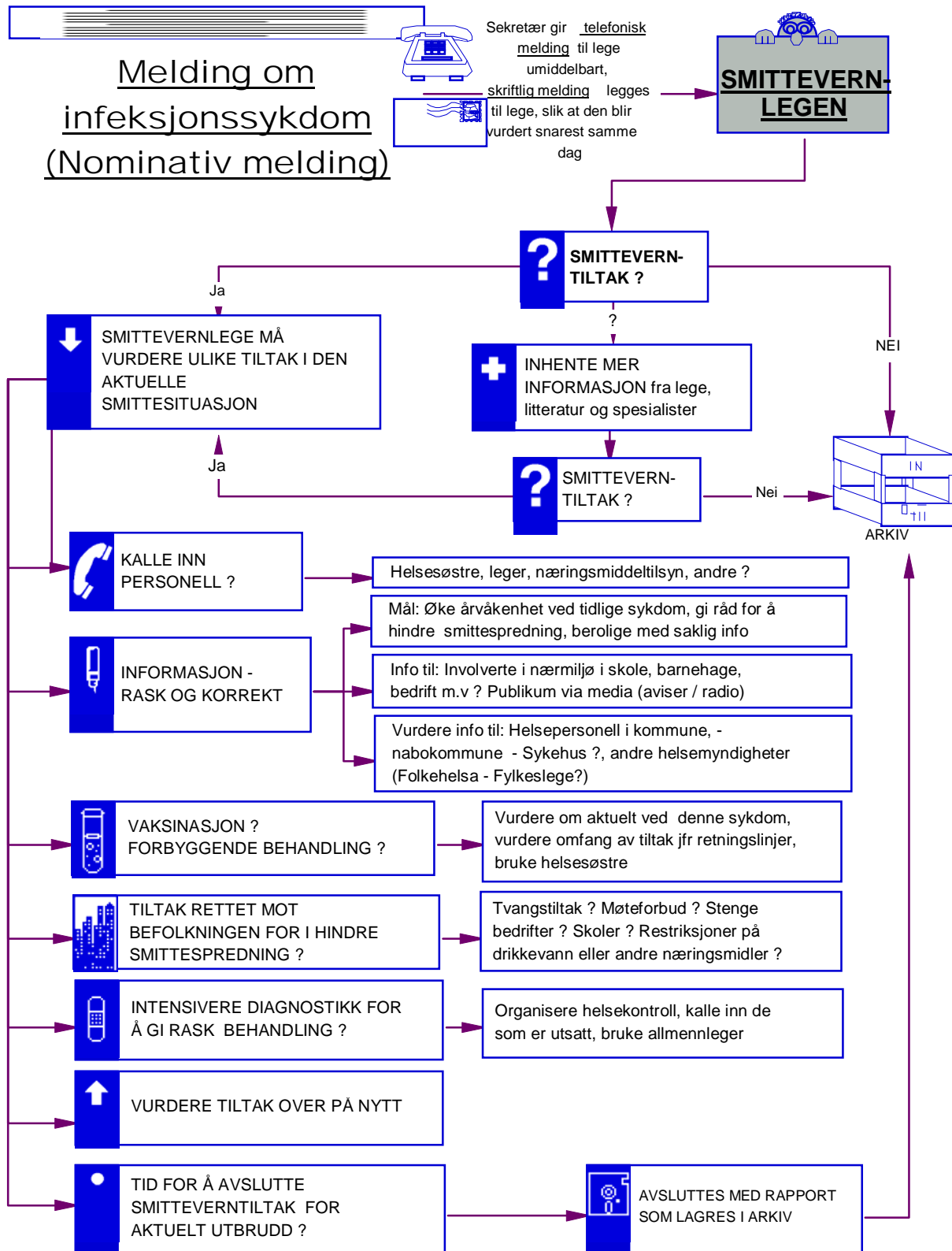
Liste over allmennfarlig smittsomme sykdommer, jfr forskriften:

Botulisme	Pest
Chlamydiainfeksjon, genital	Poliomyelitt
Difteri	Rabies
Flekktyfus	Shigellose
Gonoreé	Syfilis
Gulfeber	Tilbakefallsfeber
Hemoragisk feber	Tuberkulose
Hepatitt A virusinfeksjon	Tyfoidfieber
Hepatitt B virusinfeksjon	Sykdom forårsaket av meticillinresistente gule stafylokokker
Hepatitt C virusinfeksjon	Sykdom forårsaket av multiresistente pneumokokker
Hepatitt D virusinfeksjon	Sykdom forårsaket av vancomycinresistente enterokokker
Hepatitt E virusinfeksjon	Sykdom forårsaket av enteropatogen E. coli (enterohemoragisk E. coli/ EHEC, enteroinvasiv E. coli/ EIEC, enteropato- gen E. coli/ EPEC, enterotoksigen E. coli/ ETEC ent- eroaggregativ E. coli/ EAaggEC)
Hivinfeksjon	
Kikhoste	
Kolera	
Legionellose	
Lepra	
Meningokokksykdom	
Miltbrann	
Paratyfoidfieber	

Gruppe B-sykdommer:

Aids	Meticillin-resistente gule stafylokokker, infeksjon
Atypiske mykobakterier, inf.	Nephropathia epidemica
Brucellose	Paratyfoidfeber
Campylobacteriose	Pneumokokker med nedsatt følsomhet for penicillin.
Encefalitt	Pneumokokksykdom, systemisk
Entamøbiasis	Røde hunder
Enteropatogen E. coli-enteritt	Salmonellose, annen
Giardiasis	Shigellose
Haemophilus influenzae-sykd.	Streptokokksykdom, gr. A, systemisk
Hepatitt A-E virus-infeksjon	Streptokokksykdom, gr. B, systemisk
Hepatitt non A-E virus-infeksj.	Tetanus
HTLV I og II - infeksjon	Trikinose
Kikhoste	Tuberkulose (i lungene)
Kusma	Tuberkulose (i andre organer)
Legionellose	Tularemi
Lepra	Tyfoidfeber
Listeriose	Yersiniose
Lyme borreliose	Alvorlig følgetilstand, evt. død, pga. smittsom sykdom
Malaria	Vaksinasjonskomplikasjon
Meningitt	
Meningokokksykdom, syst.	
Meslinger	

6.2 Huskeliste for smittevernlegen



6.3 Bruk av vaksine og immunoglobulin ved sårskader

Når boosterdose tetanusvaksine er indisert pga. sårskade, anbefales det som rutine å gi difteri-tetanus-vaksine (DT) slik at personen samtidig blir immunisert mot difteri. Personer som er ubeskyttet mot tetanus er nesten alltid også ubeskyttet mot difteri.

Personer som ikke kan dokumentere tidligere vaksinasjon eller som ikke overveiende sannsynlig er vaksinert i norsk program, bør imidlertid tilbys basisvaksinasjon med ren tetanusvaksine.

Vaksinasjonen bør ellers følge tabellen nedenfor.

Det er avgjørende om såret oppfattes som rent eller forurenset. **Rent sår** er sår som ikke er synlig forurenset eller er rensset og revidert innen seks timer etter at skaden inntraff.

Forurenset og dødt vev er fjernet.

Urent sår er et synlig forurenset sår eller et sår med dødt vev, som ikke er revidert i løpet av de første seks timene etter at skaden inntraff. I tvilstilfelle, for eksempel ved dyp stikkskade eller skade i sterkt forurenset miljø, bør såret vurderes som urent.

Vaksinasjonsstatus	Tid siden siste vaksinedose	Immunisering
Rent sår		
Basisvaksinert (3 eller 4 doser med korrekt intervall)	< 10 år	Ingen
	> 10 år	Vaksine, én dose
Delvis basisvaksinert (2 doser med korrekt intervall)	< 12 mnd	Ingen
	> 12 mnd	Vaksine, én dose
Fått én vaksinedose	–	Vaksine, 2 doser med minst 6 md intervall
Ikke vaksinert eller ukjent vaksinasjonsstatus	–	Full basisvaksinering
Urent sår		
Basisvaksinert (3 eller 4 doser med korrekt intervall)	< 5 år	Ingen
	> 5 år	Vaksine, én dose
Delvis basisvaksinert (2 doser med korrekt intervall)	< 12 mnd	Ingen
	< 5 år	Vaksine, én dose
	> 5 år	HTIg + vaksine, én dose
Fått én vaksinedose	–	HTIg + vaksine, 2 doser med minst 6 md intervall
Ikke vaksinert eller ukjent vaksinasjonsstatus	–	HTIg + full basisvaksinering

HTIg = humant tetanus immunoglobulin

Tabell 1. Anbefalt tetanusimmunisering ved sårskader

Barn som er i gang med spedbarnsvaksinasjonsprogrammet, bør ved sårskade fortrinnsvis få DTP-vaksine slik at dosen kan inngå i barnets vaksinasjonsprogram. De to første dosene gir beskyttelse i ca. ett år. Til større barn og voksne som er basisvaksinert brukes DT-vaksine hvis ikke difterikomponenten er kontraindisert.

6.4 Skjema for tuberkulosekontroll

Gjelder for følgende befolkningsgrupper fra endemiske strøk:

- ASYLSØKERE
- KVOTEFLYKTNINGER
- FAMILIEGJENFORENTE
- TILFLYTTETE OG INNGIFTEDE UTLENDINGER

NAVN..... FØDT.....

ADRESSE.....

STED/DATO ANKOMST NORGE.....

TUBERKULOSEKONTROLL:

Mantoux:	.....	satt (dato)
	.....	avlest (dato)
	.....	resultat
	.....	dato ny prøve
Rtg – thorax	.....	dato
	.....	resultat (pos/neg)
BCG – arr	.....	ja/nei

OPPFØLGING

Henvist til:

Dato

DATO EPIKRISER MOTTATT:

Funn/kommentarer:

Underskrift/dato:

6.5 Forholdsregler ved mistenkelige brev og pakker

Her beskrives kronologisk de ulike trinnene som skal gås gjennom når man oppdager mistenkelige brev og pakker. For å få en rask avklaring av situasjonen er det viktig at alle impliserte parter gjennomfører sine oppgaver uten unødvendig opphold.

Det er vanskelig å gi noen generelle råd av hva som skal oppfattes som et mistenkelig brev eller pakke. Politiet kan bistå i denne vurderingen. Kontakt avsender dersom denne er kjent. Kommunehelsetjenesten og eventuelt Statens institutt for folkehelse kan rådspørres og vil kunne bistå i risikovurderingen om et eventuelt biologisk agens kan ha blitt spredt.

1. Ikke rist eller åpne mistenkelige brev eller pakker. Putt dem i en tett plastpose som så legges i en ny plastpose (dobbeltemballering), eller dekk over med plast eller papir
2. Dersom mistenkelig pulver har rent ut av brev eller pakker, la pulveret ligge. Hvis det er praktisk, dekk over pulveret med papir eller liknende som senere kan gjennomfuktes ved rengjøring. Unngå å virvle opp pulveret.
3. Steng ventilasjon, vifter og maskiner som kan virvle opp pulver og støv. Lukk vinduer
4. Klær som er blitt synlig tilsølt av pulver tas av inne i rommet og legges på gulvet eller i en pose
5. Alle går ut av rommet eller bort fra aktuelle område hvis rommet er stort, lukk døra. Rommet eller området holdes avstengt. Vask hendene med såpe og vann
6. Tilkall politiet
7. Lag en liste over alle personer som var i rommet eller det aktuelle området og beskriv hvor de oppholdt seg. Hvis det er snakk om svært store rom med mange personer og listen ikke omfatter alle som var i rommet, ha mulighet til i ettertid å skaffe oversikt over andre som oppholdt seg i rommet, men utenfor det aktuelle området
8. Man må så definere **eksponert område**, og **eksponerte personer**, se nedenfor. For **Håndtering av eksponerte personer**, se nedenfor
9. Politiet har ansvar for å beskytte personer og eiendom. Det gjør nødvendige undersøkelser, vurderer risiko og sikrer mistenkt materiale. Rask forsendelse av mistenkt materiale for videre mikrobiologisk undersøkelse er viktig for å avklare situasjonen, berolige eksponerte og korte ned eventuell driftsstans.
For **Påkledning i eksponert område** – som også gjelder polititjenestemenn – se nedenfor
10. Som hovedregel skal eksponert område holdes avstengt inntil mikrobiologiske undersøkelser eventuelt avkrefter mistanke om smittestoff
11. Dersom bedriften eller eier av lokalene ønsker å ta rommet eller eksponert område i bruk før svar på mikrobiologiske undersøkelser er klare, rengjøres eksponert område som beskrevet nedenfor. Legg merke til begrensningene i muligheten til å kunne gjennomføre tilstrekkelig rengjøring. Samme prosedyrer gjelder dersom det viser seg at en prøve er positiv

6.6 Henvisninger / Litteraturliste

1. Smittevernloven - en veileder, Helsetilsynet, IK-8/95
2. Smittevernhåndbok for kommunehelsetjenesten 1999-2000, Folkehelse
3. Bjartveit k, red. Kontroll av tuberkulose, Statens helseundersøkelser / Helsetilsynet IK-2551

4. Aavitsland P, red. Metodebok 1997-1998, Oslo: Klinikk for seksuell opplysning
5. Veiledning om vaksinasjon 1998, Oslo. Statens institutt for folkehelse
6. Benenson AS, red. Control of communicable disease manual, Washington: American Public Health Assosiation, 1995
7. Granum PE, red. Smittsomme sykdommer fra mat. Oslo : Høyskoleforlaget, 1996

Nyttige internettadresser:

- Statens Helsetilsyn:
<http://www.helsetilsynet.no>
- Folkehelsa:
<http://www.folkehelsa.no>
- MSIS fra folkehelsa:
<http://www.doktoronline.no/medweb/artikler/msishovedside.html>

6.7 Adresse- og telefonliste

6.7.1 Fellesliste:

<i>Instans / navn</i>	<i>Telefon</i>	<i>Telefaks</i>	<i>Merknader</i>
Mattilsynet Namdal	74226120		
Sykehuset Namsos	74215400		
Sykehuset Levanger	74098000		Tuberkulosekoordinator
Smittevernlege, Nord Trøndelag	74215400		Infeksjonsmedisiner på Sykehuset Namsos
Folkehelsa	22042200		Seksjon for forebyggende infeksjonsmedisin: 22042643
Statens helseundersøkelser	22207655	22201673	
Fylkeslege i Hordaland	55237450	55237460	
Statens helsetilsyn	22248888		http://www.helsetilsynet.no
MEDIA:			
Namdalsavisa	74212100		
Trønder – Avisa	07412	74121210	
NRK Nord Trøndelag	74134200		

6.7.2 [Overhalla kommune](#)

<i>Instans / navn</i>	<i>Telefon</i>	<i>Telefaks</i>	<i>Merknader</i>
Smittevernlege Per W. Tvette	74280300	74280301	Privat 74281468 / 90551394
Stedfortreder Realf O. Helgesen	74280300	74280301	Privat 74321336
Overhalla legesenter	74280300	74280301	
Overhalla helsestasjon	74280222		
Legevaktsentralen, Overhalla	74281300		

6.7.3 [Namsos kommune](#)

<i>Instans / navn</i>	<i>Telefon</i>	<i>Telefaks</i>	<i>Merknader</i>
Smittevernlege Per W. Tvette	74280300	74280301	Privat 74281468 / 90551394
Stedfortreder Michaela Lahner	74218080		
Helse/sosialsjef Morten Sommer	74217100		
Namsos legesenter	74272700		
Bakklandet legekantor	74273000		
Bråholmen BHT	74273630		
Robrygga legekantor	74226520		
Helsestasjonen	74217180	74272811	
Teknisk avd.	74217270		
Legevaktsentralen – Namsos	74272500		

6.7.4 [Fosnes kommune](#)

<i>Instans / navn</i>	<i>Telefon</i>	<i>Telefaks</i>	<i>Merknader</i>
Smittevernlege Per W. Tvette	74280300	74280301	Privat 74281468 / 90551394
Stedfortreder			
Helsesøster Unni T. Vannebo	74286505	74286501	Mob 91334622
Helse/sosialsjef K. Ø. Bakke	74286450	74286401	Mob 95876598
Fosnes kommune	74286400		

6.7.5 [Namdalseid kommune](#)

<i>Instans / navn</i>	<i>Telefon</i>	<i>Telefaks</i>	<i>Merknader</i>
Smittevernlege Per W. Tvette	74280300	74280301	Privat 74281468 / 90551394
Stedfortreder Friedrich Hartmann	74227270		
Enhetsleder Helse/sosial Solfrid Skevik	74227225		
Namdalseid helsestasjon	74227274		
Legevaktsentralen, Namdalseid	74278300		

6.7.6 [Flatanger kommune](#)

<i>Instans / navn</i>	<i>Telefon</i>	<i>Telefaks</i>	<i>Merknader</i>
Smittevernlege Per W. Tvette	74280300	74280301	Privat 74281468 / 90551394
Stedfortreder Lena Canborn			
Helse/omsorgssjef Liv Brønstad	74221130		
Flatanger helsestasjon	74221133		
Legevaktsentralen, Flatanger	74278300		

7 Etterord

En håper at denne planen skal være til stor nytte og glede for alle som er nevnt ved navn og funksjon, med det overordnede mål at innbyggere i kommunene i Midtre Namdal Region skal skjermes for infeksjonssykdommer så langt det står i vår makt å påvirke dette.

Vår målsetting er å holde denne planen vedlike når behovet melder seg. Kommentarer, korreksjoner og forslag til forbedringer er velkomne. Dette kan sendes til:

Kommuneoverlegen i Midtre Namdal Region
 Overhalla helsesenter
 7863 OVERHALLA
per.tvete@midtre-namdal.no

Namsos, april 2008
 Per W. Tvette, Kommuneoverlege / ”Smittevernlege”

7.1 Fordelingsliste:

Følgende personer / instanser skal ha en kopi av planen nå og ved oppdateringer:

- Smittevernlege
- Stedfortredende smittevernlege
- Alle legekantor i kommunen
- Helsestasjonen
- Pleie og omsorgsleder
- Leder ved alle alders og sykehjem
- Avdelingsledere i pleie og omsorgstjenesten
- Teknisk sektor
- Mattilsynet, avd. Namdal
- Bråholmen HMS - senter
- Overhalla HMS-senter
- Sykehuset Namsos

Med kopi til Helsetilsynet i Nord Trøndelag