

Smittevernplan for Tranøy



**”Pesta farer landet rundt”
Theodor Kittelsen 1904**

Godkjent av kommunestyret 27.10.2009.

Sist oppdatert: Mai 2009.
Neste oppdatering:

Av: Aslak Hovda Lien
Ansvarlig: Aslak Hovda Lien

Innholdsfortegnelse:

1. Forankring	3
Målsetting:.....	3
Lovgrunnlag:	3
Plikter og ansvar:.....	3
Sammenheng med andre kommunale planer:	4
Revisjonsrutiner:	4
2. Lokale forhold	5
Demografi:	5
Geografi:.....	5
Lokale ressurser:	5
Eksterne ressurser:.....	5
Risiko og sårbarhetsanalyser/utfordringer:	6
3.Smittevern i normalsituasjonen	8
Ansvar og myndighet:	8
Helseopplysning:	8
Helsestasjon og vaksinasjon:.....	8
Sykehjem og hjemmebasert omsorg:	9
Tuberkulosekontrollprogram:.....	10
Melding og varsling:	11
Resistensproblematikk:	11
Miljørettet helsevern:	12
4. Smittevern i beredskapssituasjoner	13
Definisjon:	13
Ansvar og myndighet:	13
Melding og varsling:	14
Tvangsvedtak:	15
Aksjonsplan:.....	16
Pandemiplan:	16
5. Distribusjonsliste	20
6. Vedlegg	20
Vedlegg 1,lokale ressurser	20
Vedlegg 2, eksterne ressurser	20
Vedlegg 3, meldepliktige sykdommer:	21
Vedlegg 4, samarbeidsavtale kommune/mattilsyn:.....	23
Vedlegg 5, prioriteringsliste for vaksinerings mot pandemiske influensa og plan for massevaksinerings	30

1. Forankring

Målsetting:

Smittevernplanen er et hjelpemiddel for å verne befolkningen mot smittestoffer (deler av eller hele mikroorganismer som for eksempel bakterier, parasitter og virus) og konsekvensene disse kan medføre. Det gjøres ved å forebygge smitte og ved å ha en fornuftig plan med skadebegrensende tiltak når smitteutbrudd oppstår.

Planen skal derfor skissere hvordan en forebygger og håndterer utbrudd av smitte når dette oppstår, både i daglig drift og ved større utbrudd av smittsom sykdom.

Smittevernplanen er ikke ment som et utfyllende oppslagsverk, men skal omhandle generelle prinsipper og i tillegg enkelte særlige områder der dette er pålagt.

Tuberkulosekontrollprogram er et eksempel på sistnevnte. Ved de aller fleste smitteutbrudd enten det er enkeltpasienter eller grupper, må aktuell kunnskap om den spesifikke tilstand innhentes fra gang til gang, men prinsippene som beskrives i smittevernplanen har til hensikt å gi en struktur som sikrer en forsvarlig håndtering av smitteutbrudd.

Lovgrunnlag:

Smittevernplan pålegges kommunen gjennom Lov nr. 55 om vern mot smittsomme sykdommer av 05.08.94 og tilhørende forskrifter. Særlig nevnes Forskrift om tuberkulosekontroll av 21.06.02, Forskrift om allmennfarlige smittsomme sykdommer av 01.01.95 og Forskrift om smittevern i helsetjenesten av 17.06.05. Lov nr.124 om matproduksjon og mattrygghet av 19.12. 2003 med tilhørende Forskrift om drikkevann er også sentral i forhold til smittevern.

Gjeldende lover og forskrifter vedlegges ikke, men forutsettes tilgjengelig gjennom kommunen som arbeidsgiver eller direkte via <http://lovdata.no>.

Plikter og ansvar:

Politisk ledelse i kommunen har det overordna ansvaret for smittevernet i henhold til § 7-1 i Smittevernloven.

Smittevernlegen skal etter § 7-2 i overnevnte lov:

- Utarbeide smittevernplan og revidere denne
- Organisere smittevernarbeid rettet mot grupper av befolkningen

- Holde oversikt over smittsomme sykdommer i befolkningen
- Foreslå forebyggende tiltak
- Bistå kommunen, helsepersonell og andre i kommunen som har i oppgave å arbeide med vern om smittsomme sykdommer
- Gi informasjon, opplysninger og råd til befolkningen om vern mot smittsomme sykdommer

Sammenheng med andre kommunale planer:

Smittevernplanen er en underordnet del av kommunens overordna kriseberedskapsplan. I smittevernmessige beredskapssituasjoner skal smittevernlegen gjennom ordfører eller rådmann aktivisere kommunens kriseteam slik skissert i overordna plan.

Infeksjonskontrollprogrammene på sykehjem er en viktig del av smittevernarbeidet i kommunen og regnes som en underplan til smittevernplanen.

Ved smittevern i en beredskapssituasjon vil kommunens plan for helsemessig og sosial beredskap skissere omdisponering av personell og bygningsmasse for å møte behovene ved for eksempel en influensapandemi.

Revisjonsrutiner:

Smittevernplanen skal revideres hvert 2.år, samt underveis hvis det er vesentlige momenter som bør endres enten grunnet hendelser, eksterne krav (for eksempel endret pandemistatus) eller åpenbare mangler. Smittevernlegen har ansvar for revisjon, kommunestyret godkjenner planen.

Planen bør i tillegg til å være tilgjengelig på kommunens hjemmeside være tilgjengelig i papirversjon hos administrasjon, smittevernlege og i kurativ utøvende virksomhet som helsesøster- og legetjeneste.

2. Lokale forhold

Demografi:

Pr. 1/1-09: Totalt innbyggertall 1537

År	0-5	6-15	16-19	20-39	40-54	55-66	67-79	80-89	90---
Kvinner	36	91	41	132	128	155	102	67	18
Menn	48	93	44	149	153	144	99	36	1
Totalt	84	184	85	281	281	299	201	103	19

Geografi:

Tranøy kommune ligger på sørøstlige del av Senja, og omfatter et landareal på ca. 550m². Næringslivet omfatter jordbruk og fiske/fiskeoppdrett, og ellers en stor del offentlige og privat tjenesteyting, transport, småindustri og anlegg med mv. Av større bedrifter nevnes Senja Sjøfarm, Senja Rutebil AS, Solli Trevarefabrikk AS og Nicopan AS.

Bosettingen bærer preg av at Tranøy kommune har vært et samfunn der primærnæringene og kombinasjonsdrift har vært enerådende, og behovet for nærhet til naturressursene har gitt kommunen ei spredt bosetting med mange mindre bygder langs kystlinja og innlandet. Folketallet har vise en synkende tendens de senere år. Endringene i folketallet er noe ulikt mellom sør- og nordkommunen, noe som til dels kan forklares med at nordkommunen ligger innenfor dagpendlingsområdet til regionsenteret og byen Finnsnes.

Kommunens sentraladministrasjon ligger i Vangsvik, mens det meste av kommunens pleie- og omsorgsadministrasjon er på Helsesenteret på Stonglandet. På Stonglandseidet ligger kommunens sykehjem, helsesøstertjenester, fysioterapi, legekantor med interkommunalt vaksamarbeid, NAV-kontor, barnevernstjeneste og hjemmetjeneste. Vi har delt hjemmetjeneste med base både i sør og nord.

Fra høsten 2009 vil kommunens kurative legetjenester dekkes av Lenvik kommune, gjennom etablering av et eget Senjalegekantor på Silsand som i tillegg til konsultasjoner på hovedkontoret vil ha utekontor på Stonglandseidet (lege og turnus 2 dager pr.uke). Interkommunal legevakt utenfor kontortid hele uka. Legevakta er lokalisert på Finnsnes.

Lokale ressurser:

Se vedlegg nr.1, side 19.

Eksterne ressurser:

Se vedlegg nr.2, side 20.

Risiko og sårbarhetsanalyser/utfordringer:

Gjennom nasjonalt vaksinasjonsprogram og den store oppslutningen om programmet er barn og unge godt beskyttet mot de agens som inngår. Det gjelder dette også de ikke-vaksinerte, grunnet såkalt gruppeeffekt. Den gjennomgående gode folkehelse gjør at dødeligheten er lav ved smittsomme sykdommer generelt, sett i forhold til store deler av verdensbefolkningen.

Likevel vet en at det er de yngste og de eldste som er mest sårbare for infeksjonssykdom både i forhold til mottakelighet og dødelighet.

For barn og unge er det viktig med en god medisinsk beredskap som klarer å fange opp og starte behandling av de alvorlige tilfellene, samtidig som man på den andre siden bør unngå unødvendig antibiotikabehandling og sekundær resistensproblematikk. For å sikre denne gruppen et godt smittevern er helsesøstertjenesten og fastlegene de viktigste aktørene.

Tiltross for et velfungerende helsevesen og god folkehelse må en likevel regne med at det vil oppstå alvorlige og fatale tilfeller av smittsom sykdommer i befolkningen. Dette stiller store krav til en ryddig, åpen og forsvarlig håndtering av kommunen, ikke minst i forhold til informasjon og råd til befolkningen ved for eksempel meningokokksykdom.

Andelen av eldre i befolkningen vil øke kraftig i årene framover og en vil få økende press på hjemmebasert omsorg og sykehjemstilbud. Flere eldre med sammensatte lidelser vil utgjøre en smittevernmessig utfordring. Gode rutiner for hygiene i hjemmetjeneste og på sykehjem vil være enkle og sentrale tiltak i dette arbeidet. Smitteutbrudd for eksempel av norovirus i sykehjem vil kunne ha store konsekvenser og kommunen bør sørge for rutiner for å redusere sannsynligheten for utbrudd og tiltak for å begrense konsekvensene når utbruddet er et faktum. Her vil infeksjonskontrollprogrammene på sykehjem være et sentralt redskap.

Aktivering av tidligere tuberkuløs sykdom hos eldre står for 50 % av registrerte tuberkulosestilfellene i året i Norge. Slik aktivering med mulighet for smitte for eksempel på sykehjem vil kunne ha alvorlige konsekvenser, selv om sannsynligheten ikke er svært stor i hver enkelt kommune. Eget tuberkuloseprogram er derfor beskrevet.

Økt kontakt med resten av verden gjennom endrede reisevaner og innvandring representerer en smittevernmessig utfordring. Gjennom å sikre et oppegående reisevaksinasjonsprogram kan en beskytte befolkningen mot enkelte former for smitte. Senjahesten Asylmottak i Skrolsvik medfører at kommunen må ivareta smittevernoppsporing og behandling hos asylsøkere fra områder med et annet sykdomspanorama enn vårt. Det er nødvendig å sikre at asylsøkere tilbys en forsvarlig helsekontroll for å avdekke smitte, iverksette behandling og hindre spredning av eventuelt smitte, for eksempel tuberkulose. Se for øvrig eget punkt om tuberkulosekontrollprogram.

Nye internasjonale viruspandemier dukker opp med ujevne mellomrom, historisk med 10 til 40 års mellomrom. God generell helsetilstand, godt utbygde helsetjenester og en stabil infrastruktur gjør at Norge har bedre forutsetninger enn mange andre land for å håndtere pandemier. Før dagens pågående H1N1-pandemi (svineinfluensa) som oppsto i Mexico i 2009, var de 2 foregående i 1968-69 og 1977-78.

I 1918 spredte Spanskesyken seg til hele landet på 2-3 uker. Med dagens kommunikasjon innlands og utlands, vil Norge åpenbart også rammes av nye globale pandemier. Ved Hong-Kongsyken i 1968 var Tromsø den første byen i Norge som ble rammet, deretter Harstad. I de verst scenarioene ser en i Norge for seg 1,2 million syke ila 6 mnd og 5000-13000 døde, mens den mest sannsynlige kalkylen gir 700 000 syke ila 6 mnd og 700-3000 døde. På det meste vil henholdsvis 4-5 % og 8 % av befolkningen være syke samtidig. Konsekvensene vil kunne bli store også for Norge og pandemiberedskap er derfor nødvendig. Se egen pandemiberedskapsplan.

Import av sykdommer via utenlandsreiser er sannsynlig, det være seg HIV, syfilis, febersykdommer, hepatitt og lignende. Her vil det oftest dreie seg om enkeltpasienter som diagnostiseres av fastlege. Her vil en gjennom et samarbeid med fastlege, spesialist og smittevernlege sikrer så vel smittevern som adekvat behandling. Varslingsrutiner ved slik sykdom beskrives senere.

3.Smittevern i normalsituasjonen

Ansvar og myndighet:

Smittevernsansvaret i daglig pasientkontakt ligger hos det enkelte helsepersonell. Det være seg fastlege, helsesøster, sykehjemsansatte osv. Ved påvisning av smittsom sykdom har fastlege og tilsynslege ansvar for å gi pasienten adekvat informasjon og behandling. Smittevernlege kan kontaktes ved behov for råd og veiledning.

For spesielt smittsomme sykdommer er det etablert meldings- og varslingsrutiner fra utøvende helsepersonell til smittevernlege og Folkehelseinstituttet for at disse skal kunne overvåke smittesituasjonen, tilse at pålagt behandling iverksettes og hindre større smitteutbrudd.

Smittevernlege og kommune er pålagt en overordnet funksjon ved å holde oversikt over smittesituasjonen og gjennom sitt arbeid hindre at befolkningen utsettes for smitte og således redusere sannsynligheten for utbrudd av smittsom sykdom.

Gjennom meldingssystemet sikrer en at smittevernlege har oversikt over smittestatus i kommunen og kan gjøre nødvendige grep ut fra dette. Smittevernlegen skal bistå og hjelpe øvrige deler av kommunens helsetjeneste i arbeidet mot smittsomme sykdommer når dette er nødvendig.

Legene er tilpliktet å melde til fra til smittevernlege dersom de ikke har forutsetning for å undersøke smittede personer, eller utføre smitteoppsporing.

De som oppholder seg i kommunen har rett til nødvendig smittevernhjelp og ved allmennfarlig sykdom rett til gratis helsehjelp.

Helseopplysning:

I sitt daglige arbeid tilplikter fastlege, hjemmetjeneste, sykehjemsansatte og helsesøster å informere pasientene om nødvendige tiltak for å unngå smittsomme sykdommer. Ved påvist smittsom sykdom skal det informeres om tiltak for å hindre videre smitte, samt identifisering av smittekilde når dette er relevant.

Smittevernlegen har et selvstendig ansvar for å drive helseopplysning ovenfor befolkningen. Både i forhold til hvordan de skal håndtere infeksjonssykdommer, tegn på alvorlige sykdommer og for å forebygge unødig uro ved spesielle hendelser.

Helsestasjon og vaksinasjon:

Helsestasjon har ansvar for pålagte undersøkelser av barn og gjennomføring av barnevaksinasjonsprogrammet. Herunder gis også generell informasjon knyttet til infeksjonssykdommer og tiltak for å forhindre og ved utbrudd ivareta barn.

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	DT, poliomyelitt (BCG utgår fra 2009)
0-18 år	Hepatitt B (til barn av foreldre fra land utenfor lavendemisk område)

Helsestasjon har også i samarbeid med fastlege ansvar for reisevaksinering i henhold til vaksinasjonsguiden. Helsestasjon og fastleger har selv ansvar for å holde seg oppdatert på gjeldende WHO-anbefalinger. Denne finnes mellom annet på Folkehelseinstituttets hjemmesider:

http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainArea_5661&MainArea_5661=5631:0:15,2386:1:0:0:::0:0.

Vaksinasjon mot hepatitt B av særlig utsatte grupper gis etter gjeldende retningslinjer.

Influensavaksine skal tilbys til alle i definerte risikogrupper (over 65 år, sykehjemsbeboere, pasienter med kronisk hjerte og lungesykdom, diabetikere). Dette tilbudet organiseres også gjennom helsesøster og legekantor, i samarbeid med smittevernlege. Det er et mål at langt flere i risikogrupperne skal la seg vaksinere og dette vil være en prioritert oppgaver. Pneumokokkvaksine skal tilbys til samme grupper, samt til immunsvekkende og personer som har fjernet milten, hvert 10.år.

Sykehjem og hjemmebasert omsorg:

Sykehjemmene og spesielt leder på sykehjemmet er pålagt å ha et infeksjonskontrollprogram og det er naturlig at smittevernlege følger dette opp. Samme kontrollprogram kan gjerne implementeres i hjemmetjenesten selv om dette ikke er pålagt. Da vil rutiner for årlig influensavaksine, tiltak for å redusere smittefare samt tiltak ved utbrudd bli skriftliggjort og revisjon av daglige driftsrutiner vil bli lettere.

Tuberkulosekontrollprogram:

Kommunen ved smittevernlege har ansvar for å ha et tuberkulosekontrollprogram og skal i samarbeid med helsesøstertjeneste, hjemmetjeneste og regional tuberkulosekontakt sikre at personer med høy risiko for eller symptomer på tuberkulose får rask og adekvat behandling. Det vises til forskrift om tuberkulosekontroll og Smittevern 9.

Regional tuberkulosekontakt er Tone Ovesen, Universitetssykehuset Nord Norge HF, tlf: 77 66 94 80

tone.ovesen@unn.no

Mulige smittede identifiseres gjennom:

- Lovpålagt røntgenundersøkelse av lungene ved arbeidsinnvandring og studenter fra land med høy forekomst av tuberkulose. Informasjon om tilstedeværelse av slike personer kommer via politiet i forbindelse med innvilgelse av opphold i Norge.
- For asylsøkere og flyktninger skal det både gjøres hudtesting (mantoux) innen 14 dager etter ankomst samt røntgen av lungene for de over 15 år, videre vaksinerings av uvaksinerte med negativ mantoux.
- Lungerøntgen og hudtesting i forbindelse med oppstart eller gjeninntredelse i stilling i helse- og sosialtjeneste, lærerstilling eller annen jobb med barn for ansatte som har oppholdt seg mer enn 3 måneder i land med høy forekomst av TBC. Røntgen for å avdekke smittsom tuberkulose skal være gjort før jobboppstart, mens hudtesting med tanke på latent infeksjon kan gjøres etter oppstart.
- Testing av pasienter med kliniske mistanke om tuberkulose enten på bakgrunn av symptomer eller smittekontakt.

Overnevnte 3 grupper er forpliktet gjennom lov til å gjennomgå undersøkelser, jmfør forskrift om tuberkulosekontroll.

Ved mistanke om tuberkulose henvises pasienten så til spesialisthelsetjenesten for videre utredning og eventuelt oppstart av behandling. Hastegrad avhenger av sannsynlighet for sykdom og smittefare, ved høy mistanke om lungetuberkulose skal utredning skje umiddelbart.

Spesialisthelsetjenesten skal gi en individuell og detaljert behandlingsplan. Videre skal tuberkulosekoordinator varsles og sikre at behandlingsskjeden ikke brytes når pasienten tilbakeføres til kommunehelsetjenesten.

Prinsippet for behandling er direkte observert terapi (DOT), det vil si at inntak av medikamenter observeres av helsepersonell i hele behandlingsperioden. Smittevernlege har ansvar for at dette gjennomføres i kommunehelsetjenesten, som regel ved å delegere DOT-behandlingen til hjemmetjenesten. Smittevernstiltak ovenfor hjemmetjenesten skal normalt ikke være nødvendig og skal i så fall fremgå av behandlingsplanen fra spesialisthelsetjenesten.

Når pasienter som er pålagt testing eller som er under behandling flyttet til annen kommune, skal smittevernlegen sørge for at den nye kommunen får tilsendt journal og nødvendige opplysninger for videre oppfølging.

Vaksinasjon mot tuberkulose utgår fra skoleåret 2009/2010 fra barnevaksinasjonsprogrammet. Barn med økt smitterisiko for tuberkulose for eksempel med foreldre fra land med høy forekomst, skal fortsatt vaksineres.

Ved påvist tuberkuløs sykdom er det naturlig å kartlegge pasientens omgangskrets og identifiserer utsatte personer for testing og videre tilbyr vaksinasjon til uvaksinerte.

Melding og varslings:

Melding er skriftlig, varslings muntlig og umiddelbar

Melding etter MSIS-forskriften gjøres skriftlig på MSIS-skjema og sendes i posten til Folkehelse og Smittevernlege. Melding av sykdommer i gruppe A og B gjøres for hver enkelte pasient, i gruppe C innsendes antall direkte fra laboratoriene..

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

Hvis smittevernlege ikke kan nås, skal en varsle stedfortreder eller Folkehelseinstituttet.

Etter mottatt varslings skal smittevernlege, dersom mistanken ikke raskt kan avkrefte, varsle Fylkeslegen og Folkehelseinstituttet (Smittevernvakta 22 07 63 48). Ved utbrudd der en mistenker at fødemidler kan være årsak til human smitte, skal Mattilsynet varsles.

Mattilsynet har plikt til å varsle smittevernlegen når de får kjennskap til human smittsom sykdom som kan skyldes næringsmidler, eller næringsmiddelsmitte og dyresykdom som kan være farlig for menneske. Se vedlegg 2 for nærmere beskrivelse av gjensidige samarbeidsavtale mellom kommunen og Mattilsyn.

Ved mistanke om eller bekreftet enkeltepisoder av smittsom sykdom har smittevernlege plikt til å varsle legene i kommunen, legevakt, mikrobiologisk avdeling og 2. linjetjeneste. Ved behov kan nabokommuner varsles.

Også utbrudd av vesentlig betydning av infeksjonssykdommer som ikke er nevnt i MSIS-oversikten bør varsles til smittevernlege, for eksempel større utbrudd av magetarminfeksjoner i helseinstitusjon og barnehage.

Resistensproblematikk:

Norge har grunnet restriktiv bruk av antibiotika hatt mindre resistensproblematikk enn mange andre land i Vesten. Det må være et mål også i framtida. For leger i allmennpraksis betyr dette at en forventer at disse følger gjeldende terapianbefalinger, nye anbefalning utgitt sist i 2009.

Infeksjonskontrollplan for sykehjem skal inneholde tiltak for å redusere og gjøre antibiotikabruken målrettet innenfor de 4 mest vanlige sykehjemsinfeksjonene: Urinveisinfeksjon, bakterielle luftveisinfeksjoner, hudinfeksjoner og postoperative infeksjoner.

Kommunen må forvente et økende antall MRSA tilfeller både i form av friske bærere og infeksjoner forårsaket av MRSA. Behandling av dette skal omtales i infeksjonskontrollprogrammene og en viser videre til Smittevernveileder 10 (oppdatert 2008).

Miljørettet helsevern:

Miljørette helsevern innbefatter et bredere felt av direkte og indirekte helsepåvirkende faktorer enn bare smittsomme sykdommer. På mange områder vil likevel smittevern og miljørettet helsevern overlappe hverandre:

- Drikkevannskontroll. Beskrive vannforsyninga i kommunen. Kommunen som eier har ansvar for å følge drikkevannsforskriften og leverer rutinemessig inn vannprøver til analyse. Videre er det skriftlige retningslinjer for tiltak ved smittsomme agens eller indikasjon på at smitte kan ha skjedd. Mattilsynet er kontrollorgan. Ved funn på vannanalysene informerer Senja Lab teknisk etat, som så varsler smittevernlege og Mattilsyn. Gjensidig forpliktende samarbeid mellom kommunen og Mattilsyn er videre beskrevet i vedlegg 2.
Drikkevannskontroll er særdeles viktig i forhold til smittevern da potensialet for vannbåren smitte ved mangelfulle kontroll- og varslingsrutiner er stort.
- Avfall- og avløpshåndtering. Beskriver den kommunale renovasjonstjenesten.
- Skadedyrkontroll. Sannsynligheten for smitte mellom dyr og menneske er generelt lav. Ved tilfeller som kan gi smitte har Mattilsynet og smittevernlege gjensidig varslings- og oppfølgingsforpliktelser. Det finnes en rekke private firmaer som driver med skadedyrkontroll, også i Troms Fylke.
- Smittevern i skole og barnehager. Reguleres etter forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler.

4. Smittevern i beredskapssituasjoner

Definisjon:

Med beredskapssituasjon menes en faresituasjon som potensielt kan utvikle seg til en farlig hendelse. Innen smittevern er det naturlig å tenke utbrudd av allmennfarlig smittsom sykdom.

Med utbrudd av allmennfarlig smittsom sykdom menes to eller flere tilfeller av allmennfarlig sykdom som mistenkes å ha samme kilde, eller flere tilfeller enn forventet innenfor et område i et gitt tidsrom. Ved særlig alvorlige sykdommer kan et tilfelle defineres å være nok, for eksempel meningokokksykdom (hjernehinnebetennelse og meningokokksepsis).

Ansvar og myndighet:

Som ellers i beredskapsarbeid gjelder de samme tre grunnprinsippene:

1. *ansvarsprinsippet*: Den etaten som har ansvar for et fagområde i en normalsituasjon, har også ansvaret for å håndtere ekstraordinære hendelser.
2. *nærhetsprinsippet*: En krise skal håndteres på lavest mulige operative nivå
3. *likhetsprinsippet*: Kriseorganisasjonen bør være mest lik den organisasjonen man opererer med til daglig.

Ved mistanke om utbrudd av allmennfarlig smittsom sykdom er det smittevernlegen sitt ansvar å tilse at saken håndteres forsvarlig. Behandlende lege vil fortsatt ha det behandlingsmessige ansvar for pasienten lokalt, mens spesialisthelsetjenesten har behandlingsansvar for pasienten på sykehus.

Smittevernlegen har ansvar for å sikre at behandlingsskjeden fungerer, at tiltak for å hindre videre smitte og å identifisere smittekilde/andre syke fungerer lokalt. Videre å informere og innkalle kriseledelsen i kommunen når beredskapssituasjonen tilsier det. Det vil si når utfordringene ved smittevernarbeidet overgår det kommunen kan håndtere innenfor rammene av daglig drift.

Når dette skjer skal smittevernlege inngå i og bistå kriseledelsen i arbeidet for å ivareta befolkningen, treffe nødvendige beslutninger og håndtere saken i forhold til både smittevernplan og overordna kriseberedskapsplan.

Videre skal smittevernlege sørge for kontakt mellom kommune, Folkehelseinstitutt, Fylkeslege, legevakt, nabokommuner og sykehus. Alle disse skal samvirke for å redusere skadeomfanget og håndtere situasjonen best mulig ved utbrudd av allmennfarlig smittsom sykdom. Varslingsrutiner beskrives i eget punkt.

De som oppholder seg i kommunen har rett til nødvendig smittevernhjelp og ved allmennfarlig smittsom sykdom rett til gratis helsehjelp. Ved alvorlige utbrudd pålegges i

tillegg befolkningen en del krav, som ved manglende frivillig samarbeid kan medføre tvangsvedtak. Dette redegjøres det for senere.

Melding og varsling:

Varsling gjøres muntlig og umiddelbart. Lege, sykepleier, jordmor eller helsesøster som mistenker eller påviser et tilfelle av enkelte, utpekte gruppe A-sykdommer, skal umiddelbart varsle smittevernlegen. Disse sykdommene er per 21.12.2006: *botulisme, difteri, diareassosiert hemolytisk uremisk syndrom, enterohemoragisk E. coli (EHEC) - infeksjon, flekktyfus, hemoragisk feber, kolera, kopper, legionellose, meningokokksykdom, meslinger, miltbrann, pest, poliomyelitt, rabies, røde hunder, sars og trikinose*. Dersom smittevernlege ikke kan varsles, skal en varsle stedfortreder eller Folkehelseinstituttet.

Samme gruppe av helsepersonell skal også varsle smittevernlege ved mistanke om særlig omfattende utbrudd av smittsomme sykdommer ikke omfattet av disse, samt ved utbrudd i sykehjem, barnehager og lignende.

Dersom ikke et slikt utbrudd raskt kan avkreftes skal smittevernlegen varsle Fylkeslegen og Folkehelseinstituttet (Smittevernvakta 22 07 63 48). Utbruddet skal fortrinnsvis varsles på www.utbrudd.no som automatisk gir varsling til Folkehelseinstituttets smittevernvakta.

Ved utbrudd der en mistenker at fødemidler kan være årsak til human smitte, skal Mattilsynet varsles. Mattilsyn og kommunen har en gjensidig varslingsforpliktelse, se vedlegg 4 der skriftlig samarbeidsavtale beskriver hvordan dette er organisert. Ved utbrudd der næringsmidler mistenkes involvert gir smittevernlegen Mattilsynet id-koden til opprettet sak på www.utbrudd.no og vise versa.

Smittevernlege informerer rådmann og ordfører i kommunen som har ansvar for å innkalle kommunens overordna krisehåndteringsgruppe, forsterket av helsesøster og eventuelt Mattilsyn. Videre skal det gis informasjon til legene i kommunen og eventuelt berørte nabokommuner, legevakt, mikrobiologisk laboratorium og sykehus.

Ved behov kan en be om råd fra Folkehelseinstituttet og eventuelt bistand fra Nasjonal feltepidemiologisk gruppe.

Rutinene for aktivering av kommunens krisehåndteringsgruppe er beskrevet i kommunens hovedplan for kriseberedskap. Her omtales også håndtering av media spesifikt. Her vil fagmedisinsk bistand være nødvendig for å gi sannferdig, forståelig og klar informasjon utad. Kommunens plan for helsemessig og sosial beredskap beskriver rutinene for driftsomlegging i beredskapssituasjoner.

I tillegg til varsling skal meldepliktige sykdommer i gruppe A og B meldes skriftlig på MSIS-skjema.

Tvangsvedtak:

Ved allmennfarlige smittsomme sykdommer hvor det er overveiende sannsynlig at den smittede kan overføre sykdom til andre og hvor frivillig isolering ikke lar seg gjennomføre, kan det etter Smittevernloven §§ 4-2 og 5-2 fattes tvangsvedtak i forhold til forbud mot deltagelse i jobb (§ 4-2) og tvunget legeundersøkelse (§5-2), sistnevnte i hastesaker. Det er kun smittevernlegen som kan fremme forslag om bruk av tvang.

Sykehuslege som sammen med smittevernlege kan gjøre tvangsvedtak:

Overlege Audhild Hjalmarssen

Seksjon for lungemedisin, UNN Tromsø

E-post: Audhild.Hjalmarssen@unn.no

Telefon 77 62 60 00

Stedfortreder

Overlege Kjell Pedersen

Medisinsk avdeling, UNN Harstad

E-post: Kjell.Pedersen@hhf.no

Telefon: 77 01 50 00

Andre aktuelle vedtak:

- Kommunestyret kan etter § 4-1 i smittevernloven ilegge møteforbud, stenge virksomhet, stanse eller begrense kommunikasjon, isolere personer i geografisk avgrensede områder og pålegge smittesanering.
- Smittevernlege og overnevnte sykehusleger kan forby smittede personer å gjenoppta sitt arbeid eller delta i undervisning i 3 uker av gangen etter § 4-2.
- Smittevernlege kan vedta obduksjon ved mistanke om alvorlig smittsom sykdom etter § 4-5.
- Smittevernemnda (samme representanter som barnevernemnda i fylket) kan i særskilte saker etter forslag fra smittevernlege gjøre vedtak om tvunget isolering og medikamentell behandling i sykehus etter § 5-2 og § 5-3. Fylkesmannen er sekretær for smittevernemnda.

Aksjonsplan:

Hvilke tiltak som treffes er avhengig av den enkelte situasjon og aksjonsplanen må lages etter en kartlegging av situasjonen. Mindre alvorlige epidemier kan håndteres lokalt, mens mer alvorlige situasjoner nødvendiggjør at en involverer flere eksterne instanser som skissert ovenfor.

Hensikten med smittevernplanen er å tydeliggjøre hva kommunen gjør, hvordan en aktiviserer kriseberedskapsteamet lokalt og hvilke ressurser en har å spille på utenfor kommunen.

Pandemiplan:

Som skissert i ROS-analysene er pandemiske virusutbrudd sannsynlige også i framtida og vil kunne medføre store konsekvenser både for enkeltindivider og samfunn. Med pandemisk influensa forstås en her et influensavirus som er så endret at befolkningen har liten og ingen immunitet, noe som gjør mengden smittede betydelig større enn ved de årlige influensaepidemiene.

Viruspandemi vil som tidligere nevnt medføre større mengder syke og døde enn ved de årlige influensaperiodene. Egenskapene ved viruset vil avgjøre hvor mange som blir syke og hvor høy dødelighet virusutbruddet vil medføre. Smitten vil sannsynligvis på andre kontinenter og spre seg derfra. Hastigheten på spredningen avhenger av virusegenskaper, men økt internasjonal kommunikasjon vil etter all sannsynlighet medføre en rask spredning. Isolasjon av land og deler av land ansees ikke som noe hensiktsmessig middel for å beskytte seg mot smitte.

Den nasjonale pandemiberedskapen styres sentralt gjennom Helse- og Omsorgsdepartementet (HOD) og det vises til Nasjonal Beredskapsplan for Pandemisk influensa av 16.2.2006.

I Nasjonal beredskapsplan beskrives aktuelle tiltak og fordeling av oppgaver avhengig av hvilke fase i pandemiberedskapen en er i:

Hovedfaser i en pandemi

Tabell 1. De ulike fasene under en pandemi beskrevet av Verdens helseorganisasjon (WHO)

Faser Beskrivelse

Interpandemisk periode

1.

Ingen nye virus

Ingen nye influensavirussubtyper er oppdaget hos mennesker.

En influensavirussubtype som kan forårsake infeksjon hos menneske kan være til stede hos dyr. I så fall anses risikoen for smitte til mennesker som lav.

2.

Nytt virus hos dyr

Ingen nye influensavirussubtyper er oppdaget hos mennesker.

Imidlertid sirkulerer det dyreinfluensavirus som utgjør en reell risiko for sykdom hos mennesker.

Pandemisk årvåkenhetsperiode

3.

Smitte til menneske(r)

Sykdom hos menneske med ny subtype, men ingen spredning mellom mennesker, eller sjeldne tilfeller av smitte til nærkontakter.

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.

5.

Økende, men ikke svært smittsomt

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 (betydelig pandemirisiko).

6.

Pandemi

Økende og vedvarende smitte i den generelle befolkningen.

Postpandemi Tilbake til interpandemisk periode

Vi er med utbruddet av H1N1-influensavirus i Mexico og påfølgende spredning i pandemisk fase. Virkemidlene som ligger i smittevernloven er tenkt brukt også ved pandemiutbrudd.

Hensikten med tiltakene er å begrense smitteomfanget og begrense sykkelighet og død. Videre å sikre at samfunnsfunksjonene opprettholdes. De viktigste tiltak er smitteverntiltak, antiviral behandling og vaksine. Gjennom kommunens plan for helsemessig og sosial beredskap beskrives rutine for omlegging av drift for å møte slike situasjoner og det vises derfor til denne.

1. Antiviral behandling

Norge har kjøpt inn beredskapslagre med 1,4 millioner 10-pakninger av oseltamivir, 75 mg og 12 millioner døgndoser med rimantadin/amantidin.

Oseltamivir kan brukes forebyggende blant nøkkelpersonell for å holde viktige samfunnsfunksjoner i gang. Videre kan det brukes av syke og smittende for å redusere lengde, alvorlighet og dødelighet av influensasmitten. I 2008 var 67 % av influensavirusene i Norge motstandsdyktig mot oseltamivir, noe som tilsier at en kan få en situasjon der behandling med oseltamivir vil ha vært begrenset effekt.

Rimantidin/amantidin kan kun brukes ved smitte, ikke forebyggende.

Strategiene for hvordan antivirale medikamenter skal brukes avhenger av hvilke type pandemi en får, men i prioritert rekkefølge vil det være smitteutsatt helsepersonell, nye smittede tidlig i pandemien for forsinke utbredelsen og kjøpe tid, særlig utsatte grupper og personell i prioriterte samfunnsfunksjoner. Dermed er det sannsynlig at deler av befolkningen IKKE vil få tilgang.

Antiviral behandling vil bli distribuert ut via det eksisterende apoteksystem. Kommunen henter antivirale medikamenter på apotek, om nødvendig med beskyttelse fra politiet eller forsvar og kjører det til distribusjonslokale i kommunen. Her må det på dette tidspunkt foreligge lister over hvem som skal ha medisinerne og en plan for hvordan en sikrer medisinerne mot svinn, sikrer at en får distribuert medisinen til de som skal ha det og samtidig ivaretar nødvendig smittevern ovenfor distribusjonsapparat og innad i befolkningen (unngå unødig nærkontakt, samt god hånd- og hostehygiene).

Spesifikk dosering finnes mellom annet i veileder, også barnedosering. HOD har ansvar for å ta beslutning om hvordan medisinerne skal brukes.

2. Vaksine

Norge har avtale om levering av inntil 9,4 millioner vaksinedose så snart produsenten er i stand til å produsere en vaksine med effekt mot viruset som forårsaker pandemien. Vaksine vil derfor etter all sannsynlighet komme etter at pandemien har spredt seg i Norge. Videre vil sannsynligvis vaksinerne komme over flere leveranser, slik at hele befolkningen IKKE kan tilbys vaksiner samtidig. HOD må gi nasjonale retningslinjer for hvilke grupper en skal prioritere; nøkkelpersonell, spesielt smitteutsatte (eldre, hjerte og lungesyke, allmennsvekkede osv), personell i samfunnskritiske nøkkelposisjoner. Kommunene skal da ha lister over hvem som skal vaksineres avhengig av disse retningslinjene og listene skal sendes HOD som har ansvar for utsendelse. Nasjonal beredskapsplan inneholder egen matrise for distribusjon av vaksine. Kommunens liste ligger som vedlegg til planen.

Vaksinene leveres med kjølebiler til et sentralt lager på Østlandet. Temperaturen må holdes mellom 2-8 grader og en vil sannsynligvis distribuere dette ut til kommunene via kjølebiler.

Ved kun vaksiner av spesielle grupper vil en kunne måtte ivareta sikkerheta ved hjelp av politi eller militær bistand. Lagring vil kunne gjøres i vanlig kjøleskap i godt sikrede lokaler lokalt, 1 kubikkmeter vil tilsvare mellom 9000 og 14000 doser.

Vaksinasjonen annonseres enten i media hvis alle kan tilbys vaksine, eller ved brev dersom kun en begrenset del av befolkningen vil bli vaksinert. Lokalet må ordnes slik at smitteverntiltak kan gjennomføres, vaksinasjonen kan gjøres av ikke-medisinsk personell som t.d. røde kors under veiledning av helsepersonell og hjemmetjenesten kan forestå vaksinasjon av de i målgruppa som ikke kan komme seg til vaksinasjonsstedet. Se vedlegg 5 med prioriteringsliste og masevaksinasjonsplan.

3. Smitteverntiltak

Personlige smitteverntiltak:

Normal inkubasjonstid for influensavirus er 2 dager (1-4 dager), sykdomstiden normalt 3-7 dager. Man er smittsom hele perioden man har symptomer, men mest i starten. 30-50 % av de smittede vil ha så sparsomt med symptomer at de ikke vil oppfatte seg selv som smittet.

Vanligste smitteveier er via spytt, enten direkte (kyssing og direkte hosting mot andre) eller indirekte (hoste/spytt på hender og overflater som andre igjen berører). Vedlegg nummer 3 viser skjematiske smitteverntiltakene som er aktuell ved pandemisk virusinfeksjon.

Hostehygiene vil si at en hoster i rene kluter som så kastes eller at smittede bruker munnbind under kortere opphold i fellesarealer og lignende.

Håndhygiene vil si at en vasker hendene etter hosting, før måltider og etter mulig kontakt med smittede flater eller lignende. Både såpevask og desinfisering med alkohol antas effektivt. Munnbind kan benyttes av helsepersonell for å unngå smitte fra syke og av syke som oppholder seg i felleslokaler for å hindre dråpesmitte.

Strukturelle/fysiske smitteverntiltak:

Legevakt bør ha en fysisk avgrenset enhet med eget personale for behandling av febersykdom for å hindre smittespredning på legevakt.

Videre bør en i plan om helsemessig og sosial beredskap skissere hvordan en tenker å løse behovet for midlertidige behandlingsplasser for et økt antall influensasyke og endret sykehusdrift i forbindelse med pandemien. Kommunen vil måtte håndtere økt antall syke og pleietrengende og samtidig være forberedt på at spesialisthelsetjenesten vil måtte legge om drifta betydelig. Spesialisthelsetjenesten vil måtte prioritere de aller sykeste i fht innlegges, mens andre sykdomsgrupper og mindre alvorlig syke må gis helsehjelp i kommunen ved en omfattende pandemi.

Helsepersonell og andre som har gjennomgått pandemisk influensa vil være immune og vil være en betydelig ressurs utover i arbeidet.

4. Døde

Døde representerer ikke en smittefare. Ved verst tenkelig scenario i forhold til dødelighet tilsier beregningene at 25 % av befolkningen blir syk og at 0,4-1,1 % av de syke dør. Det vil si at mellom 1 og 2,75 pr. 1000 innbygger dør i løpet av pandemien, som vil gå over mange måneder.

I forhold til gravlegging forventer en ut fra beregningene at dette ivaretas gjennom dagens systemer, men at tid fra død til gravlegging og seremonielle forhold vil måtte tilpasses til en krisesituasjon. Sorgarbeidet vil naturlig nok være betydelig og i en omfattende samfunnsmessig krise må kommunen være forberedt på at en har behov for frivillig innsats fra befolkningen, i tillegg til det offentlige støtteapparatet som finnes. Samarbeid mellom kirke, psykososiale team og frivillige ressurser er nødvendig.

5. Beredskapslagre

Kommunen har ingen lagre for antibiotika for å møte det økte behovet som sekundærinfeksjonen i forbindelse med omfattende influensasmitte vil medføre.

Smitteverntiltak vil gi en betydelig bruk av engangshansker og munnbind, noe en heller ikke har beredskapslagre av, utover det en har behov for ved normal drift.

Helsedirektoratet skal ifølge Nasjonal Beredskapsplan for Pandemisk influensa sammen med helsetjenesten utrede behovet for nasjonale lagre for antibiotika, medisinsk utstyr og forbruksmateriell som t.d. hansker, munnbind og termometer.

5. Distribusjonsliste

- Ordfører og Varaordfører
- Rådmann
- Kommunalsjef
- Legetjenesten
- Helsesøstertjenesten
- Sykehjem
- Pleie- og omsorgstjenesten
- Interkommunal legevakt
- Fylkeslegen
- Tuberkulosekontakter i UNN Helseforetak
- Smittevernlege i UNN Helseforetak
- Mikrobiologen UNN

6. Vedlegg

Vedlegg 1, lokale ressurser

- Smittevernlege Aslak Hovda Lien, IK Samhelse, Sjøgata 5, 9300 Finnsnes, Mobil 47 60 10 12
- Kommunalsjef Elin Wilsgård, 9304 Vangsvik, Mobil 97 70 87 53
- Virksomhetsleder sykehjemmet, Lisbeth Solbø, 9392 Stonglandseidet, Tlf. 77 87 41 20
- Virksomhetsleder hjemmetjenesten Marjo Hytonen, 9392 Stonglandseidet, Mobil 97 54 30 89
- Helsesøster Ricke Brandmo, 9304 Vangsvik, Mobil 91 63 62 47
- Stonglandseidet legekantor, 9392 Stonglandseidet, 77 87 41 10
- Interkommunalt legevakt, Tlf. 77 87 14 00

Vedlegg 2, eksterne ressurser

- Senja lab, Sjøgata 5, 9300 Finnsnes. Telefon 77 85 07 40. Leverer tekniske tjenester i forhold til miljørettet helsevern, herunder analyse av vannkvalitet.
- Mattilsynet, Distriktskontoret for Midt-Troms, Storgata 46, 9300 Finnsnes. Telefon 06040. Tilsynsmyndighet for vannforsyning og ansvar for kontroll knyttet til næringsmiddel. Formaliserte samarbeidsrutiner inkludert gjensidig varslings, se avtale, vedlegg 2.
- Universitetssykehuset Nord Norge HF avdeling Tromsø. Telefon 77 62 60 00. Spesielt aktuelle klinikker i forhold til smittevern er Medisinsk Klinikk, Hjerte og Lungeklinikk og Barne- og ungdomsklinikk.

Korsn med regional smittevernlege, regional smittevernrådgiver og tuberkulosekontakt. Tlf.77 62 69 17. Hjemmeside: www.unn.no/korsn

- Universitetssykehuset Nord Norge HF avdeling Harstad. Telefon 77 01 50 00. Generell medisinsk avdeling og Diagnosestasjon for lungesykdommer.
- Universitetssykehuset Nord Norge HF avdeling Narvik. Telefon 76 96 80 00. Generell medisinsk avdeling.
- Troms Fylkeskommune, Strandveien 13, 9007 Tromsø. Telefon 77 78 80 00. Innbefatter Statens helsetilsyn/fylkeslege som har tilsyns- og rådgivingsfunksjon ovenfor kommunehelsetjenesten. Fylkeskommunen har en koordinerende rolle ved utbrudd av alvorlig smittsomme sykdommer og katastrofer. Er sekretariat for Smittevernemda dersom det er behov med tvangstiltak som hjemlet i smittevernloven.
- Nasjonalt folkehelseinstitutt, postboks 4404 Nydalen, 0403 Oslo. Telefon sentralbord 22 07 70 00. Smittevernvakta tlf. 21 07 63 48. Vaksinerådgiving (ukedager kl. 13-14.30) tlf. 22 04 22 00.

Nasjonalt senter for overvåking og forebygging av smittsomme sykdommer. Råd og veiledningstjeneste ved utbrudd. Ved mistanke om eller ved utbrudd ønsker en at smittevernlege og Mattilsyn melder inn via www.utbrudd.no.

Vedlegg 3, meldepliktige sykdommer:

Følgende sykdommer skal meldes pr. 21. desember 2006, de som skal varsles straks er merket med x:

Sykdommer i gruppe A

Sykdommer som forebygges gjennom Barnevaksinasjonsprogrammet:

- x Difteri
- Kikhoste
- Kusma
- x Meslinger
- x Poliomyelitt
- x Røde hunder
- Systemisk Haemophilus influenzae-sykdom
- Tetanus (Stivkrampe)
- Tuberkulose

Virushepatitter:

- Hepatitt A
- Hepatitt B
- Hepatitt C

Mat- og vannbårne sykdommer:

- x Botulisme

- Campylobacteriose
- x Diareassosiert hemolytisk uremisk syndrom
- x E. coli-enteritt
- Giardiasis
- Listeriose
- Salmonellose
- Yersiniose

Zoonoser:

- Brucellose
- Ekinokokkose
- Lyme borreliose
- x Miltbrann
- Nephropathia epidemica
- x Rabies
- x Trikinose
- Tularemi

Alvorlige importsykdommer:

- x Flekktufus
- Gulfeber
- Hemoragisk feber
- x Kolera
- Lepra
- Malaria
- Pest
- Shigellose
- Tilbakefallsfeber

Alvorlige miljøsykdommer:

- Atypisk mykobakterieinfeksjon
- x Legionellose

Alvorlige, systemiske sykdommer:

- Aids
- x Alvorlig, akutt luftveissyndrom - sars
- Encefalitt
- x Kopper
- Paratyfoidfeber
- Prionsykdommer
- x Systemisk meningokokksykdom
- Systemisk pneumokokksykdom
- Systemisk gruppe A streptokokksykdom
- Systemisk gruppe B streptokokksykdom
- x Tyfoidfeber

Sykdommer forårsaket av visse resistente bakterier:

Smittebærertilstand eller infeksjoner med meticillinresistente gule stafylokokker

Smittebærertilstand eller infeksjoner med penicillinresistente pneumokokker
Smittebærertilstand eller infeksjoner med vankomycinresistente enterokokker

Sykdommer i gruppe B

Sykdommene fremgår av forskriften § 1-2 fjerde ledd og er:

Gonoré
Hiv-infeksjon
Syfilis

Sykdommer i gruppe C

Genital chlamydiainfeksjon
Influensaliknende sykdom.

Vedlegg 4, samarbeidsavtale kommune/mattilsyn:

Retningslinjer for samarbeidet mellom Mattilsynets distriktskontor og kommunen på det medisinskfaglige området. Med kommunelege menes her smittevernlege.

Retningslinjene tar utgangspunkt i ansvarsfordelingen som følger av smittevernloven med forskrifter, kommunehelsetjenesteloven med forskrifter og matloven med forskrifter.

Referanser i parentes viser til avsnitt og kapitler i Smittevern 13, Håndbok i oppklaring av utbrudd av næringsmiddelbårne sykdommer og zoonoser.

1. Formål

Formålet med retningslinjene er å etablere klare og forpliktende rutiner som sikrer effektiv varsling, informasjonsflyt og samarbeid mellom kommune (navnet på kommunen) ved kommunelegen (medisinskfaglig ansvarlig rådgiver) og Mattilsynet, Distriktskontoret for (navnet på distriktet) om smittsomme sykdommer hos mennesker som kan skyldes næringsmidler, dyr eller andre kilder under Mattilsynets forvaltningsområde. Drikkevann er inkludert i begrepet næringsmidler.

Formålet er også å etablere rutiner som sikrer at varslingsplikten til nasjonale myndigheter og at plikten til å sende inn smittestoffer, blir ivaretatt.

2. Varsling fra Mattilsynet til kommunelegen

Dersom Mattilsynet får mistanke om eller kjennskap til smittsom sykdom eller smittebærertilstand hos mennesker som kan skyldes næringsmidler, dyr eller en annen kilde under Mattilsynets forvaltningsområde, skal tilsynet umiddelbart varsle kommunelegen. Dette gjelder både ved enkeltstående sykdomstilfeller og ved sykdomsutbrudd.

Dersom Mattilsynet får mistanke om eller påviser smittsom sykdom eller smittebærertilstand hos dyr som kan medføre smittefare for mennesker, skal Mattilsynet umiddelbart varsle kommunelegen.

Dersom Mattilsynet har kjennskap til eller påviser smittestoffer, mikrobielle toksiner, kjemiske fremmedstoffer eller andre forhold i næringsmidler som indikerer fare for sykdom hos mennesker, skal Mattilsynet umiddelbart varsle kommunelegen. Dette gjelder også dersom Mattilsynet påviser slike forhold i andre kilder under sitt forvaltningsområde enn næringsmidler, dersom disse forholdene utgjør en risiko for sykdom hos mennesker.

Dersom Mattilsynet ikke oppnår kontakt med kommunelegen, skal kommunen ved rådmannen, eventuelt fylkesmannen varsles. I mindre kommuner der kommunelegen ikke har beredskapsvakt, kan varsling via legevakten vurderes.

Varsling fra Mattilsynet til helsetjenesten kan skje med personnavn, uten at vedkommende person har gitt sitt samtykke, dersom kommunelegen ber om det, (jf. smittevernloven § 2-2). Varslet skal som et minimum inneholde opplysninger om den antatte sykdommen, det antatte smittetidspunktet, personens alder og bostedskommune, samt eventuelt hvilket næringsmiddel som er mistenkt og hvor det ble frambudt. For antatt smitte fra dyr skal varslet inneholde opplysninger om hvilket dyr som mistenkes og hvor det befinner seg (jf. avsnitt 5.1 i Smittevern 13).

Varslingen skal skje på følgende måte:

- *Enkeltstående sykdomstilfeller hos mennesker:* Mattilsynet varsler kommunelegen via telefon, e-post eller telefaks. Mattilsynet sender deretter kopi av utfylt vedlegg C i Smittevern 13, eventuelt sammen med en vurdering.
- *Mistanke om sykdomsutbrudd hos mennesker:* Mattilsynet varsler straks kommunelegen via telefon. Mattilsynet varsler Folkehelseinstituttet gjennom det internettbasert varslingssystemet på www.utbrudd.no. Mattilsynet gir utbruddets ID-kode til kommunelegen, slik at begge etater kan lese, oppdatere og supplere informasjonen om utbruddet (jf. avsnitt 5.1 i Smittevern 13).
- *Andre varsler:* Mattilsynet varsler straks kommunelegen.

Dersom e-post eller telefaks benyttes, skal mottakeren bekrefte at varslet er mottatt.

3. Varsling fra kommunelegen til Mattilsynet

Dersom kommunelegen får mistanke om eller kjennskap til smittsom sykdom eller smittebærertilstand hos mennesker som kan skyldes næringsmidler, dyr eller en annen kilde under Mattilsynets forvaltningsområde, skal kommunelegen umiddelbart varsle Mattilsynets distriktskontor. Dette gjelder både ved enkeltstående sykdomstilfeller og ved utbrudd.

Dersom kommunelegen ikke oppnår kontakt med Mattilsynets distriktskontor, skal regionkontoret varsles.

Varsling fra kommunelegen til Mattilsynet skal ikke skje med pasientnavn uten at vedkommende pasient har gitt samtykke til det. Varslet skal som et minimum inneholde opplysninger om den antatte sykdommen, det antatte smittetidspunktet, pasientens alder og bostedskommune, samt eventuelt hvilket næringsmiddel som er mistenkt og hvor det ble frambudt. For antatt smitte fra dyr skal varslet inneholde opplysninger om hvilket dyr som mistenkes og hvor det befinner seg.

Varslingen skal skje på følgende måte:

- *Enkeltstående tilfeller:* Kommunelegen varslers Mattilsynet via telefon, e-post eller telefaks.
- *Mistanke om utbrudd:* Kommunelegen varslers straks Mattilsynet via telefon. Kommunelegen varslers Folkehelseinstituttet gjennom det internettbasert varslingsystemet på www.utbrudd.no. Kommunelegen gir utbruddets ID-kode til Mattilsynet, slik at begge etater kan lese, oppdatere og supplere informasjonen om utbruddet (jf. avsnitt 5.1).

Hvis varslet formidles via telefon, kan den døgnåpne vakttelefonen 06040 benyttes. Dersom e-post eller telefaks blir brukt, skal mottakeren bekrefte at varslet er mottatt.

4. Varsling fra kommunelegen til Folkehelseinstituttet og fylkesmannen

Kommunelegen har ansvaret for å påse at varslings- og meldingsplikten til Nasjonalt folkehelseinstitutt og fylkesmannen blir overholdt:

- *Mistanke om utbrudd:* Dersom det foreligger mistanke om eller påvist utbrudd av smittsom sykdom hos mennesker, skal kommunelegen umiddelbart varsle Folkehelseinstituttet og fylkesmannen (jf. kapittel 5). Utbruddsvarslingen skal fortrinnsvis skje gjennom det internettbaserte systemet på www.utbrudd.no.
- *Varslingspliktige sykdommer:* Dersom det foreligger enkelttilfeller av visse alvorlige smittsomme sykdommer som omfattes av varslingsplikten i MSIS- og Tuberkuloseregisterforskriften, skal kommunelegen umiddelbart varsle Folkehelseinstituttet og fylkesmannen (jf. kapittel 5). Folkehelseinstituttet skal varsles ved å ringe den døgnåpne Smittevernvakta på telefon 22 04 23 48. Etter at varslet er formidlet, skal kommunelegen i tillegg sende MSIS-melding på vanlig måte.

5. Varsling og informasjon til andre instanser

Ved mistenkt eller påvist sykdomsutbrudd i befolkningen har kommunelegen ansvaret for å varsle eller informere legene i kommunen, legevakta, lokale medisinsk mikrobiologiske laboratorier og eventuelt også andre sykehusavdelinger, samt kommuneleger i nabokommuner, dersom det er nødvendig.

Mattilsynets distriktskontor har ansvaret for å varsle Mattilsynets regionkontor og hovedkontor, i henhold til interne bestemmelser innen Mattilsynet. Mattilsynet har også ansvaret for å varsle lokale forurensningsmyndigheter samt teknisk etat og andre kommunale etater, dersom det er nødvendig.

6. Innhenting av opplysninger, råd og bistand fra Folkehelseinstituttet

Ved mistenkt eller påvist sykdomsutbrudd kan kommunelegen kontakte Nasjonalt folkehelseinstitutt for å be om opplysninger og råd, eller anmode om bistand fra Nasjonal feltepidemiologisk gruppe (jf. kapittel 2). Folkehelseinstituttet kan kontaktes ved å ringe den døgnåpne Smittevernvakta på telefon 22 04 23 48.

7. Ansvar, møter og samarbeidsgruppe

Ved utbrudd av smittsom sykdom blant innbyggerne i kommunen, har kommunelegen ansvaret for å lede og organisere oppklaringsarbeidet innen befolkningen. Kommunelegen har ansvaret for å iverksette eventuelle tiltak rettet direkte mot befolkningen med medhold i blant annet smittevernloven eller kommunehelsetjenesteloven med forskrifter.

Mattilsynets ansvar inntreder dersom det er mistanke om at utbruddet kan skyldes næringsmidler, dyr eller en annen kilde under Mattilsynets forvaltningsområde. Mattilsynet har ansvaret for å lede og organisere oppklaringsarbeidet innen matkjeden. Mattilsynet har ansvaret for å iverksette eventuelle tiltak rettet mot smitekilden og innenfor produksjons- og distribusjonskjeden med medhold i matloven med tilhørende forskrifter.

Mattilsynet og kommunelegen gir hverandre opplysninger, råd og bistand slik at de kan utføre oppklaringsarbeidet innen hvert sitt ansvarsområde.

Ved utbrudd av smittsom sykdom blant innbyggerne i kommunen har kommunelegen ansvaret for å innkalle Mattilsynet og andre berørte instanser til møter, eventuelt etablere en samarbeidsgruppe for å fordele oppgaver og koordinere oppklaringsarbeidet, dersom det er behov for det.

Oppgavene til samarbeidsgruppen kan blant annet være å:

- Klargjøre hvem som har ansvar for hva, fordele oppgaver, og koordinere oppklaringsarbeidet.
- Avtale rutiner for rapportering av fremdrift og resultater, i form av møter, telefonkontakt, e-post o.l
- Bli enige om relevante tiltak og hvordan disse skal iverksettes (kapittel 12).
- Beslutte hvilke prøver som skal samles inn og hvilke laboratorieundersøkelser som skal rekvireres,
- Ta beslutninger om å inspisere mistenkte virksomheter.
- Planlegge og gjennomføre intervjuundersøkelser.
- Planlegge informasjon til befolkningen gjennom massemedia (avsnitt 5.4).
- Avtale hva informasjonen skal bestå av og hvordan den skal utformes, og hvem som skal ivareta kontakt med massemedier og svare på henvendelser fra publikum, (avsnitt 5.4).
- Kontakte Folkehelseinstituttet for å be om opplysninger og råd, eller anmode om bistand fra Nasjonal feltepidemiologisk gruppe (kapittel 2).
- Informere andre relevante samarbeidspartnere.
- Utarbeide rapporter.

Utbrudd der pasientene er bosatt i flere kommuner, for eksempel to eller flere nabokommuner, kan også håndteres av lokale myndigheter, dersom det er overveiende sannsynlig at smitekilden er lokal. I slike tilfeller utpeker de berørte kommunelegene i samråd en leder som får ansvaret for å koordinere oppklaringsarbeidet innen helsetjenestens ansvarsområde.

8. Innsamling og analyse av prøvemateriale

Mattilsynet har ansvaret for å samle inn prøvemateriale og rekvirere analyser av prøver fra næringsmidler, dyr, fôr, andre innsatsvarer, miljø og enhver annen kilde innen sitt forvaltningsområde. Analysene foretas av laboratoriet som utfører oppdrag for Mattilsynet.

Kommunelegen har ansvaret for at det blir samlet inn prøvemateriale og rekvirert analyser av prøver fra mennesker, herunder pasienter, smittekontakter og mulige smittebærere. Analysene utføres ved det lokale medisinsk-mikrobiologiske laboratoriet, med unntak av undersøkelse for botulinumtoksin som utføres ved Norges veterinærhøgskole, Seksjon for mattrygghet (jf. avsnitt 7.2). Ved mistanke om virus- eller parasittetiologi kan det lokale laboratoriet gi opplysning om hvor prøvematerialet skal sendes.

På vegne av og etter nærmere avtale med kommunelegen kan Mattilsynet dele ut prøvetakingsutstyr og emballasje til faecesprøver samt foreta innsamling og innsending av slike prøver fra mennesker. Kommunelegen sørger for at det blir fremskaffet nødvendige prøveglass og annet utstyr, samt emballasje og rekvisisjoner. Kommunelegen må på forhånd informere virksomheter eller pasienter om begrunnelsen og hjemmelsgrunnlaget for prøvetakingen, og gi beskjed om at Mattilsynet kommer til å dele ut og samle inn prøveglassene på kommunelegens vegne.

9. Innsending av smittestoffer

Mattilsynet har ansvaret for å påse at laboratorier som utfører analyser på oppdrag fra tilsynet, ivaretar plikten til å sende inn smittestoffer til nasjonale referanselaboratorier. Samtidig skal et isolat sendes til Folkehelseinstituttet, sammen med nødvendige opplysninger, slik at Folkehelseinstituttet straks kan sammenligne smittestoff isolert fra mistenkte kilder med tilsvarende smittestoff fra pasientene i et utbrudd. Innsending til referanselaboratorier og Folkehelseinstituttet skal skje fortløpende og rutinemessig, uansett om det foreligger et sykdomsutbrudd eller ikke.

10. Inspeksjoner

Mattilsynet har ansvaret for inspeksjoner av:

- lokaler der mistenkte næringsmidler, fôr, innsatsvarer eller andre kilder under Mattilsynets forvaltning er produsert, videreforedlet, tilberedt, oppbevart eller frembudt,
- husdyrrom, beiteområder o.l. for husdyr,
- systemer for drikkevannsforsyning, inkludert vannverk og nedbørsfelt, og
- andre lokaler eller fasiliteter på ulike trinn i produksjons- og distribusjonskjeden.

11. Intervjuer

Ved sykdomsutbrudd blant innbyggerne i kommunen har kommunelegen ansvaret for at det blir foretatt intervjuer av pasienter og eventuelle kontrollpersoner, dersom slike intervjuer er nødvendige for oppklaringsarbeidet. Dette gjelder både ved hypotesedannende pilotintervjuer (se avsnitt 9.2 og spørreskjemaet i vedlegg F) og ved epidemiologiske undersøkelser for å etterprøve hypoteser (avsnitt 10.2).

For hvert enkelt utbrudd blir Mattilsynet og kommunelegen enige om hvilken etat som skal foreta intervjuene og analysere opplysningene som intervjuene frembringer.

Kommunelegen har ansvaret for å innhente informert samtykke fra pasienter som skal intervjues, normalt ved hjelp av pasientenes primærleger (jf. avsnitt 9.2.5). Dersom det er nødvendig for rask oppklaring av et utbrudd av smittsom sykdom, kan kommunelegen eller Folkehelseinstituttet etablere direkte kontakt med pasienten, pasientens foreldre eller andre pårørende, uten først å kontakte primærlegen.

Mattilsynet har ansvaret for å foreta primærintervjuer av personer som selv kontakter tilsynet med mistanke om sykdom som kan skyldes næringsmidler, dyr eller andre kilder under Mattilsynets forvaltningsområde (jf. avsnitt 4.7 og spørreskjemaet i vedlegg C). Mattilsynet skal varsle kommunelegen om slike henvendelser, som beskrevet i punkt 2 i disse retningslinjene.

Mattilsynet har ansvaret for å innhente informasjon fra virksomheter og fra enkeltpersoner ansatt i virksomheter som produserer, viderefører, tilbereder, serverer eller distribuerer næringsmidler eller som holder husdyr, samt fra enhver annen virksomhet som er under Mattilsynets forvaltningsområde.

12. Lister over instanser som skal varsles eller informeres

Kommunelegen og Mattilsynets distriktskontor har på sine respektive områder ansvar for at det blir laget og vedlikeholdt lister over personer og instanser som det er aktuelt å varsle eller informere ved mistenkt eller påvist sykdomsutbrudd i befolkningen. Listene skal inneholde informasjon om hvordan kontakt kan etableres på kort varsel, også utenfor arbeidstiden.

13. Oppbevaring og bruk av fortrolige opplysninger

Opplysninger om personer og om virksomheter er fortrolige. Kommunelegen og Mattilsynet har begge et selvstendig ansvar for at slike opplysninger blir registrert, oppbevart, distribuert og brukt i henhold til gjeldende bestemmelser.

14. Vedlikehold og evaluering av retningslinjene

Retningslinjene skal evalueres årlig og revideres ved behov i forbindelse med kontaktmøter mellom Mattilsynets distriktskontor og kommunen på det medisinskfaglige området.

Retningslinjene kan også revideres i forbindelse med den evaluering som foretas etter at oppklaringen av et sykdomsutbrudd er avsluttet (jf. kapittel 13).

Sted:	Dato:
Underskrifter	
Mattilsynet, distriktskontoret for [sett inn navnet på distriktet]	[Sett inn navnet på kommunen] kommune

Liste over instanser det er aktuelt å varsle eller informere

Aktuelle instanser:	Adresse	Telefon og e-post
Kommunelegen *	Aslak Hovda Lien	46 60 10 12

	IK Samhelse Sjøgata 5 9300 Finnsnes	aslak.hovda.lien@midt-troms.no
Kommunelegens stedfortreder		
Rådmannen i kommunen		
Mattilsynet distriktskontor For Midt-Troms	Storgata 46, 9300 Finnsnes	Telefon 06 04 0
Mattilsynets regionkontor		
Nasjonalt folkehelseinstitutt *	Postboks 4404 Nydalen 0403 Oslo	I arbeidstiden: 22 04 26 43 Smittevernvakta: 22 04 23 48 utbrudd@fhi.no
Folkehelseinstituttets referanselaboratorium	Postboks 4404 Nydalen 0403 Oslo	22 04 24 24 SMAN-Reflab@fhi.no
Fylkelegen i Troms	Troms Fylkeskommune, Strandveien 13, 9007 Tromsø	Telefon 77 78 80 00
Medisinsk mikrobiologisk laboratorium	UNN, 9038 Tromsø	Telefon 77 62 60 00
Oppdragslaboratorier for Mattilsynet		
Lokal forurensningsmyndighet		
Kommunens tekniske etat		
Andre relevante kommunale etater		
Legevakta		
Legekontorene i kommunen		
Praktiserende veterinærer i kommunen		
Kommuneleger i nabokommuner		
Norges veterinærhøgskole (botulinumtoksin)	Seksjon for mattrygghet Hygienelaboratoriet Postboks 8146 Dep 0033 Oslo	22 96 48 40 hyglab@veths.no
Veterinærinstituttet		

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

Vedlegg 5, prioriteringsliste for vaksinerings mot pandemisk influensa og plan for massevaksinerings